BIBLIOTHÈQUE de la FACULTÉ DE MÉDECINE
SR

Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation

90130

90130

GAZETTE DES HOPITAUX, 1934, n° 104. — *Supplément.*

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIETÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

17, RUE CASSETTE, 17

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CENT SEPTIÈME ANNÉE

1934

90130

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1934

BIBLIOTECA

GAZETTE DES HOPITAUX

BIBLIOTECA

Le N° 50 Centimes. 107e ANNÉE MERCREDI 3 JANVIER 1934. — N° 1.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les hémorragies digestives sans autres symptômes, par M. René-A. Gutmann.
CONGRÈS
Calendrier des Congrès médicaux et des différentes manifestations médicales.
Prochains centenaires.
Croisières et voyages médicaux.
Questions mises à l'ordre du jour des prochains Congrès.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Brimades fiscales, par M. A. Herpin.
CHRONIQUE
Les Voix latines. Une conférence de M. le professeur J.-L. Faure sur le Brésil.
NOTES POUR L'INTERNAT
Signes et diagnostic de l'encéphalite aiguë.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 12 février 1934, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du vendredi 12 janvier au lundi 22 janvier 1934 inclusivement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. Roux, Maniel, Lambert, Heyraud, Le Bourdelles, Coic, Tournier-Lasserve, Delaye, Lauzière, Stefanini, Attane, Legendre, Lambert Descilleuls, Galan, Hassenforder, Bourdon, Baudet, Thouverez, Graindorge, Bois, de Boyer de Choisy, Pautet, Saliceti, Berthollet, Lacronique, de Boissezon, Le Goaon, Vaillant, Casalta, Acheray, van Olden Barneveld, de Fourmestraux, Costa, Nandrot, Bedel, Marcelot, Zacchiri, Bréchot, Chaboux, Chabeaux, Rabourdin, Renard, Labrousse, Simounet, Pamard, d'Halluin.

Au grade de chevalier. — MM. Bergeret, Magnier, Fière, Mignot, Vandier, Krick, Morel, Bossard, Farjot, Sarroste, Meyer, Vial, Saleun, Chevals, Montagne, Dubuisson, Zivre, Bocquillon, Train, Lemoine, Valette, Piquemal, Petitot, Tarin, Perrin, Gérard, Palafer, Barbe, Laplane, Saada, Giraud, Odinet, Lacroix, Jaillet, Kocher, Dossin, Baudin, Boularan, Bocca, Roumaingas, Hériard, Roux, Bujadoux, Ponsignon, Agnel, Rateau, Cavaro, Faure, Orsini, Despin, Leneutre, Camaleia, Lafay, Lamy, Sénèque, Valat, Peltier, Decressac, Wertheimer, Boudry, Nicolas, Lemaire, Lévi-Valensi, Labrue, Bertoin, Chandebois, Bernard, Bousquet, Auger, Jazey, Moret, Devaux, de Lambert, Grellety-Bosviel, Fatou, Français, Huguenin, Franquet, Valiadis, Chevallier, Tambareau, Léonet, Mériadec, Davy, Guibal, Le Gac, Joanny, Benoist, Fourest, Swynghedauw, Cléret, Raiga, Munier, Leroux, Boiffin, Grivet, Muller, La Tour de Brie, Vaslin, Casalongua, Chassagne, Michaud, Alzieu, Chazal, Merliac, Agasse, Comte, Guiol, Goyau, Emonin, Renard, Toulze, Calvet, Ségala, Soulier, Panis, Stricker, Sourdille, Naz, Chabrol, Cahuzac, Brange, Parès, Boulay, Boissel, Battesti, Conte, Battaglini, Comes, Mahieu, Borianne, Beynes, Goubert, Massie, Bach, Petit, Lafue, Denecheau, Barthe, Cachera, Célice, Reverdy, Deschamps, Siméon, Ardoin, Maritoux, Vaulet, Ebert, Narboni, Kleinpeter, Dechaume, François, Estivals, Garnier, Xemard, Avinier.

GUERRE. — M. le médecin général Guillon est placé dans la 2e section, réserve du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

GROUPEMENT DES SYNDICATS GÉNÉRAUX DE MÉDECINS SPÉCIALISÉS. — Bureau pour 1934 :

Président d'honneur : docteur Renon; président : docteur Caillaud, syndicat des oculistes; vice-présidents : docteurs Marquis, syndicat des chirurgiens, et Dubar, syndicat des oto-rhino-laryngologistes; secrétaire général : docteur Fernet, syndicat des dermatologistes; secrétaire général adjoint : docteur Moutard, syndicat des électro-radiologistes; trésorier : docteur Eber, syndicat appareil respiratoire; archiviste : docteur Sureau, syndicat des chirurgiens.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Léopold Lévi, ancien interne des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, dont on connaît les beaux travaux sur les glandes endocrines.

— Du professeur Julio Iribarne, ancien doyen de la Faculté de médecine de Buenos-Aires.

— L'affreuse catastrophe de Lagny a frappé cruellement une famille médicale. Parmi les morts on signale deux jeunes étudiants MM. Masselot, fils du docteur Louis Masselot (de Constantine) et du docteur Félix Masselot (de Tunis). Nous adressons à nos malheureux confrères l'expression de notre profonde sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Charles-Michel Giraudeau, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à Pau, à l'âge de 79 ans; Gieseler, médecin honoraire de la Compagnie du Nord, à Paris; le médecin général Barthe, décédé à Bizerte où il dirigeait le service de santé de la marine; M. Charles Porcher, ancien directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, membre de l'Institut.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BRIMADES FISCALES

Cela a commencé par une campagne de calomnies contre le Corps médical.

Puis, ce furent, l'an dernier, les commissions de taxation et de pénalisation.

Cette année, le secret médical, principe essentiel de notre charte, fut attaqué.

Si, finalement, il est momentanément sauvegardé, les médecins, contrairement à la loi organique de 1892, n'en sont pas moins assimilés à des commerçants, puisqu'il leur faudra obligatoirement délivrer des reçus extraits d'un carnet à souche et tenir un livre-journal portant le détail de leurs recettes : pour chaque malade, ce détail devra figurer sous un numéro correspondant à celui du carnet à souche.

Voilà donc notre exercice professionnel livré aux investigations de l'administration et si, momentanément, les noms et les misères de nos malades lui sont encore cachés, il est aisé de voir ce que l'avenir nous réserve ainsi qu'à eux.

Cependant, la préconciliation avait amplement démontré l'inanité des calomnies complaisamment répandues. Ces brimades sont donc parfaitement injustifiées du seul point de vue du contrôle fiscal et elles visent certainement un autre but qui ne peut être que la désorganisation de notre charte professionnelle.

Les médecins vont-ils accepter et ces brimades et cette désorganisation ?

Il importe que tous se rallient autour de leurs groupements pour la défense de leur exercice professionnel menacé ; il importe que ces groupements relèvent les noms de leurs élus qui ont voté ces brimades, sans oublier ceux qui, médecins, ont ainsi renié leur devoir envers leur profession ; il importe que ces groupements leur fassent dès maintenant savoir que ces élus les trouveront devant eux pour toutes les consultations électorales.

A. HERPIN.

CHRONIQUE

LES VOIX LATINES

Conférence de M. le professeur J.-L. Faure sur le Brésil.

L'Union médicale latine (U. M. F. I. A.) continue à faire entendre dans le monde les voix latines. Après le professeur Forgue, le professeur Legueu, le professeur Sergent, le professeur Léon Bernard, le professeur Roule, nous avons eu la joie d'entendre M. le professeur Jean-Louis Faure. Ses voyages dans l'Amérique du Sud lui ont permis d'aller plusieurs fois au Brésil et d'y séjourner. Il en est revenu charmé et enthousiasmé. Il a admiré la nature certes, mais il a aussi connu et apprécié les hommes du Brésil, leurs travaux dans l'ordre scientifique comme dans l'ordre économique. L'âme brésilienne lui est devenue familière. Il en a compris la grandeur et les aspirations, et il se rend compte des possibilités immenses qui sont réservées au peuple brésilien.

Le conférencier a abordé les sujets les plus variés. Il y a dans cette conférence des descriptions sur tous les aspects de la ville merveilleuse qu'est Rio de Janeiro, des considérations nombreuses sur les ressources du Brésil, sur l'immensité de ses forces hydrauliques et les possibilités industrielles qui en résultent.

Mais, comme dans les conférences organisées par l'U. M. F. I. A., une bien plus large part est réservée aux considérations sur l'histoire de la médecine et de la chirurgie, sur la haute valeur des maîtres qui exercent.

L'histoire d'Oswaldo Cruz, qui débarrassa la ville de Rio de la fièvre jaune, est longuement décrite comme l'exemple de ce que peut la volonté d'un homme mise au service d'une idée juste. C'est de cette époque que date le prodigieux développement de la grande ville actuelle.

La conférence se termine par des considérations sur l'avenir du Brésil qui souffre encore aujourd'hui de son immensité, du particularisme des Etats.

L'aviation aura une grande influence sur le rapprochement de tous dans ce pays immense. L'avenir du Brésil en dépend en grande partie, et tout permet de penser qu'à la fin du siècle, le Brésil sera devenu un des grands peuples de la terre.

Que sera à cette époque la vieille et malheureuse Europe ?

Dans l'assistance qui n'a pas ménagé ses applaudissements à l'orateur, on remarquait S. E. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, M. le Maréchal Pétain, les médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Boyé, le général Duport, les professeurs Champy, Couvelaire, Guillain, Labbé, Legueu, Lereboullet, Lemaître, Sergent, Grondin, le vice-amiral Mornet, et les animateurs de l'Umfia, nos amis Dartigues, Bandelac de Pariente, Gaullieur l'Hardy, Molinéry, Jayle, etc...

L. G.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

AUROTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE

CRISALBINE

EN INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

THIOSULFATE DOUBLE D'OR ET DE SODIUM
AMPOULES DOSÉES A 0g05 0g10 0g15 0g20 0g25 0g50
DE PRODUIT PUR CRISTALLISÉ

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC Frres & USINES DU RHÔNE-86, RUE VIEILLE DU TEMPLE-PARIS

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au SUC D'ORANGE
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif – Délicieux
AUBRIOT 56, Boulevard Ornano PARIS

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUD-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

LES HÉMORRAGIES DIGESTIVES SANS AUTRES SYMPTOMES [1]

Par M. RENÉ-A. GUTMANN,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Le diagnostic des hémorragies digestives est l'un des plus difficiles de la gastro-entérologie.

Deux ordres de faits peuvent s'observer. Dans certains cas, assez nombreux, le malade a derrière lui une histoire de douleurs ou de troubles dyspeptiques ; parfois des examens radiologiques ont été pratiqués et tous ces éléments guident le diagnostic, si même il n'a pas été posé antérieurement.

Mais parfois les choses se présentent autrement.

Un malade, brusquement, sans aucun trouble antérieur, sans rien qui précède, annonce ou explique ce symptôme, présente une hémorragie digestive importante, hématémèse ou melæna ; et c'est après cet accident qu'on l'envoie au spécialiste pour avoir un avis.

Toute une série d'hypothèses doivent être successivement envisagées.

L'ulcère. — Tout en se disant que cette étiologie n'est que l'une de celles qui peuvent être incriminées, il est logique de penser d'abord à l'ulcère.

On doit donc se demander si l'on ne se trouve pas en face d'une première manifestation de la forme hémorragique pure de l'ulcère, c'est-à-dire de celle où l'hémorragie constitue le seul symptôme d'un ulcus, le plus souvent duodénal.

Cette éventualité de l'ulcère à manifestation hémorragique d'emblée et uniquement hémorragique représente 8 % des cas sur un millier d'ulcéreux étudiés par Balfour (2). Un tel diagnostic est extrêmement difficile à faire, parce que les plus sûrs appoints pour le dépistage de l'ulcère peuvent manquer ici.

Cliniquement, toute enquête se dérobe. Le malade ne souffre pas et n'a jamais souffert. C'est en matière d'ulcus une règle presque générale que l'hémorragie protège contre la douleur. Dès qu'un sujet a saigné, il cesse en général de souffrir. Quand l'hémorragie est le signe de début, la crise se trouve, pour ainsi dire, immédiatement arrêtée, « décapitée ». Lorsque la poussée est la première, les deux caractères, celui de poussées périodiques et celui de douleurs tardives, font également défaut pour le diagnostic.

Radiologiquement aussi, si l'on examine le malade peu de temps après l'hémorragie, on se trouve dans les plus mauvaises conditions : en effet, supposé qu'ulcère il y a, il s'agit d'un ulcère jeune, encore muqueux, c'est-à-dire entrant dans cette catégorie dont, ainsi que je l'ai montré, l'hémorragie précisément efface pour un certain temps les images.

En présence d'une première hémorragie, il est donc à peu près toujours impossible d'affirmer s'il s'est agi ou non d'un ulcus duodénal hémorragique.

Le caractère qui permettra de penser à un ulcus sera en effet la répétition des accidents ; les ulcères duodénaux hémorragiques ont en effet, comme les autres, ce caractère si « ulcéreux », la récidive. Cette récidive peut se faire sous la forme classique de poussée douloureuse ; très souvent, elle récidive sous la forme hémorragique elle-même. Le tableau clinique se compose alors d'une série d'hémorragies séparées, comme les poussées ordinaires de l'ulcère, par un nombre, variable selon les cas, de mois ou d'années.

On a d'autant plus de chance de trouver des signes radiologiques d'ulcère que la maladie est plus vieille, c'est-à-dire que l'on est plus éloigné de la première manifestation, et toujours en faisant, ou en refaisant, l'examen un certain temps après l'hémorragie.

Si l'on opère, on peut trouver une marque extérieure de l'ulcère sur la paroi (petite marque étoilée, cicatrice) et un ulcère à l'intérieur. Ce sont les cas faciles.

On peut constater aussi une marque extérieure de l'ulcère et rien du tout sur la muqueuse. A plusieurs reprises, j'ai insisté sur ce fait que l'ulcère jeune, après la poussée ou l'hémorragie, guérissait, spontanément et très vite, cliniquement, radiologiquement et anatomiquement. Sa cicatrice extérieure, quand elle existe, peut donc être le seul signe qui, sur la table d'opération, permette le diagnostic.

Cette notion explique des faits comme celui-ci : une jeune fille (pas d'histoire clinique antérieure rapportée) fait de graves hémorragies ; opération d'urgence : marques nettes d'ulcus sur le prépylore et sur la petite courbure. En raison de l'état général, jéjunostomie. Suites parfaites, les hémorragies cessent. Malheureusement, 8 jours après, péritonite et mort. L'autopsie montre une perforation au niveau du bouton. Par ailleurs « il fut impossible de trouver une ulcération quelconque de la muqueuse, même au niveau des points correspondants aux zones ulcéreuses constatées lors de l'opération ». Villard (1) attribue cette cicatrisation rapide à la jéjunostomie ; je crois qu'elle est la règle après la fin de la poussée ou après hémorragie dans les ulcères duodénaux jeunes et l'observation semble montrer qu'il peut en être de même sur l'estomac.

Lorsqu'il n'y a même pas de marque extérieure, il peut arriver qu'il n'y ait plus rien du tout qui indique, ni à l'opération, ni sur la pièce réséquée, qu'il a existé un ulcère. J'ai parlé de ces faits à propos des ulcères duodénaux en général, car ils sont vrais aussi dans les ulcères jeunes non hémorragiques. J'ai observé plus d'un cas où, chez un ulcéreux dûment diagnostiqué (histoires, clichés), opéré après sa poussée, le chirurgien n'a plus rien trouvé ; il a refermé sans intervenir et l'ulcère s'est révélé de nouveau plus tard par d'autres poussées ou des complications.

Il en est tout à fait de même dans les ulcères purement hémorragiques, sauf que le diagnostic préalable en est beaucoup plus difficile.

(1) Cet article formera un chapitre des « Syndromes douloureux de la région épigastrique », 2e édition sous presse.

(2) D. C. BALFOUR. *Jnal. Am. Med. Ass.*, 1927, p. 1657.

(1) VILLARD. Jéjunostomie pour ulcère hémorragique. *Soc. de Chir. de Lyon*, 20 déc. 1931.

Ces notions obligent, à mon avis, à *réviser la question des pyloro-duodénites*, puisque seule la résection en pleine période hémorragique (ou l'autopsie d'un malade ayant succombé à une hémorragie) permet d'affirmer qu'il n'y a réellement pas d'ulcus.

Cancer et tumeurs. — Parfois, assez rarement, le cancer gastrique se traduit d'emblée par une hémorragie, alors qu'il n'existe encore aucun autre signe clinique. Urbain, à la clinique d'Eiselsberg, a constaté cette éventualité 18 fois sur 360 cancers (5 %). Le cancer représente 3 % des cas, dans une statistique que j'ai publiée avec Demole.

Dans la grande majorité des cas, l'examen radiologique montre des signes qui permettent le diagnostic et même ce diagnostic peut être déjà trop tardif. (Par exemple, 4 malades seulement, sur les 18 de la statistique d'Urban, avaient une tumeur encore en état d'être enlevée.)

Il faut considérer comme particulièrement sournois à cet égard le cancer de la grosse tubérosité. J'ai eu ainsi un malade qui m'avait été envoyé à la Salpêtrière pour plusieurs hématémèses, chez qui tous les examens furent négatifs et que, alcoolique à foie un peu gros, j'étiquetai pendant les premiers mois « cirrhose au début ». A la fin, il présenta les signes d'un cancer secondaire du foie et fit un syndrome de péritonite aiguë. Il fut opéré d'urgence par Leibovici qui trouva un cancer perforé de la grosse tubérosité, ayant envahi le foie.

Du cancer, je rapprocherai les tumeurs bénignes. Leur symptomatologie est souvent atténuée ou même nulle et il n'est pas rare que l'hémorragie, due à la chute d'une partie de la tumeur ou à une érosion de la muqueuse, près du pédicule souvent, soit le premier signe.

Dans ces cas, de bonnes radiographies permettent en général facilement le diagnostic.

Syphilis gastrique. — J'étudie plus loin, dans un chapitre spécial, les cas de syphilis gastrique purement hémorragique, sans douleurs, sans signes radiologiques.

La syphilis est donc une éventualité à laquelle il faut penser en présence d'hémorragies digestives qui ne font pas leur preuve.

J'ajoute qu'un certain nombre d'observations ont été publiées qui ne font pas leur preuve non plus. Un individu saigne, on applique le traitement antisyphilitique et il ne saigne jamais plus ; c'est peu pour affirmer la syphilis gastrique, quand on sait avec quelle fréquence on observe des hémorragies sans cause connue et qui, sans aucun traitement, ne se reproduiront jamais.

Causes œsophagiennes.— Je n'ai pas encore vu, parmi les malades que j'ai observés, de cas où l'hémorragie put être rattachée à une lésion œsophagienne.

Cette cause existe pourtant, mais elle ne peut être reconnue que si l'on pratique systématiquement, non seulement la gastroscopie, mais d'abord l'œsophagoscopie.

Aussi sont-ce Chevalier-Jackson et ses collaborateurs (1) qui ont publié à ce sujet les documents les plus intéressants.

Ils ont observé, dans des cas où le diagnostic de l'hématémèse ne pouvait être fait par aucun moyen, des ulcérations œsophagiennes variées et, chez des sujets présentant un syndrome douloureux, un ulcus œsophagien.

Des varices œsophagiennes saignantes, sont aussi, semble-t-il d'après ces auteurs, une découverte assez fréquente dans des cirrhoses même tout à fait au début, parfois dans des splénomégalies primitives comme dans un cas de Kirklin et Moersch (2).

Les varices œsophagiennes peuvent parfois être décelées aux rayons ; dans le cas de Kirklin, elles apparaissaient sur des clichés d'évacuation sous forme d'images polypoïdes de la fin de l'œsophage. Schatzki (3), d'après 5 cas diagnostiqués, décrit, en plus de ces taches claires et arrondies, des tracés clairs, rubanés et ondulés, images constantes sur divers films. L'élasticité de l'œsophage est conservée.

Le foie. — Les hémorragies au cours des cirrhoses sont bien connues cliniquement, si leur pathogénie est encore discutée. Les hémorragies ne sont pas l'apanage des grandes cirrhoses classiques et ce sont même les formes sans ascite qui saignent principalement (Gilbert et Villaret).

Seules nous intéressent ici les hémorragies survenant comme premier signe, alors que la cirrhose est encore latente.

Elles constituent une notion également classique, déjà étudiée par l'école de Gilbert, qu'Oettinger avait signalée comme importante, sur laquelle sont revenus divers auteurs comme Merklen et Israel (4).

Il s'agit d'individus qui présentent des hémorragies souvent considérables et chez qui les divers examens sont négatifs.

Il faut soigneusement rechercher une étiologie possible (alcoolisme par exemple), une très légère coloration des conjonctives, des taches rubis de la peau, une urobilinurie même discrète, parfois déjà une circulation collatérale débutante, un peu de météorisme, dans les cas plus nets déjà, une rate et un foie modifiés de volume.

On fera ensuite les épreuves modernes d'études de la coagulation, du saignement, du lacet, etc. ; on étudiera les tests de la valeur fonctionnelle du foie (5)

(1) Chevalier Jackson, G. Tucker, L. Clerf, R. Lukens et W. Moore. Hématémèses. Un plaidoyer pour les méthodes objectives de diagnostic. *Journ. Am. Med. Ass.*, 19 sept. 1925, p. 870.

(2) B. R. Kirklin et H. J. Moersch. Sur un cas de varices œsophagiennes vues aux rayons et compliquant une splénomégalie. *Radiology*, sept. 1931.

(3) R. Schatzki. Radiodiagnostic des varices de l'œsophage et de l'estomac. *Fork. a. d. G. d. Rœntg.*, juillet 1931. Voir aussi *Fort. a. d. G. d. Rœntg.*, août 1932.

(4) Pr. Merklen et L. Israel. Les hémorragies digestives des cirrhoses latentes ou méconnues. *Gaz. des Hôp.*, 7 oct. 1931.

(5) Dans le cas dont j'ai parlé plus haut d'hémorragies chez cet éthylique à foie augmenté de volume, qui finit par mourir en réalité d'un cancer de la grosse tubérosité que j'avais méconnu, le Prof. N. Fiessinger, à qui j'avais envoyé le malade pour étude du

mis au point en particulier par les travaux des écoles de Brulé, Chiray, Fiessinger.

Outre ces épreuves de laboratoire, je rappelle l'œsophagoscopie qui, je viens de le signaler, peut montrer des varices.

Je signalerai aussi que la radiographie décèle, souvent de façon précoce, sur les clichés pris pour l'étude de l'estomac, l'augmentation du volume de la rate.

La rate. — Les causes des hémorragies chez les hépatiques ont été discutées et sont en réalité multiples : varices, hypertension portale, crase sanguine, fragilité vasculaire. Abrami, Mme Bertrand-Fontaine, Lichtwitz et Fouquet (1) ont insisté sur l'origine splénique possible des petites hémorragies, opinion discutée par N. Fiessinger, P. Chevallier, P. E. Weil. Il ne s'agit d'ailleurs là que d'un point qui ne nous intéresse pas directement ici.

Mais, à propos des grandes hémorragies digestives sans cause décelable, Abrami, comme suite à la communication que nous avons faite avec Demole, a invoqué la même étiologie possible. Il y a, dit-il, des hémorragies d'origine splénique qui précèdent de longtemps la splénomégalie.

Il cite l'observation d'un homme opéré après une hématémèse et un melæna foudroyants ; on ne trouva rien ni à l'estomac ni à l'intestin, et la rate paraissait normale. Ce n'est que 7 ans après les premiers accidents que l'hypertrophie de la rate fut découverte aux rayons par Barret.

Carnot et de Léobardy (2) ont observé un cas où la rate n'a commencé à grossir que 2 ans après l'hémorragie. Le cas princeps (Balfour) d'hémorragie splénique concernait d'ailleurs un sujet dont la rate ne s'hypertrophia qu'après des années d'hémorragies et qui guérit par la splénectomie.

Dans un cas récent, suivi par Tzanck et nous-même, un sujet présenta des hémoptysies et des hématémèses à répétition. La rate était normale. Néanmoins, conformément aux conceptions que nous venons de mentionner, elle fut enlevée par Charrier (3). Or, à l'examen (I. Bertrand), il existait des lésions de tuberculose splénique.

Il s'agit donc là de faits extrêmement troublants et qui, pratiquement aussi indiagnosticables au début que certains ulcères duodénaux hémorragiques jeunes, sont de ceux qui contribuent à rendre cette question si difficile.

Nous ne ferons que signaler les hémorragies d'origine splénique, premiers signes appelant l'attention, mais où, à l'examen, la rate est augmentée de volume, moyennement (1), nettement, ou de façon considérable. Ce sont là des faits classiques où l'examen du malade pose le diagnostic et sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Toutefois nous devons faire remarquer que, lorsque la rate, même hypertrophiée, est encore souple et peu scléreuse, une hémorragie abondante peut lui rendre momentanément son volume normal.

Maladies du sang et des vaisseaux. — L'examen du sang s'impose dans toute hémorragie digestive. On peut parfois y trouver l'origine de l'accident. C'est ainsi qu'on a décrit des hémorragies digestives isolées dans l'hémophilie (forme à détermination gastrique pure de P. Chevallier).

Nous ne ferons que rappeler les hémorragies digestives possibles au cours de tous les syndromes sanguins hémorragipares.

Signalons rapidement les hémorragies survenant dans les maladies vasculaires. L'hypertension peut provoquer à elle seule une hémorragie digestive ; des lésions artério-scléreuses facilitent sans doute cette complication. Il peut s'agir de grosses lésions artério-scléreuses gastriques, comme celles signalées par Bitot et Mauriac (2), ou de ces petites artério-scléroses discrètes de P. Chevallier sur lesquelles nous reviendrons. Pupini (3) mentionne la dégénérescence amyloïde des vaisseaux.

S'il existe des lésions digestives quelconques, il est bien probable que l'hypertension favorise chez elles l'hémorragie. Gonzalez Galvan (de Séville) (4), sur 1000 malades consultant pour des troubles digestifs variés, trouve 71 hypertendus. Sur ces 71 malades, 31 ont des troubles gastriques et on y note 13 hématémèses ; 24 ont des troubles intestinaux et on y note 6 melænas. Cette proportion est infiniment supérieure, on le voit, à celle des hémorragies survenant chez les malades digestifs à tension normale.

Citons enfin une forme hémorragique de l'angiomatose familiale (maladie de Rendu-Osler (5). Je suis depuis des années un malade atteint de cette affection et qui, plusieurs fois par an, présente des hémorragies qui mettent souvent ses jours en danger (hématémèses et melæna). Aucun traitement, médications, radiothérapie, finalement splénectomie, n'a agi.

Dans notre cas, d'énormes angiomes de la face rendaient le diagnostic facile, mais il existe des formes frustes, purement internes, de la maladie.

Cas où l'on ne trouve rien. — Il est des cas où, non seulement les recherches les plus minutieuses, les exa-

---

fonctionnement hépatique, avait, de par le laboratoire, éliminé la participation du foie aux hémorragies.

Dans plusieurs cas, le Dr Guy Albot, dans le service du Dr Chiray, a également pu exclure la participation du foie à des hémorragies.

(1) P. ABRAMI, Mme BERTRAND-FONTAINE, A. LICHTWITZ et FOUQUET. De l'origine splénique du purpura des hépatiques. *Le Sang*, 1932, n° 5, p. 559.

(2) Cité *in* J. CAROLI. Pathologie de la rate en 1932. *Paris Médical*, 20 mai 1933.

(3) A. TZANCK, R.-A. GUTMANN et Jean CHARRIER. Hémoptysies et gastrorrhagies à répétition et tuberculose splénique. *B. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Séance du 23 juin 1933.

(1) J. CAROLI. Les hémorragies par spléno-mégalies modérées. *Paris médical*, 20 sept. 1930.

(2) E. BITOT et P. MAURIAC. Hématémèses par artério-sclérose gastrique. *Gaz. des Hôp.*, 13 mars 1913.

(3) G. PUPINI. Hémorragies gastriques. *Policlinico*, 15 janvier 1933.

(4) J. M. GONZALEZ GALVAN. L'hypertension artérielle chez les malades des voies digestives. *La Cronica Medica* (Lima), 1931, page 3.

(5) R.-A. GUTMANN, R. LAVAL et C. SCHLUMBERGER. Hématémèses dans un cas de maladie d'Osler. *B. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1932, p. 156.

mens de laboratoire les plus complets, mais encore des opérations avec exploration, des autopsies consciencieuses n'ont apporté aucune lumière. On ne trouve absolument rien.

La gastroscopie a, nous l'avons vu, permis de se rendre compte (Schindler) qu'il existait parfois des hémorragies gastriques sans pertes de substances, « aspects en piqûre de puce », épanchements sous-muqueux, suintement diffus de la muqueuse. C'est ce que Moynihan a constaté à certaines opérations, où, dit-il, la muqueuse « pleure du sang ».

Diverses hypothèses ont été faites.

La plus simple est de penser qu'une poussée transitoire de gastrite, due à une cause infectieuse quelconque, a provoqué l'hémorragie. Celle-ci terminée, aucune trace ne subsiste.

On a parlé d'hémorragies vicariantes de la menstruation, Mathieu a décrit des « hématémèses hystériques », mais elles sont formées plutôt de petites quantités de sang, peut-être gingival ou rhino-pharyngé, rejeté avec la salive ou dégluti et revomi (hémosialhémèse de Josserand) (1) ; de tels cas n'offrent guère de difficultés. Leur répétition seule est déjà une raison de douter. Quand un malade nous dit : « Je vomis du sang tous les jours », il y a bien des chances qu'il n'y ait rien de sérieux.

D'autres troubles nerveux peuvent être invoqués (1). On a décrit, chez les névropathes, l'hématidrose, sudation de sang sans lésion, survenant par rupture de capillaires dans les glandes sudoripares, à l'occasion de chocs émotifs. On peut se demander si des phénomènes semblables ne peuvent pas exister au niveau de l'estomac. Dans une vieille observation de Gendrin (2), on voit ainsi des hématémèses, sans causes et répétées, cesser un jour et faire place à des crises quotidiennes de sueurs sanglantes, sur la poitrine, le dos et les cuisses. Schindler, décrivant les hémorragies en nappe qui se produisent sous les yeux de l'observateur au cours de la gastroscopie, signale aussi qu'il s'agit de sujets nerveux (3). On connaît des cas d'hémorragies coliques (R. Gaultier, Mathieu) survenues sans cause à la suite d'une violente colère, d'une émotion.

Ces faits doivent être connus, encore qu'il ne faille pas se dissimuler qu'ils réalisent des exceptions et, pour certains, des curiosités.

Il n'en est peut-être pas de même des hémorragies rentrant dans le groupe des troubles par choc, par anaphylaxie. Nous avons vu, au chapitre spécial, toute une série de faits qui prouvent, expérimentalement et cliniquement, qu'un choc humoral peut avoir une conséquence organique et même hémorragique. Nous n'y revenons pas. Mais il est bien probable, à notre avis, que certaines hémorragies cryptogénétiques reconnaissent une telle origine.

(1) Rappelons à ce sujet que des causes nerveuses organiques (méningite tuberculeuse, irritation mécanique du vague) peuvent créer des hémorragies érosives de la muqueuse. — NICOLAYSEN. Irritation du vague et érosions hémorragiques de l'estomac. *Arch. of int. Med.*, 1920, p. 295.

(2) In MANGON. L'hématidrose. Thèse de Bordeaux, 1886.

(3) SAVIGNAC a vu, à la rectossopie se produire sur la muqueuse rectale de ces suffussions hémorragiques sans lésions.

On peut aussi se demander si une cause quelconque, mécanique, infectieuse, toxique, humorale, capable de produire chez un individu normal une simple congestion gastrique qui passerait inaperçue ou quelques douleurs sans lendemain, ne peuvent pas causer des hémorragies chez des individus prédisposés par un état sanguin ou vasculaire.

On trouve parfois, chez les sujets qui ont eu une de ces hémorragies mystérieuses, de très légers stigmates sanguins, hypo-hémophilie de P. Chevallier (allongement du temps de coagulation sans modification de temps de saignement), hémophilo-hémogénie de P. E. Weil (léger allongement du temps de coagulation et du temps de saignement, hémogénie (1).

Il peut aussi y avoir, nous l'avons dit plus haut, de petites lésions artério-scléreuses localisées, auxquelles il faudra penser, pour P. Chevallier, quand il existe une augmentation de cholestérol sanguin.

Ce ne sont là que des présomptions ; en fait, il reste que pour un assez grand nombre d'hémorragies digestives, il est impossible par aucun moyen de faire un diagnostic.

Causes exclusivement intestinales. — Dans tous les faits précédents, nous avons considéré sans distinction spéciale hématémèse et melæna ; le problème est plus compliqué encore quand il s'agit de melæna. Il existe toute une série de causes, très difficiles à déceler au début (cancers, tumeurs bénignes de l'intestin), ou qui peuvent se traduire par des désordres digestifs nuls, très légers ou d'allure extrêmement banale (colite, péricolites, diverticulites légères, ulcérations du diverticule de Meckel, parasitoses, dolichocolon, coudures, etc.) et qui toutes sont susceptibles de provoquer des hémorragies intestinales abondantes.

On conçoit, dans de tels cas, quels concours de circonstances doivent parfois être réalisés pour poser un diagnostic exact, ou plutôt, avec quelle facilité ce diagnostic peut échapper.

IMPORTANCE NUMERIQUE DES HEMORRAGIES DE DIAGNOSTIC OBSCUR

En présence des éventualités que nous venons d'énumérer, la première question à se poser est de savoir si les faits d'hémorragie non ulcéreuse sont rares ou fréquents. S'ils représentent d'insignifiantes exceptions, il n'y a qu'à ne pas en tenir compte et à agir comme s'il s'agissait d'un ulcère. S'ils concernent des faits fréquents, nous nous trouvons devant une difficulté pratique d'une très grande importance.

Les quelques travaux faits à ce point de vue varient dans d'assez fortes proportions.

Quelques auteurs américains ont étudié cette question et, pour eux (2), l'énorme majorité des cas d'hématémèses est en rapport avec une lésion gastrique

(1) P. NOBÉCOURT, R. LIÈGE et GRODNITSKY. Hémorragies intestinales et dyscrasie sanguine, etc. *Soc. de Pédiatrie*, 11 juillet 1933.

(2) A. B. RIVERS et D. L. WILBUR. Signification diagnostique de l'hématémèse. *Journ. Am. Méd. Ass.*, 7 mai 1932, p. 1629.

ou duodénale : ulcères, cancers, tumeurs bénignes, représenteraient environ 89 % des cas d'hémorragies et il n'y aurait que 2,50 % des cas qui resteraient indéterminés.

Cette statistique me paraît troublante à plus d'un titre. On y remarque que, sur 430 malades opérés, 5 fois seulement on ne trouve rien ; jamais il n'existe de ces pylorites, de ces duodénites que tous les chirurgiens constatent si souvent ; toujours le diagnostic est rigoureusement posé : même précision absolue sur 236 cas non opérés, puisque 10 fois seulement on ne fait pas de diagnostic !

Cependant, Berkman (1), à la Mayo Clinic, nous dit que de 1927 à 1930, dans 75 cas, le diagnostic étiologique de l'hématémèse n'a pu être fait (il n'indique pas sur combien de malades).

Sur ces 75 malades, 18 ont été opérés néanmoins. On trouva chez eux, 7 fois un ulcère duodénal, 1 fois un fibro-sarcome du diverticule de Meckel, 1 fois un cancer jéjunal, 1 fois une lésion indéterminée de la petite courbure gastrique ; 8 fois on ne trouva rien qui expliquât l'hémorragie.

Des 57 malades à hémorragies indéterminées et non opérés, un seul mourut et on trouva chez lui un ulcère duodénal.

Mes résultats sont assez différents. Ils tiennent peut-être à ce que mes malades sont, non des sujets hospitalisés, en général déjà pour intervention, dans une clinique payante, — c'est-à-dire sélectionnés —, mais au contraire des malades de consultation digestive (2).

Dans ces conditions, ma statistique établie avec Demole et dont le détail est donné au tome I, comporte 24 lésions gastro-duodénales, 34 hématémèses par appendicite chronique, cholécystite ou périviscérite, 21 cas divers (alcooliques, hépatiques, etc.), et 21 cas où il m'a été impossible de faire un diagnostic.

Cette statistique a été publiée il y a plus d'un an et demi. Depuis, à ma connaissance, 1 seul des cas que j'avais classés dans les diagnostics non faits, et qui avait d'ailleurs présenté plusieurs melænas et hématémèses, a été opéré par M. Gosset et trouvé porteur d'un ulcère duodénal.

Par contre, depuis la même époque, et à la suite de ma communication, j'ai reçu à la consultation, outre mes malades habituels, un très grand nombre de sujets envoyés par leurs médecins ou par d'autres services qui n'avaient pas pu arriver à faire un diagnostic étiologique.

Dans la majorité de ces cas, je ne suis pas arrivé non plus à faire un diagnostic, par tous les moyens modernes de diagnostic.

Tout récemment, dans un très important travail auquel je renvoie le lecteur, Shaw (3), de Londres, comparant ses statistiques aux miennes, est arrivé à des conclusions du même ordre (30 % d'hémorragies ulcéreuses) et qu'il oppose comme moi aux statistiques américaines.

J'ai donc l'impression que les hémorragies non ulcéreuses sont fréquentes, mais on ne pourrait se faire à ce sujet une idée précise qu'en opérant tous ces malades, en réséquant et en examinant les pièces.

Contre cette manière d'agir, je dois dire que je vois, avec une grande fréquence, des malades précédemment opérés dans les endroits les plus variés à l'occasion d'une hémorragie et avec le diagnostic d'ulcère, en général duodénal, qui continuent à saigner et qui n'étaient sûrement pas porteurs d'ulcère, mais au contraire avaient et continuent à avoir un des états étudiés ci-dessus.

Il faut donc que d'autres statistiques, basées sur des histoires cliniques bien prises, sur des opérations où l'on a trouvé des lésions incontestables et sur des résultats post-opératoires longtemps observés, disent si mon habitude de faire des diagnostics d'ulcères sur des signes directs me rend trop réservé dans mes conclusions, ou si les auteurs qui trouvent une cause absolument nette, facile à étiqueter et même presque jamais un diagnostic douteux dans 90 % de cas d'hémorragies sont trop optimistes.

Quelle conduite tenir en pratique ?

Les avis, on le sait, sont très différents.

J'avoue que je ne suis ni enthousiasmé, ni convaincu par les arguments d'auteurs comme Finsterer qui, semblant s'occuper assez peu du diagnostic, opérant pour ainsi dire non la maladie, mais le symptôme, font une sorte de « chirurgie homéopathique ». Evidemment, quand on a acquis une certaine technicité, on peut toujours enlever un estomac, même hémorragique. L'important n'est pas, à mon avis, d'apporter une statistique de malades ayant saigné, gastrectomisés et ne saignant plus, mais de savoir s'ils n'auraient pas guéri en gardant leur estomac, ou si l'on n'aurait pas pu les opérer plus tard, à loisir, reposés, et avec un diagnostic fait. On frémit en effet, si cette doctrine simpliste de la « gastrectomie à tout coup » prévalait dans le traitement des hémorragies, en pensant au nombre de malades qui se trouveraient d'extrême urgence placés, dans des circonstances dramatiques, entre des mains bien souvent non rompues à l'expérience et aux surprises de la grande chirurgie digestive.

Il faut pourtant se décider.

Papin et Wilmoth séparent les statistiques d'avant la transfusion et celles d'après la transfusion. C'est là une distinction capitale ; pourtant, il eût été intéressant, mais presque impossible, d'établir dans ce deuxième groupe une autre subdivision également capitale, selon le degré d'efficacité de la transfusion. Si à un malade qui a perdu deux litres de sang, on injecte 300 grammes, son cas est-il très différent de ce qu'il eût été « avant la transfusion ».

En réalité, la clef de la question est peut-être là.

Il vaut mieux, si l'on peut, opérer à loisir, au moment choisi, un malade qui ne saigne plus, que d'être porté par les événements au « pile ou face » de l'opération d'urgence et sans diagnostic.

(1) J. M. Berkman. Hémorragies gastro-intestinales de nature indéterminée. *Staff Meet. of the Mayo Clinic.*, 18 mai 1932.

(2) Papin, *loc. cit.*, attribue, comme nous, ces différences au milieu où l'on oboserve. (*Nota.* Le beau rapport de Papin et Wilmoth est cité, dans mon livre, dans les pages précédant celles dont cet article est tiré.)

(3) M. E. Shaw. L'hématémèse. *Lancet*, 12 août 1933, p. 335.

Le peut-on ? Le plus souvent oui, à condition d'avoir la possibilité de faire des transfusions rapides et d'une abondance proportionnelle au cas.

Aussi, je crois qu'il vaut mieux pour les malades vulgariser la transfusion, sa technique, son dosage, la préparation d'équipes de donneurs (ce que l'Assistance Publique a réalisé à Paris et que tout chirurgien peut facilement réaliser dans son centre) (1) que de développer des pépinières de gastrectomistes, prêts à enlever sans discrimination l'estomac à tout malade qui saigne.

CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX

DIFFÉRENTES MANIFESTATIONS MÉDICALES PROCHAINS CENTENAIRES CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

1934

Janvier. — Paris. Réunion de la Ligue contre le Rhumatisme. — Hôpital Cochin, service du docteur Mathieu.

6 janvier. — Paris. Journée d'histoire de la médecine. Faculté de médecine de Paris. — Président : M. le professeur Laignel-Lavastine.

7 janvier. — Paris. Hôtel-Dieu, 9 h. matin. Assises nationales de l'Assemblée française de médecine générale, consacrées aux convulsions infantiles. — Président : Prof. Euzière (de Montpellier).

Autres sessions : février-mars ; avril-mai ; juin-juillet ; octobre-novembre. — Secrét. gén. : docteur G. Godlewski, 14, rue Théodule-Ribot, Paris (17e).

15 janvier. — Calcutta. 150e anniversaire de la fondation de l'Asiatic Society of Bengal.

Février. — Paris. XIVe Salon des médecins. — Secrét. gén. : M. P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (15e).

Mars. — Paris. Société d'hydrologie médicale. Séance annuelle. — Secrét. gén. : docteur J. Galup, 59, rue Bonaparte, Paris (6e).

Mars. — Montpellier. Réunion hydrologique et climatologique. — Secrét. gén. : Prof. A. Puech, 32, rue Aiguillerie, Montpellier.

16-17 mars. — Lyon. Journées médicales-thermales et climatiques. — Président : Prof. Pic ; Secrét. gén. : Prof. Piéry, Faculté de médecine de Lyon.

20 mars-1er avril. — Tunis. Congrès médical (Fédération des sociétés médicales d'Algérie et de Tunisie.) — Présid. : M. Charles Nicolle.

28 mars-5 avril. — Paris. IIIe Congrès international technique et chimique des industries agricoles.

Pâques. — Paris. Congrès du fruit-aliment.

Avril. — Siège non encore fixé. IIIe Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine. — Secrét. gén. : docteur Pierrat, 8, rue Servandoni, Paris (6e).

Avril. — Rome. Ier Congrès international de cinématographie éducative.

3-6 mai — Moscou. IVe Congrès de la Ligue internationale contre le rhumatisme. — Secrét. gén. : 489, Keisersgracht, Amsterdam.

7-10 mai. — Paris. IIIe Congrès français de gynécologie. — Président d'honneur : Prof. Koenig (de Genève) ; Président : Prof. André Binet (de Nancy) ; Secrét. gén. : docteur M. Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (17e).

21 mai. — Chatel-Guyon. Congrès de la colibacillose, des infections et intoxications d'origine intestinale. — Président : M. Carnot ; Secrét. gén. : docteur Pierre Balme, Chatel-Guyon.

26-28 mai. — Perugia. XIe Congrès de radiologie médicale. — Président : Prof. Eugenio Milani ; Vice-Prés. : Prof. Bruno Bellucci ; Secrét. gén. : Mlle Maria Bellucci, 14, Corso Vannucci, Perugia (Italie).

Mai. — Paris. Ligue française contre le rhumatisme.

Mai. — Paris. XIXe Congrès de médecine légale de langue française.

Mai. — Lyon. Journées orthopédiques.

Printemps. — Italie. Ve Congrès italien de microbiologie. — Secrét. gén. : Prof. Arnaudi et Prof. Dessy, via Darwin 20, Milan.

Printemps. — Bordeaux. Congrès de thérapeutique hydrominérale et climatique des maladies coloniales. — Secrét. gén. : Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

9-10 juin. — La Bourboule. Congrès international du lymphatisme. — Présidents : MM. Nobécourt, Lereboullet et Castaigne ; Secrét. gén. : docteur Sauzet, à la Bourboule.

23-27 juin. — Bruxelles. Journées médicales de Bruxelles. — Président : Prof. Zunz ; Secrét. gén. : 141, rue Belliard, Bruxelles.

28 juin-1er juillet. — Aix-les-Bains. Conférence scientifique internationale du rhumatisme progressif généralisé. — Président : Prof. Bezançon ; Secrét. gén. : M. M.-P. Weil, hôpital Saint-Antoine, Paris.

8-14 juillet. — Bruxelles. Réunion triennale du Conseil international des Unions scientifiques.

16-22 juillet. — Lyon. XXXVIIIe Congrès des médecins aliénistes de France et de langue française. — Président : M. L. Lagriffe (Quimper) ; Secrét. gén. : Prof. P. Combemale, méd. chef asile Bailleul (Nord) ; inscr. : docteur Vigraud, 4, avenue d'Orléans, Paris (14e).

24-31 juillet. — Zurich. IVe Congrès international de radiologie. — Président : M. Hans R. Schinz ; Secrét. gén. : docteur H. E. Walter, Glorastrasse, 14, Zurich.

Juillet. — Zurich. Congrès international de la lumière.

Juillet. — Paris. Congrès français de pédiatrie.

27 août. — Québec. XXIIIe Congrès français de médecine. Présidents : Prof. Rousseau (Québec), Prof. Sergent (Paris) ; Secrét. : A.D.R.M., Faculté de médecine, à Paris.

Septembre. — Bologne. IIe Congrès international de stomatologie. — Président : M. Beretta (Bologne).

8 octobre. — Paris. Congrès français d'urologie. — Président : M. Heitz-Boyer (Paris) ; Vice-Présid. : M. Thévenot (Lyon) ; Secrét. gén. : M. O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

8 octobre. — Paris. Congrès français de chirurgie. — Président : M. Cunéo (Paris) ; Vice-Présid. : M. Michel (Nancy) ; Secrét. gén. : M. Grégoire, 20, rue de l'Université, Paris (7e).

12 octobre. — Paris. XVIe Congrès français d'orthopédie. — Secrét. gén. : M. Rocher, Bordeaux.

Octobre. — Paris. XXIe Congrès annuel d'hygiène. — Secrét. gén. : M. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur.

Octobre. — Paris. IXe Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Octobre. — Paris. IIe réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française. — Secrét. gén. : docteur Darlaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris.

Octobre. — Paris. VIIIe Congrès français de stomatologie. — Président : M. le docteur Béliard ; Secrét. gén. : M. le docteur Vilenski.

(1) Un livre récent de Tzanck donne tous les renseignements nécessaires sur ce sujet. A. Tzanck : La Transfusion. Paris, Masson, édit., 1934.

Octobre. — Paris. Congrès français de chirurgie réparatrice. — Secrét. gén. : docteur Dartigues, 81, rue de la Pompe, Paris (16e).

Octobre. — Paris. Congrès français d'oto-rhino-laryngologie.

Octobre. — Paris. XIVe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Octobre. — Paris. Association des membres du corps enseignant des Facultés de l'Etat.

Décembre. — Paris. — Séance annuelle de la Société de pathologie comparée.

Date non fixée. — Bordeaux. Congrès français d'orthopédie.

Lyon. Congrès français de dermosyphiligraphie.

Genève-Zurich. Congrès international d'hydrologie médicale.

Palerme. VIIe Congrès international de thalassothérapie.

1935

5-10 août. — Londres. IIe Congrès neurologique international.

Décembre. — Le Caire. Xe Congrès de la Société internationale de chirurgie. — Secrét. gén. : Prof. Léopold Mayer, 70, rue de la Loi, Bruxelles.

Paris. IIe Congrès international d'hygiène mentale. — Présidents : H. Claude et Ed. Toulouse ; Secrét. gén. : M. Genil-Perrin ; Prés. Comité d'organisation : M. René Charpentier, 119, rue Perronet, Neuilly (Seine).

Italie. — Siège à fixer. IIe Congrès méditerranéen d'hygiène.

Bruxelles. — 1er Congrès international de gastro-entérologie. — Secrét. gén. : docteur Georges Brohée, Bruxelles.

Bruxelles. — VIIe Congrès international des maladies du travail.

Berlin. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Lille. Congrès français d'orthopédie.

Belgique. IIe Congrès de thérapeutique— Secrét. gén. : G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e).

Printemps. — Roumanie. IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Février. — Le Caire. Inauguration du musée Bonaparte.

1936

Septembre. — Rome. Congrès de la Société internationale de chirurgie orthopédique.

Septembre. — Rome. IVe Congrès international de pédiatrie. — Président : Prof. Spolverini.

— Congrès international protection de l'enfance.

Wiesbaden. — Congrès international de la lumière. — Président : M. Axel Reyn (Danemark).

Berlin. — Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Sans date. — Amsterdam. IIe Congrès international de médecine tropicale.

PROCHAINS CENTENAIRES

1934. — Centenaire de la naissance du professeur *Tillaux* (de Paris), du professeur Alphonse *Dubrueil* (de Montpellier) ; de *Klebs* (de Königsberg) ; de *Deiters*, anatomiste allemand ; de *Heidenhain*, anatomiste allemand ; de *Rasmüssen*, médecin danois.

1935. — Centenaire de la naissance de *Ranvier*, à Lyon ; de *Politzer*, à Vienne ; de *Parkinson*, à Londres ; d'*Eberth*, à Halle.

— Centenaire de la mort de *Dupuytren*, à Paris ; de *Foderé*, à Strasbourg.

1936. — Centenaire de la naissance de *Waldeyer*, anatomiste allemand.

1937. — Centenaire de la naissance de *Terrier*.

1938. — Centenaire de la mort de *Broussais*.

CROISIÈRES ET VOYAGES MÉDICAUX

Croisières de la *Revue générale des Sciences*. — Inscriptions et renseignements au Secrétariat de l'*Association de la Presse médicale française*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — Tél. Littré 13-61.

Croisières médicales organisées par le Dr Loir, 12 *bis*, rue de Coligny, Le Havre.

Croisières médicales franco-belges. — Inscriptions. Voyages de Bruxelles médical, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles, et *Concours médical*, rue de Bellefonds, 37, Paris.

Pâques 1934. XIXe Croisière médicale franco-belge (concours médical et Bruxelles médical). Athènes, Stamboul, Roumanie, Mer Noire.

Croisières médicales françaises.

25 mars-9 avril. Pâques 1934. — Croisière du *de Grasse*, à Athènes, Constantinople, Sud Tunisien.

Croisière médicale française, 9, rue Soufflot, Paris (5e). Odéon 20-63.

Croisière médicale au Canada en septembre 1934. — Renseignements : A. D. R. M., Faculté de médecine de Paris.

Voyages de la Société médicale du Littoral méditerranéen : 1° Pâques ; 2° Noël ; 3° Eté : La Côte d'Azur, la Corse, les Alpes. — Secrét. gén. : 24, rue Verdi, Nice.

Voyages de la Fédération médicale thermale et climatique pyrénéenne : Cévennes-Pyrénées (de Lamalou à Lourdes) ; Pyrénées-Océan. — Renseignements : Dr M. Faure, La Malou.

Nord-Sud. — Voyage aux eaux minérales d'Italie. Septembre 1934. — Prof. G. Ruata, directeur ente nazionale industria turitiche, 2, via Marghera, Roma.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1933)

Vaccination contre le rouget des porcs avec le bacille non atténué. — M. Ch. HRUSKA.

De la présence de l'antitoxine diphtérique d'origine naturelle chez le singe. — M. G. RAMON et Mlle ERBER.

Présence dans l'urine des sujets atteints de tumeur maligne d'un principe doué d'une action sur la cortico-surrénale. — M. Max ARON.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1933)

Crise d'excitation furieuse au cours d'une intoxication aiguë par l'oxyde de carbone. — M. A. DELATTRE.

Au sujet d'un kyste du mésentère. — MM. COURTY et DESORGHER.

Recherches expérimentales concernant l'image granitée post-hémoptoïque (présentation de radiographies). — MM. D'HOUR et BÉRA.

L'évolution familiale de la tuberculose. — M. Bernard souligne la similitude des formes morbides chez les membres d'une même famille. Cette iso-évolution est basée sur la similitude de terrain et de graine tuberculeuse.

Statistique de tuberculose conjugale. — M. Bernard. D'une statistique portant sur 242 tuberculeux mariés, l'auteur compte 32 cas de tuberculose conjugale, soit 13 pour 100, chiffre voisin de celui donné lors d'une étude d'ensemble produite à l'Assemblée générale de Médecine.

Mais l'auteur pense que les cas doivent être plus nombreux, du fait des tuberculoses à retardement, survenant plusieurs années après la mort du conjoint.

Un autre point est la rareté relative de la tuberculose conjugale, vraisemblablement à cause de la résistance effective qu'oppose l'adulte à l'infection bacillaire.

Il paraît cependant nécessaire de prendre des mesures prophylactiques en cas de tuberculose conjugale.

(séance du 7 novembre 1933)

Section ancienne du tendon fléchisseur du pouce droit. Greffe du tendon du petit palmaire. Résultat fonctionnel satisfaisant (présentation de malade). — M. Vincent.

Trois cas de torsion du cordon spermatique. — M. Vincent, Mlle Senellart et M. Briffaut.

Enorme diverticule infecté de la vessie. Résection. Guérison (présentation de radiographies. — M. Lepoutre.

Un cas d'acrodynie infantile. — M. Lamoril.

Erythème noueux, s'accompagnant de hilite gauche, consécutif à une rougeole. — M. Flament.

La maladie hypertensive est-elle une maladie familiale ? — M. Bernard.

Sur l'épidémiologie familiale du rhumatisme articulaire aigu. — M. Bernard.

Pour une bibliothèque centrale du paludisme

Depuis 1925 il existe, dans la « Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica », à Rome, une Bibliothèque du Paludisme, ouverte aux savants et à tous ceux qui s'intéressent à la malariologie.

Un « Indice Bibliografico Universale della Malaria » est publié chaque année par les soins de cette Bibliothèque.

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)
G. CHENAL, PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C. 1 33, Aubenas.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, Boulevard de Clichy (Service A).

Pour vos Grippés

Deux médicaments spécifiques :

ASCÉINE

Période de début :

Frissons
Courbature
Céphalalgie
Hyperthermie

Soulagement immédiat

2 à 4 comprimés
par 24 heures

RÉSYL

Période d'état et de déclin :

Bronchite
Laryngite
Rhinite
Séquelles pulmonaires

Restitutio ad integrum

Comprimés : 3 à 5 par 24 heures
Sirop : 3 à 5 cuillerées à café par 24 heures

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND
109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

Le DIAL "CIBA"

CHEZ LES SURMENÉS

Chez les surmenés de tous ordres, chez les préoccupés et les scrupuleux, qui font volontiers de l'obsession et de la petite anxiété nocturne, le DIAL est un médicament précieux qui détend leurs neurones sous tension et leur permet de goûter un repos réparateur, première condition de leur guérison.

COMPRIMÉS — GOUTTES — AMPOULES

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

On prie vivement tous ceux qui s'adonnent aux questions et problèmes malariologiques d'envoyer à la Station copie de leurs travaux, relations, multigraphies, publications qui de quelque manière s'occupent de paludisme, etc., dans le but de constituer une Bibliothèque Centrale spécialisée, aussi complète que possible.

Les publications et toute demande de renseignement et de documents doivent être adressées au Directeur de la « Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica », Corso Vittorio Emanuele 168, Rome (16).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ENCÉPHALITES AIGUES

On doit entendre sous ce titre les encéphalites aiguës et subaiguës non suppurées :

A) Soit dues à un *virus spécifique : encéphalite épidémique ;*

B) Soit dues à des *toxi-infections variées.*

Des travaux récents ont, non seulement précisé la symptomatologie de l'encéphalite épidémique et ses multiples aspects, mais encore montré la fréquence plus grande d'*encéphalo-myélites infectieuses, coquelucheuse, grippale, ourlienne, post-morbilleuse, scarlatineuse, varicelleuse, pneumococcique.*

Schématiquement, on peut décrire séparément :

A) L'encéphalite aiguë *épidémique*, dont la localisation élective est le *mésocéphale et les noyaux gris centraux.*

B) Les encéphalites aiguës *toxi-infectieuses*, à germes variés, touchant non seulement le mésocéphale et les noyaux gris centraux, mais encore la *substance grise corticale*, spécialement dans les zones frontale et motrice.

A. **L'encéphalite aiguë, épidémique.** — *Début.* — Etat infectieux de quelques jours.

Etat. — Deux aspects cliniques, souvent intriqués :

α) *Oculo-léthargique ;*

β) *Algo-myoclonique.*

α) Forme oculo-léthargique. — 1. *Somnolence.* — Plus ou moins profonde, continue, ou périodique, après les repas, dure plusieurs semaines ou quelques jours, *différence essentielle avec le subcoma : quand on interroge le malade, il répond consciemment et rapidement pour retomber dans sa léthargie.*

Somnolence diurne contrastant avec l'insomnie nocturne. Pfs insomnie complète.

2. *Troubles oculaires*, presque constants.

Ce sont des paralysies parcellaires. *Ptosis* : signe principal, bilatéral, incomplet souvent ; *strabisme* surtout III et *diplopie, nystagmus, paralysie de l'accommodation*, rarement A. Robertson vrai.

β) Forme algo-myoclonique. — 1. *Myoclonies.* — a) disséminées : secousses musculaires plus ou moins amples, brèves, de différents groupes musculaires, synchrones ; b) localisées : hoquet, *clignement répété des paupières.*

2. *Algies* vives, pseudo-tabétiques, unilatérales, paroxystiques, surtout cou et racine des bras.

Syndrome infectieux, accompagne l'une ou l'autre des formes précédentes : fièvre modérée ou à type typhoïdique, tachycardie, tachypnée et arythmies respiratoires, *sialorrhée.*

Ponction lombaire. — Dissociation albumino-cytologique inverse : hypertension, lymphocytose 20 à 200 ; albuminose pq normale ; *courbe normale du benjoin*, l'hyperglycorrachie est inconstante.

Evolution. — Plusieurs modalités évolutives :

a) *Mort* par coma hyperthermique rapide ;

b) *Guérison complète ;*

c) *Guérison incomplète ;*

d) *Récidives ;*

e) *Surtout forme prolongée.* On sait actuellement que l'évolution habituelle de la plupart des encéphalites est le passage à la chronicité et que les *pseudo-séquelles* encéphalitiques sont en réalité des formes prolongées d'encéphalite.

1. *Syndrome parkinsonien*, avec sa rigidité hypertonique, son tremblement, la perte des mouvements automatiques; soit généralisé intense ; soit *discret et localisé.*

2. *Syndrome excito-moteur*, avec ses myoclonies, ses mouvements choréo-athétosiques.

3. *Syndrome adiposo-génital ;*

4. *Syndrome psychique.*

Le pronostic tardif de l'encéphalite épidémique est toujours un pronostic sérieux.

B. **L'encéphalite aiguë, isolée.** — Déjà décrite par *Comby*, elle a fait l'objet de nombreux travaux modernes.

C'est une *affection rare*, où la notion du terrain et en particulier d'*hérédo-syphilis* semble jouer un rôle. Elle se voit chez l'adulte, et surtout *chez l'enfant, avant 4 ans.*

Début brutal, pfs précédé de quelques prodromes : céphalée, courbature, tachycardie, fièvre, vertiges, vomissements.

Etat. — Deux phases, pas toujours nettement dissociées :

α) *Phase d'organisation des foyers encéphalitiques ;*

β) *Phase de foyers encéphalitiques constitués.*

α) Phase d'organisation des foyers encéphalitiques. — 1. *Syndrome infectieux :* fièvre élevée, céphalée pénible, tachycardie, tachypnée.

2. *Syndrome nerveux : insistons sur l'importance de l'absence de certains signes ; absence de signes d'hypertension intracranienne ; absence de signes méningés.*

a) *Convulsions*, soit espacées, soit subintrantes ; *localisées* (plus localisées que dans les méningites), généralisées ; quelques mouvements cloniques (Raymond et H. Claude, 1909).

b) *Troubles psychiques.* — Agitation ; *délire* (surtout dans l'encéphalite grippale) ; somnolence.

c) *Phénomènes de contracture :* raideur des membres, partielle, généralisée, déviation conjuguée de la tête et des yeux.

d) *Le liquide céphalo-rachidien est normal :* pas d'hypertension, pas de réaction méningée nette.

Le malade peut mourir dans le coma hyperthermique, ou entrer dans la phase suivante :

β) Phase de foyers encéphalitiques constitués. — 1. *Syndrome infectieux.* — Reste le même ou régresse.

2. *Syndrome nerveux. — C'est la phase des paralysies.*

a) *Paralysies spastiques* des membres plus ou moins étendues (hémi-mono-plégies), plus ou moins complètes, s'accompagnant d'ophtalmoplégie, d'hémianopsie, d'hyperémie papillaire (névrite optique associée).

b) *Absence de signes pyramidaux.* — Pas de Babinski.

c) *Association de troubles ataxiques, ou de tremblement, ou de mouvements choréiques, ou athétosiques.*

Si la mort peut encore survenir à cette phase, en général l'évolution est variable.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CONSTIPATION
SPASMODIQUE

CARBATROPINE
CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

De Trouette-Perret

l'
Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la
Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la
Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

SULFUREUX
POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon 10.50
POUR BAINS :
Le flacon .. .. 6 fr.

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

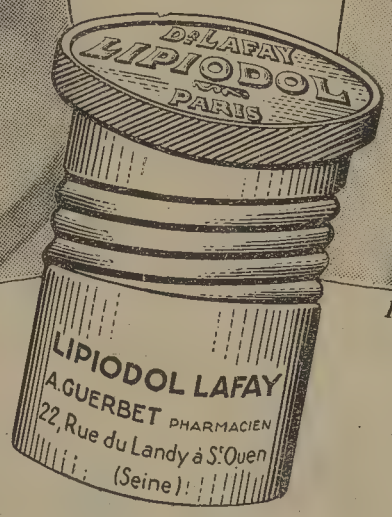
LIPIODOL LAFAY

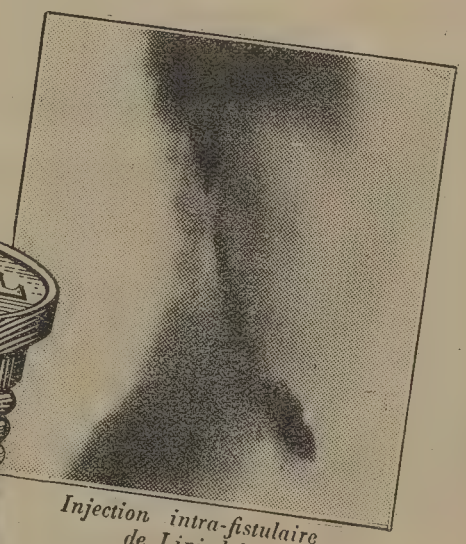
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'Iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'Iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'Iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉRET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 6 JANVIER 1934. — N° 2.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ;

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Infection dentaire et rhumatisme, par M. Mathieu-Pierre Weil.
CALENDRIER DES CONGRÈS (fin).
Questions mises à l'ordre du jour des prochains Congrès.
CHRONIQUE
La question des malades riches à l'hôpital.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. Jacques Parizot (de Nancy).

Au grade d'officier. — MM. Armand-Delille, Bozo, Cibrie, Galop, Pagniez (de Paris), Tellier (de Lyon).

Au grade de chevalier. — MM. Alary (de Clermont-Ferrand), Bagot (de Saint-Pol-de-Léon), Berton (de Saint-Paul-sur-Ubaye), Besson (de Paris), Blanc (de Carcassonne), Brunet (de Joigny), Cabessa (de Paris), Camescasse (de Saint-Arnoult-en-Yvelines), Castin (de Dijon), Cherechewski (de Saint-Germain-en-Laye), Chevalerias (de Paris), Connet, directeur du cabinet du ministre de la Santé publique; Decorde (de Tourville-la-Campagne), Deville (du Havre), Dullin (du Mont-Dore), Faraut (de Nice), Girardet (de Saint-Ylie), Giss (de Thionville), Godlewski, Grunberg, René Guttmann et Housset (de Paris), Kendirdjy (de Nice), Mme Simone Laborde (de Paris), MM. Laurent (de Saint-Etienne), Achille Lévy (de Nancy), Meignié (de Lesparre), Murard (du Creusot), Née (de Rouen), Raymond Paris (de Paris), Picard (d'Alger), Pineau (de Paris), Porentru (de Périgueux), Quellien (de Paris), Raffali (de Seillans), Roullier (de Paris), Roumaillac (de Captieux), Sappey (de Grenoble), Souffrain (de Troyes), Tissot (d'Annecy), Viard (de Paris), Vidal (d'Aix), Voirin (de Vittel), Walser (de Paris).

Guerre. — *Au grade de commandeur.* (Active.) MM. le médecin général Normet, les médecins colonels Jullien et Marchand.

(Réserve.) M. le médecin lieutenant-colonel Ombrédanne.

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. Brihmat Zebruk (d'Alger).

Marine. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — (Active.) M. Defressine, médecin général de 1re classe de la marine.

Au grade de commandeur. — (Réserve.) M. G. Portmann, médecin principal de la marine.

Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bernard (Jean-Gustave), chirurgien des prisons.

Education nationale. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Maurice Loeper (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. Mayoux et Mondor (de Paris).

Au grade de chevalier. — M. Dubois (de Saint-Victor-l'Abbaye).

LE NOUVEAU PREMIER MINISTRE DE ROUMANIE. — Le docteur Constantin Angelesco a été nommé président du Conseil des ministres de Roumanie, en remplacement de Jean Duca, mort victime d'un affreux attentat la semaine dernière.

Constantin Angelesco a été interne des hôpitaux de Paris. Il a fait partie de la promotion Gosset, Vanverts, Robert Proust, Carnot en 1894. Il a été l'ami de beaucoup d'entre nous, et il est toujours resté l'ami éprouvé de notre pays.

Très cordialement nous adressons à Angelesco, chargé d'une lourde tâche, l'expression de nos vœux les plus ardents.

FACULTÉ DE DROIT. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de « psychiatrie médico-légale élémentaire » à la Faculté de droit le jeudi 11 janvier 1934,

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

à 11 h., amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jeudis, à la même heure.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 8 janvier 1934, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve.)

Le registre d'inscriptions est clos dix jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jacques Magdelaine, ancien interne des hôpitaux, assistant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Necker-Enfants-Malades, décédé à Paris, à l'âge de 33 ans ; M. le docteur Alexander Payne, ancien directeur de l'hôpital du cancer, à Londres ; M. Gaston Grémy, chevalier de la Légion d'honneur, qui a dirigé pendant longtemps le grand laboratoire des spécialités Grémy.

LIVRES NOUVEAUX

Opothérapie endocrinienne. Les bases physiologiques, les syndromes. Posologie de l'opothérapie (1), par Guy LAROCHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

En quelques années, l'endocrinologie a été bouleversée par les découvertes successives « de la parathyrine, de la folliculine, des hormones hypophysaires, placentaires, etc., à tel point que l'auteur a dû, pour faire paraître cette deuxième édition, écrire presque complètement un nouveau livre. Les chimistes, les biologistes, les médecins trouveront dans cet ouvrage une mise au point exacte de la thérapeutique endocrinienne.

C'est un livre de pratique basé sur la physiologie et la clinique. Il apprend comment les glandes agissent sur l'organisme, comment sont préparés les produits qui sont proposés, sous quelle forme et dans quel cas ils peuvent être administrés ; enfin autant qu'il est possible de le faire, les réactions multiples secondaires provoquées dans l'organisme par les glandes.

Après un chapitre de généralités et un autre consacré à la fabrication des produits opothérapiques, et à la posologie en général, le Dr Guy Laroche prend chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue : *le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales* (*testicules et ovaires*). Un chapitre entier est consacré à l'*insuline et au pancréas*. Un autre à l'*opothérapie hépatique*. Le dernier à l'*opothérapie et aux syndromes pluri-glandulaires*.

Ce livre permettra au médecin, d'utiliser en thérapeutique des agents avec lesquels on obtient actuellement des résultats très brillants, et de dégager de nombreux produits celui qui lui convient.

L. G.

(1) Deuxième édition. Un volume de 396 pages avec 19 figures. — Prix : 48 fr. — Paris, Masson et Cie.

La tuberculose pulmonaire et son traitement spécifique. Solution du problème de la guérison du fléau pulmonaire (1), par le Dr ARNOLD.

Le titre de cet ouvrage pourrait paraître pour le moins prétentieux, s'il n'apportait pour le justifier 250 clichés, tant en radiographies pulmonaires qu'en feuilles de température, feuilles de poids, analyses de crachats.

Cette unique et irréfutable documentation ne fait que confirmer la justesse des conceptions de l'auteur sur la possibilité de désinfection efficace des lésions broncho-pulmonaires aussi bien tuberculeuses que non tuberculeuses, conceptions qu'il a toujours défendues avec la même ténacité, soit dans ses conférences, soit dans les différents Congrès de Médecine ou de Sociétés Savantes.

En 1929, au Congrès de Médecine de Montpellier, le Dr Arnold a complété sa communication par une série de projections impressionnantes. A l'occasion du Congrès de la Tuberculose à Bordeaux en 1931, une exposition de radiographies a permis à l'auteur d'apporter de nouvelles preuves en faveur de la guérison des affections broncho-pulmonaires par sa méthode d'inhalations médicamenteuses à haute pression (Méthode Arnold).

Si dans ce nouvel ouvrage, le Dr Arnold s'abstient volontairement de toute discussion ou dissertation sur son traitement, c'est qu'il estime que des clichés radiographiques, des feuilles de poids, de température, des analyses de crachats, fournissent aux médecins des renseignements autrement plus précieux que toutes les explications qu'il pourrait leur donner. Plus d'un médecin, voire même spécialiste en la matière, sera étonné de constater qu'une méthode de désinfection puisse à elle toute seule obtenir régulièrement de semblables résultats de façon mathématique.

Il serait à souhaiter que la documentation de cet album, documentation de la plus rigoureuse exactitude, rallie le corps médical à une thérapeutique qui s'affirme de jour en jour plus indéniablement juste et qui sans les aléas, les attendus et les inattendus des méthodes usuelles, contient bien la solution du problème pulmonaire.

L. G.

(1) Album oblong de 128 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, A. Legrand.

Fds de SPÉCIALITÉS Pharmaceutiques dit " Laboratoire Lacroix ", 22, Bd Sébastopol. M. à p. 75 000 fr. Mat. p. : 5.075 fr. 50 et march. en sus, cons 20 000 fr. esp. Adj Et. FAROUX, not. 5, r. Louvre, le 24 Janvier 1934 à 14 h. pr. S'y adresser.

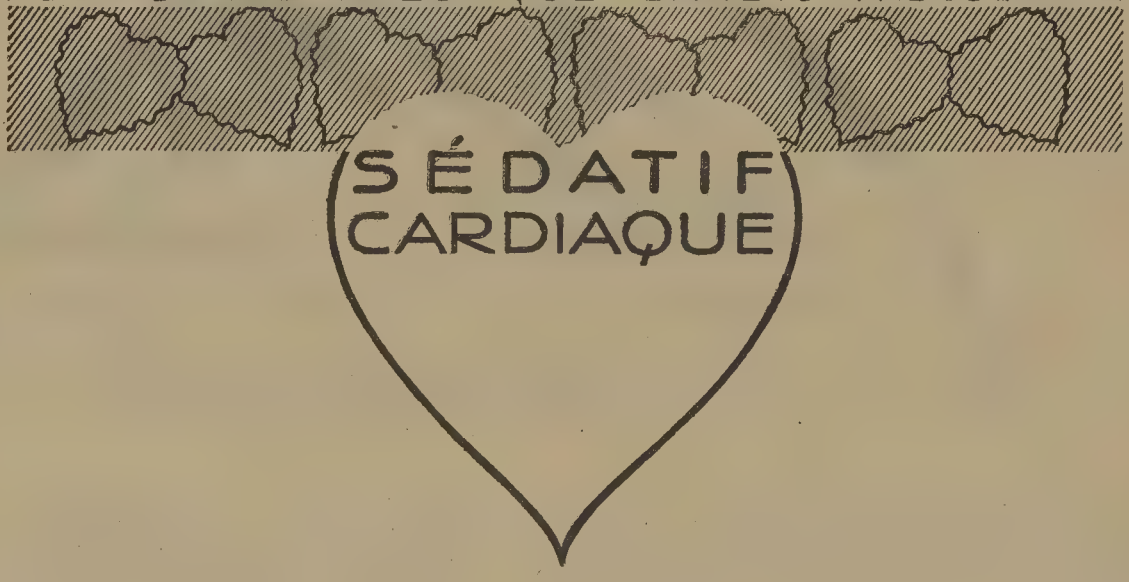
ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

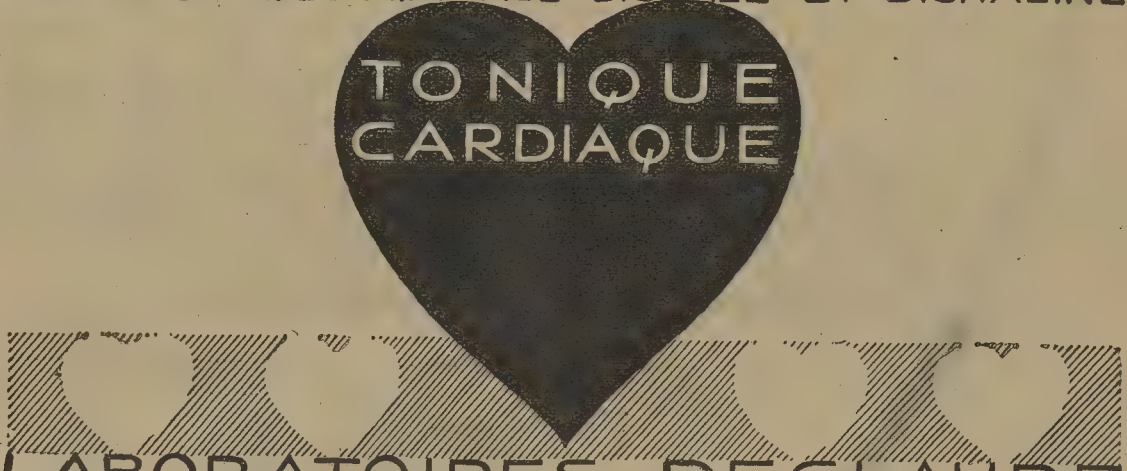
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

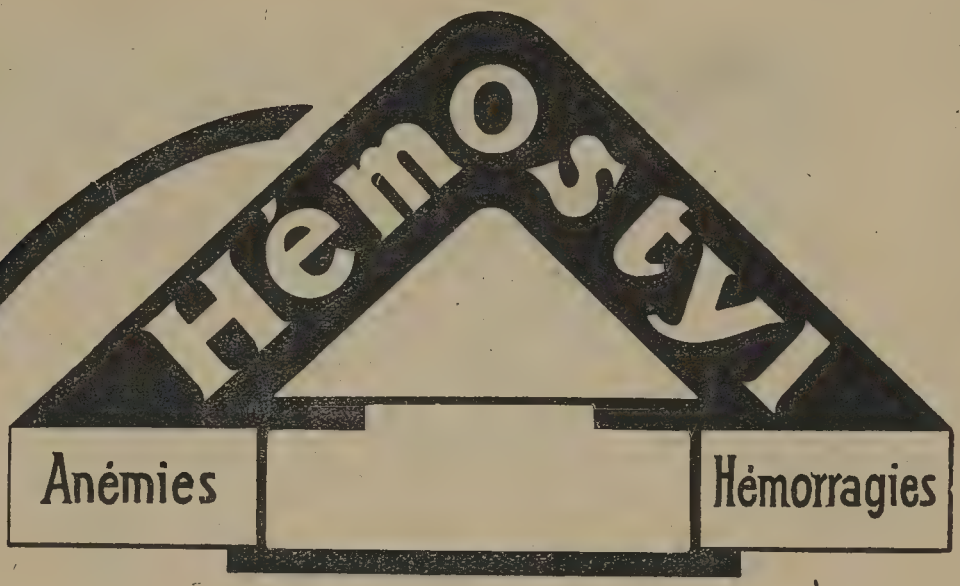


DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10 cc. de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval :*
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

REVUE GÉNÉRALE (1)

INFECTION DENTAIRE ET RHUMATISME

Par M. Mathieu-Pierre WEIL.

Les relations entre l'infection dentaire et les manifestations articulaires ne constituent qu'un chapitre particulier du vaste problème des arthrites d'origine focale. Or il n'est pas exagéré de dire que, à l'heure actuelle, celui-ci domine la question des déterminations dites rhumatismales. C'est en indiquer toute l'importance.

*
* *

Sans remonter à Hippocrate qui parle de deux malades chez lesquels des soins dentaires guérirent des manifestations articulaires, ni à Benjamin Rush (1819) qui signale un rhumatisme chronique guéri par exérèse dentaire, faits anciens qui avec un certain nombre d'autres ont été réunis dans la thèse de E. Peyre, dès le milieu du siècle dernier Chassaignac (1859) parlait de « cachexie dentaire », Richet (1865), Galippe (1890) de l'importance de l'infection des dents, Miller (1891), William Hunter (1900), Maurice Faure (1900) d'un rapport entre les états rhumatismaux et névropathiques et de petites infections chroniques de la cavité naso bucco-pharyngée ; Julien et Camille Tellier (1903) montraient qu'à côté des formes suraiguës mortelles existaient des septicémies bucco-dentaires moins graves et prolongées.

Mais la question n'acquit son épanouissement qu'à la suite des travaux anglo-saxons dont est sortie la conception moderne de l'infection focale.

Fr. Billings (de Chicago) est le premier auteur qui ait signalé avec insistance un rapport entre le rhumatisme chronique et des infections dentaires, amygdaliennes ou autres. Goldthwaith, David Davis, E.-C. Rosenow, Duke, T.-W. Hastings, Goadby, Willcox, R. Pemberton, P. Watson, W. William, Crookhand, Thomson et Gordon, Beattie et Yates, etc., insistent sur le rôle dévolu en la matière aux foyers d'infection, « infection foci », « areas of infection ». Ceux-ci sont mis en cause dans 35 p. 100 des cas par A. Bassler, 50 par J. Lindsay, R. Pemberton, 70 par R. Pemberton et Peince, 94 par Billings, Coleman et Hibbs, 95 par Buckley, 100 p. 100 par W. Willcox ; selon Sir Newmann, le tiers ou la moitié des cas d'arthrite rhumatoïde seraient dus à un foyer focal d'infection septique et le pourcentage plus élevé encore en cas d'ostéo-arthrite. Thomson et Gordon baptisent l'arthrite rhumatoïde « arthrite focale ». La goutte elle-même est rapportée à une pareille origine (Llewellyn). Et comme la suppression des foyers infectieux devait entraîner, pour ces auteurs, la guérison des déterminations articulaires, « le temps n'est pas loin, proclame John Murphy, où les notions de rhumatisme et de goutte auront disparu de la nomenclature médicale ». Parallèlement l'infection focale revendiquait peu à peu toutes les maladies, et elles sont nombreuses, dont l'étiologie n'est pas nettement reconnue : l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, l'appendicite, le goitre exophtalmique, le diabète, l'encéphalite léthargique, la poliomyélite, la myocardite, etc., etc.

Sous le nom de microbe arthropathogène, Max Schuller (1892-96) avait décrit, dans un liquide synovial, un bacille court et large de 1 à 2 μ sur 0,25 à 0,75 μ. Bannatyne, Wohlmann et Blaxall (1896), dans 16 cas, y avaient mis en évidence un petit bacille à gram négatif, à grains polaires, difficile à colorer, troublant le bouillon en 4 jours, non inoculable, que dans les cas sévères ils ont retrouvé dans le sang. Achalme (1897), Triboulet (1898) décrivaient, dans le sang de rhumatisants aigus, l'un un bacille anaérobie, l'autre un diplocoque anaérobie.

Mais le problème rebondit le jour où Poynton et Paine incriminèrent le streptocoque : ils venaient d'observer des nids de streptocoques dans les amygdales enflammées d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu (1900). L'année suivante, à l'autopsie d'un homme atteint d'arthropathie du genou, ils mettaient en évidence des streptocoques dans la synoviale articulaire, et réussissaient avec ceux-ci à déterminer chez l'animal, par injection intra-veineuse ou intra-articulaire, une polyarthrite ou une arthrite chronique localisée. Si Mutch incriminait un bacillus fallax, Herry, Lœb un diplocoque indéterminé, Payerweather un bacille mobile à gram négatif, W. H. Kauntze le colibacille, Goadby (1911), Kenneth un streptobacille des gencives, Burbank et Hadjopoulos un strepto-staphylocoque et des bacilles paracoliques, Poynton, Bannatyne, Wohlmann, Blaxall un bacille à gram négatif, non inoculable, troublant le bouillon en 4 jours, Warren H. Crowe, Forker le staphylocoque, Ely l'entamoeba histolytica, avec la plupart des auteurs (Rosenow, Haden, Schottmuller, Beattie, David Davis, Billings, Coombs, Newmann, Byfield, Singer, Swift et Kinsella, Boots, Clawson, L. Syranyi et E. Forro, R. C. Richards, V. N. Moon et S. R. Edwards, Paessler, Topley et Weir, Goadby, F. Billings, T. W. Hastings, G. H. Coleman et W. C. Hibbs, Mc Means, Chvostek, Crookshank, W. S. Baer, C. E. Forkner, A. R. Shands et M. A. Post, Willcox, etc.), le streptocoque demeurait le germe communément incriminé. Pour Rosenow celui-ci possède avec le pneumocoque une identité de nature que révélerait un pouvoir de transmutabilité.

Pour les uns, les plus nombreux, il s'agit surtout de streptocoques non hémolytiques du type viridans (Rosenow, Swift et Kinsella, Swift et Boots, Richards, Forkner, Shands et Poston, etc.) ; pour Singer il est le même que celui de l'endocardite lente de Schottmüller. Pour d'autres le germe appartient à la variété des streptocoques hémolytiques ou des streptocoques intermédiaires entre l'hémolytique et le viridans ; pour Cecil, Nichols et Stainsby, il s'agit d'un streptocoque très faiblement méthémoglobinisant. Pour certains il s'agit d'un streptocoque un peu particulier, non hémolytique et ne produisant aucun changement du sang (Poynton et Paine, Small, Birckhaus, etc.) : J. C. Small incrimine le « streptocoque cardio-arthritidis » vis-à-vis duquel il prépare sérums et vaccins,

(1) Ce travail renfermant des opinions personnelles est plutôt une revue critique qu'une revue générale.

Birkhaus un streptocoque anhémolytique assez analogue au précédent. Pour certains, le germe varierait selon la forme clinique : selon Burbank et Hadjopoulos l'arthrite rhumatoïde relève le plus fréquemment du streptocoque hémolytique dans une première période de la maladie, du streptocoque viridans dans une seconde, tandis que l'arthrite sèche aurait l'hémolytique comme agent exclusif ; Warren Crowe, Forkner croient au contraire que le streptocoque viridans est l'agent de l'arthrite sèche, des ostéo-arthrites, et le « micrococcus deformans », espèce voisine du staphylocoque blanc, celui du rhumatisme déformant généralisé. Des conditions de milieu, de situation géographique ou d'autres interviendraient, selon certains, dans la fréquence relative de ces variétés streptococciques.

Selon Rosenow et ses élèves, Haden, Meisser, le même streptocoque serait l'agent du rhumatisme, de la chorée, de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, de la maladie de Basedow, des cardiopathies, de l'érysipèle, de la scarlatine, du diabète, de l'hémophilie, de la myocardite, etc., la localisation variable du germe étant due à une affinité élective propre, que l'expérimentation animale serait capable de mettre en évidence.

Le caractère essentiel de l'infection focale est de ne donner naissance, au niveau du foyer initial, qu'à des symptômes latents ou facilement tolérables, la première manifestation étant la complication à distance.

Son siège le plus fréquent est constitué par les dents et les amygdales ; cette localisation s'observe selon Buckley dans 95 % des cas. Les dents sont la source de l'infection dans 76 % des cas pour Iron, 75 pour Valadier, 72 pour Willcox, 54 pour Pemberton et Peirce, 33,5 pour Pemberton, 33 % pour Cecil et Archer, mais 14 seulement pour l'American Metropolitan Life Insurance C°. Les amygdales sont responsables dans 79 % des cas pour Lillie et Lyons, 61 pour Cecil et Archer, 52 pour Pemberton, 31 pour Pemberton et Peirce, 10 % seulement pour Willcox.

Du point de vue dentaire le facteur essentiel est non pas la carie isolée qui pour la plupart des auteurs n'aurait pas une très grande importance, mais l'infection autour de la racine d'une dent, l'abcès apical ou para-apical. Celle-ci peut être extraordinairement légère, et nécessiter l'examen le plus minutieux. L'inflammation des gencives, allant de la gingivite légère à la pyorrhée diffuse, représente également un focus important : la pyorrhée, qui a tendance à se drainer dans la cavité bucale, serait surtout, selon Timbrell Fischer, génératrice d'acholie et d'infection secondaire de l'intestin, de la vésicule biliaire, de l'appendice, tandis que les infections apicales, plus susceptibles de passer dans la circulation générale, seraient plus facilement génératrices d'arthrites. Mais il peut s'agir aussi de pulpites, gingivo-stomatites, dents cariées, chicots, racines laissées comme support à un appareil prosthétique, dents coiffées ou dissimulées sous une capsule d'or, fistules, accidents de dents de sagesse, etc. D'où l'utilité de pratiquer systématiquement la radiographie des dents et des sinus. Mais celle-ci même pourrait être insuffisante. La pointe de la racine d'une dent peut donner des cultures de microbes virulents alors qu'on n'observe aucune lésion macroscopique (Munro) ; le foyer infectieux peut siéger au niveau de mâchoires édentées : Fustermann trouve dans 129 cas sur 290, soit dans près de 45 %, une racine persistante ou un petit foyer septique auquel il n'hésite pas à attribuer le rhumatisme.

Du point de vue amygdalien, les amygdales enflammées, volumineuses, cryptiques, parsemées de cicatrices, ne représentent pas toujours le focus le plus grave : souvent il s'agit d'hypertrophies presque invisibles à un examen courant, l'amygdale la plus fréquemment apte à être une source de danger étant couramment une amygdale rétractée, cachée dans sa loge, et cependant criblée d'alvéoles, remplies de débris de lésions inflammatoires chroniques, voire de pus.

L'association « dents et amygdales », avec ou non participation de l'intestin, serait assez fréquente : selon Cecil et Archer elle s'observerait dans 15 % des cas. Dans d'autres, correspondant chacun, selon ces auteurs, à une proportion de 1 %, une infection prostatique, pharyngée ou biliaire s'associerait à l'infection dentaire.

Après les dents et les amygdales, le siège le plus important de l'infection focale est représenté chez l'homme par l'appareil génito-urinaire. Chez la femme, ce rôle serait d'importance secondaire. Dans la population civile, les focus génito-urinaires s'observeraient dans 14 % des cas chez l'homme, 2 % chez la femme (Pemberton). Selon Pemberton, 53 % des rhumatismes observés dans l'armée proviennent du nez, de la gorge ou des amygdales, 34 % des dents, 12 % de l'appareil génito-urinaire. La prostate en est alors le principal siège, son infection étant d'origine vénérienne ou non : l'organe apparaît augmenté de volume, empâté, douloureux, voire nodulaire, le toucher rectal fait sourdre par le méat un liquide riche en cellules de pus plus ou moins disséminées ou collectées en amas. Accessoirement, les vésicules séminales, la vessie, les voies urinaires, le rein sont en cause: sur ces vésiculites non tuberculeuses Minet a insisté. Le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille en sont les germes les plus fréquents. Chez la femme il s'agit surtout de cervicites, bartholinites, salpingites, ovarites, le rôle prépondérant étant alors dévolu au colibacille.

Cependant aux dents, aux amygdales, à l'appareil génito-urinaire on ne saurait limiter les infections focales. Tous les organes peuvent être en cause, le tube digestif, le système hépato-biliaire, les sinus, le poumon (Jacquet, Roque, Jeoffre et Alavoine, L. Bernard), la peau (Mathieu-Pierre Weil), etc.

Sur les focus digestifs on a particulièrement discuté. Certains auteurs ont montré le rôle possible des ulcérations intestinales, de l'appendicite. Willcox, Person, Arbuthnot Lane, Snyder et Finemann, Rea Smith, Carter, etc., insistent sur celui de la diarrhée, de la constipation, de la stase colique, du cœcum mobile, que Willcox retrouve dans 90 % des cas et Keating 36 fois sur 38 malades, tandis qu'il ne l'observe que dans 10 % des cas chez les non-rhumatisants.

L'hypo ou anachlorhydrie (Pemberton, Pringle et Sinclair Muller, Baldwin, Coates et Gordon, etc.) permettrait l'irruption dans l'intestin des germes pathogènes. En France, Violle signale le rôle de flux diarrhéiques, Duvernay celui de fistules anales. Cependant, pour Pemberton, la fréquence du focus intestinal est moindre qu'on pourrait le supposer à priori: et beaucoup plus souvent c'est la vésicule biliaire et les canaux biliaires qui sont en cause : Gilbert, Fournier et Lereboullet avaient décrit autrefois un rhumatisme biliaire ; Weissenbach, Glénard et Françon signalent le rôle des infections hépatiques que nous-même avons rencontrées dans certains cas.

Selon Clark, la fréquence du focus intestinal serait mise en évidence par celle, dans les fèces, d'un streptocoque à longues chaînettes friand de matériaux hydro-carbonés et qui normalement y ferait défaut. Mais Keating trouve fréquemment des streptocoques dans les selles de sujets autres que les rhumatisants bien que sa présence dans les selles des rhumatisants s'observe, dit-il, dans la grande majorité des cas. Cependant Cruickshank remarque qu'un simple purgatif, ou le régime hydrocarboné, font accroître le nombre des streptocoques dans les selles : aussi leur véritable signification dans l'intestin reste-t-elle sujette à discussions.

***

L'existence d'arthrites d'origine focale ne saurait être niée. La preuve cruciale réside en la guérison de déterminations articulaires par la seule suppression du foyer initial.

Un de nos malades, ébéniste, fut pris brusquement d'une douleur au niveau de l'avant-bras droit ; il existait un gonflement de la main, une multiarthrite des doigts, des douleurs aux talons, aux orteils, aux genoux : toutes ces manifestations disparurent subitement par la suppression d'un foyer infectieux dentaire.

Chez une jeune fille de 19 ans, venue à nous pour une arthrite des mains, les accidents disparurent par la suppression d'une inflammation chronique des amygdales.

Chez un sertisseur de 48 ans, pris des talons, mains, poignets, épaules, coudes, il s'agissait de manifestations suppuratives, confluentes de la peau.

Chez une femme dont nous avons rapporté l'histoire, avec Maranon, les lésions étaient dues à un diverticule infesté de l'œsophage.

Nous pourrions multiplier ces cas.

De leur côté Sainton et Debertrant ont rapporté l'observation d'un homme qui présenta tour à tour un adénophlegmon sous-maxillaire, des arthrites multiples, puis une collection purulente dont l'incision guérit tous les accidents ; Rousseau-Decelle celle d'un rhumatisant chronique chez lequel l'extraction des dents cariées détermina la guérison ; Jean Troisier celle d'une femme de 57 ans chez laquelle les crises de rhumatisme survenaient presque toujours après une séance chez le dentiste pour extraction ou plombage, ou évoluaient parallèlement à un abcès dentaire terminé par évacuation de pus ; Billings, celles de 5 malades dont le traitement pharyngo-dentaire détermina la guérison d'un rhumatisme qui avait résisté à tous autres traitements ; Maranon, celle d'un homme qui se mouvait à peine du fait d'importantes arthrites du genou et du rachis, et qui se promenait huit jours après un traitement dentaire ; Thésée, celle d'un sujet chez lequel des crises rhumatismales apparaissaient lorsque se tarissait un écoulement purulent génien : dès que le cours de la sécrétion purulente était rétabli, les accidents articulaires disparaissaient ; Duclos, celle d'un malade qui présentait depuis fort longtemps des accès répétés de lumbago, rebelles à toutes les thérapeutiques, et chez qui la guérison définitive (9 ans) suivit le curettage d'un foyer osseux périapical pratiqué après extraction d'une dent infectée ; Nisard, celle d'un jeune homme chez lequel survint, au cours d'une suppuration dentaire, une double et importante hydarthrose, avec douleur, rougeur, chaleur de la région : l'évolution de l'arthrite suivit celle de l'infection dentaire.

Canuyt et Froehlich ont rapporté le cas d'un rhumatisant qui faisait une amygdalite au début de chaque crise ; les amygdales étaient hypertrophiées et profondément infectées. Une amygdalectomie totale fit disparaître définitivement fièvre et manifestations articulaires.

L'auto-observation de Heitz-Boyer n'est pas moins concluante : revenant du Maroc, Heitz-Boyer est pris d'entérite avec syndrome urinaire ; on trouve dans les urines des entérocoques. Quelques jours après survient une arthrite inflammatoire d'un poignet, puis d'un genou, des tibio-tarsiennes, d'une épaule, des sterno-claviculaires ; une conjonctivite double escorte la polyarthrite ; le genou devient le siège d'une hydarthrose que la ponction montre liée à l'existence d'un liquide louche ne contenant de germes ni visibles ni cultivables. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que tous ces accidents ont fini par guérir, mais par la suite, à l'occasion d'une ingestion de crustacés et d'une eau suspecte, survint une rechute du syndrome entéro-rénal avec réapparition des douleurs articulaires.

Mais les auteurs anglo-saxons ont été généralement portés à considérer comme d'origine focale tous les types de déterminations articulaires, y compris l'arthrite sèche et l'ostéo-arthrite. Selon G. Newmann la proportion des foci est même plus forte dans l'ostéo-arthrite que dans le rhumatisme généralisé qui ne relèverait de l'infection que dans un tiers ou la moitié des cas. A vrai dire, en Angleterre même, certains auteurs, tels que Thomson, Gordon, s'inscrivent en faux contre cette opinion. Nous ne saurions l'accepter. L'ostéo-arthrite, telle que la conçoivent les auteurs anglais, est l'expression d'un processus dégénératif, d'un trouble tropho-vasculaire, où la notion d'infection apparaît absente.

De même, hors du cadre de l'infection focale il faut placer la polyarthrite symétrique progressive : celle-ci est l'expression d'un trouble vasculo-sympathique et endocrinien : là encore la notion d'infection fait constamment défaut.

De fait, comme nous l'avons observé nous-même, Gudzent remarque qu'on n'obtient jamais de résultat favorable par l'ablation de foyers infectieux chez les sujets atteints de ce que les auteurs allemands dénomment la « polyarthrite chronique progressive primaire ». Très justement Llewellyn (1921) note que la fréquence de la maladie va de pair, dans les différents pays, avec celle du goitre endémique ou exophtalmique, et que sa symptomatologie est dominée par des troubles vaso-moteurs à type de maladie de Raynaud ; Cassidy, à cause de sa prédominance chez la femme, la considère comme une entité clinique particulière ; Thomson et Pringle insistent avec nous sur

l'importance chez ces malades du facteur endocrinien.

Le rhumatisme articulaire aigu, la maladie rhumatismale de Bouillaud, doit, comme les deux types cliniques précédents, être rejeté du cadre de l'infection focale : par l'absence de foci il se distingue justement des autres rhumatismes aigus avec lesquels il est si fréquemment et si universellement confondu. Cette opinion, que nous n'avons cessé de défendre, trouve un appui dans la constatation faite par le sous-comité de la British Medical Association et du Medical Research Council que l'ablation des foci n'empêche pas l'éclosion de la 1re attaque de rhumatisme articulaire aigu et ne prévient pas les récidives. La goutte enfin, au même titre que les arthrites traumatiques et « microtraumatiques » (Mathieu-Pierre Weil), est hors du cadre de l'infection focale. Ces faits sont utiles à préciser. Comme le dit Pemberton, « l'attention a été tellement concentrée sur l'infection focale que, lorsqu'on ne trouve pas d'infection, trop de médecins croient qu'elle existe tout de même, et que presque tout tissu qui pourrait lui servir de gîte doit être sacrifié ». A la réunion du Comité Américain pour la lutte contre le rhumatisme tenue à Philadelphie, le 17 mars 1928, Haden déclarait déjà que « plus il voit de rhumatisme chronique, moins il croit que l'infection est le facteur le plus important ».

De fait, on ne saurait trop s'élever contre l'esprit de système qui a poussé à l'ablation massive des dents, des amygdales, de tous les foci possibles ou supposés chez tous les rhumatisants considérés dans leur ensemble. Une réaction d'ailleurs commence à se faire sentir dans les pays mêmes qui le plus largement avaient fait place au dogme nouveau. « Le rôle joué par les affections des dents a été malheureusement trop exagéré, dit Burray Ray, l'extraction massive et faite sans discrimination des dents est chez les rhumatisants superflue et inutile ». Gudzent dit avoir fait enlever les amygdales à un grand nombre de rhumatisants, et que les résultats n'ont pas répondu à son attente. Holsti déclare que, chez l'homme sain, les amygdales sont régulièrement et normalement en quelque sorte le siège de légères inflammations chroniques : la lésion amygdalienne ne serait qu'un des symptômes de la maladie articulaire, qu'elle soit aiguë, récidivante ou chronique.

Cette opinion trouve sa justification dans des recherches anatomo-pathologiques récentes : Klinge, Sarafoff (1932) montrent que des formations nodulaires peuvent s'observer, dans la maladie rhumatismale, non seulement au niveau de l'amygdale, mais des tissus péri-amygdaliens, de la sous-muqueuse œsophagienne, trachéale, pharyngée, de la capsule fibreuse du corps thyroïde : ces constatations sont en opposition avec la thèse de Graeff, d'un foyer initial amygdalien.

Et pour ce qui est plus particulièrement des dents, on a peut-être trop oublié que l'existence d'une lésion dentaire ou amygdalienne ne saurait constituer *ipso facto* une lésion septique : Kritchewsky et Seguin, sur 23 granulomes examinés, ne parvinrent à isoler qu'une seule fois un streptocoque viridans et 5 fois des streptocoques anaérobies : un très grand nombre de granulomes sont donc aseptiques. Il en est qui sont liés à une dévitalisation aseptique et qui, comme le dit Rousseau-Decelle, équivalent à des dents mortes, que l'on peut garder sans danger.

Ces granulomes stériles qui existent dans la forte proportion de 26 % des cas, ont été bien mis en évidence par Garvin, Crane, Haden : ils s'opposent à l'existence de microbes dans les pulpes vivantes (Henrici et Hartzell, Haden) et à celle, dans 45 % des cas, de bactéries à l'apex de dents dévitalisées et ne paraissant présenter d'après leur image radiographique aucune atteinte péri-apicale (Haden). Cette proportion serait cependant trop forte pour Thibault et Raison qui la ramènent à 16 % (3 observations sur 18 cas).

D'autre part, si Lesbre et Grandclaude, sur 40 cas, trouvent constamment le streptocoque, 2 fois seulement ils peuvent mettre en évidence le viridans.

Qui plus est, loin d'être primitif, le foyer dit d'infection peut représenter une localisation secondaire de la maladie (Thibault et Raison). Troisier, Raoul et Leboucher ont publié l'observation d'une femme ayant eu 4 crises de rhumatisme articulaire aigu, dont chacune fut précédée de 8 jours de douleurs dentaires généralisées aux maxillaires supérieur et inférieur: le phénomène douloureux était symptomatique de la maladie rhumatismale. Nous-même, chez un certain nombre de malades, avons vu survenir, consécutivement à des manifestations articulaires chroniques, des lésions bucco-dentaires, décalcifications, nécroses, chute de dents, se compliquant de phénomènes pyorrhéiques, qui n'étaient pas la cause de la maladie, mais sa conséquence.

De pareilles constatations ont été faites pour ce qui est des amygdales : G. Worms et Le Mée n'acceptent comme focus possible que certaines amygdalites, tout particulièrement celles qui se caractérisent par une rougeur œdémateuse du pilier antérieur, et d'où la pression digitale fait sortir du pus, ou qui s'accompagnent de cicatrices sur leur face tonsillaire, d'adénopathies cervicales et surtout sous-angulo-maxillaires, et donnent naissance à des poussées répétées s'accompagnant d'exacerbation parallèle des troubles articulaires. Pour reconnaître ces cas ils conseillent de s'adresser à un procédé imaginé par le Danois Viggo Schmidt, qu'ils ont contrôlé et perfectionné : normalement le massage, le ventousage, la diathermie appliqués sur l'amygdale ne déterminent qu'une lymphopénie transitoire ; en cas d'inflammation amygdalienne véritable, on détermine ainsi une hyperleucocytose polynucléaire et des troubles fonctionnels à distance (arthralgies, œdème, augmentation d'une albuminurie existante, etc.). Ce ne serait que dans la proportion de 15 à 20 % que, selon Worms et Le Mée, les inflammations amygdaliennes sont responsables des arthrites subaiguës à allure infectieuse.

*
* *

Mais un dernier point reste à discuter. Est-ce bien à une action directe du streptocoque qu'il convient d'attribuer les arthrites d'origine focale ?

Certes en faveur de cette thèse les preuves apparemment ne manquent pas : le streptocoque n'a-t-il

pas été décelé dans les lésions articulaires, le sang, les ganglions de drainage ? N'a-t-on pas trouvé des anticorps spécifiques dans le sang des malades et reproduit avec ces germes le rhumatisme expérimental chez l'animal ?

Après la constatation initiale de Poynton et Paine (1900), Beattle (1906), Rosenow, Cecil, trouvent le streptocoque dans les articulations malades ; Rosenow l'y met en évidence 35 fois sur 38 cas, Nichols et Stainsby dans 67,3 % des cas.

Sur 10 liquides d'hydarthrose Aubry Strauss ne trouve qu'une fois le streptocoque et trois fois un bacille diphtérique ; Richards, sur 54 liquides, observe 4 fois le streptocoque viridans ; sur 10 liquides Moons et Edwards trouvent 6 fois un streptocoque non hémolytique ; Shands, sur 26 examens, 18 fois le streptocoque viridans ; Forkner et Poston, sur 63 liquides, 14 fois un germe : 11 fois le streptocoque viridans, 2 fois le gonocoque, 1 fois un staphylocoque doré ; Billings, Coleman et Hibbs, sur 14 cultures articulaires, isolent 5 fois un streptocoque non hémolytique, et 1 fois un streptocoque hémolytique, associé au précédent ; Cecil, Nicholls et Stainsby, sur 7 cas où ils purent examiner du liquide synovial, de la membrane synoviale, ou des fragments osseux obtenus par curetage, obtinrent 5 fois un résultat positif : dans 4 cas il s'agissait de streptocoques, dans un de bacilles diphtéroïdes ; 2 des streptocoques appartenaient au groupe des hémolytiques atténués, l'un était un streptocoque viridans, l'autre un streptocoque non hémolytique ; dans 4 de ces 5 cas le même microbe fut isolé des jointures et du sang. En face de ces constatations positives les auteurs alignent 54 cas témoins, tous négatifs, parmi lesquels 17 cas d'arthrite dégénérative, 4 d'arthrite blennorragique, 3 de myosite chronique, et un de maladie de Still.

La mise en évidence de streptocoques dans le sang serait surtout aisée en recourant à certains milieux de culture spécialisés.

Les uns sont partisans de l'ensemencement du caillot (Freund et Berger, Cecil), d'autres de celui du sang citraté (Syranyi et Forro), ceux-ci d'un milieu peu nutritif (Cecil), ceux-là de milieux organiques enrichis (Rosenow).

Le milieu le plus utilisé peut-être est celui de Rosenow, constitué d'un bouillon dextrosé additionné de fragments de cerveau. Cecil en préconise un autre fait d'une macération à froid de cœur de bœuf, à pH de 7,6, additionnée de 0,5 % de chlorure de sodium et de 1 % de peptone.

Cecil conseille de recueillir 20 ou 30 cmc de sang, de l'abandonner 24 heures, puis de décoller le caillot, rejeter le sérum, morceler le caillot, et le répartir dans un ballon contenant 50 cmc. du milieu précédemment défini ; le tout est mis ensuite à l'étuve à 37° ; de temps à autre on procède à un repiquage sur gélose au cœur de bœuf — sang de lapin ; si au bout d'un mois aucun repiquage n'a été positif, Cecil conseille de centrifuger la culture entière et d'en repiquer le culot sur son milieu : ce ne serait parfois qu'au bout de 6 semaines que le germe se développe, la moyenne étant de 17 jours.

Gray et Gowen ajoutent au milieu de Cecil de la glucose et de la gélatine pour le rendre plus nutritif, ainsi que du carbonate de chaux ; cet enrichissement permettrait un développement plus rapide du germe (en 1 à 4 jours).

Moon et Edwards, sur 83 cas d'arthrites rhumatoïdes, isolent 18 fois du sang un streptocoque non hémolytique ; Richards, sur 104 cas, 14 fois un streptocoque viridans ; Suranyi et Forro, 14 fois le streptocoque sur 19 cas de polyarthrites fébriles ; Cecil, Nicholls et Stainsby, sur 154 cas d'arthrites rhumatoïdes, obtiennent par hémoculture 92 fois, soit dans 61,5 % des cas, un streptocoque qui dans 83,3 % des cas est un streptocoque hémolytique atténué : dans 4 autres cas il s'agissait d'un bacille diphtéroïde, isolé du sang et du liquide articulaire ; dans un cas la première hémoculture donna un streptocoque et la seconde fournit un bacille diphtéroïde. Sur 23 ostéo-arthrites dégénératives ces auteurs n'obtinrent que 4 résultats positifs, soit dans un pourcentage de 5,8. Gray et Gowen, sur 71 cas d'arthrite déformante mettent en évidence, dans 46 cas, par hémoculture, un germe comparable à celui isolé par Cecil ; Ashworth le décèle dans 31 cas sur 74. Munro, Hastings, Moon et Edwards, Richard confirment ces faits : sur le milieu de Rosenow, Moon et Edwards isolent par hémoculture un streptocoque hémolytique dans 18 cas sur 83, Richard un streptocoque viridans dans 14 sur 104, Hadjopoulos et Burbank 9 fois un streptocoque hémolytique, 1 fois un streptocoque viridans, 8 fois un bacille diphtéroïde, 5 fois un staphylocoque doré ; sur 25 polyarthrites, Syranyi et Forro isolent le streptocoque du sang dans 68 % des cas : il s'agissait le plus souvent de streptocoques viridans. Nichols et Stainsby, sur 232 hémocultures, décèlent dans 62 % des cas un streptocoque intermédiaire entre l'hémolytique et le viridans. Sur 74 cas, Klugh décèle le streptocoque dans le sang circulant, et tout particulièrement le viridans, dans 53 cas, soit 71,6 % ; Wetherby et Clawson l'isolent dans 25 cas sur 50, mais Aubry Strauss seulement dans 2 cas sur 31, un bacille diphtérique étant décelé dans 15 autres ; Cecil, sur 154 cas d'arthrites rhumathoïdes, obtient 92 fois une hémoculture positive, soit dans 61,3 % des cas ; la proportion s'élève à 77 % des cas si on ensemence le sang et les liquides articulaires. Teasley, sur 120 cas d'arthrite chronique, trouve par hémoculture 13 fois un streptocoque hémolytique, et 13 fois un bacille diphtéroïde.

Le streptocoque a été isolé enfin dans les ganglions de drainage correspondant aux articulations malades (Rosenow, Forkner, Baer, etc.). Forkner, Shands et Poston l'y observent dans 48 % des cas (10 fois sur 21) : il s'agissait d'un streptocoque viridans dans 9, du gonocoque dans un ; le même germe existait dans les articulations dans 5 cas. Allison trouve un streptocoque dans les ganglions de drainage 6 fois sur 10. Billings, Coleman et Hibbs y trouvent, dans 19 cas sur 28, un streptocoque non hémolytique, un streptocoque hémolytique dans un autre et les deux associés dans un dernier.

L'identité des germes isolés des lésions articulaires du sang et des ganglions est établie par leur com-

portement identique vis-à-vis de l'épreuve des fermentations sucrées : les germes sont agglutinés par le sérum du malade, où des immuno-sérums animaux. Dans le sérum des malades existaient enfin des agglutinés, des sensibilisatrices spécifiques (Zabriskie, Coton, Hastings, Burbank et Hadjopoulos, Richard, Munro), des opsonines. Selon Richard, la réaction de déviation du complément serait positive dans plus de 68 % des cas de rhumatisme. Par ailleurs la méthode des intra-dermo-réactions serait susceptible de distinguer les variétés en cause.

Quant au pouvoir arthrogène du streptocoque, il est démontré expérimentalement par Poynton et Paine (1900), Beattle (1906), Rosenow (lapin et chien), Shaw (singe), Swift et Boots, Rothschild et Thalhimer, Birkhaug, Nicholls et Stainsby, Cecil, Gray et Gowen, etc.

Cependant, à ce faisceau apparemment homogène de faits positifs, combien d'observations négatives viennent s'opposer !

La présence du streptocoque dans les articulations malades est à coup sûr et pour le moins infiniment plus rare que les auteurs précédents ne le laissent supposer.

Richards, sur 54 épanchements examinés, ne put déceler le germe que 4 fois ; Cassidi observe constamment la stérilité des liquides articulaires, A. Fischer les trouve également constamment stériles ; Munroe et Almond, Beattie, Philip, Nye et Segal, Osgood obtiennent le même résultat.

Nous-même, dans ces dernières années, avons pratiqué avec fréquence, sur les milieux les plus spécialisés, l'ensemencement de liquides hydrarthrodiaux ou de synoviales prélevées par biopsie. Or dans aucun cas (sauf un, qui reste douteux dans notre esprit, car le résultat positif ne put être confirmé lors d'investigations nouvelles), nous n'avons pu obtenir de cultures positives.

Weissenbach, Coste et Forestier sont arrivés à un résultat semblable.

De même, dans tous les cas d'hémoculture pratiqués pour rhumatisme, sauf deux qui n'ont pu être confirmés, nous n'avons jamais pu isoler de germes du sang. Et pour ce qui est des ganglions de drainage, une seule fois le résultat fut positif : mais il s'agissait d'une arthrite du poignet survenue chez une jeune fille de 20 ans, qui se présentait comme une arthrite focale, et qui, après avoir résisté à tous les autres traitements, guérit comme par enchantement par la suppression d'amygdales profondément infectées : or chez cette malade l'examen bactériologique de ganglions épitrochléens prélevés par biopsie, loin de mettre en évidence le streptocoque, y montra la présence de bacilles tuberculeux !

Quant à la « preuve expérimentale », elle aussi est discutée. Aux faits positifs signalés précédemment, Osgood rétorque que chez les animaux inoculés il n'est pas possible de retrouver le germe dans les articulations malades. Zinsser ne l'y décèle que chez un petit nombre d'animaux, Nathan (1917) déclare qu'il est impossible de dire que les changements articulaires sont la conséquence de l'infection. Scheiller, Bannatyne, Wohlman et Blaxal, Whick, Fayerweather, Osgood ne parviennent pas à confirmer les expériences précédemment rapportées. Menzer, Cole, Bull provoquent les mêmes lésions chez l'animal avec des streptocoques de provenance rhumatismale ou non.

C'est que l'on a trop inféré de la nature focale des déterminations articulaires à leur nature streptococcique. On a trop oublié que le rhumatisme ne s'accompagne pas de suppuration franche, qu'il n'engendre jamais ni pus, ni nécrose avec liquéfaction ; et on n'a pas remarqué combien il serait inconcevable que la suppression d'un foyer entraîne *ipso facto* la guérison d'une arthrite qui serait due à une pullulation locale de streptocoques.

Aussi certains auteurs ont-ils pu incriminer une action toxinique. Mais les toxines du streptocoque sont trop incertaines pour qu'il soit possible de leur faire jouer un rôle précis. Jamais de toxines n'ont été isolées de streptocoques non-hémolytiques, et personne, à l'exception de Birkhang, n'a trouvé d'autotoxine spécifique dans le sérum de ces malades. D'autres ont pensé qu'aussitôt arrivé dans les tissus articulaires le germe y subissait une destruction, une lyse, en rapport avec l'état humoral local.

Selon nous, dans le rhumatisme focal, il s'agit le plus souvent, moins d'une action microbienne que d'une action protéinique et allergique. S'il peut y avoir eu, comme le pensent Rolleston, Osgood, Stone, sensibilisation préalable de la jointure à l'occasion d'une poussée septicémique, puis réveil lors de l'arrivée de substances antigéniques microbiennes ou toxiques, en général l'imprégnation articulaire initiale semble due à la résorption, au niveau du foyer infectieux, de substances protéiques variées, microbiennes ou tissulaires, et le processus hyperergique à des produits de désintégration qui peuvent se libérer dans la région articulaire elle-même. La fréquence antérieure aux manifestations articulaires de phénomènes tels que urticaire, œdème de Quincke, troubles vasculo-sympathiques, etc., montre la constitution particulière de ces malades, leur hypersensibilité ; et la possibilité, après guérison par ablation du foyer focal, de rechutes articulaires à l'occasion de perturbations climatiques, de troubles vasculaires, de processus traumatiques ou autres, montre combien au rhumatisme par infection focale s'applique la loi de la « non-spécificité de la réaction » que Duvernay dégagea de manière si heureuse. Avec Rolleston, Osgood, Stone, Llewellyn, nous pensons que le rhumatisme par infection focale n'est pas plus spécifique que la plupart des manifestations rhumatismales, qu'il ne l'est ni par la substance préparante, ni par la substance déchaînante ; mais qu'il est lié à une sensibilité locale d'origine variable, et à l'arrivée de substances antigéniques de nature et de points de départ différents. C'est que le développement d'un foyer infectieux morbide dans l'organisme n'a pas seulement des conséquences locales : il entraîne une modification profonde de certains systèmes, du système mésenchymateux entre autres, et de l'appareil articulaire considéré en particulier.

De même que certains rhumatismes tuberculeux sont « à cheval », nous l'avons montré avec F. Bezançon, entre l'arthrite infectieuse et le rhumatisme protéinique, le rhumatisme focal, infectieux par son origine, est hyperergique par ses manifestations.

CALENDRIER DES CONGRÈS MÉDICAUX [1]

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DES PROCHAINS CONGRÈS

1934

Journées d'histoire de la médecine. — Paris, 6 janvier 1934, à 15 h. 1/2, dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine.

M. Ch. Lenormant parlera de l'évolution de la chirurgie française au XVIIIe et au XIXe siècle.

M. Jeanselme fera une conférence sur Narses, eunuque, diplomate et grand capitaine.

M. Laignel-Lavastine fera, enfin, une communication sur « Louis IX et la prostitution ».

Assises médicales de l'Assemblée française de Médecine générale. — IXe session (7 janvier) : Les convulsions infantiles (formes cliniques. Pronostic immédiat et éloigné).

Xe session (mars 1934) : Le goitre en France.

XIe session (avril-mai 1934) : état actuel du rhumatisme articulaire aigu.

XIIe session (juin-juillet 1934) : Les habitudes alimentaires régionales. Leurs conséquences sur la santé et la maladie.

XIIIe session (octobre-novembre 1934) : La diphtérie (Le vaccin et le sérum).

Journées thermales et climatiques (Lyon, 16-17 mars). — *Première question :* La syphilis chronique de l'appareil respiratoire.

Rapport général introductif. — Syphilis des voies respiratoires supérieures, par M. Collet (Lyon). Syphilis des voies respiratoires inférieures, par MM. Paviot, Péhu et Favre (Lyon).

Rapport crénothérapique, par MM. Moncorgé (Mont-Dore), Vincent (Challes), Langenieux (Allevard).

Deuxième question. — Le rhumatisme tuberculeux chronique.

Rapport général introductif, par M. Pic (Lyon).

Rapport crénothérapique, par MM. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains), Gay (Bourbonne-les-Bains).

Troisième question. — La tuberculose rénale.

Rapport général introductif, par MM. Arloing, Léon Thévenot et Lucien Thévenot (Lyon).

Rapport climatothérapique, par MM. Vignard (Lyon), Jouffray (Cannes), Bonafé (Hauteville) et Uteau (Biarritz).

Quatrième question. — L'humidité en hygiène et en pathologie.

Rapporteurs : MM. Baldit (Le Puy) et A. Rochaix (Lyon).

Secrétaire général : M. le professeur Piéry.

Fédération des sociétés médicales d'Algérie et de Tunisie (Tunis). — « La syphilis dans l'Afrique du Nord ».

IVe Congrès international du rhumatisme. — (Moscou, 3-6 mai 1934.)

Questions à l'ordre du jour :

Le rhumatisme articulaire aigu dans ses différentes manifestations, avec présentation de malades. Les indications qui existent pour la balnéothérapie dans les diverses formes du rhumatisme, et les rapports sur les états rhumatismaux chez les travailleurs du transport, les mineurs et les métallurgistes. — Bureau de la Ligue : 489, Keizersgracht, Amsterdam.

IIIe Congrès français de gynécologie. — Le sujet à l'ordre du jour est *L'insuffisance ovarienne.*

Rapports :

1. « Histologie et physiologie de l'ovaire », par M. le professeur Max Aron (de Strasbourg).

2. « Ovaire et thyroïde », par M. Léopold-Lévi (de Paris).

3. « Etude clinique de l'insuffisance ovarienne », par M. Violet (de Lyon).

4. « Thérapeutique médicale de l'insuffisance ovarienne » : 1° Traitement général, par M. Maurice Fabre (de Paris) ; 2° Traitement opothérapique, par M. le professeur agrégé Guy Laroche (de Paris).

5. « Physiothérapie », par M. Pierre Lehmann, électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

6. « Thérapeutique chirurgicale », par M. le professeur Jeanneney (de Bordeaux).

XIe Congrès de radiologie médicale (Perugia, 26, 27 et 28 mai 1934). Président : professeur Eugenio Milani ; vice-président : professeur Bruno Bellucci.

Questions à l'ordre du jour :

Professeur Lapenna : Affections et lésions traumatiques de la colonne vertébrale ;

Professeurs Benassi et Peron : Moyens modernes d'investigations radiologiques ;

Professeurs Guarini, del Buono et Palmieri : radiothérapie du système nerveux central et périphérique.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire du Congrès : Mlle Maria Bellucci, 14, corso Vannucci, Perugia.

Journées médicales de Bruxelles. (23-27 juin 1934). — *Physiopathologie des glandes endocrines, leurs rapports avec les diverses branches de la médecine et de la chirurgie.*

Secrétariat général : 141, rue Belliard, Bruxelles.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme progressif généralisé (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934). Question unique : *le rhumatisme chronique progressif généralisé.*

Le secrétaire général : le prof. M. P. Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (Paris).

XXXVIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française (Lyon, 16-22 juillet 1934). — Influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie, Dr André Repond. — Tumeurs du IIIe ventricule : étude clinique et thérapeutique. — Dr Paul Meignant.

— Classification et statistiques des maladies mentales. Dr Desruelles.

IVe Congrès international de radiologie (Zurich). — Les questions suivantes seront à l'ordre du jour :

A. *Séance d'ouverture :* Rapports sur l'organisation de la lutte contre le cancer dans les différents pays. Chaque pays est invité à présenter un rapporteur. La durée maxima de ces rapports est fixée à 10 minutes.

B. *Séances plénières.* — Rapports par pays : 1° Radiodiagnostic des tumeurs des os (Autriche). — 2° Vasographie (Espagne). — 3° Aspect radiologique du développement de la tuberculose pulmonaire (Tchécoslovaquie). — 4° Radiothérapie du cancer de l'utérus (France). — 5° Radiothérapie des cancers de la cavité buccale et du pha-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 1, p. 10.

rynx (Italie). — 6° Radiogénétique (Etats-Unis d'Amérique). — 7° Radiations mitogénétiques (Russie). — 8° Analyse de la structure cristalline (Angleterre). — 9° Le problème de l'unification du dosage en rœntgenthérapie et curiethérapie (Allemagne). — 10° Les radiations cosmiques (Suède). — 11° Les ondes courtes de haute fréquence en thérapeutique (Argentine).

Président : professeur N.-R. Schinez. Secrétaire général : docteur N.-E. Wolther, Zurich, Gloriostrasse, 14.

XXIIIe Congrès français de médecine (Québec). — 1° *Syndromes pancréatiques.* — « Pancréatites aiguës », docteurs R. Boucher et J. Le Sage (Montréal). — « Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion externe », professeur A. Cade (Lyon). — « Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne », professeurs A. Puech et P. Rimbaud (Montpellier).

2° *Les états hypoglycémiques.* — « Physiologie pathologique », professeur J. La Barre (Bruxelles). — « Les états cliniques hypoglycémiques », professeur Marcel Labbé (Paris). Second rapport sur la question, professeurs Renaud Lemieu et S. Leblond (Québec).

3° *La pyrétothérapie.* — « Généralités », professeur Charles Richet fils (Paris). — « Pyrétothérapie et affections du système nerveux », professeur H. Roger (Marseille) ; « Pyrétothérapie dans les infections », professeur Fribourg-Blanc (Val-de-Grâce). — « Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes », MM. Halphen et Auclair (Paris). — « Pyrétothérapie antisyphilitique », professeur A. Bessemans (Gand).

L'Association française de chirurgie a tenu à participer aux Congrès de Québec en confiant par les soins de M. le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., deux rapports sur le *Traitement chirurgical des pancréatites chroniques et aiguës*, à MM. les professeurs L. Bérard et Mallet-Gui (Lyon) et Brocq (Paris).

XLIIIe Congrès français de chirurgie. — Président : M. Cunéo.

Questions à l'ordre du jour pour 1934 :

1° Chirurgie des glandes surrénales. (Rapporteurs : MM. Leibovici, de Paris, et Stricker, de Strasbourg) ;

2° Pathogénie et traitement des rectites sténosantes et hypertrophiantes. (Rapporteurs : MM. Weiss, de Strasbourg, et Gatellier, de Paris) ;

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

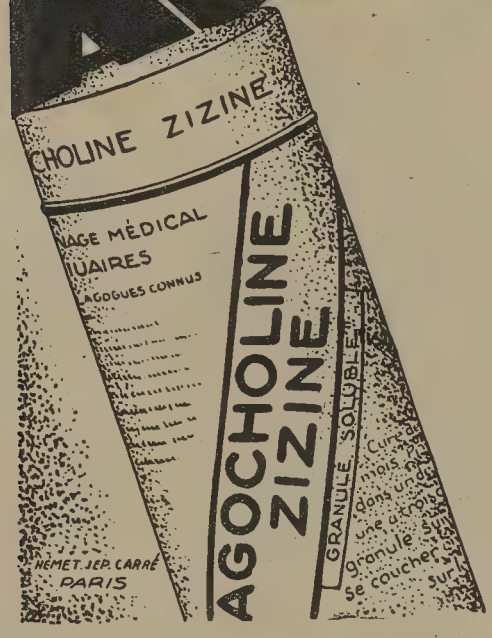
Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes. 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE - DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e
B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES **SEPTICEMINE CORTIAL** 15, Boul. Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, æseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

3° Traitement des arthrites suppurées du genou en dehors de traumatismes de guerre. (Rapporteurs : MM. Mondor, de Paris, et de Fourmestraux, de Chartres.)

Question proposée pour 1935 : technique et conséquences physiologiques des interventions sur le diaphragme (phrénicectomie exceptée).

Association française d'urologie. — Président du Congrès de 1934 : M. Heitz-Boyer (Paris).

Question à l'ordre du jour : Les orchy-épididymites en dehors de la syphilis et de la tuberculose.

Président du Congrès de 1935 : M. Thévenot (Lyon).

Question à l'ordre du jour : Influences immédiates et éloignées de la grossesse sur l'appareil excréteur du rein.

Congrès français d'orthopédie (Paris). — Les questions mises à l'étude sont :

1° *Traitement chirurgical du thorax en entonnoir.* — Rapporteur : M. Garnier (Paris) ;

2° *Traitement orthopédique et chirurgical des paraplégies spasmodiques.* — Rapporteurs : MM. Roudil, de Marseille, et Delchef, de Bruxelles.

Il est mis à l'étude pour le Congrès de 1935 : *Le syndrome de Volkmann, pathogénie et traitement.* — Rapporteur : M. R. Massart, de Paris.

Association des Pédiâtres de langue française. — Rapports :

1° *La pathologie du diverticule de Meckel :* MM. Fèvre et Semelaigne.

2° *Les répercussions médicales liées aux variations météorologiques :* M. le professeur Mouriquand.

Les répercussions médicales liées aux variations saisonnières : M. Woringer.

Les répercussions médicales liées aux variations climatiques : M. Armand Delille.

3° *Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile :* M. G. Paisseau.

Congrès de thalassothérapie (Palerme). — *Action physiologique de la cure marine sur le système lymphatique et son action curatrice sur les tuberculoses pulmonaires.*

1935

VIIe Congrès international des accidents du travail. — (Bruxelles), section de chirurgie : « Conséquences lointaines des traumatismes du crâne ».

I. Etiologie symptomatologie : M. Akerman (Stockholm); Stern (Cassel).

II. Anatomie pathologique : M. Pemfield (Montréal).

III. Diagnostic, pronostic et valorisation : M. Lippens (Bruxelles).

IV. Traitement : MM. Olier (Madrid) ; Martin (Bruxelles) ; Petit-Dutaillis (Paris).

IXe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. (Roumanie). — *Première question :* Principes d'organisation et de fonctionnement du Service de santé dans la guerre de montagne (Roumanie-Italie).

Deuxième question : Détermination de l'aptitude aux diverses spécialités des armées de terre, de mer et de l'air (Roumanie-France).

Troisième question : Séquelles des blessures de l'abdomen (Roumanie-Etats-Unis).

Quatrième question : Recherches ayant pour but l'unification des méthodes d'analyse des aliments et boissons destinés à l'alimentation du soldat (Roumanie-Tchécoslovaquie).

Cinquième question : Soins bucco-dentaires à l'avant (Roumanie-Lithuanie).

Sixième question : Etude comparative des attributions des services administratifs sanitaires dans les différentes armées de terre, de mer et de l'air (Roumanie-Chili).

1936

IIIe Congrès de la Société internationale d'orthopédie (Rome, septembre 1936). — *Questions mises à l'ordre du jour du prochain Congrès :* Les dérangements internes du genou ; les arthrorises dans les séquelles de la paralysie infantile.

CHRONIQUE

LA QUESTION DES MALADES RICHES A L'HÔPITAL

Dans sa séance du 30 décembre, le Conseil municipal de Paris a étudié la question de l'admission des « malades riches » dans les hôpitaux de Paris.

M. Raoul Brandon a dit des choses fort sensées à ce sujet.

M. Mourier, dans sa réponse, a montré comment un malade non nécessiteux peut se faire admettre à l'hôpital.

Voici, d'après le *Temps*, le résumé de son discours :

« D'abord, en cas d'accident sur la voie publique : ici, à défaut de la loi — qui a d'ailleurs prévu le cas, — l'humanité commanderait l'admission immédiate, et le blessé, serait-il Crésus ou le gagnant du gros lot de la Loterie nationale, doit avoir accès dans la maison des pauvres ; ce n'est certainement pas cette admission que condamne M. Brandon.

Je reconnais d'ailleurs, que ce recrutement ne représente qu'une infime partie, 1,70 % des malades non indigents.

C'est par l'admission directe à la consultation ou l'après-midi en cas d'urgence, que se glissent dans nos services la plupart des malades qui, à leur sortie, soldent une partie ou la totalité de leurs frais de séjour.

Cela, pouvons-nous l'empêcher ? Je réponds nettement que c'est impossible.

Un malade, même multimillionnaire, s'il ne se fait pas connaître, atteint d'appendicite à chaud que seule une opération immédiate peut sauver, est amené par une voiture d'ambulance ou en taxi. Que diriez-vous de moi, si, avant de le laisser transporter dans la salle, je prescrivais une enquête sur ses moyens d'existence ? Dans ce cas, vos instructions sont formelles : les soins d'abord, l'enquête et le papier ensuite... »

Mais il existe un contrôle très sérieux.

« ...Ce service fonctionne depuis 1926 et les sommes recouvrées grâce à lui ont passé de 3.600.000 francs à l'origine à 7.100.000 francs en 1932.

Ces chiffres démontrent que l'intérêt des contribuables dont j'ai, comme vous, le légitime souci, n'est pas sacrifié. »

M. Mourier ajoute un renseignement bien intéressant : parmi les malades payants, il n'y en a que 1 % qui puisse payer la totalité du séjour, soit 41 francs par jour.

Dans la même séance, le conseil a adopté, après un rapport de M. Pierre Godin, une proposition de M. Louis Gélis, relative à la construction d'une cité médicale et chirurgicale dans le 13e arrondissement.

Un amendement de M. de Fontenay a été adopté qui exige la nationalité française pour le corps médical, et qui permet à tous les chirurgiens qualifiés d'opérer à la cité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

CHOLECYSTITES -- LITHIASES BILIAIRES
et toutes variétés de
PYELO-NEPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15
(du Juniperus Oxycedrus.)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTOSPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS VI 10

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCH^on - 3, rue WATTEAU - COURBEVOIE - Seine

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

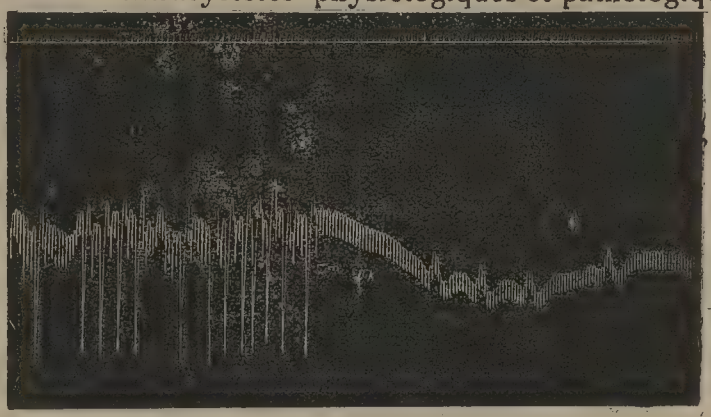
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 10 JANVIER 1934. — N° 3.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Neuf observations personnelles de kystes hydatiques de l'orbite (avec 3 fig.), par M. le professeur M.-A. Cange (d'Alger).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux.

Société de neurologie.

Société française de sérologie et de syphilis expérimentale. Séance annuelle.

NÉCROLOGIE

Jacques Magdelaine, par M. L. Babonneix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le livre-journal des professions libérales.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

Signes et diagnostic de l'encéphalite aiguë (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1934, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé), le 15 janvier 1934, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Raymond Neveu (de Paris).

MÉDAILLE DU PROFESSEUR CHEVASSU. — Les élèves du professeur Maurice Chevassu ont décidé, pour commémorer sa nomination de professeur à la Faculté de médecine, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Damann.

Les amis qui seront désireux de se joindre à eux sont priés d'adresser leur souscription à M. Henri Bayle, 193, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe). Compte en chèque postal n° 888-62, Paris. Médaille de bronze : 100 fr.; médaille d'argent : 300 fr.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND. — La remise de la médaille offerte au professeur Nové-Josserand par ses élèves et ses amis aura lieu à Lyon le lundi 2 juillet, à 16 h. 1/2, à la Faculté de médecine, à l'occasion des Journées orthopédiques de Lyon.

On peut encore souscrire pour quelques jours auprès du trésorier : docteur André Rendu, 33, rue Sala, Lyon (compte chèques postaux 3740). Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

HUITIÈME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le Lundi Gras, 12 février 1934, à 22 h., sera donné à l'hôtel Continental le huitième bal de la médecine française. Cette fête annuelle est organisée par la Société F. E. M., en faveur des veuves et orphelins du Corps médical, dont la détresse est grande au milieu des difficultés de l'heure présente. Des demandes de secours urgents parviennent sans cesse au bureau de cette œuvre, dont les ressources principales sont celles que procure le bal de la médecine. L'an passé, les bénéfices nets se sont montés à 82.189 fr., permettant la distribution de 87.000 fr. de secours pour 95 familles. Ceci est encore insuffisant, et les membres du Comité d'organisation demandent à tous les membres du Corps médical de s'associer davantage à cette œuvre et de venir nombreux à la Fête du 12 février.

Le prix des places est de 30 fr. pour le bal, 50 fr. pour la soirée artistique : « Une heure de music-hall » avec de

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

grandes vedettes parisiennes. Le souper est de 65 fr., par petites tables, sous la direction du docteur de Pomiane et de Mme Henri Labbé.

On retient ses places à la Société F. E. M., 96, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Tél. Littré 48-12.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR BEZANÇON. — *Cinquième anniversaire du décès du professeur Widal.* — Pour commémorer le souvenir de F. Widal, M. Ravaut fera le lundi 15 janvier, à 10 h. 30, dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (service du professeur Bezançon), une conférence sur le cyto-diagnostic.

— *Anniversaire de la mort du professeur Chauffard.* — Le vendredi 12 janvier, à 10 h. 30, le professeur N. Fiessinger, pour commémorer le souvenir du professeur Chauffard, retracera son œuvre médicale dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

— *Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — M. le professeur Bezançon reprendra ses leçons cliniques le vendredi 19 janvier, à 10 h. 30. — Sujet de la clinique : « Le rhumatisme articulaire aigu de l'enfance. »

INSTITUT DE PSYCHANALYSE. — On nous annonce l'ouverture de l'Institut de psychanalyse organisé par la Société psychanalytique de Paris. Les cours auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 21 h., du 10 janvier au 30 juin, 137, boulevard Saint-Germain. Les personnes désireuses de suivre cet enseignement sont tenues de s'inscrire au secrétariat de l'Institut.

CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Le docteur Gabriel Leven commencera une consultation de gastro-entérologie à l'Institut prophylactique (38, rue d'Assas), le samedi 13 janvier, à 9 h. 30, et la continuera les samedis suivants.

ENSEIGNEMENT DU PROFESSEUR GEORGES PORTMANN. (Hôpital de la Croix-Rouge, 8, square des Peupliers, Paris.) — Consultation et leçon clinique, chaque vendredi matin, à 10 h., à partir du vendredi 19 janvier.

Le premier cours sur les nerfs craniens aura lieu le jeudi 18 janvier, à 21 h., dans le grand amphithéâtre de l'hôpital Il se continuera chaque jeudi, à la même heure.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 10 *janvier.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Loeper, Lemaire, Et. Bernard. — M. FARGETTE. Etude clinique de la dégénérescence amyloïde en particulier de la valeur diagnostique de l'épreuve de Bennhold. — M. DAVIDSON. Le traitement par le cinnamate de benzyle cholestériné dans les asthénies et les convalescences. — M. SZABSIEWICZ. Action thérapeutique générale des extraits désalbuminés de muqueuse gastrique.

Jeudi 11 *janvier.* — Jury : MM. Léon Binet, président ; Carnot, J.-L. Faure, Chabrol. — M. RAYMOND. La toxicité du tabac (données expérimentales). — M. MARCOMBES. Les pancréatites subaiguës à répétition.

Mercredi 10 *janvier.* — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Champy, président ; Lemierre, Bresson, Dechambre, Lesbouyriès, Panisset. — M. GELLÉ. Etude d'une mutation, le plumage soyeux chez la poule. Sa morphologie et son hérédité. — M. LOUBRY. Sur le tétanos chez les bovins.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Jacques MAGDELAINE

Tout semblait lui sourire. Il était arrivé jeune à l'internat. Docteur à trente ans, avec une thèse remarquée sur *les manifestations orbito-oculaires des ethmoïdites*, assistant de M. Le Mée, élève de MM. Bourgeois, Hautant et Lemaître, il était certain d'obtenir rapidement le titre d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, pour lequel le désignaient ses connaissances déjà étendues, son habileté opératoire, sa conscience professionnelle. Neveu de notre ancien collègue Louis Magdelaine, que n'ont pas oublié ceux de sa génération, il avait épousé la fille de notre excellent confrère Felhoen, de Roubaix. Elle lui avait déjà donné deux gentils enfants. Il avait le bonheur de posséder encore son père et sa mère. Et voilà qu'au cours de cette félicité sans nuages éclate la catastrophe. Tombé malade le jour de la Noël, son état inspirait d'emblée de vives inquiétudes, bien justifiées, hélas ! puisque, malgré les soins dévoués de Wallich, il succombait le 31 décembre ! A ses obsèques, que suivait une foule recueillie, M. Bourgeois lui a adressé, au nom de ses maîtres, un dernier adieu. Prévenu trop tard pour y assister, je croirais manquer à la mémoire de celui qui fut, pour moi, un collaborateur très cher, si je ne venais pas m'incliner devant la détresse des siens. Que Madame Jacques Magdelaine veuille bien agréer l'hommage de nos plus respectueuses condoléances ! Que ses parents puisent dans leurs croyances quelque atténuation à leur peine ! Cet enfant qui faisait leur joie et leur orgueil, ils le reverront bientôt, et, cette fois, pour toujours. A M. Emile Magdelaine, mon regretté directeur de la Charité, de se rappeler que, selon la doctrine de l'Eglise, « c'est l'épreuve qui produit l'espérance » ! A Madame Emile Magdelaine, évoquons le souvenir de la mère du Christ ! Répétons-lui les paroles de l'éloquent Lacordaire : « Montez avec elle au Calvaire et attendez-y l'heure de la résurrection » !

L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE LIVRE-JOURNAL DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Voici le texte de la loi du 23 décembre 1933, concernant la comptabilité que devront désormais tenir les médecins.

Art. 4. — Les dispositions de l'article 59 des lois codifiées relatives aux impôts cédulaires et à l'impôt général sur le revenu (décret du 15 octobre 1926) sont complétées ainsi qu'il suit :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de dates, sans blancs, lacunes, ni transports en marge.

« Le contrôleur peut demander communication des livres et toutes pièces justificatives.

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la somme encaissée, qu'un numéro d'ordre reproduit sur les quittances obligatoirement délivrées aux clients. »

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la DIGITALINE CRISTALLISÉE (1) dont l'action SÛRE & PUISSANTE, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872

PRIX DESPORTES 1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

FORMES

Granules au 1/10 de milligramme
Solution au millième
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires
Ampoules au 1/5 de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

DRAEGER

En hiver

la lumière intégrée peut se substituer à celle que masque l'écran atmosphérique et l'administration du

FORTOSSAN IRRADIÉ

est le procédé le plus efficace pour rétablir l'équilibre eutrophique des jeunes organismes qui souffrent de la carence solaire.

1/2 cuillerée à 2 cuillerées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

NEUF OBSERVATIONS PERSONNELLES

DE KYSTES HYDATIQUES DE L'ORBITE

Par M. le professeur M. A. CANGE (d'Alger).

Le hasard, cette « providence de nos services cliniques », a rassemblé dans nos salles, à trois semaines d'intervalle, deux nouveaux cas de kystes hydatiques de l'orbite qui, ajoutés aux sept observations personnelles que l'un de nos élèves a publiées dans sa thèse inaugurale (1), portent à 9 le nombre des cas d'hydatidose orbitaire observés à la Clinique Ophtalmologique de la Faculté d'Alger, de 1918 à 1933, c'est-à-dire pendant une période de quinze années. Nous allons rapporter d'abord ces deux observations nouvelles, puis nous rassemblerons dans un tableau synoptique les indications principales qui découlent des sept observations antérieures ; nous les ferons suivre enfin des réflexions que nous ont suggérées nos constatations et nos interventions.

Obs. I. — C... Mohamed, 35 ans, entre, le 15 avril 1933, à la Clinique ophtalmologique de l'hôpital de Mustapha pour exophtalmie droite.

C'est un homme grand, maigre, mais robuste. Il habite Téniet-el-Haad (Hauts-Plateaux), où il exerce le métier d'ouvrier agricole. Il n'accuse aucun antécédent pathologique, sauf une bronchite en 1918. Il est marié et père de deux enfants bien portants ; sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

L'affection a débuté il y a deux mois par des douleurs lancinantes et intermittentes occupant l'orbite droite, « surtout les jours de grand vent ». Quelque temps après, le globe fut refoulé progressivement en avant ; un mois plus tard, la conjonctive se tuméfiait au niveau du cul-de-sac inférieur et devenait le siège d'un chémosis volumineux, cependant que l'acuité visuelle baissait rapidement.

Actuellement l'œil droit est le siège d'une exophtalmie directe considérable (3 cm) avec toutefois une légère déviation de la cornée en dehors. La paupière supérieure, largement étalée, recouvre la moitié supérieure du globe et présente un réseau veineux sous-cutané plus développé que du côté opposé. La paupière inférieure est débordée par un volumineux bourrelet chémotique rouge, qui fait hernie entre le globe et le rebord palpébral inférieur. La pression ne permet pas de réduire cette exophtalmie ; elle n'éveille aucune douleur. La palpation du sillon orbito-palpébral décèle en haut et en dehors une masse mollasse lobulée : la glande lacrymale refoulée en avant ; au-dessous d'elle, dans la région inféro-externe de l'orbite, on découvre une tumeur arrondie, élastique, tendue, nettement fluctuante. L'éclairage de contact permet de constater la parfaite transillumination de la tumeur et même l'apparition de la lueur pupillaire.

La mobilité du globe est très diminuée dans toutes les directions. La conjonctive bulbaire hyperémiée présente un lacis vasculaire très développé. La cornée est trouble, infiltrée, ulcérée au niveau de sa région limbique, dans le rayon de 6 heures. La chambre antérieure est diminuée de profondeur. L'orifice pupillaire, en mydriase moyenne, ne réagit ni à la lumière, ni à l'accommodation. L'excitation lumineuse du côté sain ne détermine pas le réflexe consensuel du côté opposé, tandis que l'excitation lumineuse du côté affecté montre la conservation du réflexe consensuel ; ce qui permet de conclure à l'intégrité de la voie sensorielle et à la compression inhibitrice des filets moteurs. Bien que rendu difficile en raison du trouble de la cornée, l'examen ophtalmoscopique permet de constater une papille à contours mal définis et l'existence de vaisseaux turgescents. La skiascopie révèle une hypermétropie de $+13^d$ dans un méridien, de $+8^d$ dans l'autre ; Javal : 45° $\pm 5^d$. L'acuité visuelle est très réduite : le malade distingue vaguement la main à 15 centimètres, sans même pouvoir en compter les doigts. L'œil gauche est normal. V = 1.

Les autres organes ne présentent aucune particularité pathologique. L'examen de la gorge, des fosses nasales, des sinus ne révèle aucune altération. Les radiographies de la région orbitaire et du sinus ethmoïdal n'apportent aucune précision.

Voici les résultats des examens de laboratoire :

Wassermann : négatif ; Weinberg : négatif ; intradermoréaction de Casoni : négative ; éosinophilie sanguine : 6 %.

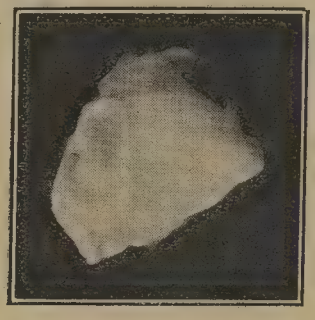


Fig. 1.

Le diagnostic posé est celui de kyste hydatique.

Traitement de l'ulcère : collargol, pommade à l'iodoforme, pansement occlusif.

Le 25 avril, dix jours après l'entrée, les douleurs ont augmenté d'intensité, l'exorbitisme s'est légèrement accru. Dans la nuit du 25 au 26, des douleurs tensives et lancinantes ont acquis une telle violence que le malade n'a pas pu dormir. Au matin, les phénomènes inflammatoires se sont exagérés : le chémosis est plus volumineux, la paupière supérieure congestionnée, la conjonctive bulbaire fortement hyperémiée.

Le 28, malgré la persistance de l'exophtalmie, l'ulcère s'est cicatrisé, la cornée s'est en grande partie éclaircie, et l'examen ophtalmoscopique, aussitôt pratiqué, confirme le développement d'une stase papillaire : papille hyperémiée, œdémateuse, légèrement saillante, à bords flous, veines turgescentes et tortueuses ; une petite hémorragie péripapillaire se dessine en bas et en dehors (image renversée).

L'intervention est pratiquée le 29 avril, par M. le prof. Cange, sous anesthésie chloroformique. Large orbitotomie externe, parallèle au rebord osseux. Incision de la peau et du fascia orbitaire ; puis on pénètre dans le tissu cellulo-adipeux qui rend l'intervention plus laborieuse en raison de son prolapsus constant et de son issue d'autant plus abondante qu'on avance davantage dans la profondeur. Alors le doigt introduit dans la plaie permet de sentir une masse fluctuante, occupant le sommet de l'entonnoir osseux. Renonçant à poursuivre une dissection plus complète, on ponctionne la poche à l'aide d'un trocart. Après inclinaison de la tête, issue de 20 cc. de liquide eau de roche. Formolage de la cavité. A ce moment, le malade mal endormi déplace la tête ; alors le trocart se dégage et la poche kystique fuit dans la profondeur de l'orbite. Ce n'est qu'après quelques minutes de recherches que l'on parvient à la découvrir, à la saisir de nouveau, et à l'extirper avec facilité. Elle se présente avec l'aspect blanc d'œuf caractéristique des membranes hydatiques. Après un nouveau formolage

(1) G. Morard. Les kystes hydat. de l'orbite. *Th. Alger*, 1931.

de la région, marsupialisation de l'ectocyste et fermeture des angles de la plaie opératoire par des points de suture en U. Drainage et pansement.

L'examen de la poche kystique n'a décelé aucune vésicule-fille. Le liquide, après centrifugation, n'a montré ni crochets, ni scolex. Il s'agissait donc, dans ce cas, d'un kyste hydatique uniloculaire, acéphalocyste. (Fg. 1.)

Le 1er mai, l'œil a réintégré sa situation normale. Les mouvements sont limités dans toutes les directions, mais surtout en bas. Pas d'inflammation des paupières, pas de chémosis bulbaire. La recherche des éosinophiles pratiquée le lendemain de l'intervention indique un taux de 0,5 %.

Le 5 mai, les réflexes pupillaires sont normaux. L'œdème de la papille a notablement diminué, les veines sont encore turgescentes. V: compte les doigts à 20 centimètres. Etat local très satisfaisant. Pas de sécrétion notable par l'orifice du drain.

Le 8 mai (9 jours après l'opération), le drain est retiré. L'état local est très satisfaisant et l'état général continue d'être bon. A l'examen ophtalmoscopique, les contours de la papille sont encore légèrement flous ; les veines apparaissent encore un peu turgescentes. V. compte les doigts à 1 mètre.

Le 12 mai, pour réduire le bourrelet chémotique, on applique des sutures de Snellen auxquelles on ajoute la réduction forcée.

Le 15 mai (16 jours après l'opération), on constate que le fond d'œil a repris son aspect normal ; la réfraction est emmétrope ; l'acuité visuelle égale à 0,4.

Le 25 mai, on enlève les ligatures de Snellen ; l'ectropion est corrigé.

Le malade est sorti le 30 mai (1 mois après l'intervention). Le fond de l'œil est normal, l'acuité visuelle est remontée à 0,8. Bien que la mobilité du globe soit encore légèrement diminuée dans toutes les directions, il n'existe pas de diplopie, sauf dans tous les mouvements extrêmes du regard.

OBS. II. (1). — R... Chérif, âgé de 5 ans, entre à la clinique ophtalmologique de la Faculté, le 8 mai 1933, pour exophtalmie de l'œil gauche.

Le père nous apprend que l'enfant, originaire de Maadid (région des Hauts-Plateaux de la province de Constantine), a toujours été bien portant. Il a une sœur âgée de 1 an, en bonne santé. Sa mère a eu deux autres enfants morts de maladies indéterminées, l'un à 6 ans, le second 8 jours après sa naissance ; elle n'a jamais fait de fausse couche.

L'affection de notre malade a débuté il y a trois mois par une exophtalmie progressive et, semble-t-il, sans douleurs manifestes, car l'enfant a conservé sa bonne humeur, son appétit et son sommeil.

L'examen pratiqué le jour même de son entrée nous révèle une exophtalmie axile considérable, avec légère déviation du globe en haut. La paupière supérieure est fortement distendue par le globe exorbité directement en avant. La fermeture volontaire de la fente palpébrale est impossible même dans les mouvements forcés d'occlusion. Toutefois, la cornée, par un mouvement convulsif dirigé vers le haut, peut encore s'abriter sous la paupière supérieure. La conjonctive du fornix inférieur est boursouflée et dessine un bourrelet chémotique au fond du cul-de-sac. La conjonctive bulbaire est normale.

A la palpation, on perçoit en haut et en dehors la glande lacrymale facilement mobilisable sur les plans sous-jacents. Le sillon orbito-palpébral est occupé en bas et en dehors par une tumeur arrondie, lisse, tendue, mal délimitée sur son pourtour, nettement fluctuante, qui s'illumine à l'éclairage de contact.

Les mouvements du globe, limités dans toutes les directions, sont complètement abolis en bas et en dehors. La cornée est normale, la chambre antérieure diminuée de profondeur. Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés de même que le réflexe consensuel. La skiascopie décèle une hypermétropie de $+6^d$ dans le méridien vertical, de $+8^d$ dans le méridien horizontal. L'examen du fond de l'œil montre une papille pâle à bords légèrement flous, sans modification appréciable des vaisseaux. L'acuité visuelle est difficile à préciser en raison de l'âge du sujet, mais ne semble pas être très altérée en raison de l'intensité et de la rapidité des réflexes pupillaires.

L'œil droit est normal.

Les radiographies, l'examen des sinus et des fosses nasales ne révèlent aucune particularité pathologique.

FIG. 2.

Le diagnostic clinique est celui de kyste hydatique de l'orbite, que devaient confirmer les examens de laboratoire, dont voici les résultats obtenus dans deux laboratoires.

Institut Pasteur.	Hôpital civil de Mustapha.
	Wassermann +. Hecht +.
Weinberg : —.	Weinberg +.
Eosinophilie : 5 %.	Eosinophilie : 0.

L'intradermo-réaction de Casoni faite dans notre service, s'est montrée nettement positive.

L'opération est pratiquée le 10 mai 1933 par M. le prof. Cange, sous anesthésie au chloroforme.

Orbitotomie inféro-externe. On arrive très facilement sur la tumeur lisse, régulière que l'on isole aisément de la graisse ambiante et dont on poursuit la dissection aussi largement et aussi profondément que possible, en évitant toutefois d'effondrer sa paroi. Ponction au trocart, évacuation de 15 cc. de liquide eau de roche. Formolage de la cavité à l'aide d'une solution à 1 %. Après agrandissement de l'incision et repérage de l'adventice, on extrait aisément et d'une seule pièce la membrane hydatique. Après un nouveau formolage de toute la région, on marsupialise l'ectocyste par des sutures en U. Puis, par deux points au niveau des angles, on rétrécit la brèche opératoire. Drainage.

La poche hydatique ne contient ni crochets ni vésicules-filles (Fig. 2).

Le 13 mai, gros œdème palpébral et chémosis volumineux rendant impossible l'examen du globe. Température et pouls normaux. Ectropion de la paupière inférieure.

Le 15 mai, l'œdème palpébral a envahi la région orbitaire droite. Les mouvements du globe sont abolis en bas et en dehors, très diminués dans les autres directions.

Le 17 mai, par l'orifice du drain, quelques gouttes de pus s'écoulent. Lavage au Dakin.

Le 25 mai, le drain est retiré. La paupière inférieure est ectropionnée.

(1) Les observations, analyses et photographies sont dues au concours du docteur G. Morard, assistant du service.

Le 10 juin : l'ectropion persiste. Sous anesthésie locale, on libère les adhérences, on reconstitue les plans anatomiques et l'on place des ligatures réductrices de Snellen.

Le 20 juin : les fils sont enlevés. L'ectropion persiste légèrement en dehors. Le taux des éosinophiles est de 25 % (Institut Pasteur).

Le 1er juillet : l'état local est satisfaisant. L'œil est en strabisme interne accentué ; il persiste une paralysie complète du droit externe. La skiascopie révèle une légère hypermétropie de +1d. L'acuité visuelle paraît très diminuée ; l'enfant reconnaît difficilement les objets qu'on lui présente à la distance de 50 centimètres. A l'examen ophtalmoscopique, la papille est pâle, à bords flous ; les vaisseaux sont grêles.

Le 15 juillet : une nouvelle formule leucocytaire est établie par le laboratoire de l'hôpital ; elle donne les chiffres suivants (1) :

Polynucléaires neutrophiles : 42 ; éosinophiles : 20 ; monocytes : 10 ; lymphocytes (moyens et petits) : 28.

L'examen des autres organes ne révèle pas la présence d'un autre kyste hydatique (1).

Et maintenant, résumons dans un tableau d'ensemble nos 7 observations antérieures.

DATES	RACE SEXE AGE	SIÈGE SYMPTOMES	EXAMENS skiascopique et ophtalmoscopique. Acuité visuelle.	INTERVENTION	CARACTÈRES DU KYSTE	RÉSULTATS POST-OPÉRATOIRES
22- 4-1918.	Européenne, ♀ 20 ans	O. G. Supéro-externe. Début il y a 7 mois par des douleurs. Exophtalmie axile. Tumeur fluctuante. Réflexes directs : 0. Réflexe consensuel existe.	Atrophie optique. V=0.	Krönlein. Acide phénique.	K. du muscle droit externe. 7 vésicules-filles.	Globe en place. Atrophie optique. V=0.
15- 1-1919.	Indigène, ♂ 30 ans	O. G. Supéro-externe. Début il y a 6 mois. Exophtalmie progressive. Bourrelet chémotique. T. fluctuante.	Fond de l'œil normal. V=1.	Orbitotomie externe. Tarsorraphie. Formolage. Drain.	K. du volume d'une noix. 1 vésicule-fille. 1 crochet. Adhérence à la paroi osseuse externe.	Mobilité du globe accrue. V=1.
26-11-1923.	Indigène, ♂ 33 ans	O. G. Supéro-interne. Début il y a un mois et demi à la suite d'un trauma. Exophtalmie. Douleurs. T. fluctuante. Réflexes : 0.	Stase. V=3/50.	Incision supéro-interne. Formolage. Drain.	Absence de scolex et de crochets.	Globe légèrement dévié en bas et en dehors. Papille normale. V=0,1.
24-10-1924.	Indigène, ♂ 70 ans	O. D. Externe. Début il y a six mois par exopht. et T. au niveau du canthus externe. Exopht. directe. Bourrelet chémotique. T. fluctuante.	+2. ++1. Fond de l'œil normal. V=0,1.	Orbitotomie externe. Pas de formolage. Suture sans drain.	Volume du K : 10cc. Acéphalocyste.	Sort avant guérison. (Vives réactions anaphylactiques locale et générale.)
25- 6-1925.	Européenne, ♀ 40 ans	O. D. Supéro-externe. Début il y a 7 semaines. Exophtalmie directe progressive. Douleurs. Apparition brusque de signes tumoraux. Ulcère de la cornée.	—2,5. +—E. Névrite. V=0,1.	Orbitotomie externe. Formolage. Marsupialisation. Drain.	K. du volume d'une petite noix. 1 vésicule-fille.	Mobilité réduite en bas. Leucome adhérent. V=4/50.
24- 6-1926.	Européenne, ♀ 38 ans	O. D. Supéro-externe. Début il y a 1 mois. Exophtalmie brusque, diplopie, accidents phlegmasiques. Réflexes : 0.	+2,5. ++1,5. Névrite. V=0,2.	Orbitotomie externe. Formolage. Marsupialisation. Drain.	K. du volume d'une grosse noix. Acéphalocyste.	Strabisme interne. Papille normale. V=0,4.
6- 5-1931.	Indigène, ♀ 16 ans	O. G. Supéro-interne. Début il y a 2 ans : douleurs, exophtalmie progressive. T. fluctuante. Occlusion palpébrale impossible. Réflexes : 0.	+20. ++15. Atrophie optique. V=Q.	Incision supéro-interne. Lavage à l'eau phéniquée. Marsupialisation. Drain.	Volume du K : 50cc. Acéphalocyste.	Mobilité abolie en dedans. Atrophie optique. V=Q.

(1) Soulignons ici, pour n'avoir pas à y revenir, cette poussée massive et subite d'éosinophilie succédant à l'intervention. C'est un fait qui a été signalé et expliqué.

Un premier enseignement se dégage de nos observations : la prédominance du kyste hydatique dans le *Milieu indigène*, puisque, sur nos 9 cas, 3 seulement, soit 1/3, concernent des Européens. Berbères ou Arabes, nomades ou sédentaires, habitants des ksours ou des tentes vivent en effet de la vie pastorale, où bêtes et gens s'entremêlent dans une touchante mais dangereuse promiscuité.

L'infection hydatique accuse, d'une façon générale, affirme-t-on, une prédilection marquée pour le *Sexe féminin*, ce qui s'explique aisément par ce fait que la femme, assujettie plus que l'homme aux exigences de la vie domestique, mène une existence d'intérieur particulièrement propice à la contamination. Toutefois, en ce qui concerne spécialement le kyste orbitaire, les statistiques semblent établir leur prépondérance dans le sexe masculin. Nos observations personnelles accusent un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes (5 hommes, dont 1 enfant, et 4 femmes).

Aucun *Age*, on le sait, n'est à l'abri de l'infection hydatique ; et, bien que l'hydatidose, pour des raisons faciles à comprendre, s'observe de préférence à l'âge moyen de la vie, on peut cependant la rencontrer aux périodes extrêmes de l'existence. Nos sujets étaient respectivement âgés de 20, 30, 33, 70, 40, 38, 16, 35, 5 ans. L'âge record, pour ainsi dire, observé dans la littérature est celui de 70 ans, relevé dans

Fig. 3. — Les sept K. H. reproduits et numérotés en remontant des cas les plus récents aux plus anciens.

l'une de nos observations ; viennent ensuite les cas de Lagrange (67 ans) et de Pascheff (62 ans). L'âge de notre plus jeune opéré (5 ans) ne constitue pas un exemple d'une précocité extraordinaire, puisque Machkowzewa, Lavagna, Lagleyze, Carrère ont signalé des kystes chez des enfants de 2 ans.

Dans nos cas personnels le kyste siégeait avec une fréquence sensiblement égale des deux *Côtés* (4 fois à droite, 5 fois à gauche). On a cependant prétendu que le branchement direct de la carotide gauche sur le tronc aortique et son mode d'origine devaient diriger de préférence dans son territoire vasculaire l'embolie hydatique.

Dans le domaine de la Symptomatologie, nous avons observé toutes les formes cliniques de l'affection. C'est ainsi que, dans un cas, nous avons constaté la forme inflammatoire, dans laquelle l'affection s'annonce avec les allures d'une ténonite ou d'un phlegmon orbitaire. Le plus souvent, nous avons assisté à une évolution froide et progressive, se traduisant alors par son cortège habituel d'exophtalmie, de tumeur, de douleurs et de troubles visuels. Mais une particularité que l'on retrouve dans nos deux dernières observations mérite d'être soulignée : la marche parfois galopante de l'affection que l'on ne retrouve ni dans les tumeurs solides ni dans les autres collections liquides, et qui constitue un élément important du diagnostic clinique. « Les collections liquides seules, écrit Lagrange dans son *Traité des Tumeurs de l'œil et de l'orbite*, peuvent se former assez vite pour chasser en quelques jours l'œil de sa place normale ; une exophtalmie lente ne prouvera pas que le malade n'ait pas de kyste hydatique, mais une exophtalmie rapide devra faire songer à cette affection. »

L'étude des troubles oculaires mériterait, à elle seule, un article spécial. En outre des déformations mécaniques de la sphère bulbaire, entraînant une myopie ou une hypermétropie accentuées (celle-ci atteignit 15 et 20 D dans une de nos observations, ce qui représente une diminution de l'axe antéro-postérieur de 6 mm. environ, et 13 et 8 D dans notre avant-dernier cas, soit une diminution de 4 mm. environ), en plus des altérations kératiques graves résultant de la lagophtalmie ou de troubles neuro-paralytiques, les membranes profondes sont le siège de lésions importantes que l'on peut ranger sous trois chefs différents : l'atrophie, la névrite intra-oculaire, la papillite de stase. Leur pathogénie, en particulier, prête à des considérations fort intéressantes. On a voulu les rattacher à des accidents d'imbibition toxique par le liquide hydatique filtrant à travers la paroi. De fait, elles sont parfois précoces, sans parallélisme évident avec l'exophtalmie ou le volume de la tumeur. Et l'on sait aussi qu'à côté de kystes imperméables, « à toxicité enclose », suivant l'expression de Chauffard et Vincent, il y en a d'autres, dans le voisinage immédiat desquels se développent des lésions telles que « cytolyse, afflux leucocytaire, formation de cellules

épithélioïdes et géantes, éosinophilie locale (Dévé) ». Quoi qu'il en soit, on ne saurait, à notre avis, mettre en doute le rôle de la compression, établi déjà par l'examen ophtalmoscopique permettant de constater — et deux de nos observations en font foi — une stase papillaire manifeste reconnaissable à la saillie du disque optique, à la turgescence et à la tortuosité des veines, à l'existence de petites hémorragies péripapillaires. Ces altérations objectives se modifient d'ailleurs instantanément à la suite d'interventions décompressives (ponction, incision) et surtout curatives (extirpation). Et l'amélioration fonctionnelle a maintes fois marché de pair avec l'effacement et la disparition des désordres ophtalmoscopiques. Dans l'observation I de ce travail, nous avons noté l'existence d'une papillite de stase et la vision était purement quantitative. Cinq jours après l'extirpation, on constate une atténuation des lésions ophtalmoscopiques et l'acuité visuelle s'est déjà notablement relevée. Dix jours plus tard, le fond de l'œil a repris son aspect normal et l'acuité visuelle remonte rapidement à 0,4, puis à 0,8. Une observation de Terson est particulièrement instructive à cet égard, parce qu'elle a la valeur d'une démonstration expérimentale. Les signes « d'étranglement papillaire » sont tellement accusés qu'ils servent d'objet de démonstration aux élèves, et l'A. V. se trouve réduite à une vague perception de la lumière. Une simple ponction amène la disparition des lésions alors que l'A. V. remonte immédiatement à la normale ; mais le kyste se reconstitue et les mêmes accidents se reproduisent ; une extirpation radicale entraîne, d'une façon définitive cette fois, la guérison complète et une restitution fonctionnelle intégrale.

Quoi qu'il en soit, nous trouvons noté dans nos 9 observations : l'atrophie de la papille : 2 fois ; la névrite optique : 3 fois ; la stase papillaire : 2 fois ; l'état normal du fond d'œil : 2 fois. Dans les 2 cas de *staungspapille*, une amélioration rapidement progressive a suivi l'intervention. Dans un des 3 cas de névrite intraoculaire, l'aspect du disque optique indiquait une tendance manifeste à l'atrophie consécutive. Enfin, dans 2 cas, l'apparition de complications kératiques a compromis l'intégrité de l'organe et le résultat fonctionnel. Car l'œil est menacé non seulement du fait de ses altérations profondes, mais par des lésions intéressant la cornée atteinte secondairement d'infiltration, d'ulcération et de perforation. Et ces accidents résultent de l'action combinée de l'exophtalmie et de la lagophtalmie, du chémosis conjonctival et de l'œdème kératique ainsi que des troubles neurotrophiques.

En l'absence d'une ponction exploratrice qui n'est pas à recommander, le Diagnostic clinique de K. H. orbitaire demeure trop souvent incertain. La tumeur est-elle inaccessible, c'est le problème étiologique de l'exophtalmie qui se trouve posé avec ses multiples hypothèses, ses légitimes hésitations, ses décourageantes difficultés et trop souvent ses démentis opératoires.

La tumeur est-elle accessible et tangible, lisse, arrondie, fluctuante, voire même translucide, le diagnostic de K. H. devient plus facile, et l'essentiel est d'y songer, surtout dans certaines contrées, puisqu'à l'exemple des « champs maudits » d'autrefois il existe, encore de nos jours, des « terres hydatiques » et l'Algérie est de celles-là. Rappelons notamment que le kyste à échinocoques est toujours unilatéral ; car il n'y a pas jusqu'ici d'exemple de kystes bilatéraux. Cette éventualité viendrait-elle à se produire, il est infiniment probable que l'exophtalmie — ou les tumeurs — ne présenteraient pas cette symétrie, ce parallélisme, ce synchronisme, qui sont la caractéristique habituelle des classiques exophtalmies bilatérales. Il faut se souvenir encore que toutes les tumeurs fluctuantes ne sont pas forcément « hydatiques » et inversement que des kystes à haute tension ou à parois épaisses en ont imposé à d'excellents cliniciens pour des tumeurs solides ou des néoplasmes malins. A en juger par les faits que nous avons recensés, de semblables erreurs n'ont pas été rares. Quant au pathognomonique « frémissement hydatique », nous l'avons cherché sans pouvoir le découvrir ; notre observation, sur ce point, confirme donc les constatations négatives de tous les autres auteurs. Seuls, Cuénod et Nataf prétendent l'avoir perçu, mais seulement après l'incision des plans de couverture et mise à nu de la poche liquide. Ici encore, il convient de se garder des méprises ou des fausses interprétations : sensation subjective de « bruit vibratoire » (Otto Wernicke) ou perception tactile ou auditive de contractions fibrillaires des muscles (Gayet).

D'ailleurs, pour établir le diagnostic de kyste hydatique de l'orbite, il est indispensable, de nos jours, de recourir aux Investigations du laboratoire concernant la recherche du taux de l'éosinophilie sanguine, la précipito-réaction de Fleig et Lisbonne, la réaction de Weinberg, l'intradermo-réaction de Casoni. Malheureusement, bien des observations sont muettes sur des procédés de recherche ; en outre, un nombre important d'entre elles sont antérieures à la découverte de ces méthodes introduites dans la pratique à des époques successives.

La précipito-réaction de Fleig et Lisbonne, qui remonte à 1907, n'a pas été, à notre connaissance, utilisée en oculistique. Nous n'avons donc pas à en faire état. Bornons-nous à dire que, d'une façon générale, ce procédé s'est montré, de l'avis de ceux qui l'ont essayé, inconstant ou trompeur dans ses résultats.

La recherche de l'éosinophilie sanguine, la méthode la plus anciennement connue (1899-1901), la séroréaction de Weinberg-Parvu (1908), la cuti-réaction de Casoni (1912) sont d'un usage plus courant et apportent souvent à un diagnostic demeuré en suspens un élément confirmatif de toute première importance.

Normalement, le sang renferme 1 éosinophile seulement sur 100 éléments figurés. Pour obtenir une signification véritable, il importe que le taux de l'éosinophilie sanguine s'élève au moins à 4 ou 5 %, ce qui constitue, pour les cas limites, une base d'appréciation imprécise et partant inutilisable. Notons simplement que dans les kystes hydatiques orbitaires on l'a vu osciller entre 5 % (Adamantiadès) et 23 % (Carrère), sans atteindre cependant les chiffres formidables de 40 % (Achard et Clerc), de 57 % (Selig-

mann et Dudgeon) que l'on a signalés dans les kystes plus volumineux et plus anciens des autres régions. Nous-même avons noté les proportions peu élevées de 5, 6, 8 et 9 % ; soit, dans 4 cas sur 9. Pourtant, une réserve s'impose, et il faut tenir compte qu'en milieu indigène, et surtout dans la population infantile, ces chiffres n'ont qu'une valeur relative en raison de la fréquence et de la diffusion de l'helminthiase intestinale, facteur important d'éosinophilie sanguine (H. Foley). Aussi a-t-on été conduit à reprocher à la présence de l'éosinophilie « sa banalité ». Ajoutons que les recherches de Carrère ont établi pour les kystes hydatiques orbitaires cette notion générale de la disparition très rapide de l'éosinophilie après extirpation de la tumeur parasitaire. Nous l'avons retrouvée nettement dans notre Observation I, et ce serait là une indication importante, témoignant non pas seulement de l'ablation complète du kyste, mais de la disparition totale de toute trace d'échinococcose dans l'organisme intéressé.

La réaction du complément apparut aux chercheurs comme une méthode plus sûre, plus précise et hautement spécifique. On lui a, il est vrai, reproché d'être infidèle ou trompeuse : infidèle bien que, d'après certaines statistiques, elle ait affirmé sa valeur dans 84 % et même 95 % des cas d'hydatidose, trompeuse parce qu'elle se serait montrée positive dans des affections étrangères à l'échinococcose. Il faut compter toutefois avec les épreuves « douteuses » qui sont le résultat d'un matériel défectueux, d'erreurs de technique, de l'inexpérience du personnel. La réaction de Weinberg a été pratiquée dans toutes nos observations ; nous l'avons trouvée positive 2 fois sur 9.

Des diverses cuti-réactions hydatiques, *l'intradermo-réaction de Casoni* a surtout retenu l'attention, les autres procédés de sensibilisation cutanée ou sous-cutanée n'ayant pas donné de résultats pratiques et encourageants. Ce procédé qui consiste à injecter dans le derme du sujet suspect 0,2 de cc. de liquide hydatique filtré et stérilisé déterminerait, dans l'heure qui suit l'injection et au point d'inoculation, chez les porteurs de K.H., une lésion papulo-ortiée caractéristique. Il présenterait les avantages suivants : sa rapidité, sa simplicité (la réponse, a-t-on dit, se lit sur la peau du patient), sa spécificité, sa constance enfin puisqu'elle se montrerait positive dans 90 % des cas. Enfin, il aurait sur le Weinberg-Parvu la supériorité de se montrer positif même dans les cas de K.H. morts ou suppurés. Nous avons pratiqué la réaction de Casoni quatre fois ; elle s'est montrée 1 fois très nettement affirmative, 1 fois douteuse (nous n'avons pas fait état de ce résultat discutable).

En nous basant sur les résultats publiés jusqu'ici dans la littérature médicale, nous avons essayé de dresser le bilan des investigations biologiques. Cette statistique est forcément incomplète et imparfaite pour cette double raison que les diverses méthodes de laboratoire ont fait dans la science leurs entrées successives, et que, depuis leur avènement, les chercheurs n'ont pas eu systématiquement recours à leurs indications combinées et contrôlées. Aux renseignements que nous avons recueillis, nous avons ajouté les résultats de nos recherches personnelles et voici, « en bloc », les conclusions auxquelles nous sommes arrivés, en ce qui concerne, bien entendu, les seuls cas de K.H. orbitaires confirmés par l'intervention opératoire.

a) L'éosinophilie sanguine découverte par Sabrazès en 1899 et appliquée au diagnostic des K.H. de l'orbite à partir de 1913 (Gabriélidès), s'est montrée positive 13 fois sur 22 cas, soit dans une proportion de 59,9 %.

b) La séro-réaction de Weinberg-Parvu découverte dès 1908 et appliquée aux K.H. orbitaires depuis 1918 (Cange), a été positive 10 fois sur 18, soit dans une proportion de 55,5 %.

c) L'intradermo-réaction de Casoni, découverte en 1912 et appliquée depuis 1926 (Cange), a été positive 4 fois sur 9, soit dans une proportion de 44,4 %.

Abordons enfin le problème du Traitement que nous limiterons aux enseignements tirés de notre pratique personnelle.

On demeure surpris qu'en 1903, dans son rapport à la *Société Française d'Ophtalmologie*, le Professeur F. Lagrange, impressionné par des succès discutables ou des guérisons éphémères, ait pu vanter encore, comme moyen thérapeutique, la ponction suivie d'injection parasiticide et qualifier d' « excellente » une excision partielle de la poche, suivie de lavages antiseptiques et complétée au besoin par le drainage prolongé. De nos jours, l'intervention idéale, la seule recommandable, consiste dans l'extirpation totale et, pour ainsi dire, « en bloc » de la tumeur kystique. Malheureusement elle est loin d'être théoriquement et pratiquement toujours réalisable, ainsi que cela découle de nos connaissances actuelles de la structure histopathologique de la paroi composée d'une couche interne parasitaire et d'une couche adventice réactionnelle. Unique en son genre est, croyons-nous, le cas ancien de Goyrand d'Aix, où, au cours de l'intervention, « l'hydatide tomba sur la joue du malade ». Encore cet événement heureux, mais imprévu, ne se produisit-il qu'à la faveur de l'extirpation préalable du globe oculaire suspect de dégénérescence cancéreuse. L'ablation de la masse tumorale, après dissection et libération de son pourtour, ne se trouve notée que dans les rares observations où le kyste était superficiel et de petit volume. Il ne saurait en être de même pour ceux qui, plus volumineux et plus profonds, enclavés dans l'infundibulum osseux, déplacent et refoulent le bulbe oculaire ; et c'est ce que l'on observe dans la majorité des cas. De sorte que, tout en restant subordonnés aux règles générales du traitement actuel du kyste hydatique, ceux de l'orbite doivent à leur localisation d'exiger une technique opératoire particulière dont nous allons fixer les temps principaux.

Pour réaliser cette « extirpation », à quel procédé opératoire faut-il donc recourir ?

Un principe fondamental est à la base des interventions chirurgicales pratiquées pour tumeurs de l'orbite : il faut les aborder par le chemin le plus court et le trajet le plus direct, dans la région où elles

accusent d'une façon manifeste leur tendance à l'extériorisation. Rappelons à ce sujet que les kystes hydatiques, perceptibles et tangibles, sont deux fois plus fréquents dans l'hémisphère supérieur que sur les parois latérales, et deux fois plus fréquents sur les parois latérales que dans l'hémisphère inférieur. Dans nos 9 observations personnelles nous avons noté : le siège supéro-externe : 4 fois, supéro-interne : 2 fois, externe : 1 fois, inféro-externe : 2 fois. Autrement dit, 7 fois sur 9, le kyste a été accessible par une incision curviligne externe, agrandie et prolongée en haut ou vers le bas suivant les nécessités opératoires.

La systématisation donnée par les auteurs n'a d'ailleurs rien d'absolu. Dans son mouvement d'expansion progressive, le kyste tend à occuper une zone toujours plus grande du « coquetier » orbitaire, car c'est arbitrairement et pour les besoins de leurs descriptions que les anatomistes l'ont comparé les uns à une pyramide triangulaire, les autres à une pyramide quadrangulaire. Une mention spéciale doit être réservée cependant aux kystes du sommet orbitaire, profondément enfouis dans l'entonnoir osseux (1 à 2 %) et pour lesquels, en raison des incertitudes du diagnostic et des difficultés d'accès, la paroi externe, dite chirurgicale, constitue évidemment la voie tout indiquée. C'est en effet pour les kystes des régions supéro-externe et inféro-externe de l'orbite que se posera le problème de la valeur respective des deux procédés qui se disputent la faveur des chirurgiens : l'orbitotomie ou la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite (Krönlein).

L'opération de Krönlein présente un triple avantage. Par la réclinaison d'un volet osseux triangulaire, 1° elle agrandit l'espace disponible, utilisable, résultat qui n'est pas négligeable puisque le globe oculaire est plus rapproché de la paroi externe que des autres parois (Testut, Poirier, Tillaux) ; 2° elle ouvre une voie d'accès conduisant directement dans la loge rétro-bulbaire; 3° enfin, dans les cas douteux, elle permet de faire le diagnostic et de pratiquer l'intervention appropriée aux caractères de la tumeur dont on constate *de visu* la nature, l'étendue et les connexions. D'autre part, on lui a reproché : les risques d'infection osseuse et l'élimination consécutive, totale ou parcellaire, du fragment mobilisé, mais surtout l'énophtalmie secondaire, les paralysies oculaires, le développement de troubles kératiques d'origine trophique par lésions du ganglion ou des nerfs ciliaires. Ces dernières objections, il faut bien en convenir, peuvent également s'appliquer à l'orbitotomie. La seule critique que l'on puisse, à notre avis, adresser à l'opération de Krönlein résulte de ce fait qu'elle allonge et complique l'acte opératoire, que sa technique exige une instrumentation compliquée et un chirurgien expérimenté et enfin qu'elle nécessite l'anesthésie générale. Pour notre part, nous n'hésiterions pas, si le besoin s'en faisait sentir, à compléter une orbitotomie par la résection *définitive* de la paroi externe plus ou moins profondément entamée à la gouge ou au ciseau suivant la pratique recommandée autrefois par De Wecker. L'opinion de cet auteur reposait sur un fait d'observation remontant à quarante années de distance et emprunté à la pratique du premier chirurgien de Francfort Passavant (1). Celui-ci, dans un but diagnostique, avait enlevé une très grande partie de la paroi osseuse externe de l'orbite et la déformation qui en était résultée, contrairement à de légitimes appréhensions, apparut finalement comme « insignifiante ». C'est également notre opinion.

Nous n'avons eu recours qu'une seule fois à l'opération de Krönlein ; elle ne nous a pas procuré d'avantages appréciables ; nous avons, par contre, rencontré dans son exécution les difficultés d'ordre technique que nous venons précisément de signaler. Dans les huit autres cas, nous avons eu recours à l'orbitotomie et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Cette intervention simple, méthodiquement réglée, se trouve décrite dans tous les traités d'ophtalmologie. Elle comprend : 1° l'incision des téguments palpébraux le long du rebord osseux et sur une étendue appropriée, l'effondrement du fascia tarso-orbitaire et enfin la découverte de la tumeur que l'on isole, le plus possible, des tissus voisins, en évitant la rupture de la poche et l'inondation du foyer opératoire par le liquide hydatique ; 2° la ponction et l'évacuation du contenu du kyste et sa stérilisation par l'introduction dans sa cavité, pendant une durée de cinq minutes, d'une quantité équivalente d'une solution de formol à 1 p. 100 (Dévé) ; 3° l'incision de l'adventice soigneusement repérée et dont l'ouverture large permettra l'accouchement « tout d'une pièce » de la membrane hydatique ; 4° enfin, la marsupialisation et le drainage de la cavité à laquelle on fera subir un second formolage.

L'extirpation de l'adventice est, en effet, théoriquement et pratiquement irréalisable. L'ectocyste est, en effet, le résultat non pas seulement de la condensation passive, mécanique, des tissus environnants, mais surtout il représente un phénomène d'ordre vital traduisant la réaction défensive de ceux-ci à l'encontre d'un corps étranger et, qui plus est, d'un corps étranger, irritant, animé, et même phlogogène. Or, tandis qu'il n'existe entre la membrane cuticulaire et l'adventice que de simples rapports de contiguïté, l'adventice, au contraire, se confond insensiblement avec les tissus environnants dont elle n'est pas « décortiquable ». L'épaisseur et la densité de cet ectocyste adhérent ont été du reste diversement appréciées par les auteurs. On l'a vu présenter la dureté du fibrome (Golovine). Le plus souvent, comme dans nos observations personnelles, cette zone périkystique est mince et de structure plutôt délicate. Satanowsky a prétendu que la précocité de l'intervention, imposée par la gravité des manifestations symptomatiques, ne donnait pas à l'hydatide un temps suffisant pour s'entourer d'une coque résistante.

Quant à la marsupialisation, dont nous sommes partisan, elle a pour but de maintenir, pour peu de

(1) C'est cette intervention que nous avons été conduit à pratiquer dans un cas de kyste dermoïde « en bissac » orbito-temporal. Une large excision de la cloison osseuse intermédiaire fut indispensable pour permettre l'extirpation de la poche orbitaire; et « l'esthétique faciale ne fut nullement compromise par la résection définitive de la paroi orbitaire externe » (A. CANGE et R. ARGAUD : Le kyste dermoïde orbito-temporal, *Arch. d'Ophtalm.*, 6 oct. 1923).

temps d'ailleurs, un orifice de sûreté, une « porte de sortie » permettant la décharge des sérosités inflammatoires et réactionnelles exsudées, parfois abondamment, dans les jours qui suivent l'intervention.

Nous voudrions enfin attirer l'attention sur quelques incidents et accidents post-opératoires.

L'œdème de l'orbite, le gonflement palpébral, le chémosis conjonctival et l'exophtalmie secondaire succédant brutalement à la réintégration du bulbe dans sa loge, présentent des caractères inquiétants ; ils peuvent même s'accompagner d'accidents généraux. Gardons-nous d'en incriminer le formol ; car ils relèvent des manifestations anaphylactiques. « Le formolage n'a aucune action nuisible au point de vue local ou au point de vue général (Dujarier). »

Une complication assez inattendue est l'ectropion de la paupière inférieure que nous venons d'observer (Obs. II). La suture de l'adventice à la peau palpébrale s'était accompagnée d'une antébascule de la paupière que les phénomènes inflammatoires transformèrent en ectropion permanent. Il faut être averti de cette complication facile à éviter si l'on veille à ce que les sutures n'entraînent aucune déformation immédiate. Mieux vaut pratiquer une marsupialisation imparfaite que de courir le risque de déformations consécutives nécessitant des retouches ultérieures : libération des adhérences, reconstitution des plans anatomiques, ligatures réductrices, etc.

Une conséquence autrement sérieuse réside dans les paralysies oculo-motrices, du droit externe notamment (nous l'avons notée 3 fois). Leur pathogénie est d'ailleurs complexe. Il n'apparaît pas qu'on doive les imputer à une faute chirurgicale ou aux délabrements opératoires. Il est plus probable — et nous l'avons constaté dans un cas — que le muscle a été le siège initial de la localisation kystique. C'est ce qui résulte d'un contrôle nécropsique (Bailly) et de multiples constatations opératoires (Fieuzal, Axenfeld-Stephan, Pagès, Kubik, Ascunce, Terson, Teulières, Charamis, Chronis). Il est logique d'incriminer encore les troubles mécaniques d'élongation et de compression nerveuses exercées par la tumeur ainsi que les manifestations inflammatoires et les accidents anaphylactiques locaux entraînant les altérations du tissu cellulo-adipeux par sclérose et du tissu musculaire par myosite interstitielle.

P. S. — *Le 31 octobre, j'ai opéré un nouveau cas de kyste hydatique de l'orbite, le dixième par conséquent. Particulièrement intéressant, il fera l'objet, dans ce même journal, d'une seconde publication* (Prof. A. C.).

La tuberculose du lobe azygos, par B. Le Bourdellès, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et J. Jalet, ancien assistant d'électro-radiologie au Val-de-Grâce. — Un volume de 160 pages avec 70 figures (Bibliothèque de Phtisiologie. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

The Nature of Disease Journal (deuxième volume), par J.E.R. McDonagh, F.R.C.S. Grand in-octavo de 197 pages, chez William Heinemann, 99, Great Russel Street, London, W.C.1. Prix du volume franco : 7 shillings 11 pence.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 24 novembre 1933)

Angine à monocytes de forme hémorragique. — M. Gilbert-Dreyfus. Au cours d'une angine à monocytes, apparition d'hémorragies amygdaliennes, puis nasales, puis gingivales et altération de l'état général. Fièvre à 40° ; adénopathies multiples, splénomégalie. L'examen du sang permet de rejeter le diagnostic de leucémie et de porter celui d'angine à monocytes.

Septicémie pseudo-palustre à micrococcus catarrhalis. — MM. Huguenot et Friess. Sujet d'origine coloniale. A la suite d'un abcès pulmonaire, apparition d'une fièvre intermittente du type tierce avec céphalée et arthralgies. Une hémoculture fit apparaître un coccus Gram-négatif qu'on put identifier au micrococcus catarrhalis. Guérison par traitement à la gonacrine.

Anémie subleucémique à monocytes. Etiologie tuberculeuse probable. Atteinte massive du poumon. Absence de bacilles de Koch. — M. P.-G. Lévy. Fillette de 13 ans. Quelques mois après la puberté, symptômes de lassitude, léger mouvement fébrile. Quinze jours plus tard, éréthisme cardiaque et rythme de rétrécissement mitral. Insuccès du traitement salicylé. On pense à une septicémie à point de départ endocardiaque. Apparition rapide d'une anémie grave et d'une localisation pulmonaire fixe. A l'auscultation, infiltration du poumon droit. Examen radiologique : opacité ganglio-pulmonaire de la région moyenne, et atteinte massive et pommelée des 2/3 supérieures. Mort au bout de trois mois. Le bacille de Koch n'a jamais pu être isolé ni des crachats, ni du sang, ni des urines. Ce fait est une contribution à l'étude des états leucémiques à monocytes.

Dermite bullo-ulcéreuse et polynévrite par intoxication barbiturique. — M. Lœderich et Mme B. Pichon. Intoxication par le véronal avec accidents cutanés et nerveux. Après trois jours de coma, érythème scarlatiniforme sans desquamation, puis apparition de bulles à contenu séro-sanguinolent sur la région sacrée et sur les membres inférieurs. Quatorze jours après l'intoxication, signes de polynévrite sensitivo-motrice, sur le sciatique poplité externe avec troubles sensitifs et paralysie du jambier antérieur, et des péroniers. Cette névrite semblable aux névrites oxi-carbonées, évolue depuis 6 mois. Essai de pyrétothérapie avec le Dmelcos, sans résultat.

Traitement des intoxications par les barbituriques. — MM. Pagniez, Plichet et Salles ont essayé de combattre l'intoxication par un drainage spinal partiel, en retirant une quantité de liquide céphalo-rachidien et en facilitant son renouvellement par injection intra-veineuse d'eau distillée. Essais généralement infructueux n'ayant établi que l'innocuité de la méthode.

Cardio-néphrites. — MM. May, Netter et Robert. Trois observations d'insuffisance cardiaque fébrile avec néphrite azotémique sans hypertension et s'accompagnant d'un frottement péricardique avant que l'azotémie ne fût élevée. A l'autopsie d'un cas : endocardite végétante. Ces formes pourraient être classées sous le nom de cardio-néphrite.

Néphrose lipoïdique améliorée par une rougeole intercurrente, et terminée par une azotémie mortelle. — MM. R. Debré, Messimy et Gilbrin. C'est le complément de l'ob-

servation de Weill-Hallé et Gilbrin concernant une petite fille de 21 mois atteinte de néphrose lipoïdique chez laquelle une rougeole avait produit une réaction favorable. Quelques mois plus tard apparurent des symptômes cliniques et humoraux de néphrose et de néphrite qui précédèrent la mort avec azotémie.

Infections et vitamine A chez l'homme. — MM. R. Debré et Busson étudient l'action « anti-infectieuse générale » de la vitamine A.

Si l'action anti-infectieuse du facteur A n'est pas à retenir, le rôle de cette vitamine paraît indispensable dans la formation et la vie des tissus, plus spécialement dans celle des épithéliums. C'est au nourrisson et au jeune enfant qu'il faut assurer un large apport vitaminique journalier, puisque, à cet âge, les réserves en facteur A sont faibles et instables.

Image arrondie intra-thoracique et tuberculose. — MM. Lelong et Cordey. Enfant de 6 ans présentant au milieu de l'hémithorax gauche une ombre arrondie correspondant à un foyer pulmonaire, dont la nature tuberculeuse est démontrée par sa coïncidence avec une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Le foyer pulmonaire évolua vers la calcification.

Un cas de leishmaniose infantile observé en Corse. — MM. Pieri et Lence (Marseille). L'apparition de la maladie en Corse semble récente.

Chorée congénitale. — MM. Urechia et Dragomir (Cluj). Homme de 18 ans, atteint de chorée congénitale, avec débilité mentale. Dans les antécédents familiaux, tuberculose et néphrite chez la mère.

Fièvre exanthématique méditerranéenne. — M. Esbach (de Bourges). Observation de cette affection observée à Bourges et contractée à Avignon, d'où arrivait le malade.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 16 novembre 1933)

Catatonie avec délire onirique au décours d'une typhoïde. Rôle respectif des toxines typhiques et coli-bacillaires. — MM. H. Baruk, G. Poumeau-Delille et Sicard rapportent l'observation d'une malade qui, au décours d'une fièvre typhoïde (séro-diagnostic positif), au moment du début de la chute thermique, a présenté brusquement un accès catatonique très caractéristique et intense, avec raideur brusque et négativisme, puis stéréotypies et crises de gestes, et enfin catalepsie et conservation des attitudes. L'accès a guéri en quelques jours. Ultérieurement, la malade a pu donner des détails sur les phénomènes psychologiques qui ont accompagné l'accès, et qui consistaient en un état onirique.

Un examen bactériologique de la bile de cette malade a été fait, et a révélé une culture pure de colibacilles. Les auteurs discutent le rôle respectif des toxines typhiques et colibacillaires et des associations de ces deux toxi-infections.

M. Hillemand relate à ce propos une observation de fièvre typhoïde d'origine ostréaire, dans laquelle les phénomènes initiaux avaient été un trouble psychique, de type dépressif, avec abolition des réflexes, hypotonie et incontinence des matières et des urines. Le colibacille avait été trouvé dans le sang et dans les urines.

Syringobulbie à progression très lente et sans signes de syringomyélie. — MM. Faure-Beaulieu, R. Wahl et M. Brunel présentent une malade de cinquante-huit ans qui a été prise brusquement, à l'âge de quatorze ans, de gros troubles de la déglutition ; puis ont été atteintes, par poussées successives, les diverses fonctions assurées par les noyaux de l'hémibulbe droit.

Actuellement, elle présente une hémiatrophie linguale, une hémiplégie vélo-palatine, pharyngée et laryngée, du hoquet et des vomissements, des troubles gustatifs, des douleurs trigéminales tenaces, et enfin un syndrome vestibulaire accentué.

Les auteurs justifient leur diagnostic de syringobulbie. Ils attirent l'attention sur la durée extraordinairement longue de l'évolution morbide, car, après quarante-quatre ans de maladie, cette femme n'est pas une grande infirme : ce qui montre la tolérance du bulbe à l'égard de lésions destructives et progressives importantes. Il faut noter également l'absence de signes de syringomyélie concomitante ; tout au plus existe-t-il un léger degré de maladresse et de parésie de la main droite, sans troubles des réflexes, et surtout sans amyotrophie ni thermo-analgésie.

M. Chavany, M. Baudouin ont vu des cas de paralysie du glosso-pharyngien, réalisés par section opératoire du nerf, dans lesquels la paralysie classique du constricteur pharyngien et le signe du rideau faisaient défaut.

Paralysie faciale périphérique et sclérose en plaques. — M. Henri Schaeffer présente une jeune femme de trente-huit ans, atteinte d'une paralysie faciale périphérique gauche qui a tous les caractères de la paralysie *a frigore*, avec le début brusque et l'apparition ultérieure de secousses musculaires et de syncinésies. Mais cette malade présente en outre une sclérose en plaques fruste. Elle a eu en 1927 et en 1928 des poussées évolutives constituées par de la céphalée, des vertiges et des troubles de l'équilibre, puis une névrite rétrobulbaire. Actuellement, la malade a un petit syndrome cérébello-pyramidal droit, des troubles des sphincters discrets, de l'abolition des réflexes abdominaux et un nystagmus très net.

Il semble impossible de ne pas établir un rapport entre la sclérose en plaques et la paralysie faciale, d'autant plus que cette dernière a été précédée de vives céphalées, comme toutes les poussées évolutives de l'affection.

Polyradiculite sensitive récidivante provoquée par des injections de sels d'or. — MM. J.-A. Chavany et E. Bourdillon rapportent un cas de polyradiculite sensitive, localisée dans le domaine des paires sacrées, et survenue à deux reprises différentes, au cours d'un traitement par les sels d'or, chez un tuberculeux pulmonaire de quarante ans.

Les épisodes douloureux se déroulèrent chaque fois de la même façon : début progressif en pleine cure, apparition d'une période d'état où les douleurs se stabilisent à leur maximum, disparition progressive sans séquelles, durée totale des accidents aigus de quarante-cinq à cinquante jours.

Il semble qu'on doive admettre l'origine toxique de ces polynévrites, tout en faisant une place au rôle du terrain.

Le sujet reçut, au cours du premier traitement, 3 gr. 50 de crisalbine intraveineuse, et, au cours du second traitement, 1 gr. 50 de solganal B huileux. Les deux produits, avec voie d'introduction et véhicule différents, se sont montrés d'une toxicité analogue.

M. Alajouanine signale deux cas de polynévrite aurique qu'il a observés et qui étaient de forme presque uniquement douloureuse.

Un cas d'embolie gazeuse cérébrale à répétition avec hémiplégie récidivante. — MM. J. Lhermitte et F. Aman-Jean. Chez un adulte atteint de tumeur maligne de la région latérale gauche du cou, une intervention pour biopsie détermina l'entrée de l'air dans la veine jugulaire externe ;

immédiatement le malade pâlit, et l'auscultation du cœur fit entendre un bruit de moulin. Quelques instants plus tard, on constata une hémiplégie gauche complète, qui s'atténua et disparut au bout de quelques jours.

Huit jours plus tard le même incident se reproduisit à l'occasion du pansement. Mais, cette fois, l'hémiplégie gauche se compliqua de coma passager, et elle s'accompagna de tous les signes de la série organique, ainsi que de déviation conjuguée.

Les faits de cet ordre sont très exceptionnels ; ils obligent à admettre le passage des bulles gazeuses à travers le réseau capillaire des poumons et l'existence d'un trouble circulatoire cérébral localisé et passager. La limitation de la perturbation circulatoire cérébrale paraît liée à une modification organique préexistante du réseau vasculaire.

MM. DUFOUR et ALAJOUANINE discutent le mécanisme des accidents encéphalopathiques attribués à des embolies paradoxales.

Ependymome médullaire opéré. Guérison. Considérations anatomo-cliniques. — MM. G. GUILLAIN, PETIT-DUTAILLIS et L. MICHAUX présentent un malade chez lequel a été extirpée une tumeur intramédullaire, volumineuse, d'une longueur de 7 centimètres, qui ne s'est traduite que par une symptomatologie clinique peu accentuée. Les troubles paralytiques ont été presque nuls ; les troubles des réflexes tendineux étaient localisés uniquement dans le segment lombaire. Il n'existait qu'une légère hyperesthésie dans le domaine de L^1 et L^2 à droite, il n'y avait aucun trouble de la sensibilité thermique. Les difficultés de la miction, l'impuissance étaient les signes de premier plan. Le diagnostic de tumeur intramédullaire ne fut posé avec certitude que par l'examen du liquide céphalo-rachidien et par l'épreuve du lipiodol. Au lieu de la dissociation albumino-cytologique, habituelle dans les tumeurs extramédullaires, une légère hypercytose coexistant avec l'hyperalbuminose paraît se rencontrer plus spécialement dans les tumeurs intramédullaires.

On notait chez le malade des signes d'une neurofibromatose cutanée fruste. Les rapports entre la maladie de Recklinghausen cutanée et le gliome épendymaire paraissent ici vraisemblables.

L'intervention chirurgicale amena une guérison très rapide. Les troubles vésicaux disparurent cinq heures après l'ablation de la tumeur, les douleurs au bout de trois semaines. Actuellement, vingt mois après l'opération, le malade a repris sa vie normale ; seules persistent une diminution de la capacité sexuelle, l'abolition des réflexes crémastériens et cutanés abdominaux inférieurs, une légère diminution de force du psoas et du quadriceps droits.

La radiothérapie doit être conseillée après l'ablation chirurgicale des tumeurs gliomateuses intramédullaires.

Arachnoïdite kystique de la grande citerne, avec blocage de la tête en hyperflexion. Intervention. Guérison. — MM. P. SCHMITE et M. DAVID présentent un malade, chez lequel l'attitude de la tête en hyperflexion permanente, jointe à l'existence de signes cérébelleux bilatéraux et de stase papillaire, faisait penser à une tumeur de la ligne médiane. Cependant, en raison du début par des phénomènes infectieux, de la présence de phénomènes méningés, de l'évolution par crises, l'hypothèse d'une arachnoïdite de la fosse postérieure pouvait être soulevée.

L'intervention pratiquée dans le service de M. C. Vincent par MM. David, Berdet et Ramirez, montra la présence d'un volumineux kyste arachnoïdien de la grande citerne, comprimant le cervelet et le bulbe, et oblitérant le 4e ventricule et les trous de Magendie. Le kyste fut enlevé. La guérison est actuellement complète.

Les auteurs insistent sur la rareté du blocage de la tête en hyperflexion au cours des arachnoïdites de la grande citerne. Ils signalent la gravité que peut présenter la ponction lombaire en pareil cas. Ils rappellent enfin la possibilité de travailler sans danger à la pince électrocoagulante au voisinage du plancher du 4e ventricule.

Le « phénomène d'obstacle ». Sa sémiologie et son mécanisme. — M. DONAGGIO (de Modène) reprend la description du « phénomène d'obstacle » qu'il a décrit dans l'urine et dans le liquide céphalo-rachidien. Le phénomène accompagne la fièvre, les ictus cérébraux d'origine vasculaire; il peut être déterminé par la fatigue, mais il disparaît par l'entraînement. Il fait défaut dans la paralysie générale, dans l'encéphalite épidémique, dans la démence précoce. Il paraît être d'origine colloïdale, et serait peut-être lié à des variations de tension superficielle.

La névralgie faciale ; importance du stimulus ; dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux (déductions thérapeutiques). — MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL insistent sur l'importance du stimulus, qu'ils considèrent comme le meilleur élément de diagnostic de la névralgie faciale, et sur la signification de la zone d'excitation, sur laquelle doit être centrée l'action thérapeutique. Ils présentent quatre malades :

Les deux premiers ont des douleurs qui, parties de la zone d'excitation, irradient dans les territoires voisins ; l'alcoolisation du nerf de la zone d'excitation suffit à faire disparaître toutes les douleurs.

Les deux autres offrent une dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux ; l'alcoolisation de la zone d'excitation fait disparaître le retentissement douloureux à distance, alors que l'anesthésie du territoire douloureux n'avait donné aucun résultat.

La pathogénie de la névralgie faciale. — MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL apportent plusieurs arguments en faveur d'une conception pathogénique personnelle de la névralgie faciale. Ces arguments sont tirés de la dissociation de la zone d'excitation et du retentissement douloureux ; du parcours des irradiations douloureuses qui ne correspondent pas au trajet des troncs nerveux ; de la variabilité d'action des causes provocatrices d'un moment à l'autre.

Les auteurs considèrent la névralgie faciale comme une réaction douloureuse, provoquée, à la manière d'un réflexe, par un stimulus portant sur un point déterminé, la zone d'excitation. Cette réaction ne peut se produire qu'au niveau du noyau sensitif du trijumeau, et tout se passe comme si celui-ci était le siège d'une hyperexcitabilité douloureuse qui relève sans doute d'altérations uniquement irritatives : ne voit-on pas la sclérose en plaques ou la syringomyélie être parfois à l'origine d'une névralgie faciale typique, susceptible de guérir par l'alcoolisation ou par la neurotomie rétrogassérienne.

Tubercule pariéto-occipital opéré. Guérison depuis trois ans. — MM. Cl. VINCENT, HEUYER et Mlle Claire VOGT rappellent l'histoire d'un enfant présenté antérieurement à la Société de neurologie pour des crises épileptiques avec signes radiologiques d'hypertension cranienne et de tumeur cérébrale, dont l'aspect avait fait alors porter le diagnostic d'angiome calcifié. L'intervention chirurgicale, pratiquée par M. Cl. Vincent, a permis de constater l'existence d'un tubercule cérébral calcifié, qui évoluait, d'après les symptômes, depuis sept ans. L'ablation de ce tubercule a été suivie d'une diminution nette des crises épileptiques ; l'état général est resté excellent, après une observation qui a duré trois ans, au contraire de ce qu'il est classique de dire au sujet des tubercules opérés, l'intervention étant généralement suivie à bref délai de méningite tuberculeuse.

Sur le résultat du traitement chirurgical des tubercules du cerveau. — MM. Cl. Vincent, M. David et P. Puech opposent le pronostic chirurgical des tubercules de la fosse postérieure, qui se compliquent habituellement de méningite (une seule survie prolongée sur 8 cas opérés) et celui des tubercules de la fosse antérieure, qui est moins grave (3 cas de survie). Les tubercules profonds sont également moins graves que les tubercules superficiels, voisins des méninges.

L'hémolyso-réaction (intradermo-réaction permettant de différencier la sclérose en plaques et certains processus infectieux du névraxe des tumeurs cérébrales ou médullaires. — MM. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios, ayant injecté, dans le derme de malades atteints de sclérose en plaques et de certains processus infectieux évolutifs du névraxe, un demi-centimètre cube d'une solution au cinquième de sérum hémolytique de lapin, ont provoqué, de la cinquième à la septième heure, une réaction inflammatoire très nettement appréciable durant plusieurs heures, voire même plusieurs jours. La même quantité de sérum, injectée dans le derme de malades atteints de tumeur cérébrale ou médullaire, ne donne aucune réaction. Cette hémolyso-réaction peut être utile à employer, lorsqu'il s'agit de différencier un processus infectieux d'un processus néoplasique ou compressif. Elle permet, lorsqu'elle est positive, d'ajouter une présomption en faveur d'un processus infectieux.

Les formes ménopausiques de la sclérose en plaques. — MM. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios dissocient du groupe très vaste des scléroses en plaques, une forme qui serait liée à des perturbations des fonctions ovariennes.

Elle apparaît à la ménopause et se caractérise par son début progressif, insidieux, par l'absence de poussées éruptives, par l'évolution beaucoup plus lente, par la localisation plus spéciale des troubles sur les membres inférieurs, réalisant un syndrome de paraplégie spasmodique. Le pronostic de cette forme est relativement meilleur que celui des scléroses du jeune âge.

Cette forme permet de supposer, à l'origine de certaines scléroses en plaques, un facteur endocrinien, et d'entrevoir, dans leur mécanisme étiologique, une origine toxi-endocrinienne, peu admise aujourd'hui.

Syndrome paralytique unilatéral des nerfs craniens par tumeur de la base du crâne. Diagnostic différenciel avec une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. — M. Paul Schmite présente une malade suivie depuis trois ans à la clinique des maladies nerveuses de M. le professeur Guillain, et pour laquelle le diagnostic peut être discuté entre une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, un fibro-sarcome, voire même un cholestéatome.

La malade présente une atteinte de plusieurs paires craniennes (V. VII, VIII, IX, XI, XII), sans aucun trouble pyramidal ou sensitif et avec conservation de l'état général. La radiographie montre de très importantes lésions du rocher droit.

Le principal intérêt de cette observation réside surtout dans la fixité absolue des signes, qui se maintiennent depuis plusieurs années.

Gliome kystique de la protubérance chez un achondroplase. Clonies rythmées du membre supérieur. Zona. Hyperthermie terminale. — M. André Thomas présente les pièces anatomiques de ce cas complexe. On ne trouve pas de foyer inflammatoire dans le ganglion de Gasser, dans les nerfs ciliaires, ni dans le tronc du trijumeau.

Dégénérescence olivaire pure dans un cas de clonie du voile du palais. — MM. Guillain, Mollaret et J. Bertrand présentent les coupes très démonstratives de ce cas, qui montrent l'hypertrophie et la dégénérescence isolées des olives bulbaires. Ce cas paraît pleinement démonstratif en faveur de la localisation olivaire des clonies rythmées du voile. Il est l'occasion d'une discussion, à laquelle prennent part MM. Lhermitte et André Thomas, sur l'anatomie pathologique de ces clonies.

SOCIETE FRANÇAISE DE SEROLOGIE ET DE SYPHILIS EXPERIMENTALE

(séance annuelle du 14 décembre 1933)

La séance annuelle de rentrée de la Société Française de Sérologie et de Syphilis expérimentale a été consacrée à l'exposé, fait par son président, M. le prof. Levaditi, d'une intéressante conférence-rapport sur *L'étude expérimentale du mécanisme pathogénique de la neuro-syphilis.*

M. Levaditi montre comment, au cours de ces dernières années, de nombreuses données expérimentales et histo-pathologiques sont venues élucider, sinon entièrement, du moins en grande partie, le problème, hier encore si obscur, du tabès et de la paralysie générale. Ces données établissent le rôle de plus en plus probable du neurotropisme acquis ou inné du virus spécifique et des modifications anallergiques du système nerveux central. Le virus syphilitique n'envahit le névraxe qu'après avoir accompli dans d'autres tissus certaines phases de son cycle évolutif ; une fois logé dans le parenchyme nerveux, il y persiste sous une forme inaccessible à nos moyens d'investigation jusqu'au moment où la réactivité du névraxe subit des modifications anallergiques qui lui permettent de pulluler *in situ :* au stade infra-visible succèdent alors d'autres formes de transition, destinées à engendrer les formes spirochétiennes qui contaminent les circonvolutions et déterminent les lésions parenchymateuses, vasculaires et méningées caractéristiques de la paralysie générale. Il est probable que son développement dans le névraxe fait subir au virus spécifique des modifications biologiques qui lui font perdre partiellement ou totalement sa virulence dermotrope (d'où les résultats négatifs de l'inoculation au lapin ou au singe de fragments d'encéphale de paralytiques généraux) ; il semble que certaines souches de virus sont particulièrement aptes à se localiser dans le névraxe, conformément à la conception du neurotropisme formulée en 1914 par Levaditi et Marie.

M. le prof. Dujardin (de Bruxelles) expose ensuite en quelques mots comment la clinique, à la lumière de l'expérimentation, et en particulier des constatations du prof. Gratia sur les différences de réaction individuelle des lapins vis-à-vis d'une même substance anaphylactisante, a pu l'amener à sa conception du rôle de l'anallergie dans le mécanisme pathogénique des parasyphilis nerveuses. Suivant que sa capacité de sensibilisation, mesurée par l'injection intra-dermique de protéine (sérum de cheval par exemple), est plus ou moins forte, l'homme aura des aptitudes pathologiques différentes. Au cours de la syphilis, une capacité allergique forte sera à l'origine d'une immunité utile à la préservation des centres nerveux ; cette immunité, développée par les réactions cutanées et muqueuses du primo-secondarisme, sera encore exaltée par les réactions allergiques du tertiarisme. Mais une capacité allergique faible permettra la fixation et la pullulation du virus dans les centres nerveux ; cet état anallergique pourra d'ailleurs disparaître, soit spontanément et tardivement, soit par l'action allergisante de certaines thérapeutiques, dont la plus énergique est la malariathérapie ; celle-ci est susceptible de faire apparaître à sa suite une allergie qui se manifestera par-

fois même sous les espèces d'un authentique tertiarisme clinique.

La prochaine séance de la Société Française de Sérologie et de Syphilis expérimentale aura lieu le 8 février 1934.

LIVRES NOUVEAUX

Enfance et hérédité (1), par A. LESAGE, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Un bien petit livre sur un sujet très vaste, mais que seule une longue et riche expérience médicale permettait d'écrire et de faire aussi bref. Le praticien y trouvera logiquement reliées des notions partout éparses, mêlées sans doute de quelques-unes des remarques que lui-même a pu faire, sur l'hérédité et le terrain.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. — Paris, Masson et Cie.

Le champ est, à la vérité, immense, et l'auteur se défend d'avoir voulu traiter un tel sujet dans son entier. On n'en trouvera pas moins dans les cinq premiers chapitres, une étude générale de l'hérédité résumée mais logiquement ordonnée. Dans la pathologie du nourrisson, tout n'est pas acquis, cet organisme n'est pas aussi réellement « neuf » que son âge le ferait croire ; il faut seulement dépister ce qu'en réalité il est et plus tard continuera d'être. Il est des hérédités bien visibles dès la naissance ; le plus souvent, il faut pour les dépister une observation avisée et l'auteur montre comment interpréter la chute du poids après la naissance, l'aspect et l'évolution anatomique des os du crâne, l'évolution staturale et pondérale, qui peuvent dévoiler l'hérédité latente.

On peut enfin classer ces hérédités confuses et souvent emmêlées en hérédités locales (d'organe ou de tissu) et générales (infectieuse, toxique, permanente ou « explosive » dans leurs manifestations), hérédité arthritique.

C'est à cette dernière surtout qu'après quelques esquisses substantielles d'autres variétés, l'auteur consacre la majeure partie de son attachante étude. Arthritisme trop dédaigné, après avoir été trop prôné, mais pratiquement si important quelle que soit la conception qu'on s'en fait que,

LABORATOIRES PROBIOS
Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage
J. LESQUENDIEU PHARMACIEN
PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES
Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène
En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations
PROBIOS ANTIPYOGÈNE
Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations
Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.
POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.
Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulevard Ornano, PARIS

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boulevard Pasteur — PARIS —

OLÉTHYLE-BENZYLE

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES**

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction

Pas de contre-indications

De **1** à **2** ampoules par jour ou tous les **2** jours. Séries de **15** à **20** injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

dit Mouriquand : « on sort de l'hôpital en le niant, mais on le retrouve dès les premiers pas de sa pratique personnelle et l'on finit par composer avec lui. » Qu'on accepte ou non la conception pathogénique de l'auteur, on lira avec un intérêt jamais défaillant et un bénéfice assuré sa description de la débilité arthritique de la naissance à l'âge adulte à travers les transformations organiques et les modifications de l'alimentation et du genre de vie, étude médicale, étude psychologique aussi qui permet au médecin d'être comme il le doit, le conseiller éclairé des éducateurs. Etude diagnostique d'avec d'autres hérédités. Etude diététique et thérapeutique aussi qui permet de prévoir et de réparer.

Une série de notions pratiques où l'auteur fait part au praticien du trésor d'expérience amassé durant une vie entière et qui permet de saisir combien la médecine vraie peut différer des schémas nécessaires pourtant de la pathologie.

L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES ENCÉPHALITES AIGUES [1]

Evolution. — a) *La guérison complète est rare ;* en particulier dans certaines formes bénignes d'encéphalite de l'enfance, persistent vraisemblablement de petits foyers de sclérose névroglique qui peuvent être la raison déterminante d'accidents divers, et en particulier de *mal comitial à l'âge adulte.*

b) Guérison incomplète : avec persistance d'accidents parétiques.

c) Rechutes successives : *leuco-encéphalite à foyers successifs de Claude et Lhermitte.*

d) Passage à la chronicité et *troubles déterminant les encéphalopathies graves de l'enfance.*

Des travaux récents ont mis au point la symptomatologie de certaines de ces encéphalites.

Encéphalite aiguë dans la *pneumonie infantile* (Mouriquand, 1933).

Encéphalite aiguë au cours de la *coqueluche* (Yung, 1932) ; cette encéphalite, connue depuis peu, serait importante, parce qu'elle s'applique sans doute à la majorité des cas attribués autrefois à l'hémorragie méningée.

La méningo-encéphalite grippale serait souvent mortelle et due au bacille de Pfeiffer (Bruneau, 1932).

Pour Philibert (1932), il existerait une *encéphalite ourlienne.*

L'encéphalo-myélite post-morbilleuse serait due à une toxémie morbilleuse massive (Van Bogaert, 1932).

Les encéphalites de la *scarlatine* sont subaiguës et tardives, bénignes.

Parmi les rares *encéphalites varicelleuses*, il existerait des formes choréo-athétosiques.

C) Si dans la majorité des cas, l'E. A. E. mésocéphalique s'oppose aux autres E. A. toxi-infectieuses plus diffuses et corticales, on doit bien savoir qu'il ne s'agit là que d'un schéma.

L.E. E. a de *multiples formes cliniques :* méningée, paralytique, convulsive, cérébelleuse, psychique, périphérique...

L'E. A. peut être à forme apoplectique, méningitique, typhoïdique, hémorragique, confusionnelle, ataxique...

Et l'on se basera POUR FAIRE LE DIAGNOSTIC D'ENCEPHALITE AIGUE :

a) *Sur les constatations cliniques ; troubles cérébraux, absence de signes d'hypertension intracranienne, absence de signes méningés.*

b) *Sur le liquide céphalo-rachidien : subnormal,* ou avec lymphocytose et hyperglycorrachie.

c) *Sur l'allure évolutive : allure par poussées, allure régressive.*

Diagnostic. — A) *En cas d'E. A. typique,* on pourra facilement éliminer : l'hémorragie cérébrale, l'hémorragie méningée, le ramollissement.

Deux diagnostics sont plus délicats :

1° *Méningite tuberculeuse.* — Elle peut réaliser tous les signes de l'E. A. La ponction lombaire est capitale : hypertension, lymphocytose et albuminose, précipitation du benjoin dans les derniers tubes avec courbe en plateau, BW négatif.

Le seul signe de certitude est la mise en évidence du bacille de Koch ; soit directement, après centrifugation, dans le culot, dans le réticulum ; soit indirectement : *on ensemence le culot sur milieux de Loewenstein et le raclage des tubes vers le 8e jour permet de mettre en évidence des microcultures* (Saenz et Costil, 1933.)

2° *Méningite syphilitique.* — Les signes cliniques peuvent être semblables à ceux de l'E. A., mais le liquide céphalo-rachidien montre : hypertension, lymphocytose, albuminose, précipitation du benjoin dans les premiers tubes en plateau. Le BW est positif le plus souvent ; parfois subpositif, *quelquefois négatif, surtout en cas d'hérédo-syphilis.*

Toujours, on doit se méfier d'une méningite hérédo-syphilitique, en cas de doute, faire l'épreuve du traitement.

Mais l'E. A. EST SURTOUT A DIFFÉRENCIER AVEC 2 AFFECTIONS : *tumeur cérébrale, abcès du cerveau.*

Les signes de localisation sont variables et inconstants ; les signes d'hypertension intracranienne sont souvent tardifs.

Avant tout, se baser sur l'évolution :

Dans l'E. A. : évolution par poussées, mais *évolution régressive ;*

Dans la T. C. : évolution par étapes, *progressive ;*

Dans l'A. C. : évolution par poussées, avec *augmentation* des troubles.

Dans certains cas douteux, on sera autorisé à faire faire une *encéphalographie gazeuse* ou *ventriculographie (voie cérébrale, voie lombaire)* ; le fait de trouver des ventricules normaux, à perméabilité normale, est en faveur de l'encéphalite. Par *l'artériographie à l'iodure de sodium, ou plutôt aux sels de thorium (technique de Moniz),* on peut avoir d'utiles renseignements.

B) *En cas d'E. A. atypique,* le diagnostic est très difficile ; on a pu dire qu'il n'existait aucun critérium clinique d'encéphalite et que les limites de l'encéphalite étaient mal tracées.

Une fois le diagnostic posé, on s'attachera aux indications thérapeutiques : traitement étiologique chaque fois que l'on pourra.

Traitement symptomatique (abcès de fixation, uroformine, salicylate, *trypan bleu*).

Toujours réserver le pronostic.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 1, p. 14.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

A base de Trypaflavine

Pastilles de PANFLAVINE

TRAITEMENT et PROPHYLAXIE des

ANGINES rouges pultacées diphtériques

STOMATITES

MUGUET

Innocuité absolue — Pas de contre-indications

EN BOITES DE 30 PASTILLES

Renseignements et demandes d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

BAYER

« DÉPOT GÉNÉRAL: »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 13 JANVIER 1934. — N° 4.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les entorses du genou, par M. Paul Padovani.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de pédiatrie. — Société des chirurgiens de Paris.
CHRONIQUE
Leçon inaugurale du professeur Maurice Chevassu, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le crépuscule des professions libérales, par M. A. Herpin.
ACTUALITÉS
La protection de Paris contre les gaz, par F. L. S.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 9 janvier 1934. — Questions données : « Signes cliniques et humoraux de la fièvre typhoïde à la période d'état — Signes et diagnostic des fractures du rocher. »

MM. Flori, 17 ; Mlle Cottin, 21 ; M. Gaunie, 24 ; Mlles Lorsignol, 25 ; Lipchschutz, 13 ; MM. Gautier, 30 ; Maschas, 14 ; Logeais, 21 ; Gaquière, 19.

Séance du 10 janvier. — Signes et diagnostic du chancre mou. — Signes et complications de la fracture de Dupuytren. »

MM. Dreyfus, 21 ; Lafon, 19 ; Denès, 13 ; Hofmann, 16 ; Duflo, 17 ; Pêcher, 29 ; Rougé et Osenat, 18 ; Lortat-Jacob, 29.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — M. le professeur E. Sorrel a donné sa démission de la chaire de clinique chirurgicale qu'il occupait à Strasbourg, et a repris son service de l'hôpital Trousseau, à Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Massip (d'Amiens).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Rappel de médaille d'or.* — M. Raybaud (de Marseille).

Médaille de vermeil. — MM. Taylor (de Montpellier) et Baltazard (de Casablanca).

Médaille d'argent. — MM. Foucard (de Marseille), Coulon (d'Ajaccio), Feldstein (de Paris), Canterac (de Port Lyautey), Ollivier (de Goulmina).

Médaille de bronze. — MM. Panné (de Dijon), Arnoux (de Baccarat), Dancourt et Lemaire (de Lille), Loyer (de Creil), Mlle Dubuisson, MM. Cauvy, Paul Camus (de Paris), Jomain (de Parthenay) et Giovanetti (de Toulon).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Briau, secrétaire du Conseil supérieur d'hygiène, est nommé membre de la Commission supérieure d'examen des questions concernant la salubrité des coquillages, en remplacement du docteur Henry Thierry, membre du Conseil supérieur d'hygiène, décédé.

CONFÉRENCE. — M. le docteur Molinéry (de Luchon) fera une conférence sur l'histoire des stations thermales à la Société de géographie de Dunkerque le dimanche 28 janvier prochain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Pierre Derocque, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), chirurgien des hôpitaux de Rouen, décédé accidentellement. Il était le père de notre collègue André-Charles Derocque (de Rouen), à qui nous adressons l'expression de notre sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Henry Darin ; François Baudy, médecin lieutenant-colonel en retraite, à Nancy ; le professeur Albert Hogge (de Liége) ; Henri Dervaux, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Omer, décédé à l'âge de 58 ans ; Depoully (de Paris) ; Maurice-Maximilien Leprince, ancien président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR MAURICE CHEVASSU

Mardi, M. le professeur Maurice Chevassu a pris possession de la chaire de pathologie chirurgicale. Dans la très nombreuse assistance, on remarquait :

MM. le recteur Charléty, le doyen Roussy, la délégation des professeurs de la Faculté de médecine, en robe : MM. Achard, Duval, Guillain, Loeper, Rathery, Gougerot, Cunéo, Grégoire, Fiessinger, Marion, Proust, la délégation des agrégés : MM. Alglave, Mocquot, Pasteur Vallery-Radot, les professeurs Pierre Delbet, Legueu, Jean-Louis Faure, Gosset, Bar, Labbé, Sergent, Nobécourt, Lemaître, Clerc, Bernard, Lereboullet, Lemierre, Léon Binet, Villaret, M. Paul Bourget, de l'Académie française ; le professeur Vincent, du Collège de France ; le médecin général inspecteur Rouvillois ; le professeur Patel (de Lyon) ; le professeur Reynaldo dos Santos (de Lisbonne), le professeur Alberto Baraldi, de Rosario (République Argentine), le docteur Georges Labey, président de la Société de chirurgie, les docteurs Pierre Fredet, Laederich, Hautant, Marcel Pinard, Magitot, Maingot, Le Lorier, Guéniot, Basset, Brocq, Charles Richet fils, Bariéty, Brulé, Troisier, Duvoir, Etienne Bernard, Metzger, Michon, Béclère, Braine, Chevrier, Charles Fiessinger, Durand-Fardel, Pasteau, Dartigues. Le personnel du Pavillon Albarran et une délégation des infirmières en uniforme. Une délégation des infirmières de guerre.

La famille de M. le professeur Maurice Chevassu était représentée par sa mère Mme Chevassu, par Mmes Maurice Chevassu, Marcel Lermoyez, Jacques Lermoyez et par M. Jean Labbé.

En débutant, M. Chevassu rappelle d'abord avec émotion la mémoire de son père, médecin inspecteur de l'armée, à qui il doit sa première formation « pour le travail et pour le bien » et dont les conseils peuvent se résumer en deux mots : « *Tout droit.* »

Il remercie ensuite M. le Recteur, M. le Doyen, tous ses collègues qui l'ont élu et parmi eux ceux qui furent ses premiers maîtres : Pierre Duval et Georges Guillain. Sa gratitude s'adresse encore à ses autres maîtres : MM. Achard, Desgrez et Gosset.

Les souvenirs du nouveau professeur se reportent tout naturellement vers son enfance, dans ce beau Jura qui donna le jour à Bichat et à Pasteur, puis dans les villes de garnison où il suit son père ; en Corse, à Dijon, à Paris, à Blidah, à Versailles. C'est la période où son père, éducateur incomparable, lui donne sa haute formation morale et lui apprend la grandeur de notre profession. Ce sont ensuite les débuts à Paris, puis à Rouen, où M. Chevassu a le précieux privilège de devenir le disciple de M. Charles Nicolle et de recevoir son lumineux enseignement. Puis c'est la préparation aux concours, avec Guillain, Duval, Loeper et Alglave, c'est le séjour de Chevassu dans le laboratoire de Farabeuf, souvenir inoubliable pour tous ceux qui ont travaillé aux côtés du grand anatomiste.

Ce sont enfin les années d'externat chez Edouard Schwartz, Landouzy, les années d'internat chez Duplay, alors assisté de Legueu, Marion et Pierre Fredet, chez Reclus, chez Pierre Delbet, chez Quénu. Souvenirs que le professeur Chevassu évoque d'une façon charmante et émouvante.

Et maintenant, après avoir franchi tous les concours, M. Chevassu est revenu à Cochin, où il fut bénévole, externe, interne, chef de clinique — et même fossile — et c'est là, dans le pavillon Albarran, le plus beau service d'urologie du monde, que M. Chevassu, entouré d'incomparables collaborateurs, peut réaliser le rêve de sa vie en se consacrant à l'urologie dont il est devenu un des plus éminents représentants.

Aux souvenirs de ses maîtres, M. Chevassu associe le souvenir de ses parents. Il a déjà dit tout ce qu'il doit à son père, il nous dit aussi sa gratitude envers ses parents par alliance : son beau-père Marcel Lermoyez, médecin éminent et merveilleux laryngologiste, envers le grand-père de Mme Chevassu, Léon Labbé, illustre chirurgien, grand patriote, dont l'action bienfaisante ne cessa de s'affirmer au Sénat, soit pour la défense nationale, soit en faisant voter l'obligation de la vaccination antityphique, avec laquelle le professeur Vincent a sauvé tant d'existences. En terminant, Chevassu dit une fois de plus tout ce qu'il doit à l'admirable compagne de sa vie. Et ce fut un moment très émouvant.

Après les souvenirs, il faut penser à l'avenir. M. Chevassu expose un programme d'enseignement de la pathologie chirurgicale. Son évolution constante force le chirurgien à devenir un homme de science complet ; ainsi comprise, la pathologie chirurgicale donne au chirurgien des satisfactions rares.

« Cette joie de la lésion vérifiée, étudiée, c'est la grande joie de la *méthode anatomo-clinique*. Quoi qu'on dise parfois, cette méthode reste la meilleure. Certes, il advient que des lésions soient mal interprétées et mal comprises, il arrive qu'on prenne des lésions secondaires pour des lésions primitives, il se peut qu'on cherche la lésion en tout autre point qu'elle n'est. Mais ne pas l'avoir trouvée ne veut pas dire qu'elle n'existe pas.

C'est entendu, sa découverte ne résoud pas toujours la totalité du problème. Mais vouloir le résoudre complètement en dehors d'elle prête à trop d'imagination, et si les rêves ont leurs délices, ce n'est tout de même pas sur eux que se bâtissent les réalités... »

Après cette profession de foi, M. Chevassu trace son programme d'enseignement. Il s'adressera certes aux oreilles, aux yeux, à l'esprit, au cœur, mais surtout à la conscience qui, seule, rend digne du *sacerdoce de la sainte chirurgie*, suivant l'heureuse expression de M. Paul Bourget.

Belle leçon de haute tenue morale. C'était bien celle qu'on attendait de Maurice Chevassu, fidèle à la devise *Tout droit* qui lui a été léguée par son père.

F. L. S.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

LENIFORME

2.5 et 10 %

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

* *

TRAITEMENT
DE L'ALCALOSE

GÉNACIDE

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

VOMISSEMENTS
Vomissements de la grossesse
Mal de mer
Etats nauséeux
ATONIE GASTRIQUE

CETRAROSE
du Docteur GIGON
à base d'Acide protocétrarique.

MODE D'EMPLOI
20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau, dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd Beaumarchais - PARIS

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le **Camphre** dans le
SPARTO-CAMPHRE
CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM
TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE
Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.
FORMES :
Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)
Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le
SPARTOVAL
ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE
CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF
Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.
Traitement des arythmies.
Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CRÉPUSCULE DES PROFESSIONS LIBÉRALES

Il y avait, en France, jusqu'en décembre dernier, des professions dites libérales qui se différenciaient des professions commerciales, entre autres choses, par le fait qu'elles n'étaient pas soumises à la tenue d'une comptabilité. Il en était ainsi de la médecine.

Or, au cours de ce mois de novembre, le Parlement, sans s'inquiéter de la loi organique de 1892, sous le fallacieux prétexte d'organiser le contrôle fiscal, vota une loi de circonstance, qui obligeait les médecins à la tenue d'une comptabilité.

Ce qui est admirable dans cette manifestation, c'est de voir que des docteurs en médecine, membres de ce Parlement, oubliant qu'ils appartenaient au corps médical, oubliant aussi que, s'ils étaient députés ou sénateurs, c'était à leur qualité de médecin qu'ils le devaient, n'ont pas hésité à s'associer à cette mesure de destruction.

Tous ont oublié que s'ils étaient arrivés au pouvoir c'était, pour une grande part, grâce à l'action politique des médecins de la génération qui les a précédés et dont ils se montrent les fils ingrats, puisqu'ils s'efforcent de désorganiser le corps médical et de supprimer à la médecine sa qualité de profession libérale.

Mais, si les uns et les autres ont oublié, les médecins eux n'oublieront pas — et il ne faut pas qu'ils oublient. Ce qu'ils ont fait, il leur est possible de le défaire. Il faut qu'ils fassent abstraction de toute préférence personnelle ; il faut qu'ils se liguent contre l'ennemi commun et de la médecine et d'eux-mêmes ; il faut qu'ils signifient à tous, et en particulier aux faux frères, qu'ils les trouveront partout en adversaires déclarés ; il le faut, s'ils veulent que ces dispositions iniques soient rapportées, s'ils veulent que leur profession libérale ne devienne pas une profession commerciale, s'ils veulent que ce crépuscule ne soit pas le signal de la fin.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Introduction à La Médecine des enfants (1).

Mon vieil ami Babonneix vient de m'envoyer une luxueuse plaquette dont le texte sert d'introduction au Traité de médecine des enfants. Babonneix essaie d'oublier un instant qu'il est un grand clinicien et fait d'abord œuvre d'historien. Son introduction à la Médecine des enfants est un chapitre d'histoire très remarquable. En chercheur et en fin lettré, Babonneix a exploré toutes les archives et il nous donne aujourd'hui une parfaite étude de médecine infantile depuis ses origines jusqu'à nos jours.

C'est une œuvre de longue haleine, très abondamment illustrée, que Babonneix a longuement fouillée, ciselée suivant son habitude de ne rien faire superficiellement.

Il n'oublie personne, mais comment s'étonner qu'il s'attarde plus longuement sur ceux qui furent ses maîtres, sur Grancher, sur Hutinel, sur Marfan...

Cet hommage rendu, Babonneix trace un tableau magistral de la médecine infantile actuelle, sur les méthodes d'examen et surtout sur le rôle que doivent jouer le laboratoire et la technique pour seconder la clinique.

F. L. S.

(1) *La Médecine des enfants*, par L. BABONNEIX. Une plaquette in-8 illustrée. — Paris, Masson et Cie.

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS — LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS-15e

sédormid "roche"

sédatif hypnogène doux

comprimés: 2 à 3 par jour

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

le grand médicament
des petits insomniaques
et des petits anxieux.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GENERALE

LES ENTORSES DU GENOU

Par PAUL PADOVANI,

Chef de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte.

Au genou, comme au niveau de toute autre articulation, l'entorse est constituée par la série des lésions produites quand cette jointure subit un mouvement forcé n'aboutissant pas à la luxation, c'est-à-dire à la perte permanente du contact normal des surfaces articulaires.

En fait, la série des lésions était, jusque il y a peu d'années encore, assez mal connue, et la question des entorses du genou était, dans les traités classiques, gratifiée d'une assez courte étude. On se contentait d'examiner les lésions reproduites expérimentalement par d'anciens auteurs et l'on s'efforçait de faire cadrer les faits cliniques avec les constatations de ceux-ci.

La fréquence et la gravité actuelles plus considérables des traumatismes du genou ont amené à pratiquer souvent l'exploration chirurgicale de cette articulation et à se rendre compte ainsi *de visu* des lésions réelles qui sont loin de correspondre toujours aux résultats expérimentaux.

Elles justifient souvent une thérapeutique plus active que celle qui était jadis préconisée. C'est dire que la question des entorses du genou, actuellement en pleine évolution, acquiert d'ores et déjà une importance pratique considérable.

*
* *

L'articulation du genou présente une complexité et une richesse de ligaments toutes spéciales : ligaments latéraux, ligaments croisés, ménisques, appareil fibreux antérieur doivent à priori pouvoir être le siège des lésions de l'entorse et c'est pour préciser la relative fréquence de leur atteinte que les premiers auteurs qui abordèrent cette question envisagèrent d'abord l'expérimentation comme devant résoudre ce problème.

C'est Amédée Bonnet qui, en 1853, réalisa les premières expériences cadavériques et obtint diverses lésions à l'aide de mouvements étendus d'abduction, d'adduction, d'hyperextension et d'hyperflexion.

Noulis fit peu après une série d'expériences graduées plus précises.

Puis Paul Segond, en 1879, montre l'importance des mouvements de rotation à l'origine des ruptures ligamenteuses.

Pauzat, en 1895, étudie le fonctionnement des ménisques du genou.

Enfin Gangolphe et Thévenet, en 1909, parviennent, toujours par expérimentation, à des connaissances plus précises.

Mais toutes ces recherches, effectuées sur le cadavre, étaient entachées d'erreur. Elles ne tenaient fatalement aucun compte des phénomènes de contraction musculaire et, partant, les lésions ainsi découvertes ne cadraient point toujours avec les symptômes observés en clinique.

Seules, deux autopsies avaient pu être pratiquées, les blessés étant morts des suites de fractures du bassin concomitantes. L'une, celle de Noulis, se rapportait à une lésion très rare, l'arrachement de la tête du péroné par le ligament latéral externe. L'autre avait permis à Moutard Martin de constater les désordres considérés aujourd'hui comme les plus fréquents (déchirure du ligament latéral interne, rupture des ligaments croisés, désinsertion du ménisque interne).

Il fallut les constatations radiographiques et opératoires pour apporter quelques précisions.

Les lésions des ménisques du genou furent les premières élucidées et on peut dire qu'actuellement le point est fait à leur égard. Elles constituent désormais un chapitre bien précis de la pathologie de cette articulation et nous ne ferons que les citer sans insister sur elles au cours de cette étude.

Par contre, les lésions de l'entorse du genou proprement dite, c'est-à-dire essentiellement les déchirures des ligaments ou l'arrachement de leurs insertions, ne furent bien connues qu'à la faveur de travaux très récents, parmi lesquels nous rappellerons : les articles de MM. Rouvillois et Maisonnet, Oudard, Costantini et Conniot, Leriche et de Girardier, et les discussions à la Société Nationale de Chirurgie, auxquelles prirent surtout part MM. Pierre Duval, Mathieu, Auvray.

ETIOLOGIE

C'est une des entorses les plus fréquentes, la plus fréquente après celle de la tibio-tarsienne, d'après Panas.

Comme toute entorse, elle s'observe plus volontiers chez des adultes jeunes, des hommes principalement, peut-être parce que plus exposés aux traumatismes.

Il est classique de considérer comme facteurs d'entorses du genou la course en terrain accidenté, l'escrime, l'exercice de la profession de frotteur de parquet.

Mais l'accident causal le plus fréquemment rencontré est certes actuellement la chute au cours d'un match de football, le blessé supportant alors souvent le poids d'un autre joueur sur la face externe de la jambe étendue.

Dans d'autres cas enfin, il s'agit d'accidents divers : accidents d'autos, chute d'un lieu élevé, chute le pied étant fixé.

Dans l'ensemble, il demeure assez difficile dans la plupart des cas de faire préciser au malade les circonstances exactes du traumatisme. Force est donc, pour étudier le mécanisme des lésions observées, d'avoir d'abord recours aux résultats des anciennes expériences cadavériques.

MECANISME

Pour saisir le mécanisme de production des lésions, il convient d'étudier séparément l'action des mouvements normaux mais d'amplitude exagérée, et celle des mouvements anormaux. Plusieurs mouvements se combinent en pratique et il s'y surajoute le facteur important de la contraction musculaire. Il est cepen-

dant utile de commencer par faire l'analyse de leur action.

Les mouvements de flexion-extension furent les premiers envisagés par Amédée Bonnet :

1° *L'extension forcée* détermine l'arrachement des ligaments croisés, la rupture des ligaments postérieurs et plus rarement (3 fois sur 16) l'arrachement des ligaments latéraux. Peut-être sur le vivant l'hyperextension est-elle capable de déterminer aussi des lésions du ligament jugal ou des désinsertions des ligaments méniscaux antérieurs.

2° *L'hyperflexion* de la jambe sur la cuisse n'entraîne expérimentalement aucune déchirure ligamentaire. Mais il est bien connu que sur le vivant, la contraction du quadriceps aidant, elle peut produire soit un arrachement de la tubérosité tibiale antérieure, soit une rupture du tendon rotulien, soit une rupture du tendon du quadriceps, soit enfin une déchirure méniscale. Les détails concernant la production de ces dernières ne trouvent point leur place ici. Rappelons toutefois qu'elles peuvent accompagner n'importe quelle autre lésion d'entorse.

3° *Les mouvements forcés de latéralité* s'accompagnent presque toujours de torsion de la jambe et déterminent des ruptures des ligaments latéraux puis la rupture d'un ou des deux ligaments croisés. Le tibia se met en rotation externe lors de l'adduction forcée de la jambe et en sens inverse dans les mouvements d'abduction forcée. C'est Paul Segond qui a particulièrement insisté sur ces points et il a bien montré que le traumatisme agit en deux temps : tout d'abord il y a entorse par mouvement latéral direct, puis secondairement il se produit la rotation du tibia qui entraîne les lésions les plus importantes. Ce sont ces lésions dont Segond puis Gangolphe se sont attachés à préciser la nature exacte et l'importance.

a) *La torsion en dedans* de la jambe fléchie à 145° amène une torsion des ligaments croisés et une tension des ligaments latéraux et du surtout fibreux antérieur du genou. C'est au niveau du tubercule de Gerdy, de la tubérosité tibiale externe, que se produit l'arrachement d'un fragment d'os (point de Segond).

Si la jambe est fléchie au delà de l'angle droit (cas fréquent au cours d'une chute), on observe des lésions différentes selon que le talon est porté en dehors ou en dedans. Si le talon est tourné en dehors, la rotation de la jambe entraîne un arrachement du ligament latéral interne et du ligament croisé antéro-externe. Au contraire, si le talon est tourné en dedans, on obtient une déchirure de l'appareil ligamenteux externe avec fracture parcellaire en arrière du tubercule de Gerdy.

Signalons que, pour Pauzat, les premières déchirures provoquées par la rotation forcée portent sur le ligament adipeux, le ligament jugal, la synoviale, les expansions des vastes et les ailerons ménisco-rotuliens.

b) *La torsion en dehors* détermine des lésions en tous points comparables.

De l'ensemble de ses expériences, Gangolphe concluait (contrairement à Segond) que l'entorse du genou est due le plus souvent à une rotation en dehors de la jambe fléchie et que sa lésion essentielle est la rupture du ligament latéral interne. Les constatations opératoires récentes ont en partie confirmé cette opinion. Le plus souvent, c'est bien le ligament latéral interne qui est le ligament de l'entorse du genou. Cependant toutes les formations fibro-cartilagineuses de l'articulation peuvent être intéressées, en particulier les ligaments croisés et les ménisques. Il existe de la sorte tous les intermédiaires entre les entorses simples sans gros désordres articulaires et les dislocations véritables du genou.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Mieux que l'expérimentation, l'examen des lésions au cours des interventions chirurgicales permet d'utiles précisions.

I. Lésions du ligament latéral interne. — C'est de beaucoup la lésion la plus fréquemment observée (Moutard-Martin, Pierre Duval, Auvray, Oudard, etc...). Il peut s'agir :

a) Soit d'une simple élongation donnant à la partie interne de l'appareil ligamenteux du genou une laxité anormale (cas de Le Fort). Cette lésion est rarement relatée dans les observations, peut-être parce qu'elle correspond à des cas d'entorse légère qui ne sont pas opérés.

b) Soit une désinsertion du ligament à son extrémité supérieure ou à son extrémité inférieure (pouvant consister en un arrachement d'un fragment osseux). Cette lésion, fréquente en expérimentation, est rare en pratique (1 fois dans les observations rassemblées par Oudard).

c) Soit, ce qui est le plus fréquent, une déchirure du ligament à sa partie moyenne, déchirure qui se prolonge plus ou moins sur la capsule articulaire. D'ailleurs, les fibres du ligament sont souvent rompues à des niveaux différents, donnant un aspect effiloché.

Le ligament rompu en travers a pu, dans certains cas (Auvray), se replier à l'intérieur de l'articulation, venant s'interposer entre le condyle et les ménisques.

On doit d'ailleurs noter que certains auteurs négligent de donner des détails sur l'état de l'appareil ligament interne chez les blessés qu'ils ont observés. Il semble bien cependant qu'on puisse dire actuellement (Oudard) que le ligament latéral interne est « le ligament de l'entorse » au genou.

II. Lésions du ligament latéral externe. — Semblent être très rares.

Exceptionnellement reproduites dans l'expérimentation (une seule fois par Noulis), elles ont été signalées par Noulis qui, au cours de l'autopsie d'une femme morte de fracture du bassin, a trouvé l'insertion inférieure du ligament latéral externe arrachée avec quelques parcelles osseuses.

III. Lésions des ligaments croisés. — *Antéro-externe.* — Si, expérimentalement, on trouve le plus souvent le ligament croisé antérieur arraché de son extrémité fémorale, en pratique c'est son extrémité inférieure qui est presque constamment lésée. Le ligament arrache à ce niveau la surface osseuse préspinale

sur laquelle il s'insère. Le fragment ainsi détaché comprend souvent une partie du massif osseux formé par les épines du tibia, en particulier l'épine interne (celle-ci peut être décapitée par le condyle interne sans arrachement du croisé (Jones et Smith).

On a signalé également la rupture du ligament à sa partie moyenne, sans lésions osseuses (P. Duval).

Postéro-interne. — Les expériences sur le cadavre avaient quelquefois montré une rupture du ligament postérieur, le plus souvent partielle, aux dépens des fibres les plus internes.

Sur le vivant, on retrouve signalés deux cas de ruptures complètes (Moutard Martin, Pierre Duval).

IV. Lésions des ménisques. — Sont très fréquentes et méritent à elles seules une étude anatomo-clinique complète. Rappelons qu'elles atteignent le plus souvent le ménisque interne, assez rarement l'externe. (Obs. II de Costantini, obs. V de Leriche.)

Elles peuvent consister soit en déchirure de l'insertion capsulaire du ménisque, soit en arrachement de sa corne antérieure, ou plus rarement de la postérieure, soit en rupture ou fissure longitudinale (anse de seau).

V. Lésions des autres parties de la capsule et du surtout fibreux périrotulien. — La lésion décrite par Segond comme fréquente d'après les résultats de ses expériences, est rare en pratique. Elle consiste dans l'arrachement d'un fragment osseux au niveau du tubercule de Gerdy, par suite de la traction à ce niveau de la bandelette du tenseur du fascia lata. Il se produit de la sorte sur la tubérosité externe du tibia une petite caverne creusée dans le tissu spongieux très vasculaire et qui détermine pour une grande part l'épanchement sanguin.

On trouve encore relaté dans de nombreuses observations l'arrachement des expansions internes du quadriceps et des tendons de la patte d'oie. Ces derniers sont soit désinsérés du tibia, soit rompus à plusieurs centimètres de leur insertion. Jagu a signalé l'arrachement du faisceau antérieur du demi membraneux accompagné d'une artériole qui peut se rompre et amener un épanchement.

Enfin on peut voir (Leriche) une rupture du tendon rotulien associée à d'autres signes d'entorse du genou.

D'ailleurs, si l'on devait prendre à la lettre ce terme d'entorse, il faudrait étudier en détail : les lésions méniscales de tout ordre, les ruptures du tendon rotulien et celles du tendon du quadriceps, peut-être même les fractures de la rotule.

VI. L'hémarthrose. — L'épanchement de sang dans la cavité articulaire est à peu près constant au cours de l'évolution de l'entorse du genou. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a pu voir une rupture du ligament latéral externe avec épanchement sanguin extraarticulaire sans hémarthrose.

L'origine de l'hémarthrose se fait soit au niveau de la rupture du ligament croisé, soit par rupture de l'articulaire moyenne ou des petits vaisseaux que renferme le ligament adipeux, soit enfin au niveau de la fissure osseuse décrite par Segond. La rupture du ligament latéral interne entraîne également un épanchement de sang en raison des rapports immédiats de ce ligament avec la synoviale et avec les branches de l'artère et de la veine articulaires supérieures.

L'hémarthrose est au début constituée de sang pur. Secondairement, une réaction synoviale amène la production de sérosité, d'où formation d'une hydrohémarthrose. En tout cas le sang coagule dans l'articulation. Ces caillots pourront être à l'origine de brides et d'adhérences synoviales. Rapidement, le sang que l'on retire à la ponction est du sang défibriné (Nélaton), partiellement d'ailleurs, car il présente seulement un retard considérable à la coagulation.

Evolution anatomique. — Les ligaments rompus cicatrisent avec peine lorsque les fragments demeurent quelque peu écartés. Les ligaments croisés en particulier semblent peu susceptibles de se reconstituer spontanément.

De même les fragments osseux qui peuvent se trouver arrachés (épines tibiales) consolident mal. Enfin les lésions des ménisques semblent bien ne jamais aboutir à une réparation quelconque, peut-être à cause de l'absence de vascularisation de ceux-ci.

Des débris ostéo-cartilagineux détachés peuvent, dans quelques cas, donner naissance à des corps étrangers du genou. (On sait que l'on estime actuellement que de tels corps étrangers d'origine traumatique sont rares.)

Enfin, on peut voir se développer tardivement des ossifications métatraumatiques paracondyliennes (surtout internes) du type de la maladie de Pellegrini-Stieda. Il s'est alors agi rarement d'un véritable arrachement osseux au moment même du traumatisme, plus souvent d'une ossification du tissu conjonctif, par suite d'une mutation calcique locale due elle-même à une hyperhémie vaso-dilatatrice active.

ETUDE CLINIQUE

Il est avant tout important de faire préciser au malade les circonstances exactes de l'accident dont il a été victime. C'est ainsi que l'on notera avec une particulière fréquence la chute d'un poids lourd sur la face externe du genou, provoquant une angulation de la jambe sur la cuisse, ou bien la chute du sujet sur le côté, la jambe demeurant elle-même fixée, ce qui aboutit au même résultat.

Si le blessé ne peut toujours préciser l'ensemble des mouvements qui ont causé la lésion, du moins est-il fréquent qu'il puisse indiquer une série de signes objectifs du début qui ont leur importance.

Il raconte qu'il a ressenti une douleur d'abord très vive, qui s'est souvent rapidement améliorée. Parfois existait au moment de l'accident une déformation plus ou moins considérable. Le blessé dit alors que son genou était « déboîté » et que lui-même ou un camarade a pu le remettre en place. Dans quelques cas la déformation s'est montrée irréductible et sa persistance a pu créer des indications opératoires d'urgence (Auvray, Girode). Sans doute s'agit-il alors de luxation temporaire qui ne se conçoit d'ailleurs qu'à la faveur de grosses lésions ligamenteuses.

Au bout de quelques heures, lorsqu'on est généralement amené à examiner le blessé, on se trouve en présence de trois symptômes cardinaux : douleur, gonflement, ecchymose, auxquels se surajoutent, dans un certain nombre de cas, des mouvements anormaux qu'il faudra systématiquement rechercher.

Les douleurs dont se plaint le blessé sont allées en augmentant progressivement d'intensité, parallèlement à l'épanchement articulaire. Ce sont des douleurs sourdes, profondes. Le moindre mouvement spontané arrache des cris au malade. Aussi le blessé tient-il son genou immobile, en légère flexion.

L'inspection du genou traumatisé révèle un gonflement souvent considérable. La rotule est soulevée, les méplats périrotuliens effacés. Il existe de la fluctuation. Tous ces signes révèlent un épanchement sanguin intraarticulaire, une hémarthrose. Le choc rotulien n'est pas toujours perçu, vu la tension du liquide.

La palpation montre qu'en dehors de l'épanchement articulaire, il existe souvent une infiltration des tissus sous-cutanés, qui se traduit par une sensation d'œdème périarticulaire. L'infiltration sanguine s'extériorise bientôt sous forme d'une ecchymose située à son début en regard des points de rupture capsulaire. Parfois existent de véritables hématomes infiltrant plus ou moins loin les masses musculaires.

On devra chercher à déterminer par la palpation l'existence de points douloureux. Ils sont souvent difficiles à mettre exactement en évidence. Les plus fréquemment rencontrés sont situés :

1° Au niveau de la face interne du genou ; soit sur la face cutanée du condyle interne (point de Gangolphe), c'est-à-dire sur l'insertion supérieure du ligament latéral interne ; soit au niveau de l'extrémité supérieure de la face interne du tibia (il correspond alors, ou bien à une lésion de l'extrémité inférieure du ligament, ou bien à l'arrachement des muscles de la patte d'oie) ; soit enfin au niveau de l'interligne articulaire, traduisant peut-être une lésion méniscale.

2° En dehors, il est beaucoup plus rare de rencontrer le point douloureux classique de Segond sur le tubercule de Gerdy, ou bien des points douloureux correspondant au ligament latéral externe.

3° Après ponction, l'existence d'une douleur à la pression de chaque côté du ligament rotulien, au niveau de l'interligne, pourra faire penser à une lésion des ligaments croisés.

On pourra rechercher accessoirement la douleur à la contraction des adducteurs lorsqu'on s'oppose au rapprochement des membres inférieurs.

Enfin il est à signaler qu'il existe rapidement une élévation très marquée de la température locale (Terrillon). Thooris a même remarqué qu'au point douloureux correspondait un « point thermique » où la température était plus élevée que sur le point homologue du genou sain. Ce fait s'observe souvent nettement en cas de lésion méniscale.

Mais en présence d'une entorse du genou, la recherche capitale est celle de la mobilité anormale de l'articulation, dont les résultats guideront en partie les indications thérapeutiques.

Après avoir examiné les mouvements normaux, spontanés et provoqués, et constaté la limitation plus ou moins marquée de l'extension et surtout de la flexion, on étudiera successivement :

1° *Les mouvements de latéralité.* On sait que normalement, sur le genou en extension, il n'existe aucun mouvement de latéralité possible. En cas d'entorse grave, en fixant la cuisse et en cherchant à porter la jambe en dedans ou en dehors, on pourra déterminer des mouvements d'étendue plus ou moins marquée.

La lésion anatomique la plus fréquente étant la rupture du ligament latéral interne, ce sont des mouvements d'abduction qui seront en général possibles. On observe alors l'écartement du condyle interne du fémur du plateau tibial. Il se formerait alors parfois un sillon transversal au niveau de l'interligne articulaire, dû à l'attraction de la peau par le vide articulaire (Spillmann). Enfin, en ramenant la jambe à sa situation normale, on obtient souvent un choc, produit par le contact des deux surfaces articulaires.

Ces mouvements de latéralité seront plus accusés lorsque, à la déchirure des ligaments latéraux, se surajoute la déchirure des ligaments croisés.

Leur recherche déterminera une douleur, plus ou moins vive, généralement localisée au niveau de la rupture capsulo-ligamentaire.

2° *Les mouvements de tiroir.* En empaumant l'extrémité supérieure de la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, celle-ci étant elle-même maintenue solidement par un aide, on ne peut normalement produire aucun mouvement de pro et de rétropulsion des plateaux tibiaux sous les condyles. La constatation de ces mouvements est classiquement considérée comme traduisant une lésion des ligaments croisés. Cette pathogénie est moins absolument certaine aujourd'hui. Certains blessés chez lesquels l'intervention pratiquée a entraîné l'ablation complète des ligaments croisés ne présentent point de mouvements de tiroir à condition toutefois que l'appareil ligamenteux latéral ait été parfaitement reconstitué. Il semble donc que l'absence de mouvements de tiroir ne prouve pas d'une manière certaine l'intégrité des ligaments croisés. Une observation récente de M. Barret, rapportée par M. Sorrel, semble prouver en outre que dans certains cas il peut exister des mouvements de tiroir sans lésions des ligaments croisés. Il convient cependant de conserver cette notion clinique que l'existence de mouvements de tiroir nets constitue presque sûrement la preuve d'une déchirure d'un ligament croisé.

Il peut d'ailleurs être très difficile de mettre en évidence ces mouvements anormaux dans les premiers temps après l'accident, peut-être par suite de la douleur vive que provoque leur recherche. Hogarth Pringle (cité par Costantini et Conniot) ne les a vus apparaître dans deux cas que sous anesthésie générale.

L'examen du blessé doit être complété par des radiographies de face et de profil des deux genoux en position symétrique. Ces épreuves permettent de mettre facilement en évidence les arrachements osseux au niveau des insertions des ligaments latéraux. Par contre, elles seront souvent peu explicites en ce qui concerne les lésions de l'épine tibiale. Sur la radio-

graphie de profil, celle-ci est assez peu distincte, et sur la radiographie de face, le rebord horizontal du plateau tibial superpose son ombre à la base d'implantation de l'épine tibiale, de telle sorte que si le déplacement n'est pas sérieux, le trait de fracture passera inaperçu. Aussi devra-t-on demander une radiographie sur film courbe effectuée dans la position indiquée par Béclère. De la sorte, l'interligne articulaire apparaît élargi, l'épine tibiale s'y profile nettement et la moindre lésion est perceptible.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 26 décembre 1933)

Vaccination contre le typhus exanthématique par voie digestive chez le singe. — MM. Charles Nicolle, Jean Laigret et Mme Hélène Sparrow.

Maisons à paludisme. — MM. Edmond Sergent, Etienne Sergent et A. Catanei. Pour expliquer les contaminations qui se produisent chaque année et dans certaines maisons seulement, on a invoqué l'existence chez les moustiques d'un « instinct de retour à la pâture ». Les expériences des auteurs montrent que les Culex sont dépourvus de cet instinct. Il faut chercher d'autres explications aux maisons à paludisme.

Etude morphologique du sang périphérique chez le lapin intoxiqué expérimentalement : la mégamononucléose. — MM. S. Nicolau, P. Poincloux, L. Kopciowska et G. Balmus.

Le lait de vache est-il un aliment équilibré pour tous les mammifères ? — M. Raymond Jacquot estime que le lait de vache est un aliment de bonne utilisation digestive, meilleure chez les gros animaux.

Expériences d'anaphylaxie par la voie aérienne. — M. A. Trillat.

Etude des processus chimiques intervenant pour produire l'œdème aigu de poumons ayant subi le contact de certains gaz agressifs qui furent utilisés comme armes chimiques de guerre. — M. André Kling.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 9 janvier 1934)

Installation du bureau. — M. Souques, président sortant, prononce le discours d'usage et cède le fauteuil présidentiel à M. Walther qui remercie en quelques mots émus.

M. Siredey, vice-président pour 1934, prend place au bureau.

Décès. — M. le président fait part du décès de M. Greenish (de Londres), correspondant étranger dans la section de pharmacie depuis 1926.

Rapport. — **Cancers cutanés et soleil.** — M. Hartmann, chargé d'un rapport sur un travail du professeur Roffo (de Buenos-Aires) intitulé Cancer cutané et soleil, rappelle que depuis longtemps, on connaît l'influence des rayons solaires sur le développement de certains cancers cutanés. A part quelques cancers développés sur des cicatrices de brûlures ou sur des nœvi, M. Roffo n'en a rencontré que sur des parties de peau découvertes. A son dire, ces cancers sont précédés d'une hypercholestérinie locale, établie par des analyses chimiques. Etudiant la question expérimentalement, M. Roffo a montré qu'on pouvait provoquer le développement de cancers sur le rat en le soumettant à l'action de rayons ultra-violets, ces rayons ayant une influence beaucoup plus grande que les rayons lumineux ; les tumeurs malignes ainsi développées sont tantôt des sarcomes, tantôt des épithéliomas.

Hyperinsulinisme spontané post-diabétique. — MM. F. Rathery, Froment, M. Derot et Mlle M.-L. Jamet. A côté du diabète par insuffisance d'insuline, il existe un syndrome opposé dû à un excès d'insuline.

Ce syndrome qui peut être spontané se traduit par de l'hypoglycémie et un ensemble de troubles caractérisés surtout par de l'asthénie, des phénomènes lipothymiques, une sensation de faim, etc.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade resté diabétique pendant 9 ans, qui, depuis un an, a cessé d'être diabétique et peut supporter de fortes doses de féculents. Or depuis quelque temps, il présente des accidents d'hyperinsulinisme spontané et sa glycémie peut s'abaisser à 0,65.

La guérison complète du diabète simple même sans insuline est loin d'être un cas exceptionnel, mais l'existence du syndrome opposé au diabète survenant chez un ancien diabétique guéri constitue une rareté.

De pareils faits jettent un jour tout nouveau sur la physiologie pathologique encore si obscure du diabète.

Le traitement de la diphtérie laryngée et trachéobronchique par l'aspiration des fausses membranes. — M. Lemariey et Hamon. La méthode endoscopique présente dans le croup un intérêt diagnostique et thérapeutique qu'on ne saurait plus négliger.

Au point de vue diagnostique, la laryngoscopie directe permet de rectifier instantanément des erreurs qui mènent au pavillon de la diphtérie des laryngites grippales sous-glottiques, des laryngites striduleuses à forme prolongée, des corps étrangers des voies aériennes et jusqu'à des papillomes du larynx.

Au point de vue pronostique, l'examen de la spatule permet d'identifier les différents types de croup et de déceler précocement la diphtérie trachéo-bronchique.

Au point de vue thérapeutique, enfin, l'aspiration des fausses membranes qui ne présente en aucun cas les inconvénients du tubage, doit se substituer à lui, incontestablement, dans le croup à tendance œdémateuse, dans la diphtérie trachéo-bronchique, dans le croup compliqué de broncho-pneumonie.

Traitement de l'angine de poitrine par les ondes courtes. — MM. Léon Giroux et Henri Dausset signalent les bons effets qu'ils ont obtenus par les ondes courtes dans le traitement de certaines angines de poitrine. Pour donner à leurs résultats une valeur objective et en faciliter le contrôle, ils mettent d'abord en lumière que les sujets traités ne présentaient ni hypotension, ni insuffisance cardiaque ou rénale, que leurs douleurs étaient quotidiennes, qu'elles avaient résisté à tous les traitements antérieurs et qu'elles remontaient à plusieurs mois ou plusieurs années.

Les sept malades traités ont subi de 6 à 12 séances d'ondes courtes, d'une durée de vingt minutes à une demi-heure, et d'une puissance de 300 à 400 watts.

Le traitement a été suivi de la disparition complète des douleurs et chez quatre malades, le résultat se maintient depuis plusieurs mois, chez les trois autres, l'améliora-

tion trop récente ne permet pas de préjuger de l'avenir, mais en raison de l'analogie des cas, il est légitime d'espérer les mêmes résultats favorables.

Les auteurs concluent que les ondes courtes constituent un mode de traitement sans danger, dont l'action est rapide et durable sur la douleur de certaines angines de poitrine.

Autres communications :

Sur la tension électrique du corps humain. — M. Denier.

La polarisation électrique du nerf. — M. Strohl.

L'anesthésie générale chirurgicale au moyen de l'allyl-isopropyl-malonylurée comme anesthésique de fond et le protoxyde d'azote comme anesthésique de complément. — M. Fredet.

Poudre d'os frais. Sa valeur thérapeutique. — M. Maurin.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 29 novembre 1933)

Résection diaphysaire dans l'ostéomyélite aiguë. — M. Monod, à propos d'une résection de l'humérus, insiste sur l'intérêt vital que présente parfois cette méthode, même chez l'adulte.

Cancer sigmoïdien. — M. Sauvé rapporte cinq observations de M. Lefèvre (Toulouse). Après anus caecal préalable, l'auteur avait pratiqué l'extériorisation du sigmoïde avec résection le second jour, sans aucune mort opératoire.

Diverticulite colique. — M. Barthélemy (Nancy) apporte quelques observations de périsigmoïdites opérées et guéries. Il communique ensuite un cas de dolichocolon pelvien initialement pris pour une sténose pylorique.

Sympathome. — M. d'Allaines rapporte une intéressante observation de MM. Bernardbeg et Faure (Toulouse) concernant un sympathome de la région temporale. Intervention très hémorragique suivie d'irradiation. Décès un an après. Il s'agissait d'un sympathome embryonnaire, variété très rare et très maligne. Le siège temporal de la tumeur est particulièrement exceptionnel, ces tumeurs ne se rencontrant guère hors la région surrénale.

Intradermo-réaction au colibacille dans l'appendicite. — M. L. Bazy rapporte un important travail de M. Pervès (Marine). Il insiste sur la rareté des appendicites gangréneuses vraies et sur l'intérêt de l'intradermo-réaction. L'auteur a pratiqué plus de 400 épreuves ; 87 fois l'appendice était malade et 53 de ces cas avaient présenté une intradermo-réaction positive. M. Bazy estime que même en l'absence de réaction positive, beaucoup d'appendices sont justiciables de l'ablation.

M. Sauvé s'associe aux conclusions de M. Bazy.

Pneumopéritoine. — M. J. Quénu rapporte cette curieuse observation de M. Nini (Tripoli), qui a observé après violent traumatisme abdominal un pneumopéritoine, sans perforation visible du tractus digestif. L'opération fut suivie de guérison. Le rapporteur estime qu'il y a eu une fissure spontanément guérie.

M. Proust insiste sur la nécessité absolue d'opérer de tels malades.

Azotémie post-opératoire. — M. Métivet rappelle les travaux de son Maître Picqué et la nécessité de réhydrater les opérés.

Séquelles duodénales et spléniques de l'appendicite. — M. Okinczyc rappelle les travaux antérieurs de MM. Basset, Delbet, Bercéanu, et analyse deux observations personnelles. Il explique le retentissement splénique par l'infection de proche en proche le long du grand épiploon, comme le lui a montré l'intervention.

Fracture sus-condylienne de l'humérus. — M. Boppe montre comment il obtient la réduction du déplacement latéral par traction en pronation en cas de varus, et par mise en supination dans les cas exceptionnels de déplacement en valgus.

(séance du 6 décembre 1933)

Fracture du calcaneum. — M. Lenormant estime qu'il existe deux types de fractures du corps du calcaneum. L'un constitue l'enfoncement du thalamus avec broiement et fissurations multiples, parfois même fissure horizontale. Dans le deuxième type, plus rare, le trait part de la partie postérieure de la surface articulaire et aboutit à la région plantaire. Dans le premier cas, le traitement est l'application de greffes par le procédé Lenormant-Wilmoth. Dans le second cas, la section temporaire du tendon d'Achille permet une bonne coaptation et l'ostéosynthèse fixe le résultat, les greffes étant inutiles.

M. Sorrel ne pense pas que la section du tendon d'Achille soit utile dans les fractures récentes.

Occlusion post-appendiculaire. — MM. Okinczyc rapporte un travail de M. Duchet-Suchaux (Vesoul) qui guérit une occlusion post-appendiculaire par une entéro-anastomose.

M. Métivet pense qu'il vaut peut-être mieux faire une simple fistulisation du grêle.

M. Gosset estime aussi que la fistulisation du grêle est la meilleure ressource.

M. Huet signale que certaines occlusions sont la conséquence d'un abcès enkysté situé entre deux anses grêles et qu'il suffit de drainer cet abcès.

M. Braine pense que dans les étranglements étagés, il faut fistuliser l'anse sus-jacente à l'étranglement.

Suture du nerf médian. — Cette observation de M. Barbilian (Jassy) est rapportée par M. Okinczyc : une section incomplète du nerf médian avec névrome fut traitée par résection du névrome et suture en tissu sain. La sensibilité reparut presque aussitôt, la mobilité plus tardivement.

Fracture du plateau tibial. — M. Lenormant rapporte un travail de M. Arnaud (Marseille) concernant deux cas de fracture par tassement du plateau tibial externe traités par reposition sanglante et greffe osseuse, avec très bons résultats. M. Lenormant a utilisé cette technique dans un cas personnel.

M. Mouchet a constaté en expertises que les blessés non opérés sont très impotents.

M. Roux-Berger conseille de pratiquer l'ouverture de l'articulation, car souvent le ménisque correspondant est rompu.

M. Pierre Duval considère que toute dénivellation indique l'intervention.

M. ALGLAVE a trouvé le ménisque interposé entre les fragments.

M. SORREL considère que dans les enfoncements, les greffes sont utiles, mais que la broche de Kirschner est indiquée pour les fractures du plateau tibial.

M. MATHIEU rappelle que Boëhler embroche le petit fragment et le réduit sous écran.

M. BOPPE confirme les bons résultats du procédé de Boëhler, mais l'immobilisation doit être longue.

Septicémie à streptocoques. — M. BAZY rapporte un travail de M. Baudet (armée), qui, avec le sérum de Vincent, put arrêter une septicémie streptococcique, qui reprit bientôt et fut définitivement guérie par un nouveau traitement par le sérum antistreptococcique.

M. SAUVÉ montre tout l'intérêt du sérum de Vincent dans les septicémies streptococciques.

M. BRÉCHOT utilise le cuivre colloïdal contre les septicémies streptococciques.

Tuberculose ostéo-articulaire chez les noirs de l'Afrique occidentale transplantés en France. — M. BOTREAU-ROUSSEL estime que les aspects aigus des tuberculoses osseuses chez ces malades sont dus au fait d'une première infection par le bacille de Koch, avec septicémie due à ce bacille. Les résultats sont effroyables et la majorité des malades meurt en quelques semaines ou quelques mois. Les lésions à foyers multiples sont fréquentes. Les traitements chirurgicaux et orthopédiques sont assez illusoires. La vaccination préventive par le B C G semble donner des résultats.

M. SORREL pense que certaines tuberculoses du très jeune enfant ressemblent à ces bacilloses aiguës à foyer disséminé. D'autre part, il a observé également des tuberculoses des corps vertébraux sans lésion des disques.

Présentation de radiographies :

M. BOPPE : chondromes multiples du squelette.

Présentation de pièces :

M. PROUST, écarteur éclairant de l'Assistance publique.

Le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL Phien 46, AVENUE DES TERNES PARIS (17e)

Docteurs !
Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Sacho-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes
Goût agréable

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1933)

Dolichocolon et mégacolon chez un Mongolien. — M. L. Babonneix et Mlle Riom présentent un mongolien de 4 ans, chez lequel l'examen clinique confirmé par la radiographie a décelé l'existence d'un dolichocolon avec mégacolon.

Paralysie secondaire. — M. L. Babonneix et Ducroquet présentent un jeune homme de 18 ans, chez lequel consécutivement à une diphtérie, s'est installée une paralysie infantile avec cypho-scoliose et atrophie Aran-Duchenne.

Lupus disséminés et pneumothorax thérapeutique. — MM. Armand-Delille, Lestocquoy et Mlle Cabessa présentent un garçon de 14 ans atteint de lupus de la face, du poignet et de la face interne du genou, chez lequel est apparue une lobite ulcéro-fibreuse du lobe supérieur gauche.

Le pneumothorax a arrêté l'évolution et permis une forte reprise du poids, cependant que l'héliothérapie générale améliorait les lésions lupiques.

Résultats d'un pneumothorax bilatéral à 5 ans de distance. — MM. Armand-Delille et Lestocquoy présentent une fillette de 14 ans, traitée en 1929 pour tuberculose ulcéreuse avec cavernes notables du lobe supérieur gauche et infiltration du poumon droit. Le pneumothorax bilatéral a été continué pendant trois ans et la cicatrisation paraît maintenant complète. Il reste seulement une bande fibreuse sous-apicale gauche.

Kyste glosso-épiglottique du nourrisson. — MM. Robert Clément et A. Lemariey présentent un nourrisson atteint d'un kyste congénital de la fossette glosso-épiglottique ayant présenté peu après la naissance, un stridor laryngé, puis un cornage inspiratoire progressif.

La ponction du kyste par voie externe, sus-hyoïdienne latérale, amena la disparition des accidents. Cette méthode thérapeutique, plus délicate, est aussi plus sûre que l'ouverture ou la ponction par voie buccale qui peut se compliquer d'infection et provoquer une broncho-pneumonie de déglutition.

Syphilis du placenta. — MM. Netter et Brindeau rapportent une nouvelle observation de syphilis héréditaire suivie par M. Manouelian. Ils signalent le contraste entre le fourmillement de tréponèmes typiques dans les lésions cutanées, les viscères, le sang et le cordon ombilical et leur rarelé dans le placenta. Mais celui-ci était rempli de macrophages mobiles et de leucocytes granuleux ayant phagocyté des tréponèmes.

Tumeur de la moelle chez un enfant de trois ans. — MM. Nobécourt, Haguenau et Liège rapportent l'histoire d'une tumeur médullaire qu'ils ont observée chez un enfant de trois ans et qui se traduisait par une paraplégie flasco-spasmodique avec troubles sensitifs et sphinctériens, mais sans troubles trophiques ni électriques ; enfin la ponction lombaire permit de constater une dissociation albumino-cytologique. Ils purent, grâce au lipiodiagnostic et à l'absence de signes vertébraux porter le diagnostic de tumeur médullaire dont l'extirpation fut malheureusement impossible à cause des grandes dimensions de la tumeur, qui s'étendait de C3 à D7 ; l'examen histologique a montré que cette tumeur, malgré son siège épidural, contenait des éléments nerveux.

Les aspects radiologiques de l'œsophage chez le nourrisson. — MM. Marcel Lelong et Aimé présentent les caractères radiologiques normaux de l'œsophage chez le nourrisson : c'est une image de dilatation diffuse très différente de celle que l'on observe chez l'adulte. Cet aspect est dû à un certain degré d'aérophagie, moins accusée avec les repas épais qu'avec les repas liquides ; elle est de même moins nette dans le décubitus que dans la position orthostatique.

En outre, le cardia n'apparaît pas comme une véritable barrière fermant l'estomac du côté de l'œsophage : celui-ci n'est du point de vue radiologique que le compartiment supérieur de la cavité gastrique.

Ces données radiologiques comportent des applications cliniques sur lesquelles les auteurs reviendront, concernant l'aérophagie, les régurgitations du nourrisson, en particulier, l'explication des vomissements « essentiels » du nourrisson doit être cherchée, non dans la pathologie, comme on l'a fait jusqu'à présent, mais dans la physiologie si spéciale à cet âge de la vie.

Acrodynie et avitaminose. — Mme Maldan-Massot (de Rennes).

Fièvre alimentaire chez un nourrisson de six semaines. — Mme Maldan-Massot (de Rennes).

Appendicite et syndrome douloureux abdominal au cours du purpura. — M. Jacques Leveuf cite une observation qui souligne les difficultés de diagnostic entre l'appendicite et une crise abdominale aiguë au cours du purpura, à propos d'une fillette de six ans et demi, hémogénique connue, qui fit une crise de douleurs abdominales en même temps qu'une sérieuse poussée de purpura. L'analyse de ses symptômes ne permit pas de trancher le diagnostic en faveur de l'appendicite. A l'opération, on découvrit un appendice gangrené et perforé.

Passant en revue les observations publiées dans la littérature, l'auteur conclut que les crises abdominales de purpura ne se voient pas chez les enfants atteints d' « hémogénie vraie ».

En outre de l'analyse minutieuse des symptômes, l'étude de la leucocytose sanguine sera d'un grand secours pour fixer un diagnostic hésitant.

Sérothérapie antidiphtérique et rhumatisme articulaire aigu. — M. Julien Huber rapporte deux faits qui sont de nature à souligner l'influence des sérothérapies sur les réveils ou l'apparition de la maladie de Bouillaud : chez un cardiaque, apparut une insuffisance irréductible ; chez un autre, un rhumatisme cardiaque évolutif à la suite des accidents post-sérothérapiques. Un troisième fait, dû à M. Weissenbach, montre aussi l'apparition d'une cardiopathie dans les mêmes circonstances. Ces faits doivent inciter à reconnaître ce rhumatisme vrai dont les manifestations s'intriquent dans celles de la maladie du sérum. Ils justifient chez les rhumatisants l'abstention de toute sérothérapie que la clinique n'impose pas formellement. Enfin ces cas ne sont pas des arguments favorables à la conception préteinique du rhumatisme.

Quelques observations sur le traitement des bronchopneumonies du nourrisson. — M. B. Weill-Hallé et Mme Ruin rapportent la statistique des broncho-pneumonies soignées à la Crèche de l'Hôpital des Enfants-Malades, au cours des trois dernières années.

Ils comparent les résultats obtenus par les moyens classiques à ceux fournis par les auteurs, qui ont préconisé la vaccinothérapie plus ou moins spécifique, et considèrent que les résultats obtenus par leur méthode sont au moins aussi favorables que ceux des techniques vaccinales.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
54, RUE DE LA BIENFAISANCE
PARIS — 8e
TÉL. LABORDE : 15-26

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

***Sur demande :* LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS.**

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 3 novembre 1933)

A propos du traitement de certaines infections utérines. — M. Raymond Bonneau préconise le traitement suivant de l'infection puerpérale post abortum. A travers le col dilaté au besoin par des laminaires, faire un vrai curettage à la curette, enlevant non seulement ce qui peut rester du placenta, mais aussi toute la muqueuse utérine et les caillots noirs des sinus ouverts. Pas de drainage. En cas d'absolue nécessité, faire non pas une hystérectomie vaginale, mais une large phlébo-hystérectomie abdominale sous le contrôle précis de la vue.

A propos du traitement des fractures du col du fémur. — M. Raphaël Massart n'est partisan du vissage de ces fractures que chez les malades très âgés, pour lesquels on redoute l'immobilisation orthopédique. Les fractures extra-capsulaires guérissent en général par le seul traitement orthopédique, et il est exceptionnel d'avoir à les opérer. Les fractures intra-capsulaires sont celles qui réservent le plus souvent des déboires : le fait de soumettre le blessé à un traitement antisyphilitique est une excellente précaution chez les fracturés de 50 à 60 ans. L'auteur essaie toujours de réduire la fracture sur la table orthopédique ; si la réduction ne se fait pas ou ne se maintient pas, il intervient par arthrotomie et mise au contact des fragments par manœuvre de Whitman et plâtre.

Réflexions sur trois opérations pour iléus biliaire, avec guérisons. — M. Hautefort fait un rapport sur ce travail de M. Lefort (de Paris). Cette proportion de trois succès sur trois opérations est exceptionnellement heureuse dans une affection aussi grave que l'iléus biliaire. Les deux premières opérations ont été pratiquées sur la même malade qui a fait à six mois de distance, deux iléus biliaires qui ont été guéris opératoirement : ce fait paraît unique.

Un cas d'utérus didelphe avec vagin double. — M. Pierre Laurent fait un rapport sur ce travail de M. Pierre Duhail (de Paris) concernant une femme de 20 ans. L'utérus didelphe avec vagin double est la forme la plus complète des diverses malformations du tractus génital dues au défaut de coalescence des canaux de Müller.

Une hystérographie faite à droite, puis à gauche, montre : 1° la forme et la situation des deux corps utérins qui ont chacun un col distinct ; 2° la perméabilité de deux trompes.

L'auteur a réséqué la cloison vaginale médiane qui rendait les rapports sexuels impossibles, intervention suivie de traitements opothérapique et diathermique pour améliorer l'hypoplasie utérine. Actuellement, la jeune femme est enceinte de quatre mois et demi, et la grossesse se poursuit normalement.

Le rapporteur passe en revue les incidents qui peuvent survenir du fait de cette malformation au cours de la grossesse : avortements, rupture d'une corne gravide ; dystocie pendant l'accouchement, etc...

Deux interventions ont été proposées pour cette malformation et ont pu être suivies de grossesse : 1° l'hémi-hystérectomie, après choix de la cavité utérine à sacrifier basée sur l'hystérographie ; 2° l'opération de Strassmann qui consiste à réunir en une seule les deux cavités utérines par une suture médiane.

Noma traité précocement par thermo-cautérisation et sérothérapie anti-gangréneuse. Guérison. — M. Marcel Darcissac fait un rapport sur ce travail de M. Pierre Duhail (de Paris). Chez un nourrisson de six mois et demi, un noma survint brusquement à la suite d'une friction de la gencive avec un morceau de sucre, afin de faciliter une éruption dentaire douloureuse. Grâce à une intervention précoce (destruction de la plaque sphacélée et large débridement au thermo-cautère) et à une sérothérapie anti-gangréneuse intensive, l'auteur a pu enrayer l'évolution de la gangrène et le nourrisson a guéri rapidement sans conserver aucune séquelle de cette grave infection.

Le rapporteur communique des observations de malades atteints de nomas graves qu'il a traités personnellement.

ACTUALITÉS

LA PROTECTION DE PARIS CONTRE LES GAZ

Plusieurs de nos confrères nous ont demandé où en est la question de la protection contre les gaz. Avec juste raison, l'opinion publique se préoccupe de connaître la nature des dangers que Paris et les grandes villes ont à courir et les mesures adoptées pour la protection des populations.

Nous avons précisément sous les yeux les renseignements que le professeur Tanon, inspecteur général des services techniques à la Préfecture de police, a apportés récemment au syndicat des médecins de la Seine. Cet exposé est extrêmement instructif.

« Il y a deux ans, a dit M. le professeur Tanon, une haute personnalité a été chargée d'organiser la défense contre les gaz. Elle a réuni pour cela différentes personnalités dans plusieurs départements et a formé des commissions de défense contre les gaz. A Paris, elle s'est adressée à M. le préfet de police. Une réunion s'est tenue sous la présidence de M. Chiappe et on a nommé plusieurs sous-commissions : 1° Eau et gaz ; 2° Incendies ; 3° Transports ; 4° Service sanitaire. Ces sous-commissions ont fonctionné d'abord séparément, puis se sont entendues dans une réunion générale où diverses décisions ont été prises. La question a été étudiée également, sous ses autres aspects, au ministère de la Guerre et au ministère de l'Intérieur.

En ce qui concerne l'eau, l'électricité et le gaz, il s'agissait de savoir si les divers points menacés étaient suffisamment protégés. On a prévu des canalisations qui permettront de faire arriver l'eau et le gaz dans les abris profonds. On a pris des précautions pour parer aux fuites qui résulteraient d'accidents arrivés aux différentes conduites.

Contre les incendies, la lutte est difficile. Avec les produits au magnésium, on arrive immédiatement à des températures de 2.000° et plus qui enflamment tout. Les Allemands ont depuis longtemps perfectionné leurs bombes, qui, grâce à une disposition spéciale, provoquent l'étalement des produits inflammatoires dans un rayon de 20 mètres. On a demandé que les pompiers fussent réquisitionnés et qu'on leur adjoignît des volontaires ; il semble que le personnel contre l'incendie doive être d'environ 7.500 personnes.

La sous-commission des transports a étudié les communications entre les points menacés et les administrations. Sur ce sujet, des dispositions spéciales ont été envisagées par les services téléphoniques ou les ambulances. Il a été également demandé que les médecins aient un numéro spécial pour être prévenus en cas de besoin. La Commission a décidé qu'ils auraient un numéro déposé au commissariat de police, lequel les mettrait en communication avec les clients.

Quels seraient ces médecins ? Ce seraient des médecins non mobilisés qui seraient inscrits sur des listes spéciales communiquées à la Préfecture de police.

La sous-commission sanitaire a convenu qu'on établirait des postes de secours, sur toute la superficie de Paris, postes munis de brancards et de brancardiers. On a prévu au moins quatre postes par kilomètre carré, chacun avec 20 brancardiers ; soit pour Paris, environ 10.000 hommes. Les blessés seraient transportés dans des abris temporaires ou définitifs.

Les abris temporaires seraient les commissariats de police, ou des endroits protégés, comme les caves. On a repéré 18.000 caves qui offrent des abris suffisants. Ces abris, quels qu'ils soient, seraient garantis par des toiles huilées, mastiquées sur les bords pour empêcher l'infiltration des gaz. L'utilisation des couloirs du Métropolitain a été aussi envisagée. Mais contre certaines grosses bombes, il faudrait des abris situés à 20 mètres de profondeur, sous revêtement de ciment. Certaines administrations ont fait le nécessaire dans ce sens.

Les abris définitifs comprendront des hôpitaux qui recevront les malades. Ils utiliseront les médecins non mobilisés et des dames des associations de secours aux blessés.

Pour les transports sur brancards, on compte faire appel à des hommes appartenant à des sociétés de secours, en particulier aux sauveteurs dont il existe plusieurs groupements.

Pour les autres abris, il faut savoir que divers services ont prévu leur établissement. Des plans ont été proposés par M. Bruère, d'autres par M. Marcille. Ce seraient des réduits demi-cylindriques en béton armé, où l'on pourra rassembler jusqu'à 150 personnes. Dans le projet de M. Marcille, les gens sont enfermés dans un abri à raison de 25 et peuvent y vivre 10 heures en circuit fermé.

Il a fallu se préoccuper aussi de la protection individuelle. Les masques remplissent ce but, et la vente en est jusqu'ici libre ; les pharmaciens peuvent en procurer à ceux qui en désirent. Mais il faut savoir que ces masques peuvent être quelconques ; ils n'offrent pas de garantie réelle ; ils s'éventent et ne peuvent être conservés. Aussi est-il inutile de les acheter en ce moment sans raison valable. L'armée pourra peut-être en fournir à la population, car ses masques sont parfaits, ils renferment du charbon actif qui donne toute garantie même contre les arsines, mais ne peut en proposer au public actuellement ; l'armée tout entière doit en être pourvue, et la fourniture aux civils représenterait une dépense très élevée. En cas de menace de guerre, on signalera à la population les endroits où on pourra se les procurer.

On a proposé des masques plus efficaces, appelés : en circuit fermé. Ils sont munis d'une soupape, avec une caisse contenant des produits absorbant tous les gaz, même l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, qui passent sur de la chaux. L'oxygène est fournie par un cylindre dans lequel il est compressé, et aussi par de l'oxylithe. Ces masques permettent de respirer pendant 4 heures et peut-être 10 heures. M. Marcille en a fabriqué un.

Dans les abris en circuit fermé, on organiserait cette circulation d'oxygène.

Des abris souterrains n'ont pas été construits à Paris. Il y en a dans quelques villes en France, et aussi en Russie et en Allemagne, où on les fait fonctionner. Ils sont fermés par deux portes et contiennent des instruments pour faire la respiration artificielle, des objets de pansement, etc. Des infirmières spécialement éduquées les occupent.

A l'étranger, on fait faire à la population des exercices de protection contre les gaz. Chez nous, on a pensé qu'il valait mieux s'en dispenser pour ne pas inquiéter le public et pour éviter les réactions des pacifistes outranciers, ou les indiscrétions des étrangers qui ne sont pas tous désirables, et pourraient provoquer une panique inutile. A ce point de vue, on peut compter sur les facultés d'adaptation des Français qui n'ont pas besoin d'une longue préparation pour se mettre au courant.

On doit installer des sirènes. Il y en a déjà une. On la fera fonctionner prochainement pour savoir quel est son rayon d'action et déterminer le nombre d'appareils semblables qui serait à prévoir. On préviendra le public de cette expérience. Le son sera très prolongé comme celui des sirènes de la guerre... »

Pour l'organisation médicale, on fera appel aux syndicats et aux œuvres. M. le professeur Tanon s'adressera d'abord aux médecins de la Préfecture. Il demandera ensuite au syndicat de se mettre en rapport avec lui et de lui indiquer des médecins. Il faut qu'ils aient une bonne santé et qu'ils aient subi un examen médical. On ne peut admettre des emphysémateux, des tuberculeux, des anxieux, car ce seraient des inaptes, la respiration n'étant pas bien libre dans les masques.

Dans l'échange de vues qui a suivi, M. Tanon a apporté les précisions suivantes sur les nouveaux gaz : « Ce sont des gaz aux arsines qui traversent tout, les ricinates, la glycérine, de nickel. On est parvenu à les annihiler avec le charbon actif. C'est un charbon formé de déchets organiques portés à une haute température. Il absorbe, outre des arsines, l'acide cyanhydrique et l'oxyde de carbone.

« Les vagues de gaz peuvent monter jusqu'à 25 mètres, mais avec des vents rencontrant des obstacles, la vague peut aller plus haut que des maisons. C'est ce qui fait qu'on n'a pas trop cherché à aller prendre l'air pur dans des régions plus élevées, pour le chasser avec des ventilateurs dans les zones dangereuses. On a proposé des appareils à hélices pour entraîner les gaz. Un inventeur a préconisé l'emploi de sacs de sable de protection. Je ne sais pas en quoi ils consistent ; il n'y a pas eu d'expériences faites. »

M. Tanon a ajouté que les trains peuvent circuler, car ils forment une masse suffisante pour déplacer les nappes de gaz.

Il faut remercier M. Tanon d'avoir apporté ces renseignements à ses confrères. Nous pouvons être assurés que sous son impulsion, la Préfecture de police prendra toutes les précautions nécessaires pour protéger la population dont elle a la charge.

F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT BROMURÉ EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur DESSOUT.

Le sédobrol exerce une action sédative toujours très bien tolérée, chez les enfants, même chez les nourrissons, chez les vieillards anxieux et hypernerveux, chez les femmes même au cours de la grossesse et de l'allaitement, chez les excités, chez les angoissés qui dorment peu ou mal et enfin chez les innombrables patients qui présentent des signes d'appréhension, de phobie légère avant une intervention même bénigne : le sédobrol, calmant et sédatif, prépare ou continue chez ces derniers l'action antalgique et progressivement hypnogène de l'allonal.

(1) *Courrier méd*, Paris, n° 23, juin 1932.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES SUBSTANTIA
F. Guillemoteau, pharmacien
13, Rue Pagès — Suresnes (Seine)

ÉMULSION ORIGINALE
d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. — Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. — Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS. — Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

LORAGA

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.839, Se.

LABORATOIRES ROBIN, 13 Rue de Poissy PARIS

Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..

Un petit déjeuner, un goûter, un suraliment parfait, à base de farines de céréales, de lait, de sucre et de cacao

NESCAO

PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ? NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir de vous l'envoyer.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 17 JANVIER 1934. — N° 5.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Un cas de tétanos bénin, par M. le professeur Lemierre.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société des chirurgiens de Paris.
HYGIÈNE PUBLIQUE
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les nouvelles mesures fiscales contre les médecins.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT
Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 13 janvier 1934. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. — Panaris du pouce. »

MM. Martin (Marcel), 14; Guénon des Mesnards, 16; Boyer (Jean), 19; Kiszelnick, 16; Vignalou, 28; Picart, 20; Audry, 17; Negreanu, 25; Barry, 14; Canetti, 10.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Jacques Dor a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux de Marseille.

M. le docteur Joseph Alliez a obtenu la médaille d'or de l'internat des hôpitaux.

— Grenoble. — M. le docteur Georges Arnaud a été nommé médecin suppléant des hôpitaux.

M. le docteur Paul Reboud a été nommé accoucheur suppléant des hôpitaux.

M. le docteur Jacques Goubert a été nommé radiologiste suppléant des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — La chaire de pathologie générale et médicale (titulaire : M. Porot) de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est transformée, à compter du 1er janvier 1934, en chaire de pathologie générale et clinique psychiatrique.

M. Porot est nommé professeur de pathologie générale et clinique psychiatrique à la Faculté d'Alger.

— Montpellier. — M. le docteur Pierre Monnier a été nommé chef des travaux de chimie biologique.

Concours du clinicat. — Ont été nommés : M. le docteur Boucomont, chef de clinique de médecine infantile; M. le docteur Ravoire, chef de clinique propédeutique médicale; M. le docteur Pierre Rimbaud, chef de clinique dermato-syphiligraphique; M. le docteur Cabanac, chef de clinique chirurgicale infantile; M. le docteur Viallefont, chef de clinique ophtalmologique; M. le docteur Sagols (titulaire), chef de clinique oto-rhino-laryngologique; M. le docteur Azemar (adjoint), chef de clinique oto-rhino laryngologique.

— Strasbourg. — Sont nommés agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg :

Chirurgie générale : M. René Fontaine.
Médecine générale : MM. Maurice Wolf et Elie Waitz.
Bactériologie : M. François Le Guyon.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Un concours pour cinq places d'internes titulaires et cinq places d'internes provisoires sera ouvert le jeudi 15 février 1934, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes, Paris (XIVe).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques :

Une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points.

Une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr. la première année; 5.900 fr. la deuxième et 6.200 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur-délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi, de 9 à 11 h., et le vendredi, de 14 à 17 h., jusqu'au 2 février (dernier délai d'inscription).

MÉRITE MARITIME. — Sont promus ou nommés :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Clerc, médecin sanitaire maritime, président de la Fédération des médecins sanitaires maritimes.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Espitallier, médecin sanitaire maritime; Le Calvé, médecin en chef de 1re classe de la marine.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef à l'asile public départemental d'aliénés du Rhône est vacant par suite du décès du docteur Lautier.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — Le bureau de la Société nationale de chirurgie est ainsi composé pour 1934 :

M. Georges Labey, président; M. Pierre Fredet, vice-président; MM. Jean Berger et P. Moure, secrétaires annuels.

MM. Toupet et Basset ont été maintenus dans leurs fonctions de trésorier et d'archiviste.

M. Proust est secrétaire général.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — L'assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 23 janvier, à 17 h., salle du Conseil de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté.

CAISSE NATIONALE DES SCIENCES. — Sont nommés membres du Conseil d'administration de la caisse nationale des sciences : MM. Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; Gosse, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble; Portmann, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le deuxième trimestre 1933-1934 :

21 janvier : M. Paul Jacquet. L'appendicite chronique et son traitement.

28 janvier : M. Jean Rachet. Les recto-coliques graves ulcéreuses et hémorragiques (projections).

4 février : M. Arnault Tzanck. Les problèmes de la prédisposition.

11 février : M. E. Desmarest. De la valeur de l'ostéosynthèse dans les fractures des os longs.

18 février : M. A. Cain. Les cancers du pôle supérieur de l'estomac (cancers sous-cardiaques et cancers tubérositaires (projections).

25 février : M. L. Babonneix. Les encéphalites aiguës infantiles (projections).

4 mars : M. Paul Sainton. La prophylaxie et la thérapeutique du goitre.

11 mars : M. Ameuille. Les tuberculoses pulmonaires spontanément curables (projections).

18 mars : M. F. Coste. La lutte antirhumatismale.

LA FIÈVRE TYPHOIDE A PARIS. — Le dernier bulletin décadaire de statistique municipale donne les renseignements suivants sur les cas de fièvre typhoïde constatés à Paris du 11 au 20 décembre :

La fièvre typhoïde a causé 12 décès (12 cas contractés à Paris), au lieu de 13 pendant la décade précédente (la moyenne est 3). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 98 (93 contractés à Paris, 5 en province), au lieu de 77 pendant la décade précédente (la moyenne est 22).

Depuis le commencement de l'année 1934, il apparaît que les cas de fièvre typhoïde sont en diminution.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Jean Cantacuzène (de Bucarest), associé étranger de l'Académie de médecine de Paris, correspondant de l'Académie des sciences, grand officier de la Légion d'honneur; MM. les docteurs Hortolès (de Montpellier), Jean Lautier, médecin chef à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône); de Nazaris (d'Agen).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 15 *janvier.* — Jury : MM. Couvelaire, président; Sergent, Lacomme, Haguenau. — M. Jundt. Gestation et accouchement chez les primipares âgées. — M. Pottier. Origine naso-bucco pharyngée des suppurations pulmonaires.

Mardi 16 *janvier.* — Jury : MM. Brindeau, président; Lemaître, Rathery, Lantuéjoul. — M. Mercier. Etude du traitement des hémorragies par placenta. — M. Boursat. L'hémonocivité, étude clinique et interprétation des accidents de la transfusion sanguine. — Mlle Hinkova. Les injections intra-veineuses d'alcool dans les abcès pulmonaires.

Jury : MM. Guillain, président; Laignel-Lavastine, Mouquin, Olivier. — M. Cornilleau. Barbey d'Aurevilly et la médecine. — M. Lemaitre. Contribution à l'étude des rêves normaux.

Jeudi 18 *janvier.* — Jury : MM. Cunéo, président; Pierre Duval, Lenormant, Wilmoth. — M. Munz. Contribution à l'étude des abcès musculaires. — M. Salamon. Essai de traitement de la métrite du col par un nouveau générateur de rayons ultra-violets. — M. Simon. Contribution à l'étude des appendices graves. — M. Le Duc. Etude des tumeurs bénignes de l'estomac. — M. Stern. La gastro-entérostomie postérieure (quelques détails de technique).

Samedi 20 *janvier.* — Jury : MM. Carnot, président; Gougerot, Tanon, Gastinel. — M. Auclair. Essai de diagnostic interférométrique des goitres. — M. Renaud. L'éosinophilie dans les prurits. — M. Piani. Considérations sur le climat et la pathologie de la Corse. — M. Truong Cam Cong. Etude du traitement de la lèpre par le chaulmoogra.

Mercredi 17 *janvier* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mathieu, président; Coquot, Robin. — M. Prat. Emploi du diagnostic radiologique dans la pathologie osseuse du chien.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULES

PANTOPON
"ROCHE"

OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES **3 FORMES** COMPRIMÉS

SIROP

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS

CHOLECYSTITES — LITHIASES BILIAIRES
et toutes variétés de
PYELO-NEPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15
(du Juniperus Oxycedrus.)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

NÉVROSES
INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES NOUVELLES MESURES FISCALES CONTRE LES MÉDECINS (1)

Le corps médical est profondément ému par l'article 4 de la loi du 23 décembre 1933, dont voici le texte :

« Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal qui présente, jour par jour, le détail de leurs recettes professionnelles. Ce livre est tenu par ordre de date, sans blancs, lacunes, ni transports en marge. Le Contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives. Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte, en regard de la somme encaissée, qu'un numéro d'ordre reproduit sur les quittances obligatoirement délivrées aux clients. »

*
* *

Dans un projet primitif, tel qu'il fut déposé par M. Catalan, député du Gers, et appuyé par un certain nombre de députés dont deux médecins, le Dr Dézarnaulds (Loiret) et le Dr Gout (Aude), les noms et adresses des clients devaient être inscrits en face des sommes encaissées. C'était une violation manifeste et grave du secret professionnel.

Aussi, dès qu'il en eut connaissance, le Dr Cibrie, Secrétaire général de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, par des lettres multiples et des démarches pressantes, s'efforça-t-il d'agir sur un grand nombre de parlementaires pour modifier cette disposition. Finalement, grâce à son insistance et à sa fermeté, il obtint que le nom du client fût remplacé par un simple numéro d'ordre. Ainsi, le secret professionnel était-il *à peu près* sauvé.

Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine, dans sa réunion du 9 janvier, a longuement discuté cette nouvelle mesure fiscale. Ses conclusions sont que l'article 4 représente une complication matérielle de l'exercice de la profession et une vexation morale, également inacceptables.

En effet, quelle corvée fastidieuse et quelle perte de temps, pour le praticien, déjà affligé par toute la paperasserie de la médecine sociale, de se promener avec son carnet à souche et ses timbres de quittance obligatoires, de délivrer à chaque consultation ou visite un reçu avec numéro d'ordre et signature, et le soir, rentré chez lui, de noter tous ses actes médicaux dans le livre-journal, sans aucune omission ni erreur. C'est une comptabilité commerciale incompatible avec une profession libérale, qui comporte des périodes de surmenage, comme par exemple, les épidémies.

Mais la signification morale de l'article 4 paraît encore plus inacceptable. Cet article s'inspire de la légende complaisamment cultivée par certains vertueux parlementaires, que les médecins forment une bande de fraudeurs qui doivent être traqués par les contrôles les plus rigoureux. Il y a là une suspicion véritablement injurieuse envers une profession qui, rappelons-le est la seule donnant son travail gratuitement ou à prix réduit à la collectivité, dans les hôpitaux, les dispensaires, les multiples œuvres de bienfaisance, ou même à titre de charité privée.

Aussi, le Syndicat des Médecins de la Seine est-il décidé à réclamer avec énergie une modification de la loi. La question étant d'ordre national, c'est à la Confédération des Syndicats Médicaux Français qu'incombe la tâche de réaliser l'action propre à nous donner satisfaction. Dans la poursuite de ce but, le Syndicat des Médecins de la Seine l'appuiera de toutes ses forces.

En attendant, les praticiens n'ont pas à se préoccuper de la loi qui n'est pas encore applicable. Qu'ils n'accordent aucune attention aux agences qui déjà leur offrent leurs services pour la tenue de leur comptabilité. Qu'ils continuent donc l'exercice de leur clientèle comme précédemment.

Le Conseil d'Administration
du Syndicat des Médecins de la Seine.

(Communiqué.)

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 1, p. 2; n° 3, p. 34; n° 4, p. 57.

PROPIDON

BOUILLON
STOCK-VACCIN MIXTE
DU PROFESSEUR
PIERRE DELBET

VACCINATION CURATIVE
DES
AFFECTIONS À PYOGÈNES

VACCINATION
PRÉ-OPÉRATOIRE

BOITES DE
3 AMPOULES DE 4cc

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES "POULENC Frères" & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

LES SÉRODAUSSE

sérum activé de jeune taureau

HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAURILLON
ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES

sérum de jeune bovidé en croissance

FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE
(HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT

OVARIUM
sérum activé de génisse

HORMONES OVARIENNES
ET ANTICORPS DES
POISONS
SÉNILES

INSUFFISANCES OVARIENNES
(CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)

PLUS GRANDE APTITUDE À L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)

LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

UN CAS DE TÉTANOS BÉNIN [1]

Par M. le professeur A. LEMIERRE.

Le 16 septembre 1932 une petite fille de 4 ans et demi, Jeannine B., était admise à l'Hôpital Claude-Bernard avec le diagnostic de tétanos. Le 1er septembre cette enfant avait fait une chute dans un jardin et s'était fait à la paume de la main gauche, dans la région de l'éminence thénar, une petite plaie superficielle, mais souillée de terre. La mère de l'enfant lava immédiatement cette plaie et fit sur elle une application de teinture d'iode. La plaie se cicatrisa rapidement les jours suivants. Mais, le 8 septembre, la mère remarqua que la main gauche de la petite Jeannine demeurait en flexion permanente sur l'avant-bras et les doigts sur la paume de la main. L'enfant n'accusait d'ailleurs aucune souffrance et paraissait en parfaite santé. Puis la raideur gagna tout le membre supérieur gauche et l'avant-bras se fixa en demi-flexion permanente sur le bras.

Enfin un certain degré de rigidité envahit tout le corps. Les mouvements devinrent lents et malaisés ; l'enfant paraissait se déplacer difficilement. Bien qu'elle continuât à ne pas se plaindre, à manger et à dormir comme d'habitude, la mère inquiète fit demander son médecin qui posa le diagnostic de tétanos et conseilla d'envoyer la petite fille à l'hôpital.

Lorsque j'entre dans sa chambre, au pavillon Bouchard, le matin du 17 septembre, je la trouve étendue sur son lit, très calme. Elle ne manifeste à mon approche aucune appréhension et, au moment où j'arrive au bord de son lit, elle étend vers moi sa main droite, d'un geste amical. Son visage présente un aspect très particulier. Ses traits sont figés dans une expression en quelque sorte hilare et un peu comique. Les fentes oculaires sont étirées horizontalement; les yeux bridés sont à peine visibles, en coulisse, sous les paupières presque closes. La fente buccale est également étirée dans le sens transversal. Mais il n'existe pas le moindre trismus. L'enfant ouvre la bouche largement, sans difficulté ; elle n'éprouve aucune gêne de la déglutition et elle a bu du lait à plusieurs reprises, très volontiers, depuis son admission. Le teint est normal, légèrement rosé.

Quand on découvre l'enfant on voit que le membre supérieur gauche est immobile, collé au corps. L'avant-bras est à demi-fléchi sur le bras, la main fortement fléchie sur l'avant-bras, et les premières phalanges des doigts sur la paume de la main ; la flexion des deuxièmes et troisièmes phalanges des doigts est moins accentuée. Cette attitude du membre supérieur gauche est due à une contracture permanente. On arrive difficilement à écarter le bras du tronc et à réduire un peu la flexion du coude, du poignet et des doigts. Ces tentatives de réduction ne provoquent d'ailleurs aucune douleur ; l'enfant ne se plaint pas et n'oppose aucune résistance. Quand on lui demande de serrer un objet avec sa main gauche, elle le fait par saccades, très lentement et imparfaitement. On voit à la paume de la main, près de l'éminence thénar, une mince croutelle grisâtre, seul reliquat de la plaie responsable de l'état morbide actuel.

Le membre supérieur droit ne présente rien de particulier. Tous les mouvements y sont libres et aisés. Le thorax est bombé, en inspiration forcée. Les muscles pectoraux présentent un certain degré de rigidité. Les espaces intercostaux sont larges, tendus, impossibles à déprimer. Cependant l'enfant ne paraît avoir aucune difficulté à respirer.

Les muscles de la paroi abdominale sont également contracturés, mais on peut, jusqu'à un certain point, vaincre cette contracture. L'enfant maintient ses membres inférieurs en extension ; mais c'est une attitude volontaire. On peut leur imprimer, sans rencontrer aucune résistance, tous les mouvements que l'on désire. La nuque enfin est parfaitement souple et l'on fléchit sans difficulté la tête sur la poitrine. Cependant il doit exister un certain degré de contracture des muscles de la colonne vertébrale, car quand on demande à l'enfant de s'asseoir sur son lit elle est incapable d'accomplir ce mouvement.

Nous l'aidons à s'asseoir, ce qui se fait très facilement. Mais au moment où nous la recouchons, nous voyons soudain se produire *une crise de contractures paroxystiques*, la seule que nous constations au cours de l'examen, la première qu'on remarque depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Subitement l'enfant émet une plainte légère. L'étirement et la rigidité des traits s'accentuent ; la face se cyanose un peu ; la tête se renverse en arrière et l'on perçoit alors à la palpation la corde des muscles occipitaux contracturés. La flexion du membre supérieur gauche s'exagère au même instant. Cette crise spasmodique ne dure que quelques secondes ; puis la détente survient. L'enfant pleure quelques instants, puis reprend son attitude calme et immobile.

Le restant de l'examen ne montre rien de particulier. Le cœur et les poumons sont normaux ; le pouls bat à 90. La température est à 37°8. La diurèse se fait sans difficulté. Les urines ne contiennent ni glucose, ni albumine. Le foie et la rate ne sont pas tuméfiés. Les réflexes sont normaux ; pas de signe de Babinski ; pas de signe de Kernig ; pas de troubles de la sensibilité.

Somme toute, malgré que le diagnostic de tétanos s'impose et qu'un tel diagnostic inspire forcément de l'appréhension, la situation ne paraît pas actuellement grave et nous prescrivons un traitement très simple. L'enfant est mise au repos complet dans une chambre close et obscure. Il est recommandé de la déranger le moins possible, mais cependant de la faire boire abondamment, en même temps que toutes les trois heures on lui donnera une cuillerée à café de sirop de chloral. Enfin, on lui fait immédiatement une injection sous-cutanée de 40 cmc. de sérum antitétanique.

Les 17 et 18 septembre, l'état est stationnaire. La petite Jeannine est presque continuellement somnolente, sous l'action du chloral. Elle ne se plaint jamais. Elle boit volontiers et sans aucune gêne. Elle ne présente pas de crises paroxystiques de contractu-

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital Claude-Bernard.

res, sauf à la visite du matin quand on allume la lumière électrique dans sa chambre pour l'examiner : c'est toujours la même crise spasmodique très brève que lors du premier examen. La température oscille entre 37°5 et 38°, le pouls entre 120 et 130. On continue le même traitement : 40 cmc. de sérum antitétanique sont injectés sous la peau le 17 et 80 cmc. le 18.

Le 19 septembre se montre une éruption sérique qui débute par l'abdomen aux points où ont été faites les injections, puis gagne le restant du tronc, les membres et la face. Elle est constituée par de larges papules érythémateuses, saillantes, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, très nombreuses et serrées les unes contre les autres, mais laissant entre elles des intervalles de peau saine.

La température du matin est à 38° ; celle du soir à 38°5. Le pouls bat à 95. Les contractures permanentes se sont nettement accentuées, surtout au membre supérieur gauche. Mais les crises paroxystiques sont toujours aussi rares. On pratique, malgré ces accidents sériques précoces, une injection intramusculaire de 40 cmc. de sérum antitétanique.

Du 20 au 24 septembre, la température se maintient constamment entre 39° et 39°5 ; le pouls est à 140. L'éruption sérique est intense et généralisée. Les contractures permanentes demeurent plus accentuées qu'au début, surtout celles du bras gauche. Cependant les spasmes paroxystiques ne sont pas plus fréquents. Le trismus fait toujours défaut. L'enfant boit bien. Elle reste dans une torpeur permanente et urine sous elle. Le 20 et le 21 septembre elle reçoit encore une injection intramusculaire de 60 cmc. de sérum antitétanique.

Le 25 septembre une détente notable se produit. La température tombe brusquement à 38°, puis descend graduellement pour atteindre 37° le 28 septembre et s'y maintenir définitivement. L'éruption sérique pâlit. Le pouls est à 110. Les contractures sont moins accentuées.

Le 30 septembre, aucune crise spasmodique paroxystique ne s'étant plus produite depuis cinq jours, on cesse le chloral. Les contractures de l'abdomen et du thorax se relâchent peu à peu. Celles de la face persistent sans changement notable de même que celles du membre supérieur gauche.

Les jours suivants l'amélioration se poursuit. La petite Jeannine est gaie et parfaitement éveillée. Elle s'assied seule sur son lit. Elle mange avec appétit. Les mictions involontaires ont disparu, de même que les contractures des muscles du thorax et de l'abdomen. L'aspect étrange et figé de la face persiste encore. Mais la souplesse du membre supérieur gauche revient. Les contractures s'y laissent facilement réduire; cependant le bras et surtout la main reprennent leur attitude en demi-flexion dès qu'on les abandonne à eux-mêmes. Les mouvements y sont par ailleurs plus aisés et l'enfant serre fortement les objets qu'on lui tend. C'est seulement aux environs du 20 octobre que le membre supérieur gauche est redevenu absolument normal.

Le 23 octobre se produit un petit incident : un œdème apparaît soudain à la face ; il bouffit surtout les paupières. C'est un œdème mou, blanc, nullement douloureux. Les urines sont normales. Il s'agit probablement d'un retour d'accidents sériques. Au bout de 48 heures cet œdème a disparu.

Le 25 octobre, comme il est question de rendre la petite Jeannine à sa famille, on l'examine debout. On s'aperçoit alors qu'elle se tient raide et comme guindée, que sa démarche est assez difficile et qu'elle est dans l'impossibilité de courir et de se baisser. Les yeux sont d'ailleurs encore un peu bridés ; l'impotence fonctionnelle est due à une persistance des contractures ne se traduisant que par la gêne de certains mouvements.

Le 29 octobre, les mouvements sont devenus plus aisés. L'enfant court et se baisse facilement. Elle sort de l'hôpital le 30 octobre.

Le cas de tétanos dont je viens de vous raconter l'histoire a présenté une physionomie bien particulière et qui mérite de retenir votre attention. Le diagnostic n'est pas douteux et nous retrouvons dans cette histoire tous les éléments qui permettent de l'établir sans discussion : la plaie souillée de terre, puis, après une incubation de huit jours (incubation assez longue, je vous prie de le remarquer) apparition de contractures permanentes intéressant les muscles du membre supérieur gauche, de la face, du thorax, de l'abdomen et des muscles spinaux, celle très fruste et se traduisant seulement par l'impossibilité de s'asseoir; et enfin crises de contractures paroxystiques, très rares et très brèves il est vrai, mais très nettes et déclenchées, comme il convient, par une excitation extérieure un peu vive.

Mais quelle différence entre le tableau clinique présenté par notre petite malade et celui que l'on décrit habituellement, quand on veut donner une idée de ce qu'est le tétanos. Nous ne retrouvons pas chez elle ce début par le trismus qui, une fois apparu, devient permanent et gêne la déglutition chez le malade tourmenté par une soif ardente ; l'opistotonos qui fixe la tête renversée en arrière sur l'oreiller ; ces contractures permanentes généralisées au tronc et aux membres ; ces crises paroxystiques de spasmes atrocement douloureuses, répétées, que déclenche le moindre bruit, le moindre choc, la moindre impression lumineuse ou tactile, qui entravent la respiration ; ces crises paroxystiques intéressant parfois les muscles du pharynx et du larynx, pouvant entraîner la mort rapide par suffocation ; ces sueurs abondantes ; toutes ces misères et tous ces dangers qui font du tétanos une des maladies les plus cruelles et trop fréquemment fatales.

Au contraire, chez notre petite malade, le tétanos s'est montré d'une bénignité inaccoutumée. Certes la longueur relative de la période d'incubation, huit jours, permettait d'espérer un tétanos chronique, à évolution favorable. Vous savez en effet que les tétanos apparaissant après une courte période d'incubation, cinq jours, trois jours, parfois moins encore, sont en général des tétanos aigus à issue souvent mortelle. Mais, dans notre cas, la bénignité de l'affection a de beaucoup dépassé ce qu'on était en droit d'attendre : le trismus a fait complètement défaut, ce

qui a permis à la petite malade de s'alimenter, surtout de boire, et d'éviter ainsi la déshydratation qui vient compliquer les formes graves avec gêne de la déglutition. Les crises paroxystiques de spasmes qui épuisent les tétaniques ont été d'une rareté telle qu'il fallait, pour qu'elles apparussent, de fortes excitations et d'une telle fugacité qu'elles ne constituaient pas une souffrance appréciable. Enfin je vous signale, pour y revenir plus longuement plus tard, le début bizarre des contractures par le membre où siégeait la plaie inoculatrice, la persistance de ces contractures à ce membre d'une façon prédominante, contrastant avec leur atténuation ou même leur absence dans les autres points du corps.

Je vous rappelle aussi que, chez cette enfant, le tétanos a été apyrétique. Le seul moment où la fièvre s'est montrée c'est à l'occasion des accidents sériques, qui se sont déclarés, d'une façon particulièrement précoce, au quatrième jour du traitement sérothérapique.

A n'envisager que l'ensemble des symptômes, l'évolution des accidents et l'impression favorable qui s'est, dès le début et par la suite, constamment dégagée de l'examen de cette enfant, il faut classer son observation dans le groupe des *tétanos bénins*. Car par opposition aux *tétanos suraigus*, rapidement *fatals* et aux *tétanos aigus* extrêmement graves également, il existe des *tétanos bénins*, constituant la forme la plus anodine de ce qu'on a appelé le *tétanos chronique*, qui, lui, aboutit en règle générale à la guérison.

Je puis vous citer ici quelques exemples de ces tétanos bénins qui font mentir la réputation redoutable et, malheureusement, trop justifiée de cette maladie.

J'ai eu l'occasion de voir en 1916 dans une ambulance de Champagne un territorial qui présentait une contracture des muscles de la face lui donnant ce masque hilare et un peu comique que je vous ai décrit chez la petite Jeannine. Cet aspect de son visage faisait même la joie de ses camarades de salle qui ne cessaient de le plaisanter ; et lui-même, qui ne souffrait nullement par ailleurs, était le premier à en rire. Il accusait aussi un peu de raideur des mâchoires, mais pas suffisante pour l'empêcher de manger et de boire. De plus il était, comme notre petite Jeannine, dans l'impossibilité de s'asseoir seul sur son lit bien que l'examen le plus minutieux ne permît de révéler la moindre contracture du tronc, du cou ou des membres. Enfin, au moment où je venais de le faire lever et de le faire asseoir sur une chaise, comme je percutais ses réflexes, il eut une soudaine secousse, une crise paroxystique brève comme l'éclair, qui arqua sa colonne vertébrale, projeta sa tête en arrière, faillit le précipiter sur le sol et lui arracha un cri.

L'histoire qu'il me raconta était la suivante : il travaillait dans les bois à abattre des arbres. Trois semaines auparavant, il s'était enfoncé une écharde dans le médius de la main gauche ; la trace de la petite plaie était d'ailleurs encore parfaitement visible. Huit ou dix jours plus tard il remarqua qu'il ne pouvait plus élever les bras et manier sa hache. On le dispensa de service. Puis les jours suivants il lui arriva, à plusieurs reprises, quand il quittait la cabane où il restait étendu, pour marcher dehors, de rouler brusquement à terre sans savoir pourquoi, en même temps qu'il éprouvait un bref élancement dans la colonne vertébrale. Là encore le diagnostic du tétanos bénin caractérisé par un minimum de contractures permanentes ainsi que par l'extrême rareté et l'extrême brièveté des crises paroxystiques était évident. Sans aucun traitement tous les symptômes s'atténuèrent chez ce territorial et, quinze jours plus tard, il pouvait quitter l'ambulance.

Un soldat, dont M. Hallé a rapporté l'histoire, était porteur d'une blessure à la jambe déjà guérie lorsque survinrent dans cette jambe des douleurs et des crampes apparaissant seulement pendant la marche ; puis un trismus peu serré fit son apparition et tout s'arrêta là. Le sujet guérit après avoir reçu un traitement sérothérapique assez discret.

Chez un autre soldat soigné par MM. Hallé et Mouchet, le tétanos débuta par des contractures intéressant la jambe blessée au moment où on renouvelait le pansement ; puis d'autres contractures peu intenses se montrèrent, réalisant un tétanos généralisé très atténué et le malade guérit.

Un troisième soldat, observé par M. Hallé, était si bien rétabli d'une blessure par balle dans le bras, où ce projectile était d'ailleurs resté, qu'il se distrayait en ramant chaque jour pendant des heures. Après une séance particulièrement longue d'aviron, il ressentit dans le bras blessé de vives douleurs et des crampes ; aucune autre contracture ne se montra. On procéda à l'extraction de la balle à la surface de laquelle M. Levaditi put mettre en évidence la présence de bacilles de Nicolaïer.

Parmi les *tétanos bénins*, je rangerai un fait curieux publié sous le nom de *tétanos intermittent* par MM. Pagniez et Rivoire. Il s'agissait d'un tétanos à longue incubation de trois semaines, caractérisé par des crises paroxystiques se produisant 4 ou 5 fois par jour à l'occasion d'une émotion ou d'un bruit soudain, intéressant les muscles des membres, du thorax, de l'abdomen, mais sans trismus et disparaissant brusquement. Dans l'intervalle de ces crises, il ne persistait qu'une légère raideur des membres inférieurs, plus perceptible à droite où siégeait la plaie inoculatrice, au niveau du gros orteil. La guérison survint sans aucun traitement particulier, ce qui prouve bien que la situation de ce sujet n'avait pas paru bien inquiétante à MM. Pagniez et Rivoire. Cependant les crises spasmodiques étaient chez ce malade assez impressionnantes, et s'accompagnaient d'anxiété vive et de sueurs profuses. Ce tétanos intermittent, un peu moins atténué que celui que je vous ai décrit chez notre petite malade, me paraît constituer un aspect bénin de ce qu'on appelle habituellement le *tétanos discontinu ou rémittent*, dans lequel, en dehors des spasmes paroxystiques, les contractures permanentes se relâchent nettement sans pourtant disparaître.

Le tétanos dont a été atteinte notre petite malade n'a pas seulement été bénin. Ayant débuté par le membre supérieur droit, consécutivement à une blessure de la main droite, il est resté prédominant dans

ce membre, tandis que les autres contractures apparues secondairement sont demeurées au deuxième plan. On peut donc le ranger parmi les *tétanos localisés ou tétanos partiels des membres*. On sait que ceux-ci se reconnaissent à ce qu'ils commencent par le membre blessé, qu'ils peuvent y rester cantonnés ou bien que, si le trismus, l'opisthotonos et d'autres contractures font par la suite leur apparition, elles ne prennent en général pas une grande intensité. Les cas rapportés par M. Hallé, dont je vous ai parlé précédemment, rentraient dans cette catégorie.

Cet aspect clinique du tétanos est connu depuis longtemps. Mentionné par Guy de Chauliac, puis par Dominique Larrey, il a attiré de nouveau l'attention des chirurgiens pendant la guerre franco-allemande de 1870-71. On hésitait à le ranger dans le cadre du tétanos et Collin et Follin le désignaient sous le nom de *spasme traumatique*. C'est à Verneuil et à G. Richelot que nous devons d'avoir démontré que ces spasmes des blessés ne sont autre chose que des tétanos partiels et atypiques.

L'étude en a été reprise par Demontmorot dans sa thèse en 1904. Mais c'est surtout au cours de la récente grande guerre qu'on a eu l'occasion d'en observer de nombreux exemples et de mieux apprendre à les connaître. Qu'il me suffise de vous citer les travaux que leur ont consacrés Courtellemont, Milian et Lesure, Rauzier et Estor, Bérard et Lumière, S. Pozzi, Routier, Carnot, Courtois-Suffit et Giroux, H. Roger, Claude et Lhermitte, P. L. Marie. Très souvent ces tétanos partiels se sont déclarés chez des sujets qui avaient reçu, plus ou moins précocement, du sérum antitétanique. Ceci explique que la plupart du temps leur période d'incubation a été longue. Rarement elle n'a été que de cinq à dix jours. Le plus souvent c'est trois semaines, deux mois et jusqu'à trois mois et plus après la blessure qu'ils ont fait leur apparition, alors que l'immunité passive conférée par les injections de sérum antitétanique avait cessé d'exister.

Je ne puis m'étendre ici sur les différents aspects que peut prendre le tétanos partiel des membres. On en a décrit une *forme monoplégique* frappant surtout un des membres inférieurs, moins souvent un membre supérieur et consécutive à une plaie de l'extrémité du membre. Il débute par des douleurs au voisinage de la blessure et par des secousses brèves, répétées, atrocement douloureuses, qui parfois, pendant des jours, arrachent des cris au patient. Puis s'installent les contractures permanentes et à ce moment le tétanos peut se généraliser. Mais cette généralisation peut faire défaut. Ce tétanos monoplégique peut durer parfois longtemps ; mais il est bénin et se termine par la guérison.

Il existe une *forme paraplégique*, plus rare, observée presque uniquement aux membres inférieurs et dont il n'existerait qu'une seule observation concernant une atteinte simultanée des deux membres supérieurs.

Je vous citerai enfin, parmi les tétanos partiels des membres, la *forme fruste à évolution lente et à incubation prolongée*, de Claude et Lhermitte, dont la seule appellation définit les caractères.

Mais ce ne sont pas seulement les blessures des membres qui sont susceptibles de provoquer des tétanos partiels, ou tout au moins débutant et restant prédominants dans les groupes musculaires les plus proches de la plaie. P. L. Marie a décrit une *forme localisée à type abdomino-thoracique* consécutive à une plaie de la face antérieure de l'extrémité supérieure de la cuisse avec contractures initiales des muscles de l'abdomen. J'ai vu moi-même, pendant la guerre, une morsure de cheval à l'abdomen déterminer un tétanos caractérisé par des vomissements, des contractures des muscles de la paroi abdominale et un trismus d'ailleurs de courte durée.

Enfin je ne ferai que vous rappeler, car il est classique, le groupe des tétanos céphaliques dont la localisation est nettement en rapport avec le siège de la plaie tétanigène : le *tétanos céphalique non paralytique*, par plaie de la face ou du crâne dans sa *forme simple* avec trismus, spasme facial et opisthotonos, mais sans dysphagie ni dyspnée ou dans sa *forme hydrophobique* où dominent les crises de contracture du pharynx et de la glotte ; le *tétanos céphalique avec paralysie* faciale de Rose, dû à une blessure de la face, avec paralysie faciale du côté de la plaie et contracture du côté opposé d'où l'aspect classique dit *rire sardonique ; le tétanos céphalique avec ophtalmoplégie* ou *tétanos bulbo-paralytique de Worms* consécutif à une blessure de la région orbito-sourcilière, des paupières ou du globe de l'œil lui-même, où l'on constate en plus des contractures de la face et du trismus une paralysie du moteur oculaire commun et parfois du moteur oculaire externe ; un *tétanos céphalique* avec *atteinte de l'hypoglosse* caractérisée par une paralysie de la langue associée parfois à une paralysie faciale, si bien que se trouve réalisé un syndrome de paralysie glosso-labio-laryngé, auquel s'ajoute occasionnellement une ophtalmoplégie.

Si j'ai énuméré devant vous ces formes atypiques de tétanos, après vous avoir exposé l'histoire complète d'un cas atypique que nous avons observé récemment à Claude-Bernard, c'est pour vous bien faire toucher du doigt ces faits où le siège initial et parfois même la seule localisation des contractures sont directement en rapport avec le siège de la plaie tétanigène, par opposition aux faits de beaucoup les plus fréquents, aux faits classiques, dans lesquels, quel que soit le siège de cette plaie, le tétanos débute par le trismus et la raideur de la nuque. Pourquoi cette différence si frappante entre les deux groupes de faits ? Vous savez que le tétanos est une maladie toxique ; que le bacille de Nicolaïer, qui demeure dans la plaie, y sécrète une toxine ; que celle-ci atteint les centres nerveux, s'y fixe en vertu d'une appétence spéciale de la substance nerveuse pour cette toxine bien mise en évidence par les expériences classiques de Wassermann et Takaki et engendre ainsi les symptômes de la maladie. On a invoqué, pour expliquer le début du tétanos par le trismus une affinité plus accentuée du poison tétanique pour les noyaux bulbaires. Cette explication est peut-être un peu trop facile, je dirais presque un peu simpliste. Elle a le défaut de ne pas expliquer les tétanos localisés, les tétanos à début

atypique qui, malgré tout, ne sont pas exceptionnels.

Nous allons, si vous le voulez bien, reprendre la question dans son ensemble. Et je me guiderai pour la discuter devant vous sur un remarquable travail d'un jeune bactériologiste de l'Institut Pasteur, trop tôt disparu, M. P. Descombey, travail publié en 1930 dans le Recueil de Médecine vétérinaire.

Voyons d'abord les aspects divers du tétanos dans certaines espèces animales.

D'après ce que je vous ai déjà dit, à n'envisager que le côté clinique de la question, il existe chez l'homme deux variétés de tétanos : en premier lieu, le *tétanos normal, bulbaire, généralisé et descendant*, débutant par le trismus ; et en second lieu le *tétanos anormal, médullaire, local* ou *ascendant*, dans lequel les contractures débutent au voisinage de la plaie tétanigère.

Le cheval, comme l'homme, contracte spontanément le tétanos, le plus souvent consécutivement à une blessure des pieds par un clou, parfois après une intervention chirurgicale. Quel que soit le siège de la blessure, le tétanos normal débute toujours par la projection en avant du corps clignotant de l'orbite, organe dont la mobilité se trouve sous la dépendance du nerf moteur oculaire externe ; puis, presque en même temps se montre le trismus, suivi de la raideur de la nuque, puis de la raideur des membres : le tétanos normal du cheval est donc un tétanos bulbaire, généralisé, descendant.

Mais il existe chez le cheval, beaucoup plus rarement d'ailleurs que chez l'homme, un tétanos à début local, en rapport avec le siège de la plaie. On a vu des plaies de la face déterminer tout d'abord une contracture des muscles de la face ou une paralysie oculaire, suivies rapidement de trismus puis de généralisation. On a pu voir aussi une plaie de l'encolure engendrer un tétanos qui débute par une flexion permanente du cou du côté de la blessure, flexion due à la contracture des muscles cervicaux de ce côté ; puis survient le trismus et la généralisation. La même forme de tétanos avec flexion de l'encolure d'un côté a été signalée par Nocard chez les chevaux soumis à l'immunisation antitétanique pour la production du sérum antitétanique. On sait que ces animaux reçoivent sous la peau de l'encolure tout d'abord une toxine atténuée par mélange avec de la liqueur iodo-iodurée de Gram ; puis au bout de quelque temps une série d'injections de toxine pure. C'est après la première injection de toxine pure que peuvent apparaître les *tétanos d'immunisation*, parfois à *début cervical, localisé*, mais qui peut se généraliser ensuite. P. Descombey a constaté l'apparition de la même forme de tétanos chez des chevaux incomplètement vaccinés contre le tétanos par une seule injection de 20 centimètres cubes d'anatoxine tétanique et chez lesquels on implante quelques semaines plus tard dans les muscles du cou une grosse écharde de bois préalablement trempée dans une culture en bouillon de bacille de Nicolaïer.

Il existe donc chez le cheval les deux formes de tétanos : normale, bulbaire, descendante et anormale, médullaire, ascendante, absolument comme chez l'homme.

Si maintenant nous envisageons les animaux de laboratoire, le chien, le lapin, le cobaye, la souris chez lesquels on n'observe pas de tétanos spontané, mais le tétanos expérimental, nous voyons que les choses se passent tout autrement que chez l'homme et chez le cheval. Ici l'injection de culture ou de toxine tétaniques sous la peau ou dans les muscles d'une patte (et c'est presque toujours une patte postérieure que l'on choisit), détermine invariablement un tétanos localisé au membre inoculé, qui se généralise ensuite en donnant de l'opisthotonos. Ici le *tétanos normal* est un tétanos *local, médullaire, ascendant*.

On peut cependant, grâce à certains artifices, provoquer chez le cobaye un tétanos généralisé d'emblée. On y parvient en pratiquant l'injection de toxine directement dans une veine. Nicolle et Pozerski ont obtenu le même résultat en injectant dans la patte de l'animal chaque fois 1/50e de la dose minima mortelle de toxine : au bout de 17 à 35 injections quotidiennes on finit par voir éclater un tétanos généralisé d'emblée, sans prédominance locale.

On peut également observer un phénomène analogue en inoculant au cobaye une toxine tétanique en voie de transformation en anatoxine. On sait que, pour obtenir ce dernier produit, on met à l'étuve à 37° pendant plusieurs semaines une toxine très active, après l'avoir additionnée de 3 gr. par litre de formol du commerce. Avant de perdre complètement son pouvoir toxique, la toxine passe par toute une gamme descendante de nocivité. Au moment où celle-ci est déjà très atténuée, on peut, en en injectant quelques centimètres cubes sous la peau d'un cobaye, déterminer chez cet animal un tétanos généralisé d'emblée. Le même effet peut être réalisé enfin par l'injection au cobaye d'un mélange de toxine et d'antitoxine (sérum antitétanique), mélange ayant encore conservé une faible toxicité. Dans ce cas comme dans le précédent, la période d'incubation est généralement très prolongée.

On voit donc que chez le cobaye on peut faire également apparaître deux tétanos ; mais chez lui alors que le tétanos normal est un tétanos médullaire, localisé ascendant, c'est le tétanos généralisé qui constitue la forme anormale, contrairement à ce qui se rencontre chez l'homme et chez le cheval.

Ce coup d'œil d'ensemble sur le tétanos spontané ou expérimental dans la série animale est d'un intérêt tout spécial. Il permet d'élucider immédiatement certaines questions qui se posent à propos de la pathogénie des différents aspects cliniques de cette maladie. Certains auteurs ont avancé que les tétanos généralisés sont provoqués par des toxines actives, tandis que c'est à des toxines de nocivité atténuée que seraient dus les tétanos partiels. Les faits que nous venons d'exposer montrent que cette opinion est insoutenable. Nous avons vu en effet que, chez le cheval, des toxines très actives sont susceptibles d'engendrer un tétanos localisé ; par contre l'expérience démontre que c'est au contraire en injectant au cobaye une toxine atténuée dans sa nocivité qu'on parvient le plus aisément à provoquer chez cet animal un tétanos généralisé d'emblée.

Il semble donc bien établi que, chez le cheval, comme chez l'homme, c'est à une toxine active que

sont dues les diverses formes de tétanos, normales et anormales.

Mais il est un fait qui ressort également des expériences que j'ai mentionnées : c'est que le tétanos partiel s'observe avec une particulière fréquence chez les animaux ayant subi un début d'immunisation contre cette maladie, chevaux servant à la préparation du sérum antitétanique, chevaux ayant reçu une injection unique d'anatoxine tétanique. Je vous rappelle à ce propos que les tétanos partiels de l'homme sont souvent des tétanos post-sériques.

Ces points établis, je reprends la discussion ayant pour objet d'élucider la pathogénie des tétanos anormaux et normaux de l'homme et des animaux.

Je dois vous rappeler ici certaines expériences réalisées avec la toxine tétanique. Ces expériences ont démontré que la toxine tétanique inoculée à l'extrémité de la patte d'un lapin ou d'un cobaye, ou bien la toxine produite en ce point par l'inoculation de bacilles tétaniques, chemine, pour atteindre les cellules de la moelle épinière et engendrer un tétanos localisé, le long des troncs nerveux du membre.

Un détail des premières expériences de Carle et Rattone en 1884 le montre déjà et mérite d'être rappelé.

On sait que ces auteurs ont déterminé le tétanos expérimental chez le lapin en inoculant à cet animal des fragments d'une pustule d'acné qui avait été le point de départ d'un cas humain mortel de tétanos. Puis ils ont pu réaliser le passage de la maladie de lapin tétanique à lapin neuf en inoculant à ces lapins neufs des fragments de nerfs, provenant des lapins tétaniques, et allant du point d'inoculation tétanigène à la moelle, tandis que l'inoculation du sang restait négative.

C'est aux recherches de A. Marie et Morax, en 1902 et 1903, que nous devons nos connaissances les plus précises sur la progression de la toxine tétanique le long des troncs nerveux. Sans entrer dans le détail de ces recherches, je puis vous dire qu'elles ont établi les faits suivants :

1° La toxine tétanique, inoculée en un point chemine le long du nerf correspondant pour parvenir à la moelle au point correspondant. Si, en cas d'injection à l'extrémité distale du membre inférieur, on sectionne le nerf sciatique immédiatement avant ou immédiatement après l'injection, le tétanos ne se produit pas. Mais le nerf sciatique, au-dessous du point de section, contient de la toxine, si bien qu'inséré sous la peau d'un animal neuf, un fragment de ce segment du nerf provoque le tétanos chez cet animal. Au-dessus du point de section le nerf ne contient pas de toxine. Si on a pratiqué la section du sciatique cinq ou six jours avant l'injection de toxine et laissé à la dégénérescence wallérienne le temps de se produire, le nerf ne s'imprègne de toxine ni en aval, ni en amont de la section : c'est donc le long du *cylindraxe que chemine la toxine tétanique* pour parvenir à la moelle.

2° *La progression de la toxine le long du tronc nerveux se fait uniquement dans le sens centripète.* Si, quelques heures après l'inoculation de toxine à l'extrémité de la patte d'un lapin, on sectionne le sciatique au genou, on voit que seul le bout périphérique du nerf demeure virulent, tandis que le bout central perd peu à peu sa virulence ; en effet la toxine de ce bout central a peu à peu progressé vers la moelle et n'en reçoit plus de nouvelle venant de l'extrémité distale du nerf.

3° *L'absorption de la toxine par les cylindraxes se fait par les terminaisons nerveuses périphériques.* Toutes les extrémités nerveuses de tous les nerfs au voisinage et loin du point d'inoculation absorbent de la toxine.

Quand on injecte directement dans le sang une quantité de toxine suffisante pour que la concentration des humeurs en toxine soit assez élevée, toutes les extrémités nerveuses s'en imprègnent et le tétanos est généralisé. Quand l'injection de toxine est faite localement, sa concentration dans les humeurs locales demeure, pendant 24 heures environ, supérieure à celle du restant des humeurs de l'organisme; et, pendant 24 heures, l'absorption de toxine par les filets nerveux locaux est supérieure à celle qui se produit dans les autres points de l'économie : d'où le tétanos local. Puis la concentration en toxine du restant des humeurs augmentant, le tétanos se généralise.

Ainsi donc, d'après A. Marie et Morax, une partie de la toxine inoculée ou produite in situ par le bacille de Nicolaïer est tout de suite absorbée par les terminaisons nerveuses locales, tandis qu'une autre partie passe dans la circulation sanguine. Il n'y a pas sur ces deux points matière à discussion. Mais les auteurs ne sont pas d'accord quand il s'agit d'établir en vertu de quel mécanisme la toxine passée dans le sang se fixe sur l'ensemble des centres nerveux pour provoquer un tétanos généralisé.

Pour certains, tels de Roux et Borrel, ainsi que Vaillard, cette toxine va directement, par voie circulatoire se fixer sur les cellules nerveuses du névraxe. Pour d'autres, tels que A. Marie et Morax, Nicolas, Cesari et Jouan, la toxine passée dans le sang, quand elle atteint dans les humeurs une concentration suffisante, imprègne les extrémités terminales de tous les nerfs de l'organisme, remonte le long des troncs nerveux et parvient aux centres suivant le même processus qui se joue au niveau de la plaie tétanigène.

C'est cette dernière opinion à laquelle se rallie P. Descombey et à l'appui de laquelle il apporte les faits suivants.

La poule peut recevoir impunément d'énormes quantités de toxine tétanique sous la peau et dans les muscles ; son sang peut charrier pendant des jours des proportions très élevées de cette toxine sans qu'elle prenne le tétanos. Pourtant les cellules de son névraxe sont sensibles à la toxine puisqu'on peut provoquer chez elles le tétanos, comme l'ont montré Courmont et Doyon, en injectant directement dans le cerveau de cet oiseau des doses minimes de toxine. Ainsi donc la toxine apportée aux centres nerveux de la poule par voie circulatoire reste sans action, malgré l'affinité de ces centres nerveux pour ce poison. Mais les terminaisons nerveuses chez cet animal ne s'imprègnent pas de toxine et ne peuvent la transmttre aux troncs, puis, de là, aux centres.

Roux et Borrel ont montré que, chez le cobaye qui présente déjà un tétanos local, on peut arrêter net la

progression de cette maladie par une injection intracérébrale d'antitoxine tétanique. Cette antitoxine agit certainement comme agent préventif et non comme agent curatif. Elle atteint les cellules nerveuses avant la toxine, bien que celle-ci circule déjà dans le sang depuis plus de 24 heures et ait déjà été apportée en proportion notable par voie circulatoire au contact de ces cellules. Les expériences de Camera Pestana, de A. Marie et Morax, de Blumenthal ne laissent pas de doute sur ce dernier point et, dans l'expérience de Roux et Borrel, il y a déjà plus de 24 heures que la toxine est en circulation dans le sang quand intervient l'injection intracérébrale d'antitoxine.

Nocard a inoculé sous la peau de l'encolure d'un cheval une dose mortelle de toxine tétanique. Quatre jours plus tard, il a injecté dans la veine jugulaire de ce cheval cent centimètres cubes de sérum antitétanique et le cheval n'a pas contracté le tétanos, tandis qu'un cheval témoin, inoculé en même temps avec la toxine, prenait le tétanos quatre jours plus tard et succombait à cette maladie. Le cheval traité par le sérum avait donc pu, pendant quatre jours, charrier de la toxine dans sa circulation et la mettre impunément par cette voie en contact avec les centres nerveux.

Il paraît donc bien établi que la toxine tétanique ne peut parvenir aux cellules du névraxe qu'en empruntant la voie des nerfs périphériques et c'est en partant de cette donnée que P. Descombey a tenté de donner une explication pathogénique des formes normales et anormales du tétanos dans la série animale.

D'après lui, l'affinité spéciale de certains groupes cellulaires du névraxe pour la toxine tétanique ne peut expliquer l'aspect clinique de cette maladie et c'est ailleurs qu'il faut chercher la raison des différences d'aspect occasionnellement observées.

Tout d'abord la forme normale du tétanos est fonction de la longueur des nerfs que la toxine est obligée de parcourir pour parvenir aux centres nerveux. Chez les petites espèces, souris, cobayes, lapins, chiens, ce trajet est bref. Aussi l'incubation est-elle courte. Elle est en moyenne de 8 à 12 heures chez la souris, de 13 à 18 heures chez le cobaye, de 18 à 36 heures chez le lapin, de 36 à 48 heures chez le chien. Le tétanos a un début local. Le degré de concentration de la toxine dans les humeurs au point de production ou d'inoculation de ce poison favorise son absorption rapide par les extrémités nerveuses et, en raison de la brièveté des troncs nerveux chez ces petits animaux, la toxine a le temps de parvenir à la moelle et de déclencher l'apparition d'un tétanos local avant que la toxine passée dans le sang ait pu elle-même atteindre dans les humeurs de tout l'organisme une concentration suffisante pour imprégner l'ensemble des terminaisons nerveuses, puis des nerfs et provoquer un tétanos généralisé.

Chez les grands animaux, dont le cheval est le type, l'incubation est plus longue. Elle est au moins de quatre jours. D'autre part les nerfs sont très longs, surtout quand il s'agit de ceux qui se rendent aux extrémités des membres. Pendant cette longue période d'incubation et pendant que la toxine tétanique absorbée par les terminaisons nerveuses à son point de production chemine le long des nerfs, celle qui passe dans la circulation a le temps d'atteindre un degré de concentration assez élevé dans le sang et dans les humeurs de l'économie tout entière, avant que la moelle épinière soit elle-même touchée. Le tétanos n'est donc pas local. Et, chez le cheval, le premier noyau touché est celui du moteur oculaire externe, parce que ce nerf est le plus court de l'organisme ; la toxine apportée par le sang a donc le temps d'imbiber les terminaisons périphériques du moteur oculaire externe, de remonter le long du tronc nerveux lui-même et d'atteindre le noyau bulbaire avant que la toxine qui chemine le long des longs nerfs des membres ait pu aborder la moelle.

D'après P. Descombey la même explication serait valable pour l'homme et le début normal du tétanos humain par le trismus est justiciable de la même pathogénie.

Voyons maintenant comment cet auteur interprète l'apparition des tétanos anormaux. Là encore il fait intervenir avant toute chose la longueur des troncs nerveux.

Chez les petits animaux, si l'on retarde l'absorption locale de la toxine et si l'on allonge la période d'incubation, on obtient un tétanos généralisé d'emblée, descendant, qui est la forme anormale dans ces espèces.

Je vous ai dit précédemment que ce tétanos généralisé d'emblée peut être provoqué chez le cobaye par injection intraveineuse directe de toxine de sorte que les ramifications terminales de tous les nerfs de l'organisme soient en contact avec une humeur contenant, en tous les points, de la toxine tétanique au même degré de concentration. Je vous ai dit aussi que le même tétanos généralisé d'emblée peut être provoqué par injection sous-cutanée au cobaye d'une toxine atténuée dans sa nocivité. L'incubation est en pareil cas de 8 à 15 jours, au cours desquels cette toxine, dont l'affinité pour les terminaisons nerveuses semble diminuée, atteint dans le sang un degré élevé de concentration avant même qu'elle ait eu le temps d'imprégner fortement les ramuscules nerveux du point d'inoculation. Je vous rappelle aussi que le tétanos généralisé d'emblée peut être obtenu chez le cobaye par des injections quotidiennement répétées et nombreuses de doses extrêmement minimes de toxine, trop minimes pour imprégner efficacement les terminaisons nerveuses locales, mais suffisantes pour s'accumuler progressivement dans l'ensemble des humeurs.

Enfin je vous citerai une dernière expérience non moins curieuse : en injectant au cobaye dix doses mortelles de toxine tétanique dans le coussinet plantaire ou dans le repli cutané interdigital, régions presque complètement dénuées de terminaisons nerveuses, on n'obtient finalement qu'une légère ébauche de tétanos local se montrant en même temps qu'un tétanos généralisé. En raison de la pauvreté en fibrilles nerveuses du point inoculé, la toxine injectée a le temps d'atteindre dans les humeurs un degré de concentration suffisante et d'être absorbée par l'ensemble des terminaisons nerveuses de tout le corps, avant que la toxine absorbée in situ et cheminant le long du sciatique ait eu elle-même le temps de parvenir à la moelle épinière.

Chez les grands animaux, cheval et homme, les tétanos anormaux sont les tétanos locaux. Chez le cheval les tétanos locaux s'observent uniquement quand la plaie tétanique siège à la face et à l'encolure là où les nerfs qui vont au névraxe sont courts. Il n'existe pas chez le cheval de tétanos spontané localisé aux membres. Chez l'homme les tétanos les plus régulièrement en rapport avec le siège de la plaie tétanigène sont les tétanos céphaliques et là encore la longueur des nerfs semble bien devoir intervenir.

Mais ce sont les *tétanos dits d'immunisation*, observés chez le cheval et chez l'homme, qui cadrent le mieux avec l'hypothèse de P. Descombey, d'autant plus que contrairement à ceux qui éclatent chez les sujets neufs, ces tétanos d'immunisation sont très souvent des tétanos locaux.

C'est lorsque le cheval a déjà acquis un certain degré d'immunité consécutivement à des injections répétées de toxine tétanique atténuée par l'iode ou à une injection unique d'anatoxine, qu'une inoculation de toxine pure dans l'encolure détermine chez lui un tétanos localisé se traduisant par la flexion de cette encolure. C'est surtout chez les blessés qui ont reçu une ou plusieurs injections de sérum antitétanique qu'on voit, après une longue incubation, survenir les tétanos localisés des membres.

Dans le cas du cheval, comme dans celui de l'homme, il existe dans le sang une certaine quantité d'antitoxine suffisante pour saturer, pendant quelque temps au moins, la toxine introduite ou produite in situ. Mais in situ la concentration de la toxine dans les humeurs peut être suffisante pour être absorbée par les terminaisons nerveuses, cheminer le long des nerfs et provoquer l'apparition d'un tétanos médullaire, localisé. C'est seulement quand la totalité de l'antitoxine est saturée par la toxine en circulation, si tout au moins cette éventualité se produit, qu'on peut voir éclater un tétanos généralisé, dont l'apparition est plus ou moins postérieure à celle du tétanos localisé.

P. Descombey va même au-devant de l'objection que l'on peut formuler en faisant valoir qu'on observe aussi des tétanos localisés des membres chez des hommes qui n'ont pas reçu de sérum antitétanique, ou chez lesquels l'injection de ce sérum est si ancienne qu'il ne persiste plus dans les humeurs la moindre trace d'antitoxine. On ne peut en effet supposer que quelques sujets possèdent dans leur sang une certaine proportion d'antitoxine spontanément acquise, comme de nombreuses personnes possèdent de l'antitoxine diphtérique acquise par le processus de l'immunisation spontanée et occulte. Ce processus ne joue pas en ce qui concerne le tétanos et, jusqu'à maintenant, on n'a jamais pu déceler la moindre trace d'antitoxine tétanique dans le sérum de l'homme ou des animaux neufs.

C'est pourquoi P. Descombey se demande si quelquefois l'absorption de la toxine in situ par la circulation ne peut être retardée par des lésions vasculaires traumatiques ou chirurgicales au siège de la blessure ou par un processus de cicatrisation. Cette explication me paraît très acceptable, car j'ai eu, dans un autre ordres d'idées, l'occasion de constater combien les œdèmes s'accumulent plus facilement dans les points traumatisés et combien il est difficile de les en déloger, sans doute en raison de la gêne apportée à la circulation lymphatique et veineuse de retour. Il y a là un point de physiologie pathologique qui s'accorde très bien avec l'hypothèse de P. Descombey.

Et maintenant il nous faut revenir sur le cas de la petite Jeannine et voir si la forme clinique particulière de tétanos qu'elle a présentée trouve son explication dans le mécanisme pathogénique invoqué par P. Descombey. Chez elle, la plaie tétanigène a été si minime et si superficielle qu'on peut difficilement invoquer une gêne circulatoire ayant retardé l'absorption de la toxine par les vaisseaux veineux et lymphatiques, tout en se souvenant pourtant que la cicatrisation de cette plaie a été extrêmement rapide. D'autre part, on pourrait supposer que, l'enfant étant très jeune et le membre supérieur très court, la toxine tétanique absorbée in situ par les terminaisons nerveuses a eu le temps de parvenir, en cheminant le long des troncs nerveux, jusqu'à la moelle un peu avant que se soit produit le tétanos plus étendu résultant d'une concentration suffisamment élevée de la toxine dans le sang. Pour que cette interprétation fût valable il faudrait que chez les enfants très jeunes le tétanos affectât d'une façon habituelle les allures du tétanos localisé ou tout ou moins à début et à prédominance locale. Or je n'ai jamais entendu dire qu'il en fût ainsi.

Je n'en attache pas moins à l'hypothèse formulée par P. Descombey une importance considérable. Peut-être les facteurs qu'il a invoqués pour expliquer l'apparition du tétanos localisé, tout en continuant à jouer ont-ils besoin encore pour avoir leur pleine action de l'intervention d'autres facteurs secondaires, encore mal définis ; mais cette hypothèse n'en reste pas moins étayée par des arguments d'une telle valeur que j'ai jugé intéressant de la soulever devant vous.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1934)

Installation du bureau. — M. Charles Richet, président sortant, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie et les changements survenus parmi les membres, les associés étrangers et les correspondants pendant le cours de l'année 1933.

M. Emile Borel prend la présidence et prononce l'allocution d'usage.

Action de la séroopothérapie sur la production de la matière grasse du lait chez les vaches laitières. — M. G. Monnot.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1933)

Kyste gazeux intrathoracique s'accompagnant de manifestations angineuses chez une femme de 66 ans. — MM. R. Benda, A. Bosquet et P. Chapireau rapportent une observation de kyste gazeux du poumon, dont les signes clini-

ques et radiologiques furent attribués, à tort, mais comme il est fréquent en pareil cas, à un pneumothorax généralisé. L'image observée ne pouvait évoquer d'autre idée que celle d'un épanchement gazeux dans la grande cavité pleurale.

Ils montrent que les soustractions d'air répétées, auxquelles ils ont soumis leur malade, ont calmé les crises d'angor et les accès de dyspnée. L'âge de la malade, son long passé silencieux du point de vue pathologique, n'empêchent pas de la faire rentrer dans le cadre des malformations kystiques congénitales. Les constatations histopathologiques confirment d'ailleurs cette interprétation.

Malgré la présence de quelques placards athéromateux aortiques, ils ne pensent pas devoir considérer les manifestations angineuses comme des crises d'angor banales surajoutées.

De la dyspnée de Cheyne-Stokes. Sa disparition sous l'influence de l'inhalation de gaz carbonique. Le Cheyne-Stokes du sommeil. — MM. C. LIAN et DEPARIS montrent que la dyspnée de Cheyne-Stokes disparaît sous l'influence de l'inhalation d'un mélange de 5 à 10 pour 100 de gaz carbonique dans l'air atmosphérique (inhalateur carbonique de Lian et Barrieu). Mais cette dyspnée réapparaît dès qu'on cesse l'inhalation de gaz carbonique.

Ils rapportent en outre l'observation d'un malade chez qui il suffisait d'appliquer sur le visage un masque largement ouvert à l'air libre pour que la dyspnée de Cheyne-Stokes cessât immédiatement. Ils insistent également sur le fait que la dyspnée de Cheyne-Stokes existe seulement pendant le sommeil chez d'assez nombreux malades.

De la dyspnée de Cheyne-Stokes (Remarques pathogéniques et thérapeutiques). — MM. C. LIAN et DEPARIS estiment que dans beaucoup de cas la dyspnée de Cheyne-Stokes est due à la fois à la perte du contrôle cérébral et à l'hyperexcitabilité bulbaire (théorie cérébro-bulbaire).

Les rapports de l'activité cérébrale avec ce type de dyspnée conduisent à faire appel le moins possible aux médicaments tels que bromure, chloral, morphine, chez des malades ayant un rythme de Cheyne-Stokes, surtout s'il est seulement ébauché ou inconstant.

Enfin, après avoir constaté la disparition du Cheyne-Stokes sous l'influence du gaz carbonique, on pourrait recourir à une inhalation prolongée, en se préoccupant des réactions humorales (acidose).

Valeur de l'isodiphasisme de QR en dérivation III pour le diagnostic de l'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle. — MM. C. LIAN, GOLBLIN et STEINBERG ont trouvé en DIII un critère ayant une valeur beaucoup plus grande, c'est l'isodiphasisme de QR : la partie initiale du complexe ventriculaire est alors composée exclusivement de deux accidents égaux l'un à l'autre, le premier négatif Q, le second positif R. Cet isodiphasisme a été rencontré par eux chez 26 malades, parmi lesquels 23 avaient un angor cardio-artériel. La constatation de l'isodiphasisme de QR en dérivation III constitue donc une présomption considérable en faveur de l'existence d'un angor cardio-artériel, c'est-à-dire coronarien.

Péricardite calcifiante. — MM. M. DUVOIR, Ed. PICHON et P. DE VULPIAN. Un cas de péricardite calcifiante avec une véritable cuirasse péricardique en dessous et en avant du cœur. Les symptômes cliniques attiraient l'attention vers le cœur, mais ne permettaient pas de soupçonner l'état anatomique du péricarde, état que l'examen radiologique décela. Par ailleurs, l'électro-cardiogramme a montré une inversion de T. Etiologie indécise.

La fièvre barbiturique. — M. Paul JACQUET. Les réactions hyperthermiques sont de règle au cours de l'intoxication aiguë par les barbiturates. Sur 19 cas observés, 15 furent hyperthermiques. La température, normale le premier jour du coma, s'élève rapidement à 39° dans le courant du deuxième jour.

Elément de gravité certaine, il est difficile de supputer cependant, d'après la température seule, les chances de survie. En l'absence d'anamnestiques, cette hyperthermie à retardement, au second jour d'un coma de cause indéterminée et s'abaissant par la suite en même temps que le malade s'éveille, possède une réelle valeur diagnostique et doit faire rechercher dans les urines la présence des barbiturates.

Formes frustes de l'ostéomalacie vertébrale. — M. DECOURT. Plusieurs cas que l'auteur rapporte à une forme fruste d'ostéomalacie vertébrale. Il s'agit de femmes présentant une affection vertébrale douloureuse avec cyphose. A la radiographie on constate soit une décalcification vertébrale diffuse et du tassement des vertèbres, soit un aspect ondulé des faces latérales des vertèbres, soit de l'obscurité des espaces intervertébraux. Traitement efficace par l'ergostérol irradié.

Complications bronchectasiques des sténoses œsophagiennes. — MM. CHABROL et COCHIN. Deux malades ayant présenté les grands symptômes de la dilatation des bronches au cours d'un rétrécissement de l'œsophage. La dilatation bronchique a évolué sous les traits de la forme hémoptoïque et s'est compliquée d'un abcès intra-parenchymateux communiquant avec les bronches.

Huit cas de leucémie chronique à monocytes. — MM. MARCHAL, BARGETON et MAHOUDEAU. Caractères généraux : hypertrophie de la rate constante, adénopathies dans tous les cas. Evolution chronique coupée de poussées aiguës avec douleurs osseuses, syndrome hémorragique, leucocytose variable : hémocytes en nombre considérable : 50 à 90 pour 100. Divers arguments peuvent faire penser que ces leucémies chroniques à monocytes représentent peut-être des leucémie lymphoïdes transformées par un facteur splénique. Ces formes ont une évolution très lente et obéissent bien à la radiothérapie.

Intoxication barbiturique mortelle malgré l'injection de 1 gr. 30 de strychnine en 67 heures. Inhalation de carbogène. — MM. FLANDIN et Jean BERNARD. L'action de la strychnine est insuffisante pour neutraliser une intoxication barbiturique après 24 heures de coma. La strychnine paraît impuissante vis-à-vis du barbiturique fixé sur les centres bulbaires.

Les inhalations de carbogène paraissent plus efficaces.

Signification pronostique grave de la fièvre continue sans augmentation de la leucocytose et de la polynucléose.

Posologie de la strychnine chez les alcooliques. — MM. FLANDIN et Jean BERNARD. On peut injecter impunément aux alcooliques des doses de 8 ct. par heure. Au delà seulement apparaissent des accidents toxiques.

Accidents du traitement strychnique de l'intoxication barbiturique. — MM. Jean PARAT, DELAY et MACREN. Malade ayant absorbé 3 gr. de véronal et 0,60 de gardénal, chez lequel une injection de 1 centig. de strychnine déclencha une crise de tétanos qui dura un quart d'heure. Guérison.

Effets paradoxaux de la strychnine à hautes doses dans deux cas simultanés d'intoxication barbiturique. — MM. D'OELNITZ, BALESTRE, BRUGIÈRE et RAIBAUDI (Nice). Deux époux sont amenés dans un coma barbiturique complet, 70 heures après absorption du toxique. Le mari, 60 ans, a absorbé 10 gr. de véronal ; la femme, 47 ans, en a pris 15

gr. L'homme, fébrile, succomba après avoir reçu 44 centigrammes de strychnine ; la femme, apyrétique, guérit, ayant seulement reçu 6 centigr. de strychnine en 20 heures.

Traitement des empoisonnements barbituriques. — MM. Louis Rémond et Delay. Intoxiqué par le véronal, ayant succombé en 3 jours, malgré l'injection intra-veineuse de 62 centigr. de strychnine. Le malade n'est jamais sorti du coma. A noter l'influence heureuse de la coramine sur l'intoxication barbiturique et sur l'intoxication strychnique.

Paralysie du petit sciatique et du cutané péronier après injection dans la fesse de quinine-uréthane. – MM. Urédeta et Dragomir (Cluj).

Hémisyndrome cérébelleux syphilitique. — MM. Uredeta et Dragomir relatent ce cas au cours d'une syphilis méconnue. Guérison après traitement par la malaria, le néosalyarsan et le bismuth.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 25 novembre 1933)

Variations tensionnelles intra-artérielles chez l'homme au cours de l'inhalation de nitrite d'amyle. — MM. Gaucher, Jean Lequime et Adalbert Van Bogaert ont, par la méthode des ponctions artérielles, inscrit des variations tensionnelles intra-artérielles au cours d'épreuves au nitrite d'amyle chez des sujets normaux, des angineux et des hypertendus. Dans tous les cas, ils ont noté un effet hypotensif impressionnant, la chute de la moyenne vraie suivant les variations des maxima et minima. Ces mesures directes confirment donc la notion classique.

La teneur des glandes surrénales en adrénaline chez les animaux parathyroprivés. — MM. Léon Binet et Georges Weller, étudiant le problème des relations entre glandes surrénales et parathyroïdes, ont dosé l'adrénaline, dans le système surrénal, chez des chiens parathyroïdectomisés quelques jours auparavant. Ils ont constaté que le taux de l'adrénaline diminue progressivement à mesure qu'augmente le temps écoulé depuis la parathyroïdectomie.

Ils ont étudié en outre, chez les animaux parathyroprivés, l'influence de l'administration quotidienne de gluconate de calcium, sur le taux d'adrénaline dans la surrénale ; ils ont constaté que ce taux reste normal lorsque la médication appliquée suffit pour s'opposer à la baisse de la calcémie.

Histologie des réactions allergiques du derme à la tuberculine. — M. R. Laporte. Dans les deux premières heures de l'intradermo-réaction tuberculinique, il se produit un afflux de polynucléaires ; à partir de la deuxième heure, l'émigration cellulaire à monocytes devient très importante. Les monocytes prédominent toujours dans le derme et l'hypoderme des réactions faibles non nécrotiques et dans l'hypoderme profond des réactions fortes. Dans celles-ci, le derme et l'épiderme sont envahis par de très nombreux polynucléaires. Aux stades tardifs (60e heure), les foyers à monocytes profonds se développent en une nappe de véritable tissu de granulation au sein duquel on rencontre de nombreuses cellules pseudo-épithélioïdes.

Technique permettant de déterminer la toxicité réelle de la toxine tétanique. — MM. S. Mutermilch, M. Belin et Mlle Salamon. L'hypothèse d'après laquelle la toxine tétanique dériverait d'une protoxine, parce que les dilutions faites en eau physiologique peptonée sont plus actives que celles faits en eau physiologique seule, ne paraît pas devoir être retenue. D'autres substances, en effet, le sérum de cheval ou de lapin, jouent le même rôle que la peptone. Cette augmentation de toxicité est due à l'action protectrice exercée par le sérum et la peptone.

Il convient de retenir ce fait qu'en eau physiologique, surtout avec de fortes dilutions, la toxine tétanique est rapidement détruite et il est fort difficile par suite de préciser exactement la dose minima mortelle. Pour y parvenir, il est indispensable de faire intervenir une des substances protectrices décrites par les auteurs, le sérum ou la peptone par exemple.

Mesure sur l'excitabilité des nerfs moteurs de la pince de l'écrevisse. — Mme H. Mazoué, au moyen d'excitations portées sur le nerf de la pince de l'écrevisse et sur ses ramifications, a montré que les deux systèmes antagonistes, l'adducteur et l'abducteur avaient entre eux une différence de chronaxie analogue à celle que l'on signale habituellement dans ces systèmes. La chronaxie du système abducteur est plus grande que celle du système adducteur.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 17 novembre 1933)

Trois observations de fractures de l'extrémité supérieure du tibia traitées chirurgicalement. Résultats éloignés. — M. Raphaël Massart fait un rapport sur ce travail de M. Le Page (d'Orléans). Premier cas : arrachement des deux tubérosités antérieures tibiales par chute sur les genoux ; traitement par vissage. Deuxième cas : fracture du condyle externe avec déplacement ; mise en place d'une plaque de Lambotte. Troisième cas : fracture par éclatement, traitée par extension et compression des fragments par un appareil imaginé par l'auteur.

Le rapporteur expose la manière dont il conçoit le traitement de ces fractures. Il réserve le traitement sanglant par arthrotomie aux fractures à grand déplacement avec lésions des ménisques (arrachement, désinsertion, interposition). En vissant ces fractures sans faire l'arthrotomie, on risque de visser en même temps un ménisque arraché et interposé. Aux autres fractures, il faut réserver un traitement orthopédique réalisant l'extension du fragment diaphysaire et la coaptation des fragments épiphysaires écartés.

Compte rendu d'une mission au Brésil. — M. Abel Desjardins.

Les opérations conservatrices en gynécologie. — M. Raymond Petit en rapporte 262 cas, suivis à longue échéance ; ignipuncture pour micro-kystes : 69 cas, — suivis de 6 grossesses ; résection cunéiforme de l'ovaire : 79 cas, — suivis de 4 grossesses ; salpyngoplastie : 14 cas, — suivis de 3 grossesses ; myomectomie : 60 cas, — suivis de 11 grossesses ; transposition de l'ovaire dans l'utérus : 40 cas, — suivis de 5 grossesses ; soit 262 cas suivis de 29 grossesses. Pas de mortalité.

Dans deux cas d'ignipuncture, un kyste abdominal survint ensuite.

Dans l'hystérectomie, faut-il garder un ovaire ? Non, du moment que la muqueuse est supprimée.

Pas de conservation après quarante-cinq ans, ni dans les cas très infectés : bacillose ou cancer, dans l'envahissement kystique de tout l'ovaire avec sclérose complète.

La conservation en gynécologie n'est utile qu'en tant qu'elle sauvegarde la fonction. Les cas présentés montrent qu'elle a une réelle valeur à ce point de vue.

Syndrome abdominal aigu avec apparition d'ulcère duodénal au cours d'un purpura rhumatoïde. — M. Canonne communique cette observation dans laquelle le malade a

guéri par gastro-entérostomie. Il étudie le syndrome abdominal aigu au cours du purpura : Sénèque et Gosset en ont décrit quatre types cliniques ; l'auteur en ajoute un cinquième, uniquement douloureux.

La conduite du chirurgien est très difficile dans ces cas, car l'intervention et l'abstention se défendent, le syndrome simulant ou une appendicite, ou une invagination, ou une perforation. A l'intervention, il arrive souvent qu'on ne trouve rien. Il semble cependant utile d'intervenir en raison des tableaux cliniques graves constatés dans ces cas, et parce que l'opération a montré parfois la présence d'une invagination ou d'une perforation.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le *Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique*, que dirige M. Abt, vient de publier le compte rendu des travaux de sa session d'octobre, qui a eu lieu à Paris, sous la présidence de Sir George S. Buchanan (Grande-Bretagne).

A l'ouverture de la session, le Comité a commémoré le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Office international.

Les travaux du Comité ont ensuite porté sur le *Pèlerinage au Hedjaz* en 1933. L'état sanitaire de ce pèlerinage a été bon. — L'étude des patentes de santé a été ensuite poursuivie, et le Comité a délibéré sur les questions sanitaires relatives à la navigation aérienne.

L'étude des maladies contre lesquelles est dirigée la prophylaxie internationale a apporté d'intéressants renseignements :

La peste en Afrique. — Il s'agit d'établir d'abord quels sont les territoires dans lesquels la peste humaine a un caractère endémique, puis si l'endémicité y est entretenue par l'infection des rongeurs domestiques ou par l'existence, chez des rongeurs sauvages, d'un réservoir de virus. Des renseignements ont déjà été reçus de l'Egypte, la Tunisie, l'Algérie, l'Afrique Occidentale Française, Sierra-Leone, la Nigeria, le Congo Belge, l'Union de l'Afrique du Sud, le Nyassaland, le Tanganyika. Ils seront présentés dans une étude d'ensemble, quand les réponses des autres pays seront parvenues. Des données jusqu'ici recueillies, il semble résulter que, dans les pays cités, il n'existe actuellement qu'une région où l'enzootie des rongeurs sauvages conserve et propage le virus : c'est la zone étendue qui, de l'Etat libre d'Orange et de la partie orientale de la Province du Cap, a gagné au Nord la Rhodésie par le Transvaal et à l'Ouest les confins de l'Angola par l'Ovamboland. Il importe de surveiller attentivement cette marche progressive de l'infection pesteuse et de faire tous les efforts possibles pour l'arrêter ; de même, les foyers de peste murine qui pourront être reconnus devraient être délimités et circonscrits...

Choléra. — Au sujet du choléra, la question suivante a été posée au Comité : lorsque la date du pèlerinage de La Mecque, qui avance chaque année de 11 jours dans le calendrier grégorien — les fêtes de l'Arafat et de Mona étant fixées par la loi coranique à une date immuable de l'année musulmane, qui ne comprend que 354 jours, — tombera à certaines saisons, le risque d'une épidémie de choléra au Hedjaz pourra-t-il s'accroître ? Un rapport consacré à ce problème a montré que les épidémies de choléra qui ont sévi au Hedjaz de 1831 à 1912 (dernière année où le choléra ait été signalé) se sont produites avec une fréquence presque égale en été et en hiver ; seuls, les deux mois d'avril et août ont toujours été indemnes. Les épidémies d'été ont une mortalité plus forte, mais celles d'hiver durent plus longtemps. Quant aux pays d'où le choléra peut être ap-

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

MUTHANOL

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

LABORATOIRE G. FERMÉ 55, Bd de STRASBOURG PARIS (10e)

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, asseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

porté au Hedjaz, on y observe des épidémies en toutes saisons ; dans l'Inde notamment, l'incidence saisonnière varie selon les provinces ; en général, il y a un maximum dans le troisième trimestre et un autre en décembre-janvier. La défense du Hedjaz contre le choléra dépend, avant tout, de la généralisation de la vaccination anticholérique ; l'époque de l'année a peu d'importance.

La fièvre jaune. — La méthode de vaccination contre la fièvre jaune par l'emploi combiné de virus fixé sur la souris et d'immunsérum a été rendue plus pratique par la substitution, pour le sérum, de l'injection intradermique à l'injection sous-cutanée : la quantité nécessaire n'est que de 1 centimètre cube, au lieu de 35 à 45 centimètres cubes, et les résultats semblent équivalents. 80 personnes ont été vaccinées à Londres par ce nouveau procédé (Findlay). La Commission de la Fièvre jaune suit aussi avec intérêt les expériences de vaccination faites à l'Institut Pasteur de Paris par Pettit et Stefanopoulo, et à l'Institut Pasteur de Tunis par Laigret.

L'épidémie de *variole* bénigne qui sévit en Angleterre depuis 1922 et a produit dans la période 1922-1932 plus de 80.000 cas, peut être considérée comme à peu près éteinte.

Quelques cas d'encéphalite post-vaccinale ont été constatés en 1933 en Angleterre, dans les Pays-Bas, en Suède. Les chiffres absolus sont faibles, mais ils doivent être rapportés à un nombre de vaccinations en diminution notable, surtout à l'âge scolaire ; la proportion des cas est restée la même dans les Pays-Bas (1 p. 5.000), en Suède (1 p. 20.000). Les chiffres concernant l'Allemagne ne sont pas encore établis pour 1933. On se préoccupe, dans les Pays-Bas, du grand nombre d'enfants de 4 à 9 ans qui ne seraient pas immunisés, au cas où une épidémie de variole se déclarerait ; une organisation, comprenant des médecins, des infirmières, des locaux, est prête à fonctionner en cas d'épidémie imminente.

Le *typhus exanthématique* a été plus fréquent en 1933 qu'en 1932 dans de nombreux pays : Egypte, Algérie, Maroc, Bassoutoland, Union de l'Afrique du Sud, Syrie, Yougoslavie, Pologne, Etats-Unis, Chili.

Scarlatine. — Le délégué de la Grande-Bretagne a présenté au Comité les résultats des études faites en Angleterre par le docteur Griffith sur les streptocoques scarlatineux. Sur 222 souches isolées d'angines scarlatineuses, 70 p. 100 appartenaient à 4 types sérologiques, les autres à des types divers ; le groupe des streptocoques présents chez des scarlatineux n'est donc pas sérologiquement homogène. D'autre part, des streptocoques des types scarlatineux les plus fréquents peuvent provoquer des épidémies d'angines, compliquées d'otites, de mastoïdites, de septicémie, sans un seul cas d'éruption scarlatineuse ; et des streptocoques hémolytiques isolés d'autres infections que la scarlatine sont capables de produire une toxine. Cependant, il est de règle que, dans un foyer de scarlatine, on ne rencontre qu'un seul type sérologique ; et lorsque, pendant la convalescence, il survient, chez un sujet, une deuxième atteinte de la maladie, fait qui n'est pas rare, le streptocoque est différent de celui qui a causé la première attaque. Il résulterait de ces constatations que la scarlatine serait une des manifestations — mais non la seule possible — d'une infection streptococcique par un streptocoque hémolytique produisant assez de toxine érythématogène pour surmonter l'immunité antitoxique du sujet.

On voit que l'unanimité n'est pas faite dans l'interprétation du rôle des streptocoques hémolytiques dans la pathogénèse de la scarlatine.

Rougeole. — La séro-prophylaxie de la rougeole est maintenant appliquée en Angleterre, suivant des modalités différentes, à Liverpool, Birmingham, Manchester, Brighton. Dans une enquête faite à Londres en 1931-1932, chez 2.020 enfants en contact avec des malades, dont 680 reçurent du sérum de convalescent et 1.133 du sérum d'adulte (en quantité double), la proportion de sujets qui échappèrent à la contagion fut 3 fois plus forte que chez les témoins non traités. De plus, quand le sérum avait été donné avant le 5e jour d'incubation, les rougeoles qui se sont déclarées ont évolué sous une forme très bénigne.

Au Portugal, les essais d'immunisation passive contre la rougeole au moyen du sang placentaire ou du sérum correspondant ont continué avec succès. Des expériences sur les animaux ont montré que le sang placentaire possède aussi une certaine action protectrice contre l'infection diphtérique.

Encéphalite léthargique. — Une épidémie d'encéphalite léthargique d'une intensité exceptionnelle a éclaté à Saint-Louis (Etats-Unis) dans le courant de l'été 1933 : du 1er juillet au 1er octobre, 1.029 cas, 187 décès. L'encéphalite léthargique a produit en moyenne 20.000 à 22.000 cas par an aux Etats-Unis, dans la période de 1920 à 1932 ; la fréquence est de même ordre que celle de la poliomyélite ; mais la maladie a habituellement un caractère sporadique ou endémique. Dans l'épidémie de Saint-Louis, elle a des traits particuliers : peu de symptômes oculaires (ophtalmoplégie, ptosis, strabisme), plus de stupeur et de coma que de somnolence. On s'est demandé s'il s'agissait d'un type nouveau. A ce propos, il a été rappelé dans le Comité de l'Office que l'encéphalite léthargique a présenté en Europe, de 1918 à 1924, un caractère très polymorphe. L'hypothèse de la transmission par des moustiques a été faite aux Etats-Unis ; mais jusqu'ici elle n'a pu être vérifiée expérimentalement. L'inoculation, au singe, de matériel provenant de malades décédés a donné des résultats qui encouragent à continuer des essais.

Poliomyélite. — Une petite épidémie de 11 cas de poliomyélite a été observée parmi les élèves internes d'une école en Grande-Bretagne. 7 de ces cas, très légers, ont guéri entièrement sans avoir reçu de traitement sérothérapique ; de tels faits ne doivent pas être perdus de vue, lorsqu'on apprécie les résultats du traitement sérothérapique dans un foyer. Au Danemark, une épidémie est apparue dans un district rural restreint. Un cas de contagion certaine par contact personnel a été observé dans un hôpital. Les médecins ont appris à diagnostiquer la maladie au stade préparalytique, dans le milieu épidémique. Le sérum de convalescent a empêché la paralysie de se développer, lorsqu'il a été appliqué à ce stade. Il s'est montré inefficace quand des symptômes paralytiques, même légers, étaient apparus avant qu'il soit administré.

Typhoïde. — La vaccination contre les fièvres du groupe typhoïdique a donné en Pologne des résultats jugés moins bons qu'on ne l'espérait...

Il semble, d'après la discussion qui a suivi cette communication, que le vaccin employé en Pologne ait été relativement pauvre en germes : 750 millions de bacilles typhiques et 250 millions de chacun des paratyphiques A. B, C, par centimètre cube ; la vaccination comportait 2 injections, de 0,5 et 1 centimètre cube. En Roumanie, où l'on estime que la vaccination a fait pratiquement disparaître les affections typhoïdiques de l'Armée, le vaccin contient, par centimètre cube, 3 milliards de bacilles typhiques et 1 milliard et demi de paratyphiques A et B.

La *maladie de Weil* continue à préoccuper l'autorité sanitaire dans les Pays-Bas. Le nombre des cas déclarés a été de 207 en 1932, 134 en 1933 jusqu'à mi-octobre.

ASTHÉNIE GÉNÉRALE
Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

6 à 9 pilules par jour.

HOMOLOGUE FÉMININ : YO-GYNINE

LABORATOIRE ISCOVESCO

107, Rue des Dames, PARIS

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

SCILLARÈNE

" SANDOZ "

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARDIO-RÉNAL POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS. — DIURÉTIQUE GÉNÉRAL
DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES	GOUTTES	COMPRIMÉS	SUPPOSITOIRES
1/2 à 1 par jour.	XX, 2 à 8 fois par jour.	2 à 8 par jour.	1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e. B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES

Absorption facile et rapide
Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus,
Ne ferme pas le rein, ne provoque pas de verliges.
Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT

Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéo-muqueuse
Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale
ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Ste Ame Des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

OLÉTHYLE-BENZYLE

La *myalgie épidémique* continue à sévir au Danemark, avec la même fréquence et la même incidence saisonnière. En Suède, il y a eu, en 1931, une vive poussée de cette maladie ; le total des cas peut être estimé à 12.000. En 1932 et 1933, quelques cas seulement. On a observé le type respiratoire, avec une difficulté à respirer telle qu'elle entraînait de la cyanose, et le type abdominal, qui pouvait suggérer le diagnostic d'appendicite, ou de perforation consécutive à un ulcère de l'estomac. Parmi les complications, on a signalé des orchites, ou plutôt des névralgies ou névrites du plexus spermaticus. La myalgie n'est peut-être pas un trait essentiel de la maladie qui, dans certains cas, a plutôt les apparences d'une névrite. Quant à la répartition géographique, les régions côtières de la partie centrale et méridionale de la Suède et les îles avoisinantes ont presque seules été atteintes. Des régions séparant des territoires fortement touchés sont restées indemnes (notamment les villes de Gothembourg et de Stockholm). Cette particularité a donné naissance à l'hypothèse que la contamination ne se ferait pas toujours par contact, mais peut-être plutôt par voie digestive ; la maladie a surtout affecté des contrées basses et riches en eaux.

La myalgie épidémique a été signalée à plusieurs reprises en Norvège ; elle y a été décrite notamment sous le nom de maladie de Bamle ; mais elle n'a pas été constatée au cours des dernières années, 1931 inclus. 2 cas viennent d'être observés à Belgrade et 3 nouveaux cas au Portugal, qui s'ajoutent aux 3 cas signalés à partir de 1932. Elle ne paraît pas se rencontrer actuellement en Allemagne, Belgique, Pays-Bas, U.R.S.S., Grande-Bretagne, Etats-Unis.

Tuberculose. — L'Australie est un des pays du monde les moins touchés par la tuberculose : la mortalité est de 47 p. 100.000 pour la tuberculose pulmonaire, 54 pour la tuberculose sous toutes les formes. Le fait le plus remarquable qui la concerne est l'absence presque complète de décès au-dessous de l'âge de 15 ans. Dans quelques enquêtes sur le type de bacille rencontré, on n'a pas trouvé de bacille bovin chez les sujets âgés de plus de 4 ans ; au-dessous de cet âge, le bacille isolé dans 26 p. 100 des cas était du type bovin. La morbidité tuberculeuse est faible, 1 à 2 p. 1.000, dans quelques groupes de population prospectés : instituteurs, employés de chemins de fer. Mais parmi les ouvriers de plusieurs mines et carrières de grès, la proportion atteint de 31 à 75 p. 1.000.

L'incidence de la *lèpre* dans le Soudan Anglo-Egyptien a été étudiée tant au point de vue des races que de la distribution géographique, de l'altitude, du climat, des mœurs et de la vie économique des populations. Le facteur le plus important qui paraisse conditionner la fréquence de la maladie est la privation de lait, liée à l'absence de pâturages.

Au Congo Belge, 4.600 lépreux ont été dépistés dans la région du Nepoko, sur une population de 443.700 habitants.

Paludisme. — Des réponses concernant la Marine britannique, les colonies britanniques, quelques colonies françaises, la Marine de commerce allemande, les régions impaludées d'Italie ont été données à la demande d'informations de l'Office au sujet des règlements ou instructions officielles en vigueur pour la protection des Européens dans les pays où le paludisme est endémique. Elles feront ultérieurement l'objet d'une étude récapitulative.

L'administration sanitaire italienne a grande confiance dans l'efficacité de la prophylaxie quinique, dont les preuves abondent dans l'histoire de la malaria en Italie. Elle était la seule mesure employée dans la première phase de la lutte antipaludique et a eu pour conséquence l'abaissement du taux de la mortalité malarique de 536 par million en 1888 à 57 en 1914. La morbidité a diminué dans des proportions encore plus fortes dans certaines classes de la population, les employés des chemins de fer, par exemple.

Une étude détaillée a été présentée sur les caractères du paludisme, sur ses variations saisonnières et leurs causes et sur les résultats des campagnes de prophylaxie dans deux régions de la Yougoslavie, la Dalmatie, où prédomine la tierce maligne, et la Serbie du Sud, surtout affectée par la tierce bénigne. L'infection est le plus souvent transmise par *A. maculipennis* dans les vallées, *A. superpictus* dans les pays montagneux. On a noté la grande sensibilité des enfants de moins d'un an à la tierce bénigne. Une régression considérable de la maladie a été obtenue. En Dalmatie, à une époque où l'on n'employait pas d'autre moyen de lutte que la distribution de quinine, la tierce maligne a notablement diminué, malgré sa résistance au traitement quinique. Les mesures larvicides ont presque amené dans certaines régions la disparition d'*A. superpictus ;* à l'égard d'*A. maculipennis*, les résultats sont moins satisfaisants. Le pétrolage est préféré à la projection de Vert de Paris, qui n'est bien efficace que par temps sec et en l'absence de vent. On se propose dans l'avenir d'intensifier, avec la collaboration de la population, la lutte contre les anophèles, forme considérée comme la plus efficace de la prophylaxie antimalarique.

En Egypte, la lutte contre le paludisme est aussi conduite par les moyens habituels, entre autres les grands travaux de drainage, et la création de stations semi-fixes, qui servent de centres de prophylaxie, de traitement et d'études.

La *bilharziose* menaçait d'envahir une région du Soudan Anglo-Egyptien, longue de 160 kilomètres et large de 60 kilomètres, qui est irriguée depuis 9 ans et occupée par une population très dense. De sévères mesures préventives ont été instituées dès le début.

Goitre. — La théorie de la carence d'iode comme facteur déterminant perd du terrain. Mais l'iode jouerait un rôle curatif ; et c'est sur ce rôle que serait fondée la prophylaxie par distribution de sel iodé.

Une maladie nouvelle. — On étudie systématiquement à Joachimsthal, en Tchécoslovaquie, depuis 1928, une maladie énigmatique observée parmi les ouvriers des mines d'où l'on extrait le radium. Beaucoup de décès de mineurs ont été, après autopsie, rapportés au cancer du poumon. De nouvelles recherches, subventionnées par l'Etat, ont pour but d'étudier de quelle manière l'émanation du radium peut avoir une influence sur la genèse du cancer et s'il est possible de saisir par l'examen clinique et radioscopique les premiers stades de l'affection.

Désinfection terminale. — Enfin, le Comité a repris l'examen d'un problème qu'il avait discuté il y a quelques années, l'utilité de la désinfection dite terminale, c'est-à-dire essentiellement de la fumigation des locaux et de l'étuvage du linge, de la literie, après la guérison, le transport à l'hôpital ou le décès d'un cas de maladie contagieuse. Les dépenses considérables qu'entraîne l'entretien d'un personnel et d'un matériel coûteux sont-elles justifiées par l'efficacité de ces mesures ? Le Comité a décidé de commencer l'étude de la question en réunissant des informations sur la situation de fait dans les divers pays. Existe-t-il des villes, ou des régions rurales, dans lesquelles la désinfection terminale, telle qu'elle a été définie, a été supprimée ? Si oui, la suppression s'applique-t-elle à toutes les maladies contagieuses, ou à certaines maladies seulement ? La désinfection en cours de maladie est-elle effectuée et par quel personnel ? Quelles sont les observations qui ont été re-

cueillies sur les conséquences, au point de vue de la propagation des maladies infectieuses, de la suppression des désinfections terminales ?

Le comité a encore étudié la protection de l'enfant à l'âge préscolaire, et le magnifique développement de l'assistance hospitalière et de l'hygiène en Italie.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULE ET LIGAMENTS DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE

Formée par l'emboîtement de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde de l'os iliaque, l'articulation coxo-fémorale est une *énarthrose solide*, dont la capsule est renforcée par des ligaments passifs puissants, et des tendons musculaires, très accessoirement enfin par un ligament intra-articulaire, le ligament rond.

Avant d'envisager la constitution de la capsule, rappeler rapidement que les surfaces articulaires mises en présence sont complétées par un *fibro-cartilage, le bourrelet cotyloïdien :*

— Contribue à maintenir la tête fémorale.

— Anneau circulaire triangulaire à la coupe avec :

— Une base adhérente au sourcil cotyloïdien, sauf au-dessus des 3 échancrures (au-dessus de l'échancrure ischio-pubienne, il forme un véritable *ligament transversal de l'acétabulum*).

— Une face externe qui donne insertion à la capsule ;

— Une face interne articulaire.

I. **Capsule.** — Cône tronqué à sommet fémoral et à base cotyloïdienne :

a) Insertions. — 1° *Proximales : sur la lèvre externe du sourcil cotyloïdien.*

Quelques fibres superficielles la dépassent et remontent en haut : au niveau de la gouttière du tendon réfléchi du droit antérieur, formant coulisse au tendon en arrière : au niveau de la fosse iliaque externe.

— *Sur la face externe du bourrelet*, au niveau de sa base.

— Au niveau de l'échancrure ischio-pubienne l'insertion se fait uniquement sur le *ligament transverse.*

2° Fémorales. — *En avant :* sur la ligne *intertrochantérienne antérieure*, depuis l'angle antéro-supérieur du grand trochanter *jusqu'à la fossette prétrochantinienne* (le petit trochanter n'est donc pas atteint).

En arrière : suivant une ligne passant à un travers de doigt *en dedans de la ligne intertrochantérienne postérieure.* Cette insertion existe toujours (Poirier), mais est bien moins large et marquée que l'insertion antérieure.

En bas : ligne oblique passant au-dessus du petit trochanter.

En haut : la capsule se fixe immédiatement en dedans des insertions des pelvi-trochantériens.

b) Constitution : *Epaisse et résistante ; tordue sur son axe* et très serrée dans les mouvements d'extension ; dans la flexion moyenne, elle est assez lâche pour permettre un écart de 2 centimètres entre les surfaces articulaires, formée de trois ordres de fibres :

1° *Superficielles ilio-fémorales* renforcées par des ligaments ;

2° *Profondes*, circulaires, surtout visibles en arrière, où elles constituent la *zone articulaire :* elles peuvent être : strictement circulaires et capsulaires ; à insertion sur le sourcil cotyloïdien et formant fronde autour du col (Weber).

3° *Récurrentes :* si la presque totalité des fibres s'insèrent à distance du pourtour cartilagineux de la tête, quelques fibres profondes *s'infléchissent sur le col* pour remonter jusqu'au cartilage, soulevant des replis synoviaux.

II. **Ligaments de renforcement** rayonnent des trois pièces consécutives de la cavité cotyloïde pour s'insérer au pourtour du col fémoral.

A. Ligament ilio-fémoral ou de Bertin, de beaucoup le plus solide. C'est un éventail fibreux à sommet sur l'épine I. A. I ; il règle en partie la physiologie pathologique des luxations traumatiques de la hanche.

Origine : au-dessous de l'E. I. A. I., au contact de l'insertion du tendon direct du muscle droit antérieur. En arrière, son *insertion s'étend très loin* sur le contour supérieur du sourcil cotyloïdien, au contact du tendon réfléchi du muscle droit antérieur.

Trajet : Oblique en bas et en dehors, se divisant en deux faisceaux (ligament en Y) ; entre les deux, quelques fibres clairsemées renforcent la face antérieure de la capsule.

Terminaison. — a) *Faisceau supérieur ilio-prétrochantérien :* horizontal, parallèle à l'axe du col.

Se fixe sur le petit *tubercule prétrochantérien :* très fort, épais de plus de 1 centimètre, il contribue à limiter l'adduction, et la rotation externe.

Ce faisceau supérieur est souvent renforcé par des expansions fibreuses venues :

En dedans du tendon direct du droit antérieur (c'est le tendon récurrent de Dujarier ou ilio-tendino-prétrochantérien de Rouvière) ;

En dedans du tendon du petit fessier.

b) Ilio-prétrochantinien. — Moins fort que le précédent, vertical en bas et légèrement en dedans ; il se termine sur *le tubercule prétrochantinien* (Poirier) ou dans la fossette prétrochantinienne (Dujarier) ; limite l'extension.

B) Ligament pubo-fémoral : situé à la partie antéro-inférieure de l'articulation.

— *Origine :* sur la partie pubienne du sourcil cotyloïdien sur le bord antérieur de la branche horizontale, quelques fibres se détachent de la membrane obturatrice.

— *Direction :* oblique en bas, en dehors, en arrière. C'est une lamelle mince, peu résistante, dont les fibres s'insèrent.

— *Terminaison :* dans la fossette prétrochantinienne.

C) Ligament ischio-fémoral : ligament postérieur, dont l'individualité est moins nette :

— *Origine :* par une large insertion sur le sourcil cotyloïdien (portion ischiatique) ; la gouttière sous-cotyloïdienne et même sur la face externe de l'ischion.

— *Trajet :* Ses fibres comprennent schématiquement trois faisceaux :

1° *Ischio-sus-cervical* : le plus important.

Ses fibres montent obliques en haut et en dehors, cravatent le bord supérieur du col et viennent s'insérer au *contact de la fossette d'insertion du muscle obturateur interne.*

2° *Ischio-zonulaires* viennent se perdre à la face postérieure de la capsule dans la région orbiculaire ;

3° *Ischio-sous-cervicales*, se perdent dans la capsule à la face inférieure du col.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

L'ASCOLÉINE RIVIER
renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)
Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.
Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

FARINES MALTÉES JAMMET

Régime des

Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET, rue de Miromesnil, 47, PARIS

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

Le N° 50 Centimes. 107e ANNÉE SAMEDI 20 JANVIER 1934. — N° 6.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les entorses du genou (fin), par M. Paul Padovani.
XVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. (Compte rendu, par M. R. Molinéry.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
NÉCROLOGIE
Jean Cantacuzène, par F. L. S.
Arthur Rousseau, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le service militaire des étudiants en médecine.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le texte des articles 88, 89 et 218 du règlement général sur le Service de santé est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 88. — § 8. — Les internes en médecine de l'hospice de Brévannes sont nommés à la suite d'un concours spécial conformément aux dispositions des articles 266 et 268 du règlement général sur le Service de santé.

Toutefois, à titre exceptionnel pendant les années 1934, 1935, 1936 et 1937, les places d'interne en médecine de l'hospice de Brévannes pourront être attribuées par décision du directeur général de l'administration aux internes issus du concours ouvert conformément aux dispositions des articles 262 et 265 du règlement général sur le Service de santé.

Art. 89. — Les places d'interne en médecine à l'hôpital maritime et à l'hôpital Lannelongue à Berck sont attribuées à des internes des hôpitaux nommés à la suite du concours annuel de l'internat; celles de l'hospice de Brévannes, de l'asile de Hendaye, de l'institution Sainte-Périne, des fondations Chardon-Lagache et Rossini, du sanatorium de Champrosay sont données à la suite d'un concours spécial. Toutefois, pendant la période comprise entre le 15 avril 1934 et le 15 avril 1938, les places d'internes de l'hospice de Brévannes, de l'institution Sainte-Périne et des fondations Chardon-Lagache et Rossini pourront être attribuées par décision du directeur général de l'administration dans les mêmes conditions que les places d'interne en médecine à l'hôpital maritime de Berck.

Art. 218. — § 3. — Il (le nombre des places) est égal pour l'internat en médecine au quart du cadre total des internes en médecine augmenté du quart du nombre des vacances définitives survenues pendant les quatre années précédentes dans les cadres des internes en médecine de 1re, 2e et 3e année.

§ 4. — Toutefois, à titre exceptionnel et par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent le nombre des places à attribuer à la suite des concours annuels de l'internat en médecine à ouvrir en 1934, 1935 et 1936 est uniformément fixé à quatre-vingts.

Pour l'internat en pharmacie il est égal au quart.

(Le reste sans changement.)

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 17 janvier 1934. — Questions données : « Signes et diagnostic de la maladie de Basedow. — Signes et complications de l'anévrisme artériel du creux poplité. »

MM. Fischer, 17; Payet, 25; Nastorg, 22; Lascaux, 15; Prat, 25; Martinot, 20; Ghozland, 25; Mlle Despax, 18; MM. Gaignerot, 19; Rouvet, 16.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Battesti, Monges, Liotier, Lamy,

VIN GIRARD

Iodo-tannique phosphaté

LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

Bernard, V. de Cespédès y Serrano, Gascard, Paganelli, Lombard, Mockers, Gallian.

Externes en premier : MM. Riss, Ho-Ta Khanh, Espy, Rastit, Guidoni, Assemat, Mlle Arnaud, MM. Lumbroso, Méry.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, membre du Comité consultatif de santé, est, pour l'année 1934, maintenu dans ses fonctions actuelles d'inspecteur des services médicaux de l'armée.

M. le médecin général Lahaussois, directeur du Service de santé de la 6e région, membre du Comité consultatif de santé, est, pour l'année 1934, maintenu dans ses fonctions actuelles d'inspecteur des services chirurgicaux de l'armée.

M. le médecin général inspecteur Savornin, membre du Comité consultatif de santé, est, pour l'année 1934, maintenu dans ses fonctions actuelles d'inspecteur du matériel du Service de santé militaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Quénu, décédé, aura lieu le lundi 22 janvier. Les candidats sont MM. Hartmann, J.-L. Faure et Gosset.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Installation du bureau : M. le professeur Carnot remplace à la présidence M. le professeur Claude; M. le professeur Sergent est vice-président; M. Rivet, secrétaire général; MM. Decourt et Bariéty, secrétaires des séances.

AMICALE DES MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle s'est tenue à l'issue du 49e dîner au restaurant du « Bœuf à la Mode », sous la double présidence du professeur Charles Richet, de l'Institut, et du docteur Deniker, chirurgien des hôpitaux, président annuel.

Il fut procédé à la constitution du bureau pour 1934 :

Président d'honneur : professeur Charles Richet; président : docteur Baillière; vice-présidents : docteurs Bourguignon et Guebel; secrétaire général : docteur Jules Bongrand; secrétaire adjoint; docteur Boutet; trésorier : docteur Lutaud.

Le président sortant docteur Deniker a été nommé par acclamation président honoraire.

Pour tous renseignements concernant cette Amicale, écrire au secrétaire général, docteur Jules Bongrand, 6, rue Villaret-de-Joyeuse, 6, Paris (XVIIe).

CONGRÈS DE LA GOUTTE ET DE L'ACIDE URIQUE. — Organisé par la Société de médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy et avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est, un Congrès de la goutte et de l'acide urique aura lieu à Vittel en septembre 1935. Il fera suite au Congrès de l'arthritisme (juin 1927) et à celui de la lithiase urinaire (mai 1931).

Adresser toutes les communications relatives à ce Congrès au docteur Maurice Boigey, secrétaire général du Congrès de la goutte et de l'acide urique, à la Société générale des Eaux minérales de Vittel (Vosges).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — Réunions du dimanche pour les médecins praticiens, tous les dimanches, du Jour de l'An à Pâques 1934, à l'amphithéâtre Trousseau.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le grand regret d'annoncer la mort presque subite d'un de nos très anciens collaborateurs et amis, M. Legrand, l'un des directeurs de la Société générale d'imprimerie et d'édition où est imprimée la *Gazette des hôpitaux*.

Nous adressons à Madame Legrand, à sa famille, ainsi qu'à la Société générale d'imprimerie et d'édition l'expression très émue de notre profonde sympathie.

Jean CANTACUZÈNE

(de Bucarest).

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le professeur Jean Cantacuzène, décédé à Bucarest, à l'âge de 71 ans. Sa mort sera vivement ressentie en France, où il ne comptait que des admirateurs et des amis.

Jean Cantacuzène, docteur en médecine et docteur ès sciences de l'Université de Paris, éminent collaborateur de l'Institut Pasteur, a joué en Roumanie un rôle scientifique considérable. Professeur de médecine expérimentale, fondateur de l'Institut de recherches qui porte son nom, il a été ministre de la Santé publique dans le Cabinet présidé par notre confrère Argetoïano. Dans ces dernières années, il représentait la Roumanie à la Commission d'hygiène de la S.D.N. Ses remarquables travaux sur les maladies infectieuses, en particulier sur le choléra, le typhus, la tuberculose, sa collaboration pour la diffusion du B C G, ses recherches biologiques, lui avaient valu d'être nommé associé étranger de l'Académie de médecine de Paris et correspondant de l'Académie des sciences.

Il était grand officier de la Légion d'honneur.

F. L. S.

Arthur ROUSSEAU

(de Québec).

C'est avec une profonde émotion que nous avons appris la mort du professeur Arthur Rousseau, doyen de la Faculté de médecine de Québec, correspondant, dans la section de médecine, de l'Académie de médecine de Paris.

M. Arthur Rousseau devait présider, aux côtés de M. Emile Sergent, le prochain congrès français de médecine qui doit se tenir au Canada en août prochain.

Tous les Français se faisaient une fête de retrouver celui qui fut l'ami éprouvé de la vieille France.

Tous s'associent au deuil qui frappe le Canada et prive la Faculté de Québec d'un maître digne de tous les respects.

F. L. S.

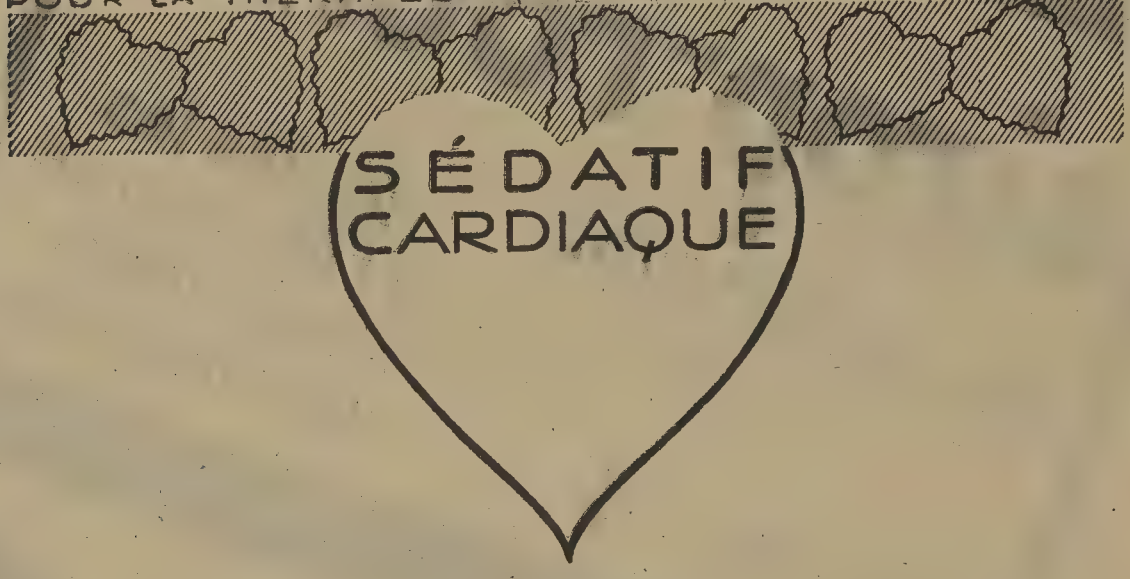
ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

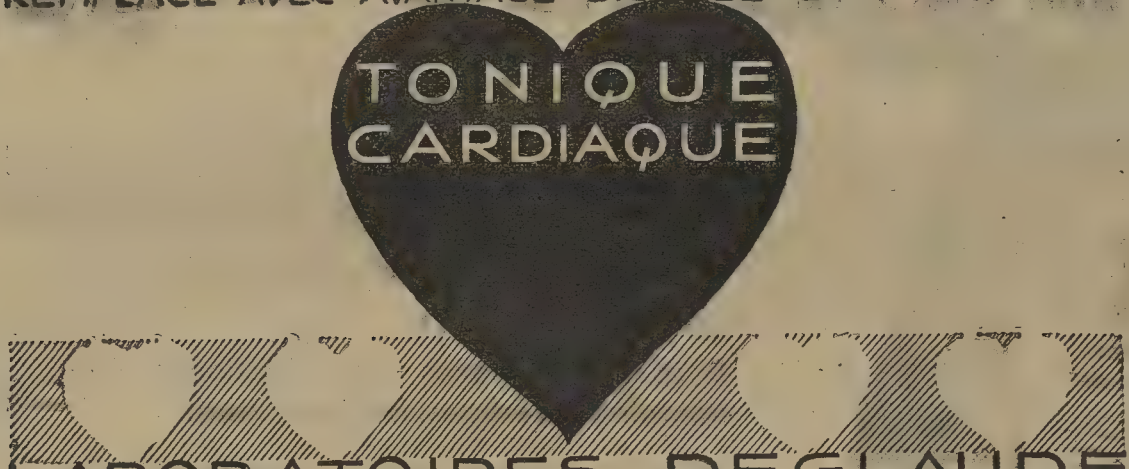
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

sirop "roche"

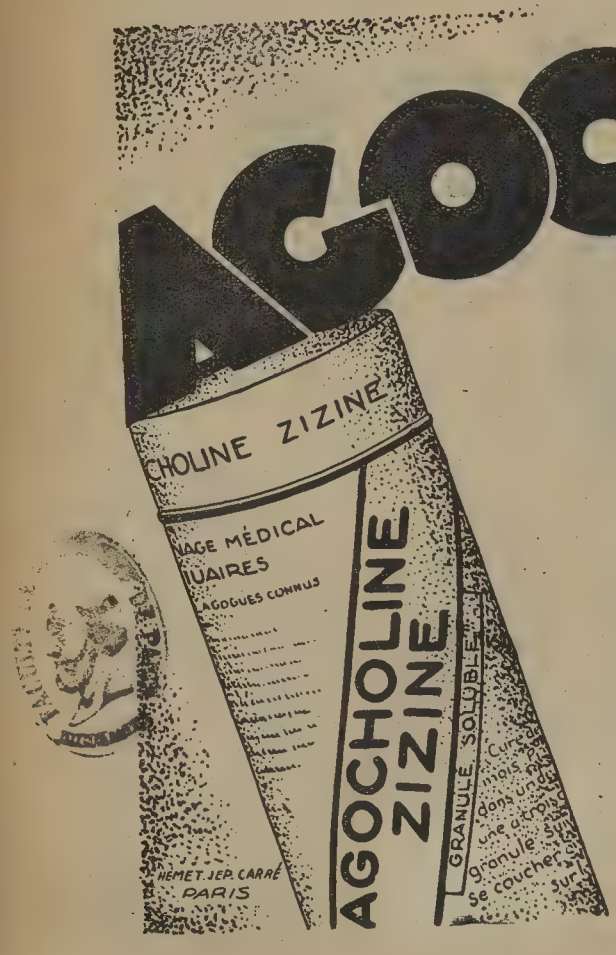
au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

REVUE GENERALE

LES ENTORSES DU GENOU [1]

Par PAUL PADOVANI,

Chef de clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Si, comme le conseille M. Leriche, on veut bien éliminer de l'étude de l'entorse du genou la banale hémarthrose simple sans désordre articulaire, qui guérit en 10 ou 20 jours après une ou deux ponctions et quelques massages, il demeure que l'entorse vraie est d'un assez grave pronostic fonctionnel, car les arrachements ligamentaires se réparent difficilement, le tissu fibreux cicatrisant souvent mal.

« On doit remarquer que ces facteurs de gravité existent d'emblée, et que quand on parle de séquelles, en réalité on a tort. Ce qui trouble la fonction, ce n'est pas une séquelle d'entorse, quelque chose de secondaire, de tardif, mais bien quelque chose d'immédiat, d'instantané. »

« Enfin, à ces facteurs de gravité d'ordre mécanique, s'en ajoutent d'autres, d'ordre biologique, également contemporains du traumatisme. Dans beaucoup de ces traumatismes articulaires, il se produit une réaction hyperhémique intense qui conditionne l'apparition de réactions tissulaires variées : synovite proliférante, dystrophie des cartilages, raréfaction osseuse, qui sont les vraies séquelles des entorses » (Leriche). Ce sont ces données anatomo-pathologiques qui permettent de comprendre l'évolution clinique des entorses du genou et de poser les bases de leur traitement.

Après entorse du genou, il persiste, à un degré plus ou moins considérable selon les cas :

— Des douleurs qui se montrent surtout à la marche et dans les efforts que le malade demande à son genou ;

— Des raideurs articulaires, des phénomènes d'arthrite chronique, dus peut-être en partie au reliquat du sang épanché ;

— A l'examen on perçoit une atrophie musculaire toujours marquée au niveau du quadriceps. L'atrophie, lorsqu'elle est peu visible, peut être mise en évidence par la recherche de l'échappement rotulien lors de la contraction du quadriceps (Thooris). La rotule maintenue entre le pouce et l'index échappe du côté sain et n'échappe pas du côté malade.

Il existe souvent un degré plus ou moins marqué d'hydarthrose chronique, s'accompagnant ou non de craquements articulaires. Parfois un œdème sous-cutané localisé au genou ou étendu à la jambe.

Ces séquelles cliniques existent dans presque tous les cas. Certains troubles fonctionnels surajoutés traduiront les lésions persistantes de telle ou telle partie constituante de l'articulation. C'est ainsi que le blessé se plaindra d'une gêne prédominante de l'extension, surtout en cas de fracture de l'épine tibiale ou de lésions méniscales. La signature de ces dernières sera donnée par l'existence de crises de blocage plus ou moins complet, par le réveil d'un point douloureux le plus souvent au niveau de la corne antérieure du ménisque interne et parfois par la perception d'une saillie au niveau de l'interligne articulaire.

L'existence d'une grosse instabilité du genou avec impotence très marquée, la constatation de mouvements de latéralité, de mouvements de tiroir, signeront l'existence des lésions ligamenteuses que nous avons déjà étudiées.

Enfin la radiographie faite à cette période, outre qu'elle révélera encore les lésions osseuses (arrachements, fracture des épines) mettra en général en évidence une ostéoporose étendue aux deux extrémités osseuses. Cette ostéoporose traumatique douloureuse peut à elle seule en dehors de toute grosse dislocation articulaire constituer un trouble important et nécessiter, nous le verrons, une thérapeutique spéciale.

On voit qu'en somme, dans bien des cas, l'entorse du genou constitue une lésion riche en séquelles graves qui déterminent souvent une incapacité permanente, importante au point de vue médico-légal (Piédelièvre).

A la lumière des faits anatomo-cliniques que nous avons rappelés et qui sont bien connus aujourd'hui, il convient donc d'envisager le traitement moderne des entorses du genou, tel qu'il résulte des travaux récemment publiés par divers auteurs.

TRAITEMENT

La thérapeutique classique de l'entorse du genou était bien peu chirurgicale. On se contentait de conseiller le massage et la mobilisation rapide, les bains chauds ou froids selon les auteurs, la compression élastique à l'aide d'une bande de caoutchouc. La ponction fut même longtemps considérée comme inutile et dangereuse.

Dans les cas où la clinique révélait de gros désordres articulaires on conseillait cependant l'immobilisation prolongée au moins 60 jours pour obtenir la consolidation des ligaments. Lorsque celle-ci n'était pas obtenue et qu'il persistait de gros troubles fonctionnels avec arthrite chronique, laxité articulaire, on n'avait d'autre ressource que de conseiller le port d'une genouillère, des cures thermales et les divers médicaments usités contre le rhumatisme chronique.

Actuellement la crainte de l'arthrotomie n'existe plus, on a appris à aborder et à traiter directement les lésions. On peut à peu près fixer, semble-t-il, maintenant la conduite à tenir. Celle-ci diffère selon que l'on se trouve en présence de cas récents ou anciens et bien entendu selon la nature et l'importance des lésions.

1° ENTORSE RÉCENTE LÉGÈRE. — Il s'agit d'une entorse légère avec épanchement articulaire, sans signes cliniques ni radiologiques de grosses lésions ostéo-ligamenteuses. Le traitement en sera facile et peu chirurgical.

La plupart des auteurs classiques recommandaient la mobilisation immédiate et le massage accompagnés

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 4, p. 59.

d'application de chaleur sèche (air chaud à 110° préconisé par Cahier).

Il semble au contraire aujourd'hui que dans l'ensemble les entorses et contusions articulaires bénéficient de la mise au repos de l'articulation. La mobilisation et le massage direct de l'articulation sont dangereux, provoquant parfois l'apparition d'ossifications périarticulaires et entretenant les troubles de vaso-dilatation locale qui sont à la base de toutes les séquelles graves. Le massage articulaire est le grand responsable des arthrites et périarthrites chroniques (Et. Bernard).

En pratique, on doit donc immobiliser aussitôt que possible le membre blessé. L'attelle de Boeckel est suffisante dans la plupart des cas, au début tout au moins. On se trouvera bien de l'incliner en plaçant son extrémité distale sur un coussin de façon à faciliter la circulation de retour. Un pansement ouaté légèrement compressif sera appliqué sur le genou.

Quelle conduite tenir à l'égard de l'hémarthrose ? Il ne faut pas chercher à l'évacuer trop précocement. Elle se reproduirait rapidement. Il faut attendre que l'hémorragie intra-articulaire se soit arrêtée et c'est vers le 5e jour après l'accident que l'on pourra l'évacuer. Ce temps ne sera d'ailleurs pas perdu, il sera consacré à préparer la région malade qui sera rasée, iodée, recouverte d'un pansement stérile.

A ce moment, que faire ? Ponction ou arthrotomie ? La ponction a des avantages, facile à faire, sans anesthésie ; elle sera surtout réservée aux cas d'épanchement peu abondant, d'hydro-hémarthrose lentement constituée. Mais elle peut avoir des inconvénients, évacuant incomplètement l'épanchement s'il s'y trouve des caillots ou des dépôts fibrineux. Aussi certains préfèrent-ils une petite arthrotomie longitudinale externe, faite au besoin sous anesthésie locale, suivie de fermeture soignée plans par plans. D'autres auteurs pratiquent enfin l'arthrotomie minima en ponctionnant à l'aide d'un bistouri dont on place ensuite la lame de champ pour faciliter l'évacuation du liquide (ponction au « trocart plat » selon l'expression de M. Grégoire).

L'épanchement une fois évacué, on peut ou bien remettre le membre sur l'attelle avec un pansement ouaté ou mieux peut-être placer une petite gouttière plâtrée. Attelle ou gouttière seront laissées cinq ou six jours après lesquels on laissera le malade mobiliser lui-même son genou, en même temps que l'on pratiquera quelques massages purement musculaires, surtout au niveau du quadriceps.

Peut-être y aurait-il lieu dans ces cas d'entorse légère d'envisager l'emploi, au niveau du genou, des injections périarticulaires, intraligamentaires de novocaïne ; ce blocage cocaïnique empêchant la naissance des réflexes courts qui seraient à l'origine de nombreuses séquelles (Leriche, Etienne Bernard).

2° Entorse grave. — Le traitement de l'entorse grave avec signes cliniques ou radiologiques de grosses lésions ostéo-ligamenteuses (mouvements anormaux, fractures des épines tibiales) pose des problèmes chirurgicaux fort intéressants, qui ne sont d'ailleurs pas tous résolus aujourd'hui.

Nous envisagerons successivement les méthodes de traitement puis les indications thérapeutiques telles qu'il semble qu'il est possible de les formuler d'après les travaux récents.

Les méthodes de traitement. — I. *Traitement orthopédique.* — Analogue à celui employé pour les entorses légères. Immobilisation, ponction, massages ont été étudiés au chapitre précédent.

On y adjoint le port d'un appareil orthopédique pour lutter contre les mouvements anormaux en cas de persistance de ceux-ci.

II. *Traitement chirurgical.* — Chaque type de lésion nécessite pour sa réparation une technique différente et la question de la voie d'abord est intimement liée à celle-ci.

a) *Lésions du ligament croisé antérieur.* — On a pratiqué la suture du ligament rompu à l'aide d'une forte soie (Madranges et Masini, Madier).

En cas d'arrachement du ligament au niveau d'une de ses insertions on a eu recours à la réimplantation osseuse, soit à la partie supérieure à l'aide d'une boucle de fascia lata ; soit à la partie inférieure en enclouant le fragment osseux arraché au plateau tibial et en s'efforçant de laisser le clou sous-synovial.

Le ligament effiloché, déchiré, se prêtant souvent mal à la reconstitution directe, on s'est efforcé de le remplacer par une plastie aponévrotique ou tendineuse. (Ces interventions ont été surtout faites pour les lésions anciennes, cependant M. Pierre Duval les a employées dans un cas récent.) On a utilisé soit un fragment de capsule (Godd), soit une greffe de fascia lata qui peut elle-même être soit libre (Putti), soit pédiculée (Hey Groves, Roux Berger), soit un tendon de veau (Lecêne). Dans l'ensemble, c'est l'intervention de Hey Groves, parfois légèrement modifiée dans ses détails, qui a été employée par la plupart des auteurs. On peut en trouver actuellement une douzaine de cas publiés en France.

b) *Lésions du ligament croisé postérieur.* — Ce sont des lésions rarement observées (Pierre Duval, Madranges et Masini). La suture est pratiquement impossible. Aussi doit-on avoir recours à une plastie, à l'aide du demi-tendineux (Hey Groves).

c) *Lésions des ligaments latéraux.* — On ne trouve à peu près jamais mentionnée la rupture de l'appareil ligamenteux externe. La suture en serait le traitement facilement réalisable.

Par contre on est fréquemment intervenu au niveau du ligament latéral interne. On en a pratiqué presque toujours la suture à l'aide de fil non résorbable (lin ou soie). L'importance de celui-ci est mise en évidence par l'observation de Le Fort qui fronce par des points au catgut un ligament latéral interné élongé et qui se voit obligé de réintervenir et de faire cette seconde fois une suture au fil de lin.

L'importance d'un ligament latéral interne solide est si considérable que dans la technique de Hey Groves on se sert de la partie inférieure de la bandelette de fascia lata qui recourbée après sa sortie du plateau tibial interne vient renforcer le ligament interne. On

a encore pu réparer la brèche ligamenteuse par une greffe libre de fascia lata (P. Duval).

d) *Lésions des ménisques.* — Certains auteurs ont exceptionnellement pratiqué la méniscopexie (Harbin). Etant données l'absence de cicatrisation des plaies méniscales et la facilité de la méniscectomie, celle-ci est à juste titre préférée par la plupart des chirurgiens.

e) *Enfin,* les déchirures des diverses formations fibreuses périarticulaires et des muscles de la patte d'oie seront évidemment traitées par la suture.

f) *Les voies d'abord.* — La voie d'abord à employer dépend essentiellement de l'intervention projetée.

Si l'on veut pratiquer une simple suture du ligament latéral interne, l'arthrotomie verticale ou en J à la partie interne est certainement suffisante. Cette incision permet d'explorer l'appareil méniscal interne et en la prolongeant suffisamment de juger des lésions possibles des ligaments croisés, et d'agir à la rigueur sur ces dernières (voie latérale interne élargie employée par Gernez).

Cependant pour pratiquer soit la suture, soit la réfection par plastie aponévrotique des ligaments croisés on doit avoir recours à une voie large permettant l'exploration facile de toute l'articulation. Deux procédés se partagent les faveurs des chirurgiens : la voie transcotulienne transversale d'Alglave et la voie transtubérositaire avec détachement en queue d'aronde de la tubérosité antérieure du tibia selon la technique de Brocq. Ce sont là deux excellents procédés qui seront employés selon les préférences personnelles de chaque opérateur.

Les indications thérapeutiques. — 1° *Entorse grave récente.* — Il s'agit d'une entorse grave avec signes cliniques ou radiologiques de grosses lésions ostéo-ligamenteuses (mouvements anormaux, fracture des épines tibiales). Deux questions se posent :

a) Faut-il intervenir ?

b) Si l'on opère, quelle intervention pratiquer ?

a) *Faut-il intervenir ?* — Lorsqu'en 1920 M. Pierre Duval présenta un cas d'intervention précoce pour entorse grave du genou, il ne fut suivi par presque personne dans ses conclusions et divers chirurgiens s'accordèrent pour affirmer que l'intervention primitive en cas d'entorse grave du genou restait fort discutable. Chacun citait de grosses lésions parfaitement guéries par la simple immobilisation avec ou sans ponction.

L'article de MM. Costantini et Conniot en 1930 était sur le point précis de la fracture des épines tibiales le reflet de cette conception. Ils considéraient que le traitement orthopédique donnait le plus souvent de bons résultats (cas de James Sever, Mouchet, Alglave) et que l'on devait réserver le traitement chirurgical aux cas où douleurs et phénomènes d'instabilité articulaire persistent au bout de plusieurs mois.

MM. Leriche et de Girardier émettaient à peu près en même temps un avis quelque peu différent. Ils estiment que « il est légitime de considérer le traitement chirurgical immédiat comme le traitement de choix des entorses graves du genou qui s'accompagnent de lésions osseuses radiographiquement décelables ou de lésions intra-articulaires soupçonnables par l'abondance et la reproduction rapide de l'hémarthrose après ponction ». Ils apportent à l'appui de leur thèse 5 observations concernant toutes des lésions des ligaments croisés et des ménisques traitées d'une manière très précoce.

Enfin, en 1931, M. Oudard élargit encore les indications de l'intervention chirurgicale immédiate. Alors que MM. Leriche et de Girardier ont comme objectif principal le traitement direct des lésions osseuses lorsqu'elles existent, M. Oudard pense que le traitement des lésions des ligaments et de la capsule lorsqu'elles sont très marquées nécessite l'acte opératoire immédiat.

En pratique donc, en ce qui concerne les entorses graves du genou, le problème reste de savoir s'il convient d'opérer d'emblée ou s'il faut au contraire laisser courir au blessé ses chances de guérison spontanée.

Il est certain que de grosses lésions sont susceptibles de guérir par la seule immobilisation. Mais d'autre part le nombre assez élevé d'interventions tardives pratiquées pour séquelles d'entorse semble prouver que la thérapeutique classique se montre assez souvent inopérante.

En outre, les partisans de l'abstention opératoire immédiate disent : « Il sera toujours temps d'opérer par la suite s'il persiste une gêne fonctionnelle importante ». C'est là une formule facile. A notre époque où la durée d'incapacité est si importante, a-t-on le droit de l'employer ? D'autre part, certains auteurs (Harbin) ont fait remarquer que la réparation tardive est rarement aussi satisfaisante que la suture immédiate des ligaments déchirés. Les résultats sont bien supérieurs pour les cas opérés immédiatement.

Aussi semble-t-il qu'on puisse conclure avec M. Leriche que chez tout blessé présentant une entorse grave du genou, soit avec signes de lésions osseuses, soit avec signes de déchirures ligamenteuses importantes, il faut intervenir chirurgicalement d'une manière précoce.

A part cas exceptionnels de blocage irréductible (Girode), l'intervention précoce n'est pas une intervention d'urgence. Elle se fera au contraire après quelques jours d'attente, lorsque l'hémorragie intra-articulaire se sera spontanément arrêtée. On profitera de ce temps pour préparer avec tout le soin nécessaire la région à opérer.

b) *L'acte chirurgical une fois décidé, quelle intervention pratiquer ?* — Certains, n'ayant aucune confiance dans le remplacement de ligaments courts et puissants par des ligaments artificiels, se sont toujours contentés (Oudard) de la simple suture du ligament latéral interne, sans s'occuper de l'état des ligaments croisés et ont réalisé cette intervention par la simple arthrotomie interne.

D'autres, au contraire, se sont efforcés après large arthrotomie de reconstituer d'emblée les ligaments croisés : par suture (Madranges et Masini, Madier), par le procédé de Hey Groves (P. Duval), par enclouage du fragment osseux arraché (Leriche). Bien entendu, à cette action directe sur les croisés est toujours jointe la suture du ligament latéral interne.

C'est ce dernier point qui, joint au fait que les résultats publiés se montrent excellents aussi bien après simple suture du ligament latéral interne qu'après les interventions reconstructrices (qui comprennent elles-mêmes cette dernière), a permis à certains auteurs de se demander si l'élément capital n'était pas cette suture du ligament latéral et s'il ne suffisait pas d'y avoir recours. MM. Leriche et Costantini, partant de ce principe, ont pratiqué 6 fois l'ablation du ligament croisé rompu et se sont contentés de suturer soigneusement le ligament latéral interne et les plans fibreux périarticulaires. Ils ont obtenu eux aussi d'excellents résultats. Fait important, les blessés ainsi opérés ne présentaient ultérieurement aucun mouvement de tiroir, aucun mouvement de latéralité. Ceci peut permettre de conclure que l'existence d'un mouvement de tiroir nécessite une lésion des ligaments croisés (au minimum leur élongation), mais que son absence ne prouve pas d'une manière absolue leur intégrité.

Il semble donc qu'on puisse conclure que toute entorse grave avec gros mouvements de latéralité ou mouvements de tiroir ou signes radiologiques de lésions osseuses nécessite une intervention chirurgicale primitive. Celle-ci consistera en un abord large du genou par voie transrotulienne ou mieux encore peut-être transtubérositaire. S'il existe une déchirure des ligaments croisés et que la suture en soit facilement réalisable on fera celle-ci. Sinon on enlèvera les fragments du ligament. Dans les deux cas on fera une suture minutieuse, aux fils non résorbables, du ligament latéral interne et des tissus fibreux périarticulaires.

2° *Entorse grave ancienne.* — En présence d'une entorse ancienne avec persistance de gros mouvements anormaux gênant considérablement la marche, il faut de toute nécessité intervenir, sauf si l'état général du malade contre-indique l'acte chirurgical. (Dans ce dernier cas on se résignerait à conseiller le port d'un appareil orthopédique.)

Si dans les entorses graves récentes les plasties ligamenteuses présentaient relativement peu d'indications, au contraire dans les entorses anciennes on devra y avoir plus souvent recours.

Certains auteurs se contentent cependant de pratiquer la simple ablation d'un ligament croisé rompu suivie de suture exacte des ligaments périarticulaires.

Toutefois un assez grand nombre de chirurgiens jugent que la simple suture des ligaments latéraux dont les lésions sont depuis longtemps cicatrisées est peut-être bien insuffisante et qu'il est préférable d'avoir recours à l'opération de Hey Groves.

Il semble que l'on puisse ainsi résumer les indications en cas d'entorse grave ancienne :

Si les troubles douloureux sont dus (comme dans les cas de M. Costantini) à une fracture de l'épine tibiale, s'il n'y a pas de mouvements de latéralité marqués, on devra faire la simple ablation du fragment osseux et du ligament qui s'y attache.

Si au contraire il existe des mouvements anormaux étendus (à plus forte raison si une intervention antérieure par suture simple du ligament latéral interne n'a pas été suivie de succès), il faut avoir recours à l'opération de Hey Groves qui a donné entre les mains de nombreux auteurs d'excellents résultats fonctionnels.

3° *Soins post-opératoires.* — Quelle que soit l'intervention réalisée, l'importance des soins post-opératoires est considérable. L'immobilisation du membre aussitôt après l'intervention sera obtenue par la mise en place d'une attelle de Boeckel (certains emploient une attelle plâtrée). La mobilisation active sera commencée aussitôt que possible de même que les massages du quadriceps. On proscrira tout massage articulaire proprement dit.

III. Traitement des séquelles des entorses du genou. — En dehors de la persistance des mouvements anormaux qui ne constituent pas à proprement parler une séquelle puisqu'ils sont contemporains de l'accident lui-même, il y a lieu d'envisager le traitement de toute une série de troubles qui peuvent aussi bien survenir après une entorse légère qu'après une entorse grave. Quelquefois ces troubles apparaissent ou s'aggravent après une intervention et on voit après certaines arthrotomies le genou rester gonflé, chaud et douloureux. Ces troubles post-opératoires peuvent être en grande partie évités à condition (comme le recommande M. Leriche) de conduire l'arthrotomie avec douceur, ne pas superposer l'incision aponévrotique et l'incision synoviale, ménager la graisse sous-rotulienne, faire une hémostase rigoureuse.

Les phénomènes d'arthrite chronique et d'ostéoporose post-traumatique seront essentiellement justiciables (à côté du traitement médical par l'air chaud, l'iode, le soufre) d'interventions portant sur le sympathique, plus spécialement d'une sympathectomie périfémorale ou péri-iliaque. Celle-ci est susceptible d'amener la diminution des phénomènes douloureux et de provoquer la recalcification des extrémités osseuses.

Ce n'est que pour des formes très sévères d'arthrite chronique que l'on pourrait en dernière analyse envisager l'arthrectomie avec résection osseuse minima pour obtenir l'ankylose de l'articulation douloureuse

Enfin certaines complications nécessiteront un traitement spécial :

— Les ossifications para-articulaires du type de la maladie de Pellegrini-Stieda seront traitées par l'ablation chirurgicale, la radiothérapie ;

— La lipo-arthrite traumatique sera traitée par l'ablation du lipome avec au besoin synovectomie localisée.

BIBLIOGRAPHIE

Amédée Bonnet. *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*, Paris 1853.

Paul Segond, Progrès méd., 1879, p. 297, 379, 400 et 419.

Jagu. *Thèse de Paris*, 1885.

Pauzat. Etude sur le fonctionnement des ménisques articulaires du genou, *Revue de Chir.*, 1895, p. 95.

Delbet. Luxation irréductible du genou. Arthrotomie, *Bulletin de la Soc. Nat. de Chir.*, 1902, p. 735.

Gangolphe et Thévenet. L'entorse du genou par abduction et rotation externe, *Revue de Chir.*, 1909, p. 72.

Le Fort. Réunion médicale de la 1re armée, mai 1916, *Presse méd.*, 1916, p. 333.
Tavernier. Les séquelles des entorses du genou. *Lyon chir.*, juillet 1919, p. 345.
P. Duval. *Soc. de Chir.*, 3 mars 1920.
Mayet. Thérapeutique des épanchements traumatiques du genou, *Journ. des Prat.*, 1925.
Rouvillois et Maisonnet. Comment concevoir l'entorse du genou, *Revue méd. Franç.*, 1927, p. 233.
Auvray. *Soc. Nat. de Chir.*, 7 déc. 1927.
R. Leriche et J. de Girardier. Traitement chirurgical immédiat des entorses du genou, *Journ. de chir.*, t. 34, N° 1, juillet 1929.
Costantini et Conniot. Fractures de l'épine tibiale, *Journ. de chir.*, t. 35, N° 2, févr. 1930.
Gernez et Ho Dac Di. Les larges voies d'accès latérales de l'articulation du genou, *Soc. de chir.*, 5 févr. 1930, (*Bulletins*, p. 192.)
Gernez. Arthrotomie du genou par luxation latérale de l'appareil rotulien, *Soc. de chir.*, 26 mars 1930 (*Bulletins*, p. 484.)
Hamant et Chalnot. Fracture de l'épine tibiale, *Soc. de chir.*, 15 avril 1931.
P. Oudard. Traitement chirurgical immédiat des entorses graves du genou, *Journ. de chir.*, t. 38, N° 3, sept. 1931.
M. Bergeron. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'entorse du genou, chez les sportifs, *Th. de Paris*, 1931.
Madranges et Masini (rapport de P. Mathieu). Rupture traumatique des ligaments croisés du genou, *Soc. de chir.*, 11 mai 1932.
Barret (rapport de M. Sorrel). Opération de Hey Groves, *Soc. de chir.*, 18 octobre 1933.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES

Toulouse, 4-9 octobre 1933 (1).

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Indications des cures stimulantes chez les enfants (*Eaux minérales, montagne, mer*). — Mlle le professeur Condat et ses collaborateurs n'ont pas de peine à démontrer que de par sa situation géographique, la France offre à nos petits malades la gamme la plus variée qu'il soit de climats et d'eaux minérales. Celles-ci sont les cures salines, les cures arsenicales, les cures sulfureuses, les cures ferrugineuses. Les cures de montagne se répartissent en cures de haute, moyenne ou faible altitude. Enfin les cures marines sont de première importance dans ce domaine des cures stimulantes. Excitant et stimulant à Berck, le climat est surtout tonique sur les plages bretonnes et les plages charentaises ; tonique et sédatif à Arcachon ; sédatif sur la Côte d'Azur.

M. le docteur Cany de la Bourboule ; le docteur Larrouy, de Salies-de-Béarn ; M. le docteur du Pasquier, de Saint-Honoré ; M. le docteur Cappelle, de Font-Romeu ; M. le docteur Galland, de Berck ; M. le docteur Jaubert d'Hyères, développent chacun ce qui concerne sa station, les caractéristiques de chacune de ces cures. Mlle Condat résume l'ensemble au rapport en souhaitant qu'il y ait une spécialisation plus grande encore avec un outillage encore mieux approprié, s'il est possible, à chaque affection déterminée. Mais il faut retenir, dit l'éminent maître de la Faculté de Toulouse, *qu'il y a un très grand bénéfice à retirer des associations de cure.*

M. le professeur Delcourt, de Bruxelles, M. le docteur Haeberlin, d'Allemagne, donnent un exposé de leur conception sur le climat des côtes belges et sur le climat des côtes allemandes.

M. le professeur Nobécourt explique comment il comprend les cures stimulantes chez l'enfant. M. le docteur Apert, médecin des Hôpitaux de Paris, résume les résultats cliniques des cures marines hydro-minérales et d'altitude chez les enfants des hôpitaux de Paris.

Mlle le docteur Balme, de Châtel-Guyon, démontre la cure stimulante de Châtel-Guyon chez les enfants.

Le professeur Escat nous entretient du traitement hydro-minéral des cénestopathies et algies diverses du pharynx.

M. le docteur Boudry, de la Bourboule : de la stimulation thermale arsenicale et climatérique de l'enfant : posologie, graduation, critérium physiologique de saturation, tandis que M. le docteur Barraud, de Châtelaillon, préconise l'action curative du climat marin sur l'asthme infantile.

L'action combinée du climat marin et de la cure chlorurée sodique dans la tuberculose ganglionnaire est étudiée par le docteur Gallard, de Biarritz. Le docteur Pierre François, de Brides, associe à la cure de Brides les indications de la cure stimulante de Salins-Moutiers.

Infections non suppurées du système nerveux. — Le deuxième des grands rapports que nous avons cités tout à l'heure a trait aux *infections non suppurées du système nerveux*. Il s'agissait, pour les rapporteurs, de donner une étude d'ensemble de cette difficile question et en même temps d'en fixer le traitement hydro-minéral.

Les infections neurotropes, si nombreuses depuis une vingtaine d'années dans tous les pays du monde, si polymorphes et déroutantes, ont été élucidées par les rapporteurs, d'après leurs documents personnels cliniques, anatomiques, expérimentaux et thérapeutiques. Sir James Purves Stewart, de Londres, consacre un rapport très remarqué à une classification générale de ces infections. Après avoir exposé les voies d'accès du système nerveux, l'auteur montre que *les infections non suppurées* peuvent être exclusivement limitées à l'axe cérébro-spinal, ou bien peuvent être *dermo-neurotropes*, ou encore dues *à des agents pathogènes* atteignant tous les viscères, parmi lesquels le système nerveux. Purves Stewart passe en revue les diverses infections neurotropes et expose les faits les plus précis et les mieux établis de leur histoire, de leurs rapports.

Trois grands groupes :

1° Infections dues à des organismes visibles au microscope, *protozoaires, spirochètes et bactéries*, dont *aucun* n'est strictement neurotrope.

2° Infections dues à des *virus filtrants* ultra-microscopiques neurotropes et neuro-dermotropes. Les deux catégories comprennent les différentes encéphalites, la sclérose en plaques, l'herpès et l'encéphalite herpétique, zona et varicelle.

3° Infections dues à des *neurotoxines solubles*, parmi lesquelles Purves Stewart place la dégénérescence combinée, les neuro-récidives, au cours d'un traitement antisyphilitique. Peut-être faut-il faire rentrer dans ce cadre la paralysie ascendante aiguë de Landry, le rhumatisme cérébral et la chorée. Bien que la nature infectieuse de l'encéphalite épidémique japonaise, australienne, de la sclérose en plaques, de la neuroptico-myélite, soit quasi certaine, *nos connaissances précises sur ces virus sont extrêmement réduites*. Enfin, dans l'état actuel des choses, l'histologie ne

(1) *Association de la Presse médicale française.*

permet pas d'établir une démarcation entre les encéphalites infectieuses et toxiques.

M. le professeur Riser et le docteur Planques, de Toulouse, exposent une étude anatomique et clinique et thérapeutique basée sur 245 observations personnelles et *limitée aux encéphalites aiguës et subaiguës, aux myélites disséminées aiguës et subaiguës, aux méningo-neurotoxites infectieuses aiguës.*

Bien qu'on puisse décrire de grands types anatomiques, l'histologie pathologique ne saurait servir de base à une classification nosographique. Ni les réactions humorales, ni l'expérimentation, ni les critères utilisés *ne permettent de dégager une formule déterminée.* Mais il faut bien faire remarquer que MM. Riser et Planques considèrent la sclérose en plaques comme *une maladie autonome* sans rapport avec l'encéphalite épidémique, la syphilis ; mais elle peut être rapprochée de certaines encéphalo-myélites disséminées. Il faut, toutefois, séparer l'ataxie aiguë, par cérébellite, de l'encéphalite épidémique. La plupart des myélites aiguës et subaiguës n'appartiennent ni à la syphilis, ni à la sclérose en plaques, ni à la maladie de Heine-Médin et encore moins à l'encéphalite épidémique *dont les formes basses demeurent absolument exceptionnelles.* Il en est de même des infections primitives touchant les neurones périphériques et les méninges : cellulo-névrites ou méningo-neurotoxies particulièrement fréquentes dont l'autonomie est très possible.

Du point de vue pratique, il est important de connaître ces névraxites, parce que leur aspect est polymorphe et déroutant ; leur pronostic variable. La chimiothérapie est basée sur les rapports des cellules nerveuses avec les capillaires et le liquide céphalo-rachidien : *la voie sanguine demeure la voie d'attaque du parenchyme nerveux.* Quelques-unes de ces névraxites présentent des tendances évolutives et beaucoup de séquelles vaso-motrices ou neurologiques. Dans les deux cas, la thérapeutique hydro-minérale est une arme très efficace : Royat, Ax-les-Thermes, Aix-les-Bains, Ussat, et, surtout, Lamalou et Néris ont été utilisées. *La crénothérapie a agi très rapidement et avant tout sur les troubles vaso-trophiques des myélo-radiculites et des méningo-neuroxites ;* beaucoup de contractures sont améliorées, pour quelques mois ; les dysesthésies, les douleurs résiduelles ont été nettement amendées par Lamalou. Mais il n'a été obtenu aucun résultat contre les phénomènes paralytiques sérieux de la sclérose en plaques et des myélites graves.

M. le docteur Forestier, d'Aix-les-Bains, co-rapporteur, expose le traitement hydro-minéral des troubles moteurs et circulatoires des myélites et surtout des polyomyélites, tandis que M. Macé de Lépinay, de Néris, insiste, tout particulièrement, sur le traitement hydro-minéral des formes prolongées de l'encéphalite épidémique.

La discussion s'engage ensuite sur le fond de la communication de MM. Purves Stewart, Riser et Planques, et M. le professeur Cruchet, de Bordeaux, se met d'accord avec les rapporteurs pour reconnaître la rareté des formes basses de l'encéphalo-myélite par rapport aux formes hautes qui sont les formes habituelles de cette maladie.

***

Géologie hydro-minérale, physico-chimie et chimie. — Les rapports consacrés à *la géologie hydro-minérale, à la physico-chimie et à la chimie* ont été soutenus par M. le professeur abbé Bataller, de Barcelone ; MM. les professeurs Mengaud et Astres, de Toulouse ; MM. les professeurs Nasini, de Milan, et Lepape, de Paris.

Le professeur abbé Bataller donne un résumé des conditions géologiques et principaux caractères des sources thermo-minérales des Pyrénées catalanes et des régions sous-pyrénéennes où se trouvent les sources minérales les plus importantes de la région. M. Astre, au moyen de très ingénieux schémas, explique l'état d'avancement de la géologie pyrénéenne et montre comment *la notion de pli forcé ou de pli de fonds* est celle qui résume le mieux la structure de l'édifice. M. Russo, de Rabat, explique la présence de sources hydro-minérales au Maroc et s'étend sur la valeur thérapeutique de Moulay Yaccoub.

Dans une fort savante communication, le professeur Nasini, de Milan, s'exprimant dans le français le plus pur, étudie les relations existant entre l'azote et les gaz riches en hélium.

M. le professeur Lepape nous conduit *du cœur des atomes aux confins des mondes et des faits, aujourd'hui constatés, aux millénaires qui ont vu s'accomplir l'évolution totale de la matière inanimée elle-même.* C'est dire quelles vastes perspectives l'hydrologie offre toujours, tant au savant qu'au médecin praticien.

***

Cures climatiques et tuberculose pulmonaire, par M. Piéry, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Les éléments climatiques dont l'influence est heureuse pour l'évolution de la tuberculose pulmonaire sont, d'une part, la luminosité, le froid, la sécheresse qui provoquent réactions focales et réactions d'endurcissement, et d'autre part, la stabilité barométrique, thermométrique et hygrométrique, aux effets sédatifs et résolutifs.

Le vent, la grande humidité, les variations météorologiques trop brusques sont génératrices de poussées congestives qui sont, elles, difficiles à canaliser en effets thérapeutiques.

La climato-pathologie géographique apporte des résultats intéressants, mais d'interprétation trop délicate (contagion, hygiène) pour conduire à des conclusions précises.

Le climat de montagne est toujours considéré comme le plus actif à l'égard de la tuberculose pulmonaire. Ses effets sont aussi les mieux analysés. Son action, en particulier celle du climat de haute altitude, ne porte pas seulement sur l'état général, mais aussi sur les lésions elles-mêmes (action focale, substitutive ou de remaniement).

Le climat marin n'est plus utilisé, en France, qu'à Arcachon, grâce à son atténuation par la protection de sa forêt et de son bassin. Ce climat survit, toutefois, plus qu'on ne s'en doute, sous la forme des climats d'arrière-littoral, d'interlands de côte qui ont vu s'organiser stations de cures et sanatoriums, en assez grand nombre, ces dernières années. L'action d'un tel climat marin atténué ne peut plus alors se ramener à une formule unique, mais varie avec les diverses régions (congestif et excitant léger sur l'arrière-littoral méditerranéen, résolutif émollient, sédatif sur l'arrière-littoral atlantique).

Le climat de plaine thérapeutique est celui qui met le malade à l'abri des actions météorologiques trop fortes ou trop brusquement variables et présente un certain degré d'humidité stable. C'est le climat protecteur sédatif et résolutif par essence pour le tuberculeux pulmonaire trop érethique ou trop grave.

Les indications des cures climatiques doivent se fonder sur : la forme anatomo-clinique, la période de l'évolution de la maladie, le tempérament du malade. En face des effets, incomparablement actifs du pneumothorax, il semble bien, à l'heure actuelle, que dans toutes les formes nettement évolutives ou rapidement extensives, la cure climatique doive passer au second plan, au titre de médication postérieurement utilisable et adjuvante. Par contre, les cures climatiques (cures médicalement surveillées aidées de la cure diététo-hygiénique) gardent leur rang préémi-

nent à l'égard de toutes les formes bénignes, ulcérées ou non, mais stationnaires ou faiblement évolutives.

Il y a lieu d'insister en terminant sur la nécessité, non seulement de l'organisation médicale de la cure (installations médicales et chirurgicales et médecins spécialisés pour la cure moderne de la phtisie), mais sur la surveillance de l'acclimatement et sur le contrôle des effets thérapeutiques du climat.

Telles sont les règles générales auxquelles répondent, à l'heure actuelle, les cures climatiques de la tuberculose pulmonaire. Si de considérables précisions font encore défaut, il n'est pas douteux que les progrès commencés de la climatologie et les observations continuées dans un sens analytique par les phtisiologues, n'arrivent, dans pas très longtemps, à formuler les lois du traitement climatique de la phtisie aussi précises que celles qui régissent, à l'heure actuelle, le traitement climatique des tuberculoses localisées.

Enfin concluons, en terminant, que si le traitement climatique de la tuberculose pulmonaire a paru, en ces dernières années, diminuer d'importance au fur et à mesure que croissait l'action médicale directe (collapsothérapie et chrysothérapie), il n'en est pas moins que son rôle adjuvant, et non plus de premier plan, garde une valeur réelle. Cette valeur curatrice sera d'autant plus élevée qu'il s'agira d'une cure climatique méthodisée et surveillée par un médecin spécialisé et toujours poursuivie en subordination des plus actives méthodes de la phtisiothérapie moderne.

(*A suivre.*) R. Molinéry.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

(Séance du 16 janvier 1934)

M. le président fait part de la mort de M. Jean Cantacuzène (de Bucarest), associé étranger, et de M. Arthur Rousseau (de Québec), correspondant étranger.

Notice. — M. Loeper donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Raymond Cestan (de Toulouse).

A propos du procès-verbal. Anesthésie générale chirurgicale. — Dans la dernière séance, M. Fredet avait fait une communication sur l'anesthésie générale chirurgicale par l'allyl-isopropyl-malonylurée et le protoxyde d'azote.

A la suite des premiers essais faits avec Mlle Perlis, puis de recherches avec M. René Fabre, M. Fredet a été amené à la méthode suivante : emploi successif 1° d'un adjuvant, la *morphine scopolamine*, injectée par voie hypodermique ; 2° d'un anesthésique de fond, l'*allyl-isopropyl-malonylurée*, introduit par voie intraveineuse et 3° dans certains cas, l'adjonction d'un anesthésique de complément, mais donné à très faibles doses et de façon discontinue. C'est sur le *protoxyde d'azote* que M. Fredet s'est arrêté définitivement après essais comparatifs avec le chloroforme et l'éther.

M. Gabriel Petit apporte les résultats obtenus sur les animaux avec le même mode d'anesthésie. Ses observations viennent à l'appui de la communication de M. Fredet.

Résultats thérapeutiques des interventions chirurgicales sur le phrénique. — MM. Emile Sergent, Kourilsky et Clément Launay apportent les résultats d'observations personnelles dont ils cherchent à dégager les enseignements, aussi bien pour la tuberculose que pour les suppurations bronchiques et pulmonaires. Ils admettent que, dans la tuberculose pulmonaire, la phrénicectomie ne doit être réservée qu'aux cas où le pneumothorax thérapeutique n'est pas réalisable, qu'elle agira d'autant plus efficacement qu'elle sera associée à la cure sanatoriale, qu'elle est toujours inopérante dans les lésions anciennes avec bloc de sclérose, dans les grosses cavernes avec évidement lobaire et dans les processus aigus, pneumoniques ou miliaires.

Dans les dilatations des bronches, la phrénicectomie doit être rejetée ; dans les bronchiectasies infectées avec inflammation broncho-pulmonaire elle est sans danger et parfois efficace dans les bronchiectasies cylindriques et assez récentes ; elle est sans effet ou nulle dans les autres cas.

Dans les suppurations pulmonaires, la phrénicectomie est contre-indiquée dans les abcès putrides, surtout s'ils siègent à gauche ; elle peut être suivie d'une amélioration passagère dans les foyers peu actifs ; elle est le plus souvent inefficace ; elle est quelquefois dangereuse ; lui accorder une confiance trop grande, c'est courir le risque d'une aggravation, en laissant passer l'heure optima pour l'intervention directe.

Les procédés habituels de préparation culinaire des moules sont-ils efficaces pour la destruction des bacilles typhiques ? Expériences. — MM. Georges Brouardel et Jacques Renard, à propos des cas récents de fièvre typhoïde à Paris, ont recherché expérimentalement si les méthodes les plus usuelles de cuisson des moules pouvaient y détruire les germes de cette affection. A cet effet, ils ont infecté artificiellement des moules vivantes avec des cultures de bacille d'Eberth, puis, ils les ont soumises à divers modes usuels de cuisson et ont effectué ensuite, par culture, la recherche des germes typhiques préalablement introduits.

Dans tous les essais, le bacille d'Eberth a été détruit.

On peut donc conclure à l'innocuité, au point de vue de la fièvre typhoïde, des moules correctement préparées.

La médecine et l'hygiène sociales en péril. — M. Cazeneuve analyse un mémoire de MM. Auguste Lumière et Paul Vigne, sur les statistiques fâcheusement inexactes portant sur les causes des décès. Cette inexactitude met en péril la médecine et l'hygiène sociales qui commandent les mesures préventives.

Les médecins et la loi fiscale. — Au nom d'une commission composée de MM. Roussy, Balthazard, Carnot, Bernard et Fiessinger, ce dernier propose l'adoption de l'ordre du jour suivant :

« L'Académie, émue des protestations des différents groupements médicaux relativement aux modifications fiscales à appliquer à la profession médicale, affirme que pour aucune raison fiscale, il ne doit être porté atteinte au secret professionnel, garantie essentielle de sécurité pour les malades. Elle regrette que les commissions de préconciliation qui venaient d'être créées et avaient déjà rempli leur rôle à la satisfaction générale n'aient pas été maintenues, car elles donnaient toute garantie à la fois à l'administration des finances et aux médecins qui s'élèvent pour des raisons d'ordre moral contre tout ce qui assimile la médecine à une profession commerciale. »

La question sera discutée dans une prochaine séance.

Le rôle de l'innervation extrinsèque dans la sécrétion de l'intestin grêle. Phénomènes observés à la suite de l'énervation d'un segment intestinal ; Phénomènes observés à la suite de l'excitation des pneumogastriques. — MM. Rouvière et Vallette.

L'arachnoïdite optochiasmatique. — M. José Arce.

Le rôle du terrain dans l'angine de poitrine. — M. Vital-Lassance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Notre confrère Maurice Mordagne, chargé par l'*Association Corporative* des étudiants en médecine de Paris d'étudier les conditions nouvelles du service militaire des étudiants en médecine (1), est allé demander des précisions à M. le médecin inspecteur général Rouvillois, membre de l'Académie de médecine et directeur du S. S. au ministère de la Guerre.

Nous empruntons au *Concours médical* qui a publié samedi dernier le compte rendu de cette audience, les renseignements suivants ; ils complètent ceux que M. Mordagne a déjà donnés à la *Gazette des Hôpitaux*.

M. le médecin général inspecteur Rouvillois s'est exprimé ainsi :

« Une loi a été votée, celle du 14 juillet 1933, modifiant l'article 37 de la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ; cette loi vient de supprimer la P.M.S. pour les étudiants en médecine, en pharmacie et en chirurgie dentaire.

Mais à sa place nous avons créé une véritable Ecole, où ils recevront l'instruction militaire et technique qui leur permettra de devenir officiers de réserve. En réalité, la P.M.S. est nécessaire à la formation des officiers appelés à constituer à la mobilisation l'ossature d'une armée vraiment nationale, et indispensable, avant l'arrivée à la caserne, pour les futurs officiers des armes qui ont à apprendre un métier totalement différent des professions qu'ils exerceront dans la société. Mais elle apparaît moins nécessaire pour des jeunes gens appelés à être utilisés, en milieu militaire, dans la technicité qui fait la base de leur profession civile. C'est pourquoi certains se désintéressaient de la P.M.S., et comme les études médicales sont très absorbantes, surtout quand on prépare les concours hospitaliers, l'étudiant souvent le plus sérieux consacrait tout son temps à son instruction professionnelle. Il s'en suivait que nous recevions à chaque incorporation deux catégories d'étudiants : les uns pourvus du brevet, les autres ignorant tout des éléments du métier militaire.

« — Il y avait là, ajoute le Directeur, une dualité de formation détestable, comme vous le reconnaissez vous-même, car nous étions obligés d'instruire hâtivement ceux qui n'avaient pas le brevet de P.M.S. en les rassemblant dans quelques centres qui manquaient d'homogénéité. Plus tard, quand ils obtenaient leur certificat d'aptitude au grade de médecin-auxiliaire, ils étaient nommés à ce grade, que

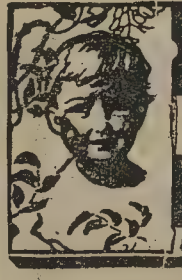
(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1933, n° 79, p. 1414.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
BEATOL
NERVEUX ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE
LABORATOIRES LOBICA G. CHENAL Phien - 46, Avue des Ternes - PARIS (17e)
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
R. C., I 33, Aubenas.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boule Ornano PARIS

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { *Adultes* : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / *Enfants* : 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boite de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boite de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

l'obtention de leur diplôme universitaire transformait automatiquement en celui de sous-lieutenant. Il n'en sera plus ainsi. Le résultat de cette dualité de formation était le même, et c'est là que résidait l'injustice : si les premiers étaient nommés médecins-auxiliaires ou officiers plus tôt, les seconds n'en étaient pas moins, bien que plus tardivement, nommés officiers de réserve. Aussi, quand la situation budgétaire nous a obligés à diminuer les nominations de médecins-auxiliaires à l'examen de sortie de la P.M.S., nous avons jugé le moment opportun pour signaler aux Pouvoirs publics l'étrangeté de cette situation sans issue.

« Vous êtes venu vous-même l'an dernier attirer notre attention sur l'émoi jeté chez les étudiants en médecine, anciens élèves de la P.M.S., qui, ayant obtenu des notes très supérieures à la moyenne, ne retirèrent aucun bénéfice de l'effort fourni.

« — C'est pourquoi, reprend le Directeur, nous avons exposé aux Pouvoirs publics le problème tel qu'il se présentait sous son aspect réel : établir un programme d'instruction équivalent à l'enseignement donné à la P.M.S., mais plus techniquement adapté aux besoins propres du Service de Santé ; en confier la réalisation à des instructeurs qualifiés, et *exiger que la totalité des étudiants en médecine incorporés suive cet enseignement*. Ce principe posé, il nous fallait obtenir certains avantages militaires pour récompenser le travail fourni par les élèves suivant les résultats obtenus au concours final.

« — Il existe donc aujourd'hui une véritable École d'officiers de réserve du Service de Santé. Le programme d'études est soigneusement établi, et c'était nécessaire ; cette année, les élèves sont répartis en deux pelotons à Lyon et à Paris, mais c'est provisoire ; d'ici peu ils seront tous au Val-de-Grâce. L'instruction technique leur est donnée par les professeurs des Ecoles de Lyon et du Val-de-Grâce, et l'instruction strictement militaire par les officiers instructeurs de la P.M.S. A la fin de ces études, un examen-concours devant un jury unique classera les élèves, et d'après les résultats se feront, à une date plus ou moins rapprochée, d'abord les nominations de médecins-auxiliaires, puis de sous-lieutenants.

« — Ainsi, les élèves qui auront sous-estimé la valeur de l'éducation militaire des pelotons d'E.O.R. seront probablement appelés à rester dans le rang pendant le service actif, et ce sera justice. L'armée n'a pas à donner de galons à ceux qui n'en veulent que pour leur tranquillité et pour des décorations ultérieures.

« — Comme vous le voyez, conclut le Médecin-Général-Inspecteur Rouvillois, la création de cette École marque la première étape dans l'effort que poursuit inlassablement le Service de Santé pour améliorer l'instruction et le perfectionnement de ses officiers de réserve et donner à l'Armée un Corps de Santé toujours mieux préparé au rôle et à l'importante mission que la Nation pourrait éventuellement lui confier. »

LIVRES NOUVEAUX

Précis de neurologie (1), par L. Rimbaud.

La *Nouvelle Bibliothèque de l'Etudiant en médecine* (Collection Testut), publiée sous la direction du professeur E. Forgue, correspondant de l'Institut et associé national de l'Académie de médecine, nous apporte un beau précis consacré à la neurologie et entièrement rédigé par M. le professeur Rimbaud.

Nul n'était plus désigné que notre ami L. Rimbaud pour écrire ce livre. Il fut le disciple de Grasset, qui l'aimait et l'estimait à juste titre. Nous pouvons donc considérer que le livre qu'il nous apporte est l'expression exacte de la doctrine professée par l'illustre maître de Montpellier. L'auteur, en tenant compte de l'évolution et des progrès incessants de la neurologie, ne s'est pas écarté de la sage ligne de conduite de l'Ecole montpelliéraine, qui part de l'analyse clinique pour en déduire les indications thérapeutiques. Ce respect d'une saine tradition nous vaut aujourd'hui « un livre de médecine pratique et non un ouvrage de science neurologique pure ». Il est écrit avec un souci constant de faire exactement le point. Il est clair, il est présenté méthodiquement, il est facile à lire.

Le plan de l'ouvrage est classique. M. Rimbaud envisage successivement les maladies de l'encéphale, les maladies de la moelle, les maladies des nerfs périphériques, les maladies des méninges. Enfin il étudie quelques maladies familiales, puis les troubles fonctionnels et les névroses.

En tête de chacune des parties, se trouve un exposé complet à la fois séméiologique et descriptif des grands syndromes, et ce n'est pas un des moindres attraits de ce livre dans lequel l'enseignement de M. Rimbaud se montre comme toujours particulièrement brillant.

Le *Précis de Neurologie* offre en outre l'agrément d'une présentation matérielle remarquable, avec de très nombreuses figures. Il fait le plus grand honneur à son éditeur, le Docteur Gaston Doin.

Heureux les étudiants qui auront entre les mains un tel instrument de travail ; heureux les praticiens qui pourront se délasser et s'instruire en le parcourant.

F. L. S.

(1) In-8. — Prix : relié, 140 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 24 janvier. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Ombrédanne, Tanon, Joannon. — M. Autran : Etude de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire : un sel d'or insoluble. — M. Simonin : Organisation des services d'hygiène dans un département rural. — M. Touzard : Etude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon. — M. Mendez : Les problèmes de l'enfance au Pérou.

Jeudi 25 janvier. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Lemaître, Lenormand, Halphen. — M. Fournié : Considérations sur le pronostic de la thrombophlébite du sinus caverneux. — M. Ardouin : Etude de l'ostéochondromatose des synoviales et des bourses séreuses.

Samedi 27 janvier. — Jury : MM. Carnot, président ; Lereboullet, Dognon, Lantuéjoul. — M. Silbermann : Quelques considérations sur les ondes électriques courtes en thérapeutique. — M. Clément : Contribution à l'étude du placenta galactogène.

Mercredi 24 janvier. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Couvelaire, président ; Gosset, Lesbouyriès, Nicolas, Déchambre, Robin. — M. Bedel : Accidents nerveux du part chez la lapine. — M. Lamouroux : Setter anglais.

Soyez optimiste, par le docteur Victor Pauchet. — Un volume sur alfa, broché : 10 fr. (Présentation originale.) — Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris (7e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 24 JANVIER 1934. — N° 7.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syndrome de radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique chez une petite fille de quatre ans, par MM. L. BABONNEIX et Maurice LÉVY.

ACTUALITÉS

La sprue, par M. R. LEVENT.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES. (Compte rendu (*fin*), par M R. MOLINÉRY.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie. — Société de thérapeutique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de la patente, par M. A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Capsules et ligaments de l'articulation coxo-fémorale (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 26 février 1934, à 8 h. 30. Les candidats seront avisés ultérieurement du lieu de l'épreuve écrite anonyme.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 22 janvier au lundi 5 février 1934 inclusivement.

— MUTATIONS. — I. *Ophtalmologistes.* — M. le docteur Coutela passe de l'hôpital Beaujon à l'hôpital Saint-Louis.

II. *Stomatologistes.* — M. le docteur Maurel passe de l'hôpital de la Charité à l'hôpital Cochin.

— Les mutations concernant les médecins, chirurgiens et accoucheurs ont été publiées dans le numéro 103 du 27 décembre 1933.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 20 janvier 1934. — Questions données : « Arthrite blennorragique du genou. — Phlegmon diffus du plancher de la bouche. » MM. Cahuet, 11; Flourens, 23; Grenet, 25; Raymondaud, 12; Ledoux-Lebard, 26; Teyssier, 17; Cochemé, 26; Adle, 27; Mlle Thévenot, 18; M. Séviléano, 10.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Médecine.* — Jury : MM. les docteurs Donzelot, Darré, Debray, Ramond (Louis), Sézary.

Censeurs : MM. les docteurs Lambling et Decourt.

— *Chirurgie et accouchements.* — Jury : MM. les docteurs Monod (Rob.), Marion, Küss, Veau et Devraigne.

Censeurs : MM. les docteurs Leibovici et Welti.

— PRIX FILLIOUX. — Jury : MM. les docteurs Grivot, Bouchet, Rouget, Abrami et Bazy.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a procédé lundi à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Quénu, décédé.

Les candidats étaient MM. Hartmann, J.-L. Faure et Gosset.

Au deuxième tour de scrutin, M. Antonin Gosset est élu par 31 voix sur 52 votants.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Le professeur agrégé Benhamou est chargé du cours d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine d'Alger, en remplacement du professeur Chassevant, décédé.

MARINE. — Le nombre de candidats à admettre à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, à la suite du concours de 1934, est fixé comme suit :

Ligne médicale : quarante-cinq places, dont neuf pour la marine et trente-six pour les troupes coloniales.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Ligne pharmaceutique : deux places, dont une pour la marine et une pour les troupes coloniales.

UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE. — *Prochaine conférence des Voix latines.* — Le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, membre d'honneur de l'Umfia ou Union médicale latine, qui a voyagé plusieurs fois en Amérique du Sud, fera le mercredi 14 février, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence de Son Excellence, M. Guani, ministre plénipotentiaire de la légation de l'Uruguay, à Paris, une conférence sur l'*Uruguay*.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe); à la librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris; à la librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris; à la librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris; à l'Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris; à la légation de l'Uruguay, 196, avenue Victor Hugo, Paris.

LE BAL DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES. — Le bal de bienfaisance qu'organise chaque année l'Association amicale des anciens élèves de l'Ecole de Bordeaux et des anciens médecins et pharmaciens de la marine et des troupes coloniales au profit des veuves et des orphelins, aura lieu le samedi 27 janvier prochain, à 22 h., dans les salons du ministère de la Marine, place de la Concorde, Paris.

On peut se procurer des cartes au ministère de la Marine, 2, rue Royale (bureau de la presse); au ministère des Colonies, 27, rue Oudinot (inspection du Service de santé); au siège de l'Association, 98 *bis*, boulevard Haussmann. Prix des cartes : 40 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du thorax et du rachis, chirurgie orthopédique), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 5 février 1934, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. Pierre Bazy, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA PATENTE (1)

Nous avons signalé, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un arrêt du Conseil d'Etat du 20 janvier 1933 fixant les conditions d'établissement de la patente pour les locaux soumis à la limitation du prix des loyers ; nous invitions nos confrères se trouvant dans ce cas à demander, pour 1933, à leur contrôleur le réajustement de leur patente.

Des avis contradictoires ayant été publiés à ce sujet, nous croyons devoir, pour fixer les idées et permettre les démarches et vérifications nécessaires, citer les termes mêmes de la note, N° 129, du 31 juillet 1933, du Comité des Directeurs des Contributions directes et du cadastre du Département de la Seine.

Cette note reproduit les dispositions d'une note, N° 1347, du 28 juillet 1933, se rapportant à l'ensemble du territoire : il suffira donc à nos confrères de province de remplacer les chiffres de Paris par ceux applicables à leur localité.

... « Conformément aux principes ainsi posés par la Haute Assemblée, le service devra donc, *en ce qui concerne les locaux soumis aux lois limitant la hausse des loyers*, ramener la valeur locative retenue comme base du droit proportionnel de patente aux prix maxima stipulés par ces lois, lorsque lesdits locaux seront loués pour un prix supérieur.

« *Pour l'année* 1933, *les dégrèvements résultant de la réduction de valeur locative seront accordés sur réclamation des intéressés.* Pour les années 1934 et suivantes, l'adaptation des valeurs locatives imposables aux maxima légaux sera effectuée lors du recensement annuel des patentables. »

Nous croyons devoir également préciser les majorations légales pour Paris et le Département de la Seine : il faut distinguer les locaux pour lesquels le régime des prorogations a pris fin de ceux qui y sont encore soumis.

Pour la période 1er juillet 1932-1er juillet 1935, les premiers sont ceux dont le loyer au 1er août 1914 était compris dans les limites ci-après :

Locaux d'habitation : de 6.001 à 9.000 fr. ;
Locaux professionnels : de 9.001 à 13.500 fr. ;

Les taux de majoration applicables sont les suivants :

Pour les locaux d'habitation : 300 % ;
Pour les locaux professionnels : 325 %.

Les prix limite s'obtiennent donc en multipliant les *valeurs locatives* de 1914 par les coefficients 4 ou 4,25 suivant les cas.

Les seconds (soumis au régime des prorogations) sont, pour la période 1er juillet 1932-1er juillet 1935, ceux dont le loyer au 1er août 1914 était inférieur aux chiffres ci-après :

Locaux d'habitation, 6.001 francs.
Locaux professionnels, 9.001 francs.

Les taux de majoration applicables pendant la période 1er juillet 1932-1er juillet 1934 sont les suivants :

Pour les locaux d'habitation : 180 % ;
Pour les locaux professionnels : 205 %.

Les prix limite s'obtiennent en multipliant les *valeurs locatives* de 1914 par les coefficients 2,80 ou 3,05 suivant les cas.

Une disposition spéciale s'applique au cas où a été concédé un bail de neuf années au moins : la majoration de loyer peut être portée dès l'entrée en jouissance à 250 % ou 275 %, suivant qu'il s'agit des locaux d'habitation ou de locaux professionnels et les coefficients applicables pour obtenir les prix limite sont respectivement 3,50 ou 3,75 suivant les cas.

A. HERPIN.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1933, p. 1350.

L'hypertension permanente de l'adulte et son retentissement artériel, par J. LENÈGRE, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris. — Un volume in-8° de 88 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Le Résyl Ciba

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

Laboratoires CIBA O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part Dieu LYON 239

Le DIDIAL "Ciba"

Hypnotique = Analgésique

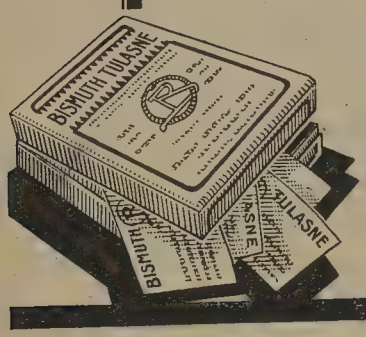
Procure repos et sommeil à tous les algiques

Tous les malades qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent, trouvent dans le DIDIAL le médicament analgésiant et soporifique qui leur permet de passer calmement les heures nocturnes.

COMPRIMÉS : un ou deux, le soir, avant le coucher.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE



Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

SYNDROME DE RADICULO-NÉVRITE AVEC DISSOCIATION ALBUMINO-CYTOLOGIQUE CHEZ UNE PETITE FILLE DE QUATRE ANS

Par MM. L. BABONNEIX et MAURICE-LÉVY.

Le 13 octobre 1916, MM. Guillain, Barré et Strohl présentaient à la Société médicale des hôpitaux de Paris (XXXII, p. 1462-1470 des *Bulletins*) une note concernant un syndrome clinique observé chez deux malades, et caractérisé essentiellement par des troubles moteurs, l'abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés, des paresthésies avec troubles légers de la sensibilité objective, des douleurs à la pression des masses musculaires, des modifications peu accentuées des réactions électriques des nerfs et des muscles, une hyperalbuminose considérable du liquide céphalo-rachidien avec absence de réaction cytologique. Paraissant en rapport avec une atteinte des racines rachidiennes des nerfs et des muscles, vraisemblablement de nature infectieuse ou toxique, ce syndrome comporte un pronostic favorable, puisque, des deux malades qui ont servi à l'établir, le premier sortait presque guéri, le second en voie d'amélioration quand ils ont été évacués.

Le 15 mars 1925, à la Réunion neurologique de Strasbourg (*Revue neurol.*, 1925, I, p. 492-496), M. Guillain revient, avec MM. Alajouanine et Périsson, sur ce syndrome dont il donne deux nouvelles observations détaillées où se retrouvent les éléments précédents, y compris l'évolution rapide vers la guérison, et montre que, si leur origine infectieuse ou toxique est des plus vraisemblables, ils ne peuvent, en aucun cas, être attribués à la diphtérie.

De tels cas sont rares chez l'adulte, plus encore chez l'enfant : c'est ce qui donne quelque intérêt au cas suivant, qu'il nous a été donné d'observer, récemment, chez une petite fille de 4 ans.

OBSERVATION. — Denise Br., 4 ans, nous est envoyée le 8 décembre 1933 pour paraplégie des membres inférieurs.

Cette paraplégie flasque, complète, avec abolition des réflexes tendineux, absence de Babinski, troubles importants des réactions électriques, absence de troubles sphinctériens, s'est constituée insidieusement et progressivement. C'est là un des points curieux de l'histoire de la maladie.

Celle-ci remonte déjà à quelques semaines. Vers la fin septembre, l'enfant, jusque-là bien portante, à la suite de quelques troubles vagues, se plaint d'une fatigue excessive des membres inférieurs, tombe plusieurs fois, marche avec difficulté. Cependant un examen neurologique, pratiqué en ville vers le 15 octobre, n'aurait montré aucune anomalie dans l'exploration des réflexes. Petit à petit, les troubles s'accentuent au point que l'enfant est confinée au lit, et, progressivement, la paralysie des membres inférieurs devient complète. Les divers traitements mis en œuvre jusqu'à l'entrée à l'hôpital, en particulier le traitement électrique, n'ont guère atténué l'impotence fonctionnelle qui se révèle absolue lors de notre premier examen.

L'enfant, dont l'aspect général est satisfaisant, dont la température est normale, est incapable de mobiliser les jambes. Tout au plus arrive-t-elle à les faire glisser latéralement sur le plan du lit. Les pieds sont tombants. Aucun mouvement des pieds ni des orteils n'est possible. L'atrophie musculaire paraît modérée, il n'y a pas de rétraction myo-tendineuse. Les mouvements passifs sont exagérés, l'hypotonie, considérable.

Les réflexes tendineux et rotuliens sont abolis. La recherche du signe de Babinski ne provoque ni flexion ni extension.

A cette paralysie des membres inférieurs s'ajoute une parésie des muscles lombaires : l'enfant ne peut s'asseoir qu'au prix de grands efforts.

Aux membres supérieurs, il existe, surtout à gauche, une diminution très nette de la force segmentaire. Cependant, les réflexes tendineux sont normaux.

Il n'y a pas de paralysie des nerfs craniens.

Les sphincters fonctionnent normalement : il n'y a ni rétention, ni incontinence.

Quant aux troubles sensitifs, l'âge de la maladie en a rendu la recherche très délicate. Signalons cependant qu'il n'y a pas de douleur à la pression des masses musculaires, pas d'anesthésie en selle et que tout semble se réduire à une légère diminution de la sensibilité au tact et à la piqûre le long des deux membres inférieurs.

S'il n'y a pas de troubles trophiques des ongles ni de la peau, les troubles des réactions électriques sont importantes : inexcitabilité faradique ; hyperexcitabilité galvanique, avec secousse lente (R. D.) aussi bien des muscles de la cuisse que de ceux de la jambe, et des deux côtés.

Signalons enfin que l'examen du fond d'œil a été négatif, qu'un ensemencement de gorge pratiqué en vue de la recherche d'une diphtérie occulte, n'a pas révélé de bacilles, que le B. W., pratiqué chez l'enfant et les parents a été négatif. Quant à la ponction lombaire, elle a donné un liquide clair, non hypertendu en apparence, sans modifications cytologiques (0,4 élément par mm^3), mais avec augmentation notable de l'albumine à 0,79.

Par ailleurs, l'examen complet de l'enfant n'a révélé aucune anomalie, et rien de saillant n'est à noter dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels.

***

En résumé, paraplégie flasque s'étant installée progressivement — ce qui exclut l'hypothèse de paralysie infantile — et dont la caractéristique semble bien être la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Sans doute, si on compare ce cas à ceux de M. Guillain et de ses collaborateurs, on trouve, entre les deux, quelques différences : absence de douleur à la pression des masses musculaires et, inversement, modifications très accentuées des réactions électriques. Mais les ressemblances l'emportent, et de beaucoup : existence, dans celui-là comme dans ceux-ci, de troubles paralytiques, aréflexie tendineuse, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien contrastant avec une formule cytologique normale. Tout donne donc à penser que, chez la petite Br., il s'agit d'une de ces radiculo-névrites isolées par M. Guillain et dont l'origine infectieuse semble de plus en plus probable.

Les fonctions gastro-duodénales. Moyens d'exploration, par J. DIMITRESCO-POPOVICI, médecin de l'hôpital Régina Elisabeta de Bucarest, ancien assistant étranger à la Faculté de Médecine de Paris. Préface de Félix RAMOND. — Un volume de 250 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LA SPRUE

La guerre et l'après-guerre nous ont valu la transplantation en Europe d'un certain nombre d'affections autrefois apanage des pays tropicaux et dont la médecine exotique avait seule à connaître ; nos pays ont perdu leur immunité et nos praticiens ont perdu leur droit d'ignorer certains faits ; la pathologie autochtone s'est enrichie de paragraphes nouveaux. Les diverses formes d'amibiase, le Kala-azar sont des exemples de cette transformation de la médecine.

Il est aussi une diarrhée chronique, exclusivement exotique autrefois, que l'on rencontre maintenant de temps à autre en France et même dans des contrées plus septentrionales : c'est la « diarrhée chronique des pays chauds » pour laquelle on tend de plus en plus à adopter la dénomination de Sprue (du javanais Spruw) parmi d'autres très nombreuses et souvent d'origine topographique (1).

La sprue est caractérisée, selon la définition de Patrick Manson, par une inflammation catarrhale chronique atteignant tout ou partie de la muqueuse digestive, entre la bouche et le rectum, inflammation coïncidant en général avec la suppression de la fonction biliaire du foie et sans doute une atteinte fonctionnelle des autres glandes digestives.

Etiologie. — Quant à la cause première de cette affection nous ne savons rien de plus à l'heure actuelle que lors de la publication de la première étude d'ensemble de Manson.

Le domaine géographique était autrefois uniquement tropical ou subtropical, compte tenu de cas observés chez des sujets nouvellement rapatriés : Afrique tropicale et Antilles, mais surtout contrées de l'Asie continentale ou insulaire : Chine, Cochinchine, Manille, Java, Etablissements des Détroits, Inde et Ceylan, tous pays de climat chaud et humide. On pouvait cependant rencontrer aussi la sprue au Japon et dans la Chine du Nord qui sont favorisés d'hivers froids et secs.

Les Européens pouvaient être atteints aussi bien que les indigènes après un séjour de quelque durée, et surtout en pays d'endémie ; 1 ou 2 ans ont suffi parfois et le début pouvait se manifester encore quelque temps après le retour en pays tempéré.

Diverses circonstances semblent prédisposantes : toutes les affections du tube digestif en général ; toutes les causes de débilitation : grossesses répétées, lactation, avortements, syphilis, surtout lorsque traitée par le mercure ou l'iodure. Toutes les fautes alimentaires prolongées, toutes les causes morales de dépression semblaient aussi de quelque influence.

Il convient cependant de noter que le paludisme ni la dysenterie n'ont jamais paru, de par leur nature propre, avoir aucun rôle prédisposant net.

(1) Diarrhée de Cochinchine, diarrhée tropicale, diarrhée blanche. Aphtes des tropiques. Mal buccal de Ceylan. Psilosis linguae.

Ces notions ont conservé leur valeur. Mais un correctif s'impose maintenant : pour des raisons encore inconnues on rencontre en Europe des cas de sprue chez des sujets qui n'ont jamais quitté leur pays et pour la contamination desquels on ne peut découvrir aucune filière de transmission. De tels cas ont été rencontrés en France (J. Ch. Roux) ; en Hollande et en Allemagne (Scheer) ; en Angleterre (Begg) ; au Danemark (Hess-Thaisen).

En dépit de l'existence de formes cliniques un peu disparates, le diagnostic est en général possible à la condition de connaître la possibilité d'une sprue « nostras ».

Etude clinique. — Le début de la sprue est extrêmement lent et paraît des plus irréguliers dans sa marche et dans ses caractères. On peut quelquefois le suivre à un an en arrière, quelquefois même jusqu'à 15 ans selon les cas et les facultés d'attention, d'analyse et de mémoire du sujet. L'ancienneté d'évolution semble d'ailleurs avoir la plus grande influence sur le pronostic.

C'est le plus souvent par un fonctionnement intestinal durant des mois irrégulier, puis par une diarrhée bilieuse, en débâcle survenant le matin au réveil que les choses commencent, mais sans accompagnement d'aucun signe général et avec des rémissions spontanées d'une durée parfois très longue.

D'autres fois, ce sont des troubles dyspeptiques. Les uns ou les autres s'installent graduellement sans gêner beaucoup l'activité du malade.

A la période d'état, c'est habituellement par un syndrome : diarrhée, lésions buccales, anémie, que se caractérise la sprue.

La diarrhée après avoir été longtemps aiguë et éphémère est devenue chronique, surtout mais non exclusivement matinale. Les selles sont abondantes et parfois à un degré phénoménal (1/2 pot à la fois) ; elles se répètent plusieurs fois par jour, 5 à 6 en moyenne. Tantôt pâteuses et bien liées, plus rarement liquides et lientériques, de couleur grisâtre, mastic ou mayonnaise, d'aspect fermentatif, avec une fétidité butyrique habituellement intense. Elles ne sont pas douloureuses, leur émission soulage même les malades, mais deviennent pénibles à cause des excoriations anovaginales qu'elles occasionnent. L'examen de laboratoire permet de préciser certains caractères importants.

Dans un temps variable après la diarrhée apparaissent les accidents buccaux. Eux aussi varient en intensité et sont plus ou moins douloureux ; les exacerbations en sont en général contemporaines de celles de la diarrhée.

Les lésions sont en général superficielles, mais tenaces et d'aspects divers : sécheresse et irritation de la muqueuse avec taches congestives ; apparition de petites érosions superficielles, de petits aphtes qui ont dans certains cas servi à dénommer la maladie. L'aspect de la langue est tantôt jaunâtre et cartilagineux d'apparence, tantôt fissuraire avec des papilles tuméfiées, saillantes, exagérément visibles. Au niveau du frein se produisent de petits érosions que recouvrent bientôt des fausses membranes, de même à la face

interne des joues et des lèvres, sur le palais, la luette et la paroi pharyngée.

Des lésions aussi étendues de la muqueuse s'accompagnent naturellement de signes fonctionnels : salivation, sialorrhée, douleurs au contact des aliments surtout s'ils sont un peu irritants, douleurs à la déglutition avec irradiations sternales, témoignant de l'atteinte œsophagienne. Même dans les périodes de rémission où la langue est propre et comme vernissée, la sensibilité persiste. Aussi le malade s'alimente-t-il avec appréhension et cette inanition volontaire joint ses effets à ceux des causes intestinales.

La muqueuse gastrique est atteinte aussi : d'où troubles dyspeptiques : pesanteur, ballonnements, oppression après les repas.

L'abdomen est tendu, avec de temps à autre des borborygmes, sans douleurs véritables, mais suivis d'abondantes expulsions de gaz par l'anus. Dans quelques cas rares on voit des vomissements survenant brusquement et sans nausées préalables. Le malade pâlit, s'amaigrit ; parfois mais non toujours apparaissent des troubles nerveux organiques par dégénérescence de la moelle et des nerfs périphériques.

Les examens de laboratoire corroborent et complètent ce tableau clinique.

La salive présente au tournesol une réaction acide quasi constante contrastant parfois avec la diminution ou la disparition de l'acide chlorhydrique du suc gastrique.

L'examen coprologique est de première importance. Les selles ont au tournesol une acidité très marquée et sont exagérément riches en graisses. Il s'agit, avec une très forte prédominance, d'acides gras dont une partie est volatile donnant aux fèces leur aspect fermentatif. Les savons neutres y sont rares au contraire. Les fibres musculaires et les noyaux cellulaires ainsi que les déchets amylacés y sont en quantité normale témoignant d'une fonction pancréatique conservée. Absence de sang et d'hématine ; sécrétion biliaire normale.

L'examen hématologique correspond à l'impression clinique. Le nombre des hématies s'abaisse progressivement jusqu'à 2.000.000 et moins encore avec diminution parallèle du taux de l'hémoglobine. Aucune modification quantitative ni qualitative des globules blancs.

L'azotémie tend à s'élever, mais faiblement (0,60 à jeun dans un cas de Gillet) ; la courbe de la glycémie tend à s'abaisser (40 centigrammes par litre et moins encore dans un cas de Hess-Thaisen).

L'examen radiologique montre seulement la distension gazeuse de l'intestin et la rigidité cartonnée des parois caecales.

L'évolution de la sprue est lente, coupée de rémissions, avec guérison possible, mais d'autant plus aléatoire que le traitement est plus tardif. La durée varie suivant les cas entre 1 et 15 ans.

On voit le malade maigrir, pâlir, se cachectiser, perdre ses forces physiques. Un certain déficit intellectuel s'installe surtout dans le domaine de la mémoire. Des œdèmes s'installent et la mort survient dans la cachexie du fait d'accidents cholériformes ou d'affections intercurrentes.

A côté de cette forme typique on en a décrit d'autres : sprue secondaire à la dysenterie où selles et évacuations perdent les caractères de la dysenterie pour prendre ceux de la sprue en même temps qu'apparaissent les lésions buccales.

Sprue secondaire à une entérocolite aiguë ; la diarrhée d'abord aiguë et profuse avec coliques et vomissements fait place à des accidents caractéristiques.

La gravité du pronostic se ressent naturellement d'une telle succession nosologique.

Il existe enfin des formes incomplètes d'où diagnostic souvent malaisé : formes gastriques sans diarrhée, mais avec lésions buccales qui orientent le diagnostic et amaigrissement ; les selles sont dans ces cas pâles, mais solides :

Formes intestinales sans signes buccaux, ni troubles dyspeptiques ni ballonnement, mais avec des selles liquides ; le diagnostic est malaisé et l'examen coprologique y est de première importance.

Formes sans diarrhée, enfin, souvent dues à l'action incomplète du traitement. L'amaigrissement continu et les selles d'abondance excessive en sont les caractères. La mort par cachexie est la terminaison habituelle.

Il convient enfin de signaler une importante séquelle de la sprue, qui peut survenir même lorsque le traitement a eu entièrement raison des accidents évolutifs. L'extension et la profondeur des lésions amènent une atrophie intestinale définitive avec insuffisance digestive irrémédiable. Les erreurs de régime, l'action du froid en pays tempéré, les émotions même suffisent à provoquer le retour de diarrhées épuisantes susceptibles de provoquer une évolution fatale à elles seules ou de mettre le malade à la merci de toute affection intercurrente.

Anatomie pathologique. Pathogénie. — L'étude anatomo-pathologique est assez pauvre de résultats ; intégrité de la plupart des viscères ; émaciation musculaire générale et disparition généralisée du pannicule adipeux. Dégénérescence granulograisseuse du parenchyme pancréatique et légère inflammation interstitielle. Tout cela n'est que banal.

L'intestin, sur toute sa longueur, a un aspect anémié et diaphane et sa musculeuse est évidemment atrophiée. La muqueuse est recouverte d'une couche adhérente de mucus gris sale. Elle présente tous les degrés de lésions suivant les points : simples plaques congestives, desquamation, érosions, ulcérations, escarres, plaques cicatricielles pigmentées ou non, toutes lésions parcellaires. Mais de proche en proche et à des moments et des degrés divers le tube digestif dans toute sa longueur est frappé.

A noter dans l'épaisseur de la paroi de petits kystes miliaires à contenu purulent vraisemblablement dus à un processus atrophique.

Rien dans ces lésions, non plus que dans les caractères cliniques, n'élève de beaucoup la pathogénie de la sprue. En raison d'analogies symptomatiques avec la maladie cœliaque, on a cru à une déficience pan-

créatique que ne confirment ni l'histologie ni la coprologie.

On a incriminé une infection, par les germes les plus divers, monilia psilosis entre autres. C'est une hypothèse non encore confirmée. Efremow conclut de recherches bactériologiques récentes que l'infection n'est sans doute qu'un élément accessoire favorisé par l'état intestinal préalable.

D'autres auteurs ont pensé qu'il s'agissait d'une carence, en vitamine C particulièrement ; l'heureux effet de certains traitements est un argument de poids, mais la preuve entière nous échappe encore. Slot qui a récemment repris cette étude associe carence en vitamine C et action trop puissante de la lumière de certains pays. Ce dernier élément semble difficile à incriminer pour des sprues autochtones chez des sujets n'ayant jamais quitté des pays tempérés ou septentrionaux. Le problème pathogénique demeure donc quasi entier.

Diagnostic. — Aisé dans les formes typiques du fait de l'association diarrhée-lésions buccales-anémies, il est plus délicat dans les formes frustes où les antécédents et l'examen coprologique prendront une valeur particulière.

De grandes analogies cliniques existent avec la maladie coeliaque (Maladie de Gee-Herter) mais cette dernière n'atteint que l'enfant.

Diagnostic aisé avec les affections hépatiques, cirrhoses diverses, spécifique en particulier ; dans les affections pancréatiques les résultats de l'examen des fèces est en général tout différent.

C'est surtout avec des syndromes d'anémie pernicieuse d'autre origine que des erreurs pourront parfois être commises mais l'examen complet du malade, l'hématologie permettront en général, sinon de reconnaître la cause du syndrome de Biermer, du moins de ne pas méconnaître une sprue en évolution.

Pronostic. — Il est toujours grave et d'autant plus que le traitement aura été institué plus tard. Lorsqu'il a été précoce, ses résultats sont bons en général. Mais une guérison apparemment complète peut toujours laisser place à des rechutes ; il est enfin des cas rebelles où le traitement freine les accidents et ralentit l'évolution, mais sans l'empêcher d'aboutir à une issue fatale d'ailleurs très retardée.

Traitement. — Il est heureusement plusieurs méthodes qui toutes ont fait leurs preuves mais sont toutes œuvre de longue haleine. C'est en tout cas la seule précocité du traitement qui permettra d'éviter l'atrophie intestinale.

Manson a eu de bons effets du traitement lacté. Après une purgation par l'huile ou la rhubarbe il donne pendant 2 ou 3 jours du lait (1 litre 1/2 par jour) pris à la petite cuiller ou au chalumeau pour en ralentir suffisamment l'ingestion.

Le malade reste au lit jusqu'à amélioration confirmée et la ration quotidienne est augmentée progressivement jusqu'à 3 litres ou même plus si possible.

Après 6 semaines de selles solides, on ajoute des œufs crus, des farineux maltés, un peu de beurre ; plus tard du poisson, du poulet, des fruits.

A la moindre apparence de rechute, retour en arrière et au besoin réduction des liquides ; dans les cas rebelles on donnera du lait concentré à chaud sans ébullition ou peptonisé.

Van den Burgh a eu d'excellents résultats par un régime fruitarien, riche en vitamines C et qui est devenu classique.

Il comprend avant tout des fraises, et à leur défaut des bananes ou des pommes jusqu'à concurrence de 2 à 3 livres par jour, par prises espacées de 3 heures. On pourra ensuite, comme le fait Cantlie, y ajouter le jus de 4 à 5 livres de viande crue chaque jour. Boisson : eau chaude prise entre les repas (Salisbury). Plus tard on ajoutera des légumes verts crus ou cuits, du vin rouge.

A titre accessoire, lavements nutritifs prudents, cures de carbonate ou phosphate de chaux et de vitamine D ; extrait de foie et arsenic par voie sous-cutanée contre l'anémie, extrait gastrique, acide chlorhydrique (méthode de Castle), extrait parathyroïde (Bensaude).

En 1930, enfin, Fairley, s'inspirant des travaux de Castle sur l'anémie pernicieuse, complète l'action du foie et de l'acide chlorhydrique ainsi que de la recalcification par un régime de lait sec enrichi en protéines. Ce produit (Sprulac) contiendrait beaucoup de protéines et d'hydrates de carbone (1,0 et 1,3) contre 0,3 seulement de graisses et aurait obtenu de bons résultats.

Les premiers effets du traitement sont souvent rapides, en quelques jours retour de l'appétit, la langue s'humidifie et se cicatrice, le météorisme diminue, les selles sont plus rares, moins copieuses, moins riches en graisses et le régime peut se relâcher de sa sévérité.

Dans tous les cas de sprue tropicale, le retour en Europe s'impose dès la disparition des accidents aigus.

S'agit-il d'un syndrome aux diverses causes plus fréquentes sous les tropiques, ou d'une affection tropicale acclimatée sous notre ciel comme plusieurs autres en ces dernières années ? L'avenir nous l'apprendra sans doute. Mais l'important, à l'heure actuelle, est de connaître la sprue autochtone pour qu'un traitement précoce mette le malade dans les meilleures conditions d'avenir proche et lointain.

R. LEVENT.

Les tumeurs bénignes du larynx (1), par le professeur Ricardo BOTEY (de Barcelone).

Voici une excellente étude sur les tumeurs bénignes du larynx désignées habituellement sous le nom de polypes. L'auteur, le très regretté Ricardo Botey, a consacré une étude anatomique et clinique fort complète sur les polypes du larynx, les nodules des cordes vocales, l'éversion ventriculaire et les laryngocèles.

— Une biographie du grand laryngologiste espagnol termine son dernier ouvrage. L. G.

(1) Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales. — Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE, DE CLIMATOLOGIE ET DE GÉOLOGIE MÉDICALES

Toulouse, 4-9 octobre 1933 (1).

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Le climat de montagne et de désert dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par le docteur BURNAND (Lausanne). — M. Burnand montre d'abord que la question de la climatothérapie de la tuberculose pulmonaire nécessite une mise au point. En effet, des sanatoriums ont été installés depuis une vingtaine d'années dans un grand nombre de régions, et nous pouvons aujourd'hui établir des comparaisons entre les effets observés dans ces diverses zones. Ils sont, à peu de chose près, analogues, ce qui permet de penser que l'*essentiel* dans le traitement de la tuberculose ce sont les soins médicaux et le régime sanatorial. Le climat n'intervient qu'à titre d'adjuvant, mais d'adjuvant puissant. Le rapporteur s'attachera à mettre en évidence l'action propre du facteur climatique dans le traitement, et à préciser les formes cliniques de tuberculose qui sont du ressort de l'altitude et du climat désertique.

M. Burnand fait appel, pour résoudre ces questions difficiles, aux expériences comparatives qu'il a pu faire dans trois régions où il a travaillé comme phtisiothérapeute, et appliqué exactement le même traitement de base, savoir, à Leysin (1.450 mètres), à Hélouan (30 mètres), à Lausanne et environs (400 à 600 mètres).

Dans une première partie de son rapport, M. Burnand, après un sommaire exposé des caractères physiques et des effets physiologiques du climat d'altitude, étudie l'action de ce climat sur les *symptômes cardinaux* de la phtisie envisagés d'une façon analytique chez le « tuberculeux moyen » : état général, fièvre, toux, expectoration, hémoptysies (l'hémoptysie n'est pas plus fréquente à l'altitude qu'ailleurs), état lésionnel. Il montre que le climat de montagne ne semble pas exercer d'action spécifique très évidente sur ces divers symptômes, sauf sur le symptôme fièvre (fièvres modérées) à l'égard duquel il paraît plus actif que d'autres climats, et sur l'état général, mais que son incontestable puissance thérapeutique globale tient essentiellement au fait que ses caractères météorologiques, tout particulièrement en hiver, permettent l'application intensive de la cure d'air, sans restrictions ni dangers.

Il trouve une preuve de cette action utile dans le fait de la survie tout à fait surprenante des tuberculeux chroniques, nombreux, qui se fixent pour y travailler dans les stations alpestres.

M. Burnand s'attache ensuite à exposer les contre-indications du climat de montagne chez les tuberculeux. On peut dire que toute circonstance clinique qui fait sortir un malade donné du cadre de la « tuberculose moyenne » rend moins péremptoire l'indication du climat de montagne ; M. Burnand souligne en particulier le danger de l'altitude chez les débilités cardiaques et circulatoires, les nerveux, les maigres, les vieillards, les dyspnéiques (doubles pneumothorax mal équilibrés fonctionnellement).

Il termine son rapport par un exposé schématique (qu'il reconnaît passible, en pratique, d'exceptions nombreuses et imprévisibles) des formes cliniques de tuberculose qui sont du ressort de la cure d'altitude, de celles qui la contre-indiquent, de celles enfin à propos desquelles l'opportunité de cette cure est variable selon les cas envisagés.

A la première catégorie ressortissent les tuberculoses modérément évolutives, infiltrantes ou cavitaires, chez les sujets jeunes ou adultes ; à la seconde, les formes granuliques fébriles ou sub-fébriles ; les formes à tendance extensive rapide, ou caséeuses, les scléroses mutilantes avec ectopie cardiaque (fibrothorax), les tuberculoses congestives ; dans la troisième catégorie, l'auteur groupe notamment les tuberculoses miliaires torpides (granulies froides), les états bacillaires chroniques.

Passant ensuite à l'étude du *climat désertique*, M. Burnand renvoie le lecteur aux divers mémoires qu'il a publiés sur ce sujet à la suite de sa mission médicale en Egypte, et montre que par certains de ses caractères (ensoleillement continu, sécheresse atmosphérique), le climat désertique se rapproche du climat d'altitude. Le traitement de la tuberculose peut y être utilement entrepris, et les tuberculoses fébriles et graves s'y trouvent certainement mieux qu'à la montagne. On est surpris de voir des fièvres tuberculeuses s'éteindre par le repos sanatorial même pendant la saison la plus chaude. Burnand n'a pas constaté de notable recrudescence des accidents hémoptoïques pendant le printemps et en été.

***

La législation des eaux minérales. — Cette question amène M. le bâtonnier Timbal, de la Cour de Toulouse, à étudier les *mesures légales de contrôle des eaux minérales*. Le droit de propriété privée, qui sert de fondement à notre législation civile, doit être envisagé à un double point de vue : comme droit individuel, et comme fonction sociale.

C'est pour ce motif que les sources ordinaires sont laissées à la libre disposition de leurs propriétaires, tandis qu'au contraire les sources minérales, intéressant la collectivité, sont soumises à un régime spécial, à des mesures légales de contrôle, et deviennent des propriétés d'intérêt public.

On peut à leur égard poser les trois règles suivantes :

1° Aucune source minérale n'est exploitée sans une autorisation préalable.

Cette autorisation est accordée par le ministre chargé de l'hygiène après vérification du captage par le Service des mines, production de diverses analyses, avis du Conseil départemental d'hygiène, et consultation d'autorités scientifiques siégeant à Paris.

2° Toute source minérale en exploitation est l'objet d'une surveillance administrative.

Le Service des mines, les autorités médicales et le préfet collaborent à cette surveillance.

3° Les sources importantes sont déclarées d'intérêt public et efficacement protégées.

Il faut pour cela un décret en Conseil d'Etat, qui n'intervient qu'après une longue et minutieuse instruction.

Lorsqu'il a été rendu, le propriétaire de la source ne peut exécuter aucun travail de captage ou d'aménagement sans l'autorisation du ministre ; et, en cas d'exploitation défectueuse, il court le risque de l'expropriation pour cause d'utilité publique.

Les voisins de la source inclus dans le périmètre de protection ne peuvent pratiquer aucune fouille susceptible de modifier le débit ou la composition de l'eau.

Si l'on veut porter un jugement d'ensemble sur ces mesures, on doit reconnaître qu'elles sont efficaces.

Mais il y aurait lieu de simplifier les diverses procédures imposées aux exploitants de sources minérales, et de reconnaître aux services médicaux une autorité prépondérante et presque exclusive.

M. de Coutard, ingénieur en chef du Service des mines discute les arguments de M. Timbal et souhaite en termi-

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 6, p. 105.

nant que l'accord le plus parfait puisse régner entre les hydrologues et le service dont il est le mandataire. M. Chaleix, avec sa haute compétence et une courtoisie à laquelle tout le monde se plaît à rendre hommage, insiste sur la nécessité qu'il y a de défendre légalement les eaux minérales afin d'éviter que ne soit discrédité un médicament dont on connaît toute la puissance.

*
* *

L'utilisation des ressources hydro-minérales françaises par le service de santé militaire. — MM. HUGONOT et ANDRIEU consacrent la première partie de ce travail à l'étude historique de l'utilisation des eaux thermales françaises par le Service de santé militaire. Bien que certaines d'entre elles aient été recommandées depuis longtemps pour le traitement des séquelles de blessures par armes à feu (eaux d'arquebusades), l'utilisation rationnelle n'en fut faite que lors de la création des premiers hôpitaux militaires thermaux.

Les guerres du XVIIIe siècle firent d'abord créer les hôpitaux de Bourbonne-les-Bains, puis de Barèges : hôpitaux spécialisés initialement dans le traitement des séquelles de blessures. L'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ne fut fondé que plus tard, en 1847. Enfin c'est en raison de la fréquence des affections viscérales contractées lors de la conquête de l'Algérie et pour leur traitement, que fut organisé le Centre de Vichy.

Depuis 1857, le Service de Santé militaire a toujours adapté dans la mesure du possible le traitement hydrominéral des malades et des blessés aux circonstances dictées par les besoins. Au cours de la guerre 1914-18, cet effort a été porté au maximum puisque, en 1918, on pouvait ouvrir sur notre territoire 36 stations thermales pour le traitement des malades et des blessés.

Actuellement les stations d'eaux minérales naturelles utilisées par le Service de santé militaire sont au nombre de 15 :

Dans l'intérieur de la France : Amélie-les-Bains, Bagnoles-de-l'Orne, Barèges, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains, Capvern, Châtel-Guyon, Dax, Lamalou-les-Bains, le Mont-Dore, Plombières, Royat, Saint-Nectaire, Salies-de-Béarn, Vichy.

Dans l'Afrique du Nord : Hammam-Rirha.

Un second chapitre expose l'organisation des cures thermales dans l'armée.

Le principe de la cure surveillée a été admis comme seul susceptible de donner à la thérapeutique hydro-minérale son maximum d'efficacité. Les auteurs envisagent les principales indications de cures et montrent que les ressources de l'armée répondent aux exigences de l'hydrologie moderne.

L'effort du Service de santé militaire se juge par les chiffres. Une constante progression se marque dans le nombre des malades annuellement traités. Pour ne citer que les deux stations de Bourbonne-les-Bains et Vichy, le nombre des cures suivies est passé respectivement de 524 et 2.144 en 1920, à 870 et 3.633 en 1932. En fait, plus de 10.000 malades ont pu être efficacement traités en 1932 dans les hôpitaux militaires thermaux.

Les stations militaires thermales ne reçoivent que certaines catégories d'ayants droit : ce sont les militaires et marins en activité de service ; les militaires et marins en non-activité, pensionnés ou retraités ; les anciens militaires bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919, les personnels civils des administrations centrales des ministères de la Guerre et de la Marine ; les infirmières militaires ; enfin, dans certaines conditions, les fonctionnaires et agents coloniaux.

Les différentes formalités tant médicales qu'administratives sont successivement indiquées au cours de ce rapport.

Ainsi constituée, l'organisation hydro-minérale mise à la disposition des blessés et malades militaires permet d'utiliser un nombre de stations assez variées pour que toutes les modalités des cures thermales soient réalisables.

MOLINÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1933)

Pneumopéritoine traumatique. — M. MAUCLAIRE, à propos du rapport de M. Quénu, rapporte une série de cas difficilement explicables d'épanchement gazeux intra-péritonéaux, sous-cutanés et même intra-rénaux.

Occlusions suites d'appendicite aiguë. — M. HUET, à propos de l'observation rapportée par M. Okinczyc, précise que sur 13 cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a fistulisé que deux fois des anses grêles et qu'il a sauvé 12 malades. Dans 4 cas, la suppression du drain a guéri les malades ; dans un cas, guérison par section de bride ; cinq fois; le drainage d'un abcès a amené la guérison.

Sur le bactériophage. — M. L. BAZY rapporte un travail de MM. Stoianu et Batoianu (de Bucarest) concernant un cas d'ostéomyélite du temporal, et deux cas d'anthrax grave.

Gastrectomie dans les sténoses pyloriques. — M. L. BAZY présente un travail de M. Jean Duval et défend la gastrectomie large, guère plus grave, dit-il, que la gastro-entérostomie.

M. SÉNÈQUE estime que la gastro-entérostomie garde des indications et que la gastrectomie peut être faite utilement en deux temps.

Ostéochondromatose du coude. — M. MOUCHET rapporte une observation de Mme Hufnagel, MM. Menegaux et de Nabias. Intervention en 1924. Le malade, revu récemment, présente un bon résultat fonctionnel, mais la radiographie montre l'existence d'une récidive anatomique.

M. SORREL croit aussi que les opérations limitées sont indiquées.

Les désarticulations de l'arrière-pied. — M. MATHIEU analyse un mémoire de M. Huard (de l'armée). L'auteur étudie successivement le Ricard, la sous-astragalienne et le Syme surtout dans leurs résultats éloignés. Le Ricard a le très gros avantage de faire marcher le sujet sur les téguments qui servent normalement à la marche. Dans le Syme, il semble que l'on n'ait que des avantages à faire systématiquement la section du tendon d'Achille.

M. SORREL juge que l'opération de Syme constitue la meilleure technique.

M. MOUCHET a toujours été très satisfait par l'opération de Ricard.

Section des brides pleurales à ciel ouvert. — M. FRUCHAUD ne veut pas opposer la section chirurgicale à la section à la Jacobeus. Il estime seulement que la première a des indications précises et reste sans danger. Il faut désinsérer les brides et utiliser le bistouri électrique, qui évite plus sûrement l'ouverture secondaire des cavernules incluses dans la base des brides.

M. Proust rappelle le danger des épanchements sanguins intra-pleuraux et estime que la chirurgie intra-pleurale est dangereuse.

M. Maurer estime que la chirurgie à ciel ouvert a des indications exceptionnelles.

(séance du 20 décembre 1933)

Amputations du pied. — M. Braine montre, avec clichés à l'appui, les avantages du procédé de Ricard et les différentes façons de l'exécuter.

Fractures du rachis et méthode de Böhler. — M. Paul Mathieu rapporte un travail de M. Garcia Diaz (Oviedo) qui, chez un traumatisé présentant des troubles nerveux et urinaires à la suite d'une fracture du rachis, obtint un excellent résultat par la méthode de Böhler. M. Mathieu estime que l'extension réductrice doit être appliquée aux fractures avec troubles nerveux.

M. Boppe et M. Bazy signalent d'excellents résultats de la méthode.

Diverticule de l'œsophage. — M. José-Arcé (Buenos-Aires) expose l'observation d'un cas de diverticule œsophagien traité à l'anesthésie locale par section, cautérisation, méchage, drains. La malade guérit. La tuméfaction était perceptible cliniquement.

M. R. Grégoire est partisan de l'opération en un temps pour ces diverticules œsophagiens. La gastrostomie préalable est inutile, le malade pouvant être alimenté très rapidement. Le drainage, par contre, est nécessaire.

M. Hartmann rappelle un cas opéré avec succès.

Hyperglycémie dans les pancréatites aiguës. — MM. Brocq et Varangot montrent l'intérêt de l'hyperglycémie au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement des pancréatites aiguës : 5 observations françaises, 14 cas étrangers indiquent un examen de la glycémie, souvent élevée, surtout dans les pancréatites graves avec nécrose.

Azotémie post-opératoire. — M. Robineau résume la discussion sur ce sujet et montre tout l'intérêt des examens humoraux au point de vue des suites opératoires. Il insiste en particulier sur les bons effets de la thérapeutique salée.

Présentation de radiographies :

MM. Thalheimer, Ledoux-Lebard et Y. Bertrand. Malade atteinte de cysticercose généralisée avec parasites calcifiés visibles sur les radiographies.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(séance du 8 novembre 1933)

Guérison de la maladie sérique par l'acide lactique. — MM. J. Camescasse et P. Arsonneau signalent les avantages de la médication à l'acide lactique dans la maladie sérique.

Voici la formule qu'ils donnent :

Acide lactique : 15 grammes.

Sirop de framboise : 250 grammes.

Une cuillerée à soupe de ce sirop, délayé dans un verre d'eau gazeuse ou non. Supprimer toute autre boisson pour obtenir des patients qu'ils avalent coup sur coup plusieurs verres de cette préparation.

Le soulagement est très net en général vers le troisième verre.

Au septième verre, c'est-à-dire après absorption de sept grammes d'acide lactique, c'est la guérison qu'affirme un sommeil réparateur.

Traitement de l'insuffisance cardiaque par la convallatoxine glucoside. — M. Ch. Aubertin signale que la convallatoxine glucoside cristallisée du muguet s'emploie dans l'insuffisance cardiaque, en injections intra-veineuses d'un quart de milligramme, à raison de quatre à six injections consécutives. Les résultats obtenus sont presque toujours favorables ; en particulier, la diurèse produite par les injections est très marquée, ainsi que le ralentissement du pouls. Les autres troubles asystoliques, fonctionnels et physiques sont également favorablement influencés.

Essais de traitement de certaines maladies de la peau par un topique acide. — M. Porcher.

Extrait de myocarde total dans certaines affections cardiaques. — M. Martiny utilise l'extrait de myocarde à dose infinitésimale homéopathique (cachet contenant un millionième de milligramme et 0 gr. 50 de lactose). Ces cachets doivent être prescrits le matin, à jeun, pendant plusieurs jours et utilisés contre l'éréthisme cardiaque.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de médecine des enfants (1), publié sous la direction de P. Nobécourt et L. Babonneix.

Les derniers traités de médecine infantile datent de 1904 et de 1909. Et pourtant, que de travaux accumulés dans ces dernières années. La pédiatrie française, en particulier, n'a cessé de briller d'un vif éclat ; mais on n'en trouve qu'un exposé fragmentaire dans les bulletins des Sociétés savantes, dans des livres ou des leçons cliniques, qui n'envisagent pas l'ensemble de la pathologie.

Cet important ouvrage vient donc à son heure : deux volumes en sont déjà publiés ; les trois autres, qui sont sous presse, suivront bientôt, et la table détaillée en est donnée en tête du premier tome. Ainsi, toutes les parties de ce traité ont été rédigées à la même époque et paraîtront à des dates très rapprochées. Leur rédaction a été confiée à un grand nombre de médecins d'enfants de Paris, de Lyon, de Marseille, de Montpellier, de Nancy, de Strasbourg, et aussi à deux des maîtres les plus aimés de Genève et de Lausanne. On trouvera dans cet ouvrage une représentation aussi exacte que possible de l'état actuel de la pédiatrie, telle qu'elle est comprise et enseignée dans les pays de langue française.

Il est bien difficile de donner une analyse d'un traité qui comprend l'ensemble de la médecine. Des deux tomes publiés, le premier a trait surtout à la croissance et à ses troubles, aux maladies de la nutrition, des glandes endocrines, aux maladies par carence, aux affections congénitales, aux désordres produits par les agents physiques. Le second est consacré tout entier aux maladies infectieuses et aux maladies du sang.

Dans les articles que contiennent ces deux volumes, les auteurs ont toujours eu le souci d'étudier la pathologie infantile, c'est-à-dire de décrire surtout les caractères morbides propres à l'enfance, et de bien montrer comment l'âge des sujets chez qui elles évoluent modifie les symptômes, la marche et le pronostic des maladies. On conçoit

(1) Paris, Masson et Cie, 1933, t. I et II.

qu'une affection qui se développe sur un individu en période de croissance, et qui touche un organisme vierge, préservé encore de toute infection, peut se comporter d'une manière bien différente de ce qu'elle est chez l'adulte.

Il suffit, pour se rendre compte de tout l'intérêt actuel d'un tel traité, de lire l'introduction écrite par L. Babonneix. Là sont rappelés les progrès réalisés dans le diagnostic, la nosologie, la thérapeutique et la prophylaxie ; et l'on mesure tous les perfectionnements apportés à nos moyens d'investigation depuis les dernières publications d'ensemble sur la médecine infantile. C'est là encore qu'on trouvera résumée l'histoire des principaux pédiatres français ; on est heureux d'y lire les noms et d'y trouver reproduits les portraits des maîtres que nous avons connus, et aussi de nos grands ancêtres. On éprouve quelque fierté à voir se succéder ces illustres médecins que furent Bretonneau, Trousseau, Parrot, Bouchut, Archambault, Cadet de Gassicourt, Grancher, Hutinel ; nous ne parlons que des morts, qui illustrèrent la pédiatrie française. Mais leurs successeurs ont recueilli le flambeau, et continuent à le maintenir avec honneur (1).

Voilà une publication qui montre en effet le grand effort poursuivi chez nous dans cette branche de la médecine. Son importance suffirait à lui assurer le succès. Elle possède en outre d'autres qualités, car il convient de dire quels soins MM. Masson et Cie ont apporté à la typographie et à l'iconographie ; ce n'est pas seulement un excellent traité, c'est aussi un fort bel ouvrage. H. GRENET.

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 4, p. 37.

Embryologie et évolution (1), par C. R. DE BEER, traduit par Jean ROSTAND.

On répète couramment, depuis Haeckel, que les animaux supérieurs récapitulent, au long de leur développement embryonnaire, toute l'histoire de leur lignée : ainsi l'homme, avant de venir au jour, serait successivement ver, poisson, reptile, mammifère... Telle est la fameuse « preuve embryologique » de l'évolution, à propos de laquelle transformistes et antitransformistes ont divagué à l'envi. Le livre de l'éminent professeur oxfordien C. R. de Beer, dont Jean Rostand a eu l'heureuse idée d'enrichir notre littérature scientifique, vient à son heure pour mettre de l'ordre et de la clarté dans cette grave et délicate question des rapports qui existent entre l'embryologie et l'évolution. Il est indispensable à quiconque souhaite de s'initier aux plus modernes conceptions de la biologie. L. G.

(1) In-12 de 150 pages avec figures. — Prix : 15 fr. — Paris, A. Legrand.

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication

CURE DE DIURESE
EVIAN CACHAT
SOURCE
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

SULFUREUX POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.

POUR BAINS :
Le flacon..... 6 fr.

COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULE ET LIGAMENTS DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE [1]

D) Ligament rond, complètement intra-articulaire, il n'est visible qu'après ouverture de la capsule.

Longueur : 30 à 35 mm.

Lame fibreuse triangulaire à la coupe.

Origine : sur la tête du fémur, à la partie antéro-supérieure d'une fossette située dans le cadran postérieur et inférieur de la tête.

Trajet : glisse oblique en bas et en dedans, s'étalant progressivement.

Terminaison : en 3 faisceaux, au voisinage de l'échancrure ischio-pubienne, en passant sous le ligament transverse.

L'insertion antérieure est pubienne ; au sommet de la corne antérieure du croissant cotyloïdien et au contact du cartilage.

L'insertion postérieure est ischiatique : très solide, le faisceau glisse sous la corne postérieure pour venir s'insérer *à la face externe de l'ischion*, à distance du cartilage.

Le faisceau moyen est insignifiant : quelques tractus fibreux viennent se perdre au pourtour de l'arrière-fond en soulevant une tente synoviale.

Le ligament est considéré par beaucoup, comme le vestige d'un muscle pubo-fémoral, dont il représenterait le tendon.

III. **Rapports de la capsule.** — A. Rapports profonds : *La synoviale* tapisse la face profonde de la capsule.

1° *Insertions iliaques* au pourtour du bourrelet cotyloïdien, sur le ligament transverse de l'acétabulum.

2° *Insertions fémorales*, après avoir tapissé la face profonde de la capsule, elle se réfléchit au contact des insertions capsulaires pour remonter, s'insérer au pourtour du cartilage : de ce fait, le *cartilage conjugal* du col est en *totalité intra-articulaire*.

3° *Prolongements : α Postérieurs :* en dehors de la zone orbiculaire au niveau de laquelle elle pousse quelques prolongements.

β *Antérieur*, en communication fréquente avec la bourse séreuse du psoas (surtout chez le vieillard).

ϰ *Supérieur* sous le bourrelet (inconstant).

La synoviale est soulevée :

— Par les insertions réfléchies de la capsule : le plus constant de ces replis est antéro-inférieur (pectinéo-fémoral d'Amantini).

— *Par le ligament rond*, à la façon d'une tente.

C'est un *meso* complet s'insérant par une *large base* au pourtour de la lèvre interne du croissant articulaire.

— Son sommet se fixe au pourtour de la fossette fémorale.

— Sous cette tente, on trouve outre le ligament rond la gaine qui tapisse l'arrière-fond, et les vaisseaux qui vascularisent ces formations.

Les cartilages : cartilage en Y de l'acétabulum.

Cartilage conjugal du col fémoral.

B) Rapports superficiels. — 1° En avant, la face antérieure de la capsule forme le fond du Scarpa : elle répond :

α *Aux muscles : deux muscles superficiels l'encadrent :* le couturier en dehors ; le moyen adducteur en dedans.

— *Deux muscles la recouvrent directement :*

En dehors, le *psoas*, séparé de la capsule par une bourse séreuse importante.

En dedans, le pectiné, recouvrant la région obturatrice où chemine le paquet vasculo-nerveux obturateur ; l'artère, par sa branche externe, donne des rameaux articulaires (artère acétabulaire et artère du ligament rond).

β *Au contenu du triangle de Scarpa :*

— *L'artère fémorale* sur le psoas plutôt que dans l'interstice psoas pectiné (on peut la comprimer sur la tête du fémur).

— Le nerf crural dans la gaine psoatique.

Elle répond *en dehors du triangle de Scarpa :*

Au *triangle inguino-crural* externe :

Que limite : le couturier en dedans et le tenseur du fascia lata en dehors.

Son fond est formé par le tendon du droit antérieur plaqué sur la capsule, à laquelle il envoie quelques expansions.

Deux voies d'abord, par en avant : la voie antéro-interne (Schede), qui passe en dedans du couturier et du droit antérieur.

La voie antéro-externe (Hunter) : en dehors des deux muscles ci-dessus.

2° En bas : *l'obturateur externe*, au contact même de la capsule et du col qu'il sous-tend.

3° En arrière : C'est la profonde région fessière : au contact de la face postérieure de la capsule.

— *Les pelvi-trochantériens étagés* pyramidal, obturateur interne et les deux jumeaux, obturateur externe, glissant contre le col sur lequel il laisse une empreinte en dehors de la zone orbiculaire.

Le carré crural :

— *Superficiellement :* le grand fessier.

— *Entre ces deux plans :* la couche cellulo-adipeuse sous-fessière avec :

— Le pédicule fessier supérieur au-dessus du pyramidal.

— *Le grand sciatique.*

L'*ischiatique* allant s'anastomoser à la circonflexe postérieure pour former une arcade artérielle sus et rétro-cervicale juxta-capsulaire (Farabœuf).

Au-dessous du pyramidal.

La *voie d'abord* fessière est délabrante, difficile, et dangereuse.

4° En haut : *les deux muscles fessiers profonds :* le petit fessier adhère intimement à la capsule.

Son bord antérieur est soudé intimement à celui du moyen constituant un véritable ligament suspenseur du grand trochanter (Gunther).

Voie d'abord externe (par la tabatière d'Ollier). — Section et rabattement du grand trochanter en haut et en dehors ; pas de délabrement : jour énorme.

Vascularisation et innervation. — Artères : viennent des *circonflexes* (surtout de la postérieure) ; de la fessière et de l'ischiatique ; de l'obturatrice (pour le ligament rond).

— *Lymphatiques :* vont aux ganglions rétro-cruraux.

— *Nerfs :* antérieurs, rameaux du crural et de l'obturateur.

— *Nerfs :* postérieurs, rameaux du grand sciatique et du nerf carré crural.

Physiologie : la capsule et les ligaments jouent un rôle considérable dans le maintien en contact des surfaces articulaires, aidés par la pression atmosphérique (Weber).

L'extension est limitée par la tension des ligaments ilio-fémoral et pubo-fémoral ; l'adduction par le ligament ilio-prétrochantérien ; l'abduction par le ligament prétrochantinien. Le rôle physiologique du ligament rond est des plus discutés.

Rappeler enfin que l'intégrité ou non du ligament de Bertin sert de base à la classification des luxations traumatiques de la hanche (régulières ou folles).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 5, p. 94.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

PHANODORME

procure un sommeil paisible et réparateur suivi d'un réveil euphorique

non toxique, aucune action nocive sur l'appareil rénal ou respiratoire, ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20

BAYER

Renseignements et demandes d'échantillons :
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

« DÉPOT GÉNÉRAL : »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

LA BASE BIOLOGIQUE DE LA RÉSISTANCE AUX

TUBERCULOSES

Biocholine

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES

D'après les travaux du Professeur J. CARLES et du Docteur P. LEUHET. (Communication à l'Académie de Médecine - 16 Février 1930.)

Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement pur; Aucune toxicité; Injections indolores.

SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTROLE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7e)

LA FRÉGATE, PARIS

Iodogénol Pépin

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 27 JANVIER 1934. — N° 8.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES

L'oto-rhino-laryngologie au Congrès français de 1933, par M. P. Truffert.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine.

NÉCROLOGIE

Pierre Bazy, par F. L. S.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Médecins, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes et ophtalmologistes des hôpitaux affectés, pendant l'année 1934, aux services suivants :

I. Médecins. — A. *Service des remplacements.* — 1° Hôpitaux généraux : MM. les docteurs Paraf, Coste, Garcin, Bariéty, Laporte, Lemaire, Benda, Hillemand, Azerad.

2° Hôpitaux d'enfants : M. le docteur Pichon.

B. *Service des consultations.* — MM. les docteurs Gutmann à l'Hôtel-Dieu, Escalier à la Pitié, Ravina à la Charité; Boltanski à Saint-Antoine, Lambling à Necker, Debray à Cochin, Decourt à Beaujon, Hamburger à Lariboisière, Basch à Tenon, Celice à Laennec, Weissmann à Bichat, Bertrand-Fontaine (Mme) et Rachet à Broussais, Rachet à Boucicaut, Clément à Trousseau, Levesque à Bretonneau, Turpin à Hérold, Péron à Ambroise-Paré.

II. Chirurgiens. — A. *Assistants.* — MM. les docteurs Madier, assistant du docteur Lardennois; de Gaudart d'Allaines, du docteur Roux-Berger; Moulonguet, du docteur Gernez; Gatellier, du professeur P. Duval; Boppe, du docteur Okinczyc; Bloch (Jacques), du professeur Cunéo; Monod (Raoul), du docteur Mocquot; Petit-Dutaillis, du professeur Gosset; Fey, du docteur Marion; Charrier, du professeur Gosset; Sénèque, du professeur Cunéo; Michon, du professeur Grégoire; Soupault, du docteur Labey; Maurer, du docteur Proust; Wilmoth, du professeur Lenormant; Oberlin, du docteur Chevrier; Huet, du docteur Mondor; Ameline, du docteur Basset; Welti, du docteur Proust; Ménégaux, du professeur Lenormant; Banzet, du docteur Baumgartner; Huard, du docteur Schwartz; Fèvre, du professeur Ombrédanne; Gueullette, du docteur Capette.

B. *Service des remplacements.* — MM. les docteurs Bergeret, Girode, Funck.

C. *Service des consultations.* — *a.* MM. les docteurs Bernard (Raymond) à la Pitié, Braine à Saint-Antoine, Quénu à Necker, Leibovici à Beaujon, Bloch (René) à Saint-Louis, Thalheimer à Ambroise-Paré.

b. MM. les docteurs Mauclaire, Thiéry, Launay et Mouchet, chirurgiens honoraires des hôpitaux, assureront les consultations ci-dessous désignées :

MM. les docteurs Mauclaire à la Charité, Thiéry à Lariboisière, Launay à Tenon, Mouchet à Bichat.

III. Oto-rhino-laryngologistes. — A. *Service des remplacements.* — M. le docteur Huet.

B. *Service des consultations.* — MM. les docteurs Ramadier à la Pitié, Bloch à Bretonneau, Bouchet à Ambroise-Paré, Chatellier à Claude-Bernard, Leroux à Cochin, Aubin à l'hospice de Brévannes et au sanatorium de Champrosay, Aubry à la policlinique du boulevard Ney, Ombrédanne à Hérold.

IV. Ophtalmologistes. — A. *Service des remplacements.* — MM. les docteurs Hartmann et Renard.

B. *Service des consultations.* — MM. les docteurs Prelat à Saint-Antoine, Bollack à Cochin, Monbrun à Ambroise-Paré, Favory à Trousseau, Parfonry à l'hospice de Bicêtre; Lagrange à la policlinique du boulevard Ney.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Jury : MM. Métivet, Lardennois, Toupet, Richard, Guimbellot, Okinczyc, Leveuf.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 23 janvier 1934. — Questions données : « Signes et complications des oreillons. — Rétention aiguë d'urine. »

MM. Delaitre, 21; Tissot, 25; Oger, 18; Morel-Fatio, 17; Streusand, 15; Turiaf, 28; Mlles Picard, 17; Derrieu, 18; M. Dubos, 19.

Facultés de médecine. — Lyon. — Le prix Pollosson (4.000 fr.) a été attribué à M. Etienne Berthet, interne des hôpitaux de Grenoble, prosecteur à l'Ecole de médecine.

Faculté de médecine de Bucarest. — M. le professeur Parhon (de Jassy) est nommé professeur d'endocrinologie (chaire nouvelle).

M. le professeur Jacobovici (de Cluj) est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement du regretté professeur Juvara.

Société nationale de chirurgie. — Prix décernés. — *Prix Dubreuil.* — Le prix est décerné à MM. Henri Fischer (de Bordeaux) et Destaud (de Narbonne) pour leur travail intitulé : « Du rôle en clinique des variations thoraciques. »

Prix Jules Hennequin. — Le prix est décerné à M. Jean Vuillième pour son travail intitulé : « L'ostéosynthèse dans les fractures et les pseudarthroses diaphysaires des deux os de l'avant-bras. »

Médaille des épidémies. — La médaille d'or est décernée à M. Michel Boutakoff, interne titulaire à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour maladie très grave contractée en service.

Médaille d'honneur de l'assistance publique. — La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs Boutin, Coiquand et Emery (de Blaye).

Médaille d'honneur de l'éducation physique. — *Médaille d'argent.* — MM. les docteurs Bermann (du Perreux), Bouissou, Cabaille et Delom (de Paris), Dubois (du Havre), Hamelin (d'Ourville-en-Caux), Théophilides (de Salins-de-Giraud).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Joulin et Marcovici (de Paris), Piquemal, 13e bat. chass. alpins; Walter (de Strasbourg).

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 147.*)

Pierre BAZY

Depuis le retour des vacances, la santé de M. Pierre Bazy donnait de vives inquiétudes à ses amis. Il s'est éteint lundi matin. C'est avec un profond chagrin que j'adresse aujourd'hui un dernier adieu à un Maître, qui, depuis plus de trente ans, m'a donné tant de marques d'affectueux intérêt.

M. Pierre Bazy était né en 1853 à Sainte-Croix de Volvestre, dans l'Ariège, où la famille Bazy est connue depuis l'an 1400.

Mon maître commença ses études médicales à Toulouse. Si mes souvenirs sont exacts, il avait été admis la même année à l'Ecole de Saint-Cyr, mais il préféra faire sa médecine.

Venu à Paris, il est reçu à l'internat des hôpitaux dans une promotion qui comptait Barth, Brissaud, Nélaton, Jalaguier, Quénu, Segond, Reynier.

Chef de clinique chirurgicale, puis chirurgien des hôpitaux en 1886, il devient chef de service en 1894. En 1898, il prend le service de l'hôpital Beaujon, où il a passé tant d'années.

M. Bazy, ancien élève de Félix Guyon, s'était spécialisé dans les voies urinaires dès le début de sa carrière hospitalière. On connaît ses beaux travaux sur les tumeurs de la vessie, sur les cystites, sur le fonctionnement du rein, l'hydronéphrose, le cancer du rein, la chirurgie de la vessie et de la prostate. Mais cela ne doit pas faire oublier ses autres travaux de chirurgie générale, de chirurgie pulmonaire, et surtout la campagne qu'il mena dès 1895 pour la sérothérapie antitétanique préventive. Cette campagne, il la reprit à la Société de Chirurgie, au début de la guerre, préservant ainsi du tétanos d'innombrables blessés.

Les publications de M. Bazy se rapportent surtout aux voies urinaires. Citons *le diagnostic des lésions du rein dans les affections des voies urinaires ; les maladies des voies urinaires ; le traité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme ; l'Atlas des maladies des voies urinaires*, en collaboration avec Guyon, etc.

M. Bazy a été président de la Société nationale de chirurgie ; depuis 1913, il était membre de l'Académie de médecine, depuis 1921 membre de l'Académie des sciences. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Ces distinctions ne s'adressaient pas seulement au savant, mais aussi à l'homme bienfaisant. On sait avec quel dévouement M. Bazy s'est consacré aux œuvres confraternelles. Après son maître Félix Guyon, après son ami Henri Barth, il a été l'inoubliable Président de l'*Association des Médecins de la Seine*, fondée par Orfila. On n'a pas oublié avec quel éclat il présida il y a six mois au centenaire de la célèbre et bienfaisante association.

En le voyant alors droit et ferme comme un chêne, avec ses yeux vifs et brillants sous les sourcils restés noirs et un peu broussailleux, avec son bon sourire, avec cet entrain plein de jeunesse qu'il apportait dans toutes ses actions, nous pouvions espérer le conserver encore longtemps.....

Avec une infinie tristesse, nous nous inclinons respectueusement devant la mémoire de ce grand chirurgien et de cet homme de bien. Que notre collègue Louis Bazy, que Mademoiselle Bazy veuillent bien trouver ici l'expression très émue de notre douloureuse sympathie.

F. L. S.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

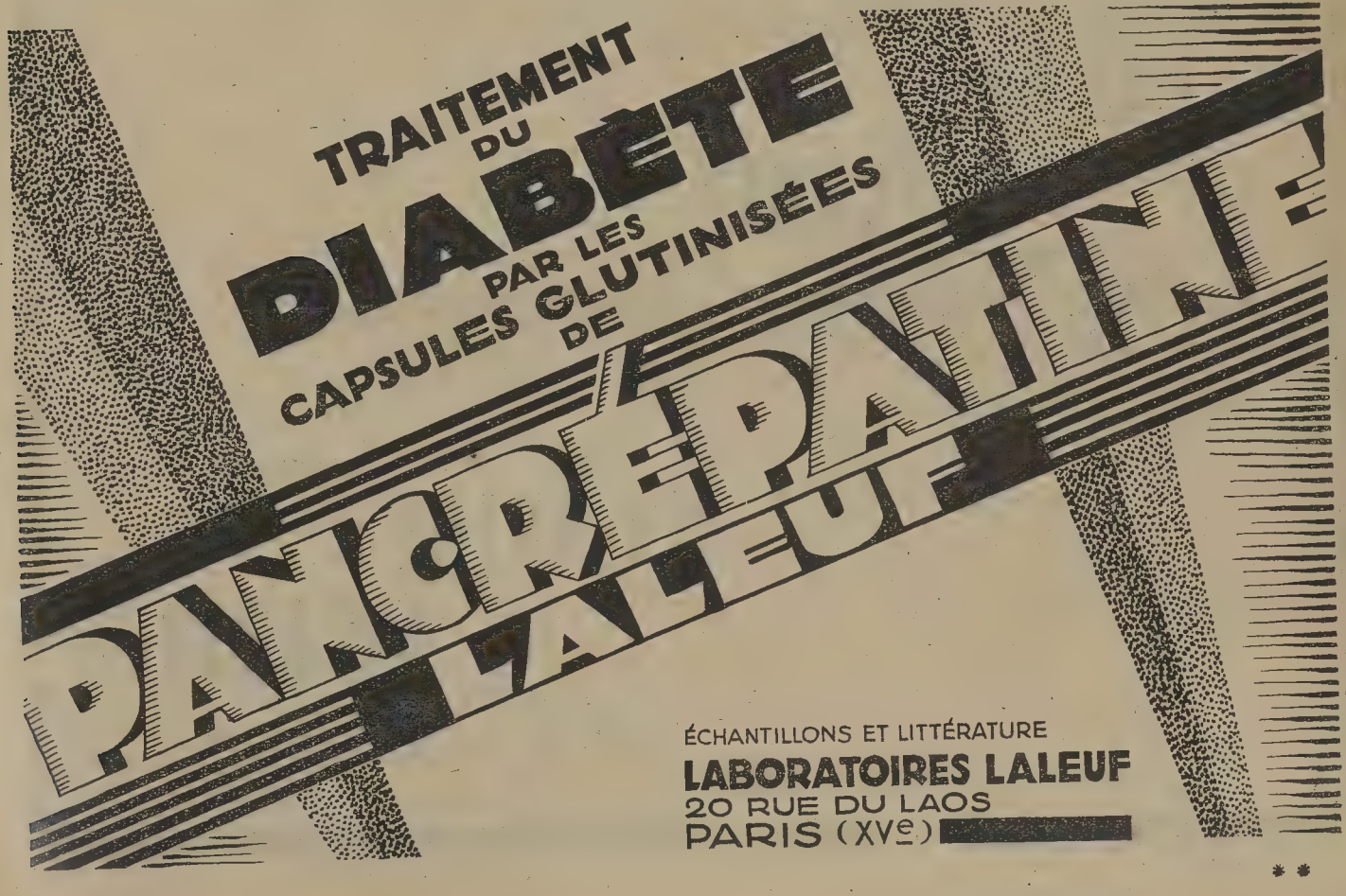
OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Tour nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

sirop "roche"
au thiocol
toutes les affections des voies respiratoires
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS


TRAITEMENT DU DIABÈTE
PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE
PANCRÉPAINE
LALEUF
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVÉRINE . . .	0,03
DE CODÉINE	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. .	0,035

CALMANT DE LA TOUX
SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — **Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN. — COMAR & Cie, *20, Rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES

L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE AU CONGRÈS FRANÇAIS DE 1933

Paris, 15-18 octobre 1933.

GENERALITES

Traitement médical général des infections aiguës et des septicémies en oto-rhino-laryngologie, par M. J.-A. Lafite-Dupont, Bordeaux, rapporteur.

Dans les infections chirurgicales, le traitement local reste primordial (exérèse, débridements, désinfection, vaccination locale de Besredka) et est encore la meilleure arme de lutte pour la guérison.

Le traitement général institué simultanément prend toute son importance dans les septicémies.

Le traitement général a pour but de donner l'immunité, de créer un état réfractaire, de favoriser la formation d'anticorps, de provoquer la phagocytose, de détruire les foyers.

Ce traitement peut être spécifique ou non spécifique.

La thérapeutique non spécifique s'inspire des théories nouvelles : désensibilisation (Bezançon), biophylaxie (Tzanck, Milian, Sézary, Feuillé), théorie de la floculation (Lumière), et comporte la médication du choc, l'abcès de fixation, l'autohémothérapie, la transfusion, la chimiothérapie, la vaccination non spécifique qui agit par action protéique, l'hirudinothérapie, la médication leucogène.

La médication spécifique est active ou passive.

Active, elle fait appel aux moyens de défense de l'organisme. Cette spécificité est mise en doute même par les auto-vaccins qui rentreraient dans la protéinothérapie.

Il reste à la médication passive : les sérums, l'immunotransfusion, la chimiothérapie.

La thérapeutique spécifique réclame l'examen microbiologique précoce par prélèvement local ou hémoculture.

Celle-ci peut révéler des microbes étrangers à l'affection en vue, provenant d'autres lésions : B. K. : microbes de sortie (Nicolle) ou intestinaux (staphylo-anaérobies).

La modification de la formule leucocytaire indique, soit l'abcès de fixation (hyperleucocytose), soit la médication leucogène.

La préparation des vaccins différencie leurs effets. Cultivés en milieux peptonés, à leur action biologique spécifique s'ajoute une action protéinique.

Les lysats ont une action plus brutale, leur préparation par rupture des corps microbiens ayant libéré les endotoxines et les protéines qui n'agissent dans les vaccins entiers qu'après phagocytose.

La dose des vaccins est à l'inverse de la gravité de l'infection. Elle confine à 0 dans les septicémies où les vaccins sont sans action et même dangereux dans leur phase négative.

Inactifs dans les streptococcies, les vaccins restent encore à la base des traitements des staphylococcies dans lesquelles le bactériophage a aussi une action manifeste et rapide en y adjoignant l'autohémothérapie qui combat l'antiphage.

Les sérums constituent la médication passive essentiellement spécifique, grâce à leur richesse en anticorps.

La spécificité élective des sérums antipneumo rend leur choix subtil.

Le sérum antistrepto de Vincent possède à son actif d'éclatantes et nombreuses guérisons. Débarrassé des protéines, il donne très peu d'accidents sériques, du reste efficacement combattus par le salicylate de soude et le benzoate de soude per os, l'adrénaline, l'hyposulfite de soude et les sels de magnésie, la skeptophylaxie, l'auto-ourothérapie, l'injection intra-veineuse de salicylate de soude glucosée, les extraits pancréatiques.

Ils sont polyvalents pour plusieurs races de streptos.

La transfusion est indiquée quand l'organisme fléchit ou que l'infection tend à se localiser. L'action est temporaire et non spécifique.

L'immunotransfusion vient y ajouter son pouvoir spécifique. La préparation du donneur, pendant deux ou trois mois avec stock-vaccins, suivie de vaccination spécifique à l'auto-vaccin 6 heures avant la transfusion, donne les résultats les plus sûrs.

L'abcès de fixation est très en faveur, malgré que son action reste encore obscure. Le manque de réaction, considéré comme un pronostic fâcheux, serait le fait d'un blocage du système réticulo-endothélial que lèverait une injection d'adrénaline et de sérum hirudiné. Il est indiqué dans toutes les infections et surtout quand la leucocytose est violente spontanément ou provoquée par le nucléinate de soude. Vincent le déconseille avec son sérum, mais Canuyt le préconise.

La médication de choc possède à son actif de fort beaux résultats, même dans les cas très graves.

L'hirudinothérapie est indiquée chaque fois que l'on redoute une thrombose, prélude d'embolie ou de septicémie. Elle débloque le S. R. E. et active l'abcès de fixation.

La chimiothérapie a des buts simples. Elle se propose de stimuler le S. R. E. par la formation de monocytes, tel le violet de gentiane, les dérivés d'acridine (tripaflavine), l'hyposulfite de soude, les injections intraveineuses de sucre, de dextrose, les colloïdes. Il faut tenir compte de l'intolérance.

L'action des antiseptiques sur les microbes du sang est indiscutable, même après leur concentration dans le sang par le blocage du S. R. E. Les métaux colloïdaux ont une action complexe : neutralisation de toxines bactériennes, stimulation du S. R. E. Les réactions très violentes qu'ils produisent rendent certains dangereux (or, platine, palladium). L'argent est le plus répandu. Le lantol est bien toléré. Le diénol indiqué surtout dans les pneumococcies.

Parmi les antiseptiques purs, la septicémine est le plus répandu.

Les dérivés des matières colorantes conservent la faveur de certains, mais les avis sont partagés à leur sujet.

Les complexes savonneux agissent par inhibition des microbes, tels la sapocridine, l'acredine, le taurocholate de soude. Jentzer préconise les injections intraveineuses d'essence et de résine.

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

GYNŒSTRYL

FOLLICULINE CRISTALLISÉE DU Dr ROUSSEL

(HORMONE OVARIENNE CHIMIQUEMENT PURE)

Voie buccale

DI-HYDRO-FOLLICULINE
ASSIMILABLE A 100 %
DEUX PRÉSENTATIONS { GOUTTES / COMPRIMÉS

DOSE MOYENNE (EN 3 PRISES)
50 Gouttes ou 4 Comprimés correspondent à 1000 U.I.

Le Flacon ou la Boîte représente :
10 000 U.I. — 18 Frs

Voie intra-musculaire ou sous-cutanée

SOLUTION HUILEUSE
titrée à 1/10e de milligramme par c.c.

soit 1.000 UNITÉS INTERNATIONALES par ampoule
(De 1/4 c.c. à 1 c.c. tous les deux jours.)

6 ampoules de 1 c.c. 20 Frs

PATHOLOGIE DES RÈGLES
PUBERTÉ - MÉNOPAUSE
HYPOTROPHIE DES PRÉMATURÉS ET DES NOURRISSONS

LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
89, Rue du Cherche Midi - PARIS (VIe)

L'alcool intraveineux favoriserait la formation d'anticorps. Il possède une action lymphagogue. Dans les cas graves, après échec des traitements habituels, il trouve son indication.

L'hyposulfite de soude allié à la glucose par voie intraveineuse est utilisée par M. Kabelik.

L'opothérapie surrénale, pancréatique, hypophysaire sera utile. Les vitamines sont un adjuvant à ne pas oublier.

La radiothérapie de la rate excite son riche système S. R. E.

La méningite pose des indications particulières. La ponction lombaire suivie d'injections doit être remplacée par la ponction sous-occipitale simple. L'introduction médicamenteuse par la voie intraveineuse et surtout carotidienne est préférable à l'introduction dans le liquide céphalo-rachidien.

La thérapeutique générale des infections reste imprécise. Elle se fait à tâtons et souvent à contresens, en particulier quand elle vise le S. R. E. Elle réclame encore des études expérimentales nombreuses, car c'est vers le S. R. E. local et général que paraissent devoir converger les efforts de la lutte contre les infections chirurgicales aiguës.

Discussion. — M. Bellucci a recherché, au cours des septicémies, la réaction du système réticulo-endothélial à différentes substances introduites, par injection, dans l'organisme.

M. Helsmoortel junior (Anvers) rectifie une observation relatée dans le rapport. La mort de son malade est survenue non pas à la suite d'une injection intramusculaire de solganol, mais au cours d'un processus de congestion pulmonaire massive.

M. Lapouge (Nice) décrit les bons résultats qu'il a obtenus au cours des septicémies optiques streptococciques en employant le trépied thérapeutique : abcès de fixation, sérothérapie anti-strepto de Vincent, immuno-transfusion. Il insiste en particulier sur cette dernière.

M. Canuyt (Strasbourg) est partisan d'associer, dans les septicémies à streptocoque hémolytique, le sérum antistreptococcique de Vincent et les petites transfusions répétées tous les deux ou trois jours. Il reste fidèle à l'abcès de fixation.

M. Proby (Lyon) rapporte un cas de septicémie auriculaire suivie de mort malgré tous les traitements médicaux et chirurgicaux employés. Le cœur contenait des microbes en grande quantité, groupés dans des amas cellulaires constituant une véritable thrombose intra-cardiaque. Dans de tels cas, d'allure dramatique, l'organisme, frappé de stupeur, semble ne réagir à aucune thérapeutique.

M. Dutheillet de Lamothe (Limoges) précise la valeur des altérations de l'état général (nez pincé, agitation, subictère) pour apprécier le pronostic et les chances de succès de la sérothérapie suivant la méthode de Vincent.

M. Jousseaume (Rouen). Aucun procédé de laboratoire ne permet actuellement d'estimer la gravité d'une septicémie. Au point de vue clinique, l'état général est le meilleur test d'appréciation des chances de guérison. La thérapeutique doit varier avec chaque cas particulier.

M. Rebattu (Lyon). A l'exception de la septicémie à streptocoque où une sérothérapie spécifique est indiquée, le choix de la médication est souvent fait au hasard. Plusieurs thérapeutiques étant essayées simultanément, il est impossible de connaître la médication efficace. Le succès semble dépendre du « choc » que détermine l'un des agents employés.

M. Worms (Paris) signale la possibilité de voir évoluer en même temps qu'une otite ou apparaître après une intervention mastoïdienne un état septicémique d'origine indéterminée et qui n'est autre qu'une forme de la maladie de Bouillaud sans détermination auriculaire ou avec des réactions extrêmement frustes. Le traitement salicylé fait merveille dans ces cas.

Traitement des septicémies à streptocoque d'origine auriculaire par le sérum de Vincent. — MM. André Bloch et J. Lemoine (Paris) présentent 8 observations dont l'ensemble démontre l'effet du sérum. Il y a intérêt à faire un prélèvement systématique du pus mastoïdien, afin d'instituer un traitement précoce fait à doses massives et prolongées. Les accidents sériques sont évités en diluant le sérum et en soumettant le malade à la médication benzoalicylée préconisée par le prof. Vincent. Les transfusions petites et espacées sont parmi les bons moyens adjuvants. La transformation de la septicémie en pyohémie modifie le pronostic dans un sens très favorable.

Septicémie à streptocoque hémolytique d'origine mastoïdienne. Ligature de la jugulaire. — Guérison. — M. E.-R. Castelnau (Cannes). La présence de germes dans le sang n'indique pas, au début, une infection sanguine, mais une atteinte des tuniques vasculaires. En pareil cas, la ligature des vaisseaux doit être aussi précoce que possible.

Considérations sur le néoplasme à foyers multiples. — M. Portmann (Bordeaux), s'appuyant sur une observation publiée par Benjamins et sur une observation personnelle, oppose l'origine multicentrale à la théorie unicentrale du point de départ des néoplasmes épithéliaux.

Ces faits sont d'ailleurs en accord avec l'étude du cancer expérimental par le coaltar, qui a permis, depuis très longtemps, de constater des foyers tumoraux multiples, au niveau des régions touchées par le goudron.

L'auteur tire des conclusions d'ordre pratique sur la nécessité d'une exploration particulièrement minutieuse des régions avoisinant le cancer et l'obligation de faire une exérèse étendue.

M. Jacques (Nancy). Les foyers multiples de surface sont en général interprétés comme le résultat de greffes par contact. Il ne peut en être ainsi pour les néoplasmes profonds. A ce sujet, est rapportée une observation de cancer du dos de la langue évoluant de pair avec un épithélioma du larynx et sans aucun rapport histologique de continuité avec lui. On ne peut, dans des cas analogues, qu'admettre un assaimage par voie lymphatique.

M. Lemaitre (Paris) interprète les observations de M. Portmann, en admettant qu'il s'agit d'un même processus local qui, en deux points différents, subit la même transformation cancéreuse et non de néoplasmes à foyers multiples.

Deux cas d'agranulocytose. — M. R. Moreaux (Nancy) rapporte deux cas syndrome agranulocytaire chez d'anciens bacillaires traités par les sels d'or et qui moururent à bref délai malgré toute thérapeutique locale et anti-infectieuse générale.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale unilatérale. — M. Eastmann Cheehan (New-York) décrit, à l'aide de films cinématographiques, deux méthodes chirurgicales de traitement de la paralysie faciale unilatérale. La première consiste à fixer la commissure buccale à l'aide de bandes fibreuses prélevées sur le facia lata. La seconde est la méthode par suture de fibres musculaires empruntées au temporal.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qu parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 30.823

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

M. Lemaitre (Paris) oppose ces deux méthodes en montrant que la première donne un résultat d'ordre passif alors que la seconde donne des résultats d'ordre actif et lui est, de ce fait, préférable.

M. Lafite-Dupont (Bordeaux) a obtenu de très bons résultats par l'anastomose hypoglosso-faciale dans deux cas de paralysie faciale datant de 1 à 2 ans.

Des lésions O. R. L. chez les lépreux. Enquête sur 206 cas dans l'Océanie française. — MM. J. Le Mée, Pugnaire et Mazarakis font d'après leurs observations, une description de la localisation de la lèpre sur les voies respiratoires supérieures. Le début est marqué par un coryza souvent sanguinolent. La cloison et le cornet inférieur peuvent être le siège de véritables lépromes, auxquels peuvent faire suite une perforation de la cloison et une rhinite atrophique. Au niveau du pharynx, la lèpre se localise principalement sur la voûte et sur la luette. La localisation sur le larynx frappe surtout l'épiglotte et la glotte vocale. La tuberculose pulmonaire est la complication habituelle. Parmi les recherches de laboratoire, seuls les résultats d'un examen histologique après biopsie sont probants. La contagion directe par contact n'existe pas ; par contre, il faut retenir l'origine tellurique de cette affection.

M. Lemaitre (Paris) rappelle deux cas de sténose laryngée d'origine nettement lépreuse et qu'il a opérés de trachéotomie. Il a eu l'occasion, pendant ses 12 années passées à l'hôpital Saint-Louis, de pratiquer plusieurs biopsies de lésions lépreuses. L'examen histologique est toujours suffisamment caractéristique pour permettre le diagnostic.

M. Halphen (Paris). On n'observe guère en France que des lèpres nodulaires ou maculaires peu mutilantes. Le dermatologiste demande souvent à l'O. R. L. de confirmer le diagnostic de macule anesthésique par un examen endonasal. Mais les lésions endo nasales sont rares ou de symptomatologie réduite. L'ensemencement du mucus nasal donne des résultats incertains. Mieux vaut faire une biopsie du cornet inférieur qui montre presque toujours des lésions caractéristiques. Les lésions palatines sont assez fréquentes. Les lésions laryngées, plus rares. La contagion ne semble pas toujours se faire par voie tellurique.

M. Dutheillet de Lamothe (Limoges). Un des premiers et des plus importants signes de la lèpre est l'existence de taches livides et insensibles.

M. Barraud (Lausanne). Nous voyons plus souvent que nous ne le pensons des cas de lèpre au début. Si l'on veut faire un diagnostic précoce, il faut rechercher systématiquement le bacille de Hansen chez les individus ayant voyagé sous les tropiques et porteurs de coryza chronique avec écoulement légèrement sanguinolent. La contagion se fait par le mucus nasal.

FOSSES NASALES ET SINUS

Contribution à l'étude des épistaxis. L'épistaxis maladie. MM. Rebattu et Bolot (Lyon). C'est surtout autour de la cinquantaine et aussi entre 15 et 25 ans que l'on observe les épistaxis spontanées graves, se renouvelant pendant plusieurs jours. Il s'agit d'une diathèse hémorragique chez des sujets de souche arthritique, s'apparentant à l'hémogénie dont elle reste cependant distincte.

Polype saignant de la cloison nasale. — M. Peri (d'Alger). L'ablation au bistouri diathermique d'un angio-fibrome de la cloison, réalisant une coagulation de la surface d'implantation de la tumeur, permet une exérèse rapide tout en évitant les hémorragies.

Pneumatocèle extra-cranienne après trépanation du sinus frontal. — MM. G. Batier et G. Berthelme (Strasbourg). Le pneumosinus était dû à un bouchon muqueux formant soupape.

Les zonas symptomatiques. A propos d'une observation de sinusite frontale et de zona ophtalmique et auriculaire. — M. Proby (Lyon). L'apparition d'un zona ophtalmique et auriculaire au cours d'une sinusite frontale, pose la question des zonas symptomatiques, qui rentrent dans la grande famille du zona considéré comme une entité clinique, à manifestations particulières schématisées, sous les termes de septi-névrite et ectodermose.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur les sinusites fronto-ethmoïdo-sphénoïdales de l'enfance. — MM. Sargnon et Euvrard (Lyon). Le pronostic des sinusites de l'enfance est parfois des plus graves. Il y a intérêt, par l'association de l'oculiste et du laryngologiste, à dépister une pareille infection, le traitement médical précoce permet dans bon nombre de cas d'éviter l'intervention. En présence de complications graves, osseuses, orbitaires suppurées ou même fluxionnaires douteuses et naturellement de complications encéphalitiques, il y a lieu d'intervenir d'extrême urgence très largement et habituellement par voie externe orbitaire ou orbito-frontale.

M. L. Leroux (Paris). A côté de la forme chronique polypeuse d'ethmoïdite de l'enfant, il y a lieu d'individualiser une forme hyperplastique, sans pus, ni polype, caractérisée par un gros cornet blanc et mou qui bloque l'étage moyen des fosses nasales et par une ombre à l'éclairage et à la radio.

25 cas de rhinites ou de sinusites traitées par les inhalations sèches au masque radioactif. — M. Constantin (Paris) a traité avec succès par des inhalations sèches radioactives des sinusites, des rhinites aiguës et chroniques et des rhinites spasmodiques. Il a utilisé un masque spécial permettant au malade d'inhaler des émanations de thoron, de radon ou même les deux émanations associées.

Etats méningés d'origine sinusienne. — M. Worms (Paris) montre la fréquence relative des syndromes méningés en rapport avec des sinusites fronto-ethmoïdales ou sphénoïdales avérées ou latentes. L'origine de ces états méningés qui sont surtout observés dans les services de médecine et de neurologie demeure le plus souvent indéterminée. La ponction lombaire révèle soit une simple hydropisie méningée, soit une méningite aseptique avec polynucléose et hyperalbuminose. Le traitement rhino-sinusien, associé aux fonctions lombaires, suffit souvent à faire disparaître ces accidents.

Diagnostic et classification des phlegmons périamygdaliens. — M. L. Leroux (Paris). Contrairement aux données classiques, ces abcès ont un siège unique et constant dans l'espace décollable extracapsulaire et fusent secondairement vers la fossette sus-amygdalienne. Dans les récidives, la présence d'adhérences gêne cette évolution et provoque des fusées en directions variables : postérieure, externe, etc.

Les signes cliniques classiques n'ont qu'une valeur de probabilité, car on les retrouve aussi bien dans les amygdalites pseudo-phlegmoneuses ; la constatation de pus par ponction exploratrice est le seul signe certain de diagnostic autorisant l'intervention.

La tendance à la récidive et les possibilités de complications graves imposent le traitement chirurgical : 1° Evacuation complète du pus par l'ouverture large et basse par voie antérieure, quelle que soit la localisation apparente ; 2° cure radicale par ablation de l'amygdale, qui

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

À BASE DE :

1° EXTRAIT TOTAL des GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS action anti-microbienne et anti-toxique.

1 à 6 Comprimés avant chaque repas

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, 46 - PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

selon l'étendue du décollement spontané ou la présence d'adhérences importantes seront exécutées en un seul ou deux temps.

M. Canuyt (Strasbourg), ayant pratiqué un grand nombre d'amygdalectomies à chaud ou à tiède, précise qu'il a toujours trouvé le pus dans la loge amygdalienne, c'est-à-dire dans le plan de clivage situé entre la capsule amygdalienne en dedans et la paroi musculo-aponévrotique pharyngée, en dehors. Il ne faut pas accorder une valeur absolue à la ponction qui peut être négative même s'il y a du pus dans la loge. Il n'y a qu'un seul phlegmon, le phlegmon de la loge amygdalienne, qui, suivant les adhérences, prend le type antéro-supérieur ou le type postérieur.

M. Brindel (Bordeaux). Il est difficile d'admettre que le pus se forme toujours au même endroit, puisque dès le deuxième ou troisième jour après le début, chez des malades qui font un abcès pour la première fois, on trouve le pus en des points très différents.

M. Souchet (Rouen) signale l'importance des pseudo-phlegmons péri-amygdaliens survenant au cours des amygdalites d'origine diphtérique et les inconvénients des ponctions du voile au bistouri ou au galvano-cautère dans ces cas.

AMYGDALES. PHARYNX. ŒSOPHAGE

L'amygdalectomie totale « à tiède » après l'ouverture large des phlegmons de la loge amygdalienne. Résultats. Projections. Film cinématographique. — M. Canuyt (Strasbourg) propose, comme traitement chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne, deux interventions successives chez le malade qui sera hospitalisé : 1° l'incision ou l'ouverture chirurgicale large de la loge ; 2° l'amygdalectomie à tiède, ce qui veut dire que cette ablation de l'amygdale coupable sera exécutée quelques jours apres l'incision du phlegmon lorsque la température sera voisine de la normale.

M. Ramadier (Paris) demande quel est le traitement des suites opératoires du premier temps. Le renouvellement des mèches lui a paru particulièrement douloureux.

M. Cambrelin (Bruxelles). L'amygdalectomie à chaud était primitivement une intervention d'exception: Seul, l'avenir nous dira si celle-ci employée systématiquement dans tous les cas de phlegmons péri-amygdaliens ne rencontre pas plus d'accidents que l'amygdalectomie à froid.

M. Souchet (Rouen), à la lumière d'une observation qu'il rapporte, montre la nécessité de la mise en place d'une mèche de gaze pour empêcher la soudure précoce de l'amygdale avec le fond de sa loge.

M. Castelnau (Cannes) ne pense pas que l'anesthésie générale puisse présenter un danger sérieux au cours de l'amygdalectomie à chaud.

M. Jacob (Lyon) ne retient l'amygdalectomie à tiède que dans les cas où l'abcès s'accompagne de symptômes septicémiques. Pour de nombreuses autres catégories d'abcès, il ne lui trouve pas encore assez d'avantages pour qu'on la préfère toujours à l'incision large classique.

Au sujet de l'amygdalectomie totale à chaud. — M. Baldenweck (Paris), ayant pratiqué 15 amygdalectomies à chaud pour phlegmon de l'amygdale, n'a constaté ni incidents ni accidents. Les malades ont été immédiatement et complètement soulagés. La température a cédé dès le lendemain.

La cicatrisation de la plaie est très rapide. A ces avantages, il faut ajouter la mise à l'abri des récidives ultérieures par suite de la suppression de l'amygdale, cause des phlegmons à répétition.

Ces résultats sont très encourageants et donnent à penser que l'amygdalectomie est la méthode de l'avenir pour le traitement des phlegmons péri-amygdaliens récidivants.

La méthode a de plus l'avantage de permettre d'intervenir plus précocement qu'avec la pratique habituelle de l'incision, c'est-à-dire quand le pus, une fois formé le long de la face latérale de l'amgydale, ne s'est pas encore collecté haut.

L'amygdalectomie totale dans la néphrite hématurique. — MM. Chaumerliac et Durif (Clermont-Ferrand) insistent sur les heureux effets de l'amygdalectomie totale dans la néphrite hématurique, même lorsque l'opération est pratiquée à la phase subaiguë de l'infection amygdalienne, en pleine poussée d'hématurie. L'amygdalectomie totale est nécessaire, le morcellement pouvant ne donner aucun résultat. En ce qui concerne l'albuminurie, tout dépend des lésions rénales associées.

M. Tarneaud (Paris) rappelle le cas d'un enfant convalescent de scarlatine, dont l'albuminurie de 10 gr. a disparu à la suite de l'ablation de l'amygdale de Luschka.

Traitement de l'amygdalite phlegmoneuse linguale. — M. Iribarne (Paris) présente un cas de phlegmon de l'amygdale linguale opéré d'urgence en raison de la menace d'accidents asphyxiques dus à l'œdème de l'épiglotte.

M. Badot (Jumet) rapporte deux cas avec localisation tardive au niveau de l'amygdale linguale, et où il y avait eu auparavant menace d'abcédation au niveau de la région sus-hyoïdienne.

A propos du diagnostic et du traitement du cancer de l'œsophage. — M. J. Guisez (Paris) insiste sur les signes principaux qui peuvent faire faire un diagnostic précoce et permettre un traitement radiumthérapique ou chirurgical efficace : le simple arrêt de la bouchée alimentaire chez un sujet âgé, même intermittent ; une petite ulcération ou végétation infiltrée qui saigne au moindre contact du porte-coton.

La biopsie est souvent négative, étant très difficile a faire en bonne place, en particulier au début.

L'auteur rapporte les observations de plusieurs malades radiumthérapés et chez lesquels le diagnostic avait été posé par d'autres collègues : tous ont repris une déglutition normale et des occupations souvent très actives. Mais ces résultats durables ne sont obtenus que si les lésions n'ont pas dépassé les limites de l'œsophage et si l'on se conforme à une technique tout à fait rigoureuse.

M. Lemaitre (Paris) ne peut admettre que l'on puisse considérer comme guéri d'un « cancer de l'œsophage » un malade traité par radiumthérapie et ne présentant pas de récidive, si le diagnostic de cancer n'a pas été fait auparavant à l'appui d'une « biopsie positive ». Il ne connaît pas actuellement de cas de guérison de cancer de l'œsophage dont le diagnostic clinique ait été confirmé par l'examen histologique.

M. Guisez. Une lésion infiltrante et saignante est endoscopiquement toujours du cancer. A propos des résultats envisagés ici, il ne s'agit que de traitement palliatif dans les formes avancées.

Odyssée de quelques dentiers intra-œsophagiens. — M. A. Soulas (Paris) analyse les raisons de la moins grande gravité de cette localisation et insiste sur la nécessité d'une radiographie prise immédiatement avant l'œsophagoscopie et sur l'importance d'un bon outillage et d'une

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phrien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

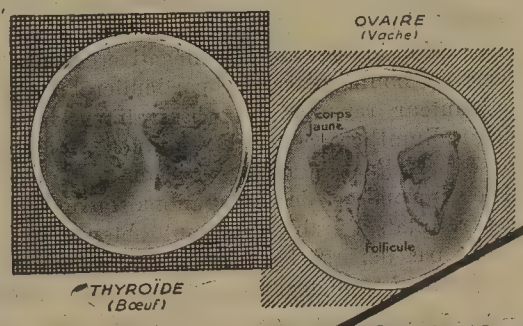
RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019



LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIEE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) { Cachets - Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse { Ampoules stérilisées

LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

organisation matérielle suffisante. L'abstention momentanée permettant le désenclavement a de bons effets, mais l'abstention systématique est un danger.

M. LEMAITRE (Paris). Le pourcentage des dentiers parmi les corps étrangers de l'œsophage a considérablement diminué du fait du développement des soins prothétiques et des conseils stomatologiques depuis la guerre. La cocaïne facilite grandement l'extraction, mais pour éviter la chute dans l'estomac, il convient d'avoir solidement amarré le corps étranger avant de le ramener, après une attente de 5 à 15 minutes que permet l'action de la cocaïne.

M. GUISEZ (Paris) a eu l'occasion d'extraire un grand nombre de dentiers sous endoscopie : l'usage de gros tubes ovalaires, joint à la cocaïnisation locale, a facilité beaucoup les extractions.

M. SARGNON (Lyon). Le désenclavement cocaïnique n'est pas à utiliser en matière de dentiers. Le désenclavement spontané involontaire au cours de l'œsophagoscopie est très fréquent. Dans les cas graves, infectés, où l'œsophagoscopie ne réussit ni à enlever, ni à faire descendre dans l'estomac, il faut évidemment intervenir par voie externe.

M. DUNDAS GRANT (Londres) préconise l'emploi d'un crochet mousse monté sur un manche indiquant formellement la direction de la pointe.

M. AUBRIOT (Nancy) insiste sur les avantages de l'anesthésie générale et sur la nécessité de se contenter d'une progression minime au jour le jour.

M. L. LEROUX (Paris) estime qu'en présence d'un corps étranger, dentier ou os, solidement enclavé, il est dangereux de remettre à une séance ultérieure l'ablation de ce corps.

La thérapeutique des brûlures et des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — M. J. GOUBERT (Alès) insiste sur la nécessité du traitement prophylactique du rétrécissement par un cathétérisme judicieux et sur les divers procédés de thérapeutique ultérieure.

Réflexions sur un cas d'adéno-phlegmon latéro-pharyngien à type abortif. — M. A. VIÉLA (Toulouse) rapporte une observation d'adéno-phlegmon latéro-pharyngien ayant rétrocédé spontanément après s'être accompagné de phénomènes très inquiétants. Il insiste sur la rareté de l'évolution, l'importance au point de vue pronostic de la défervescence thermique concomitante de la sédation des symptômes, l'action heureuse de la septicémie et fait des considérations sur la conduite à tenir en cas d'accidents asphyxiques menaçants dans des cas semblables.

Suppuration péri-laryngo-pharyngée secondaire à l'ablation de la dent de sagesse inférieure gauche. Echec du traitement vaccinothérapique. Incision par voie interne et externe. Guérison. — M. SOUCHET (Rouen). Dans les cas analogues, la propagation de l'infection se fait par le réseau lymphatique excessivement riche de la sous-muqueuse, avec production d'une cellulite endo-viscérale. L'ouverture par voie buccale ne permet de pratiquer qu'une étroite ouverture de la collection. L'ouverture cervicale seule permet un large drainage.

Traitement des septicémies adénoïdiennes par le toucher naso-pharyngien appuyé. — M. R. RENDU (Lyon) a donné le nom d'adénoïdites aiguës prolongées, à certaines formes d'infection adénoïdienne caractérisées par la longueur de leur évolution, le type septicémique de la fièvre et l'importance des réactions ganglionnaires cervicales. Ces septicémies sont très heureusement influencées par le toucher appuyé du naso-pharynx qui, en libérant de petits foyers infectieux intra-adénoïdiens, amène une guérison brusque de la maladie.

Un cas d'abcès diffus sous-muqueux de l'œsophage. — M. AUBIN (Paris). Une malade atteinte de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage refoule elle-même un corps étranger avec une bougie ; 4 jours après, surviennent des signes généraux graves. L'œsophagoscopie montre une muqueuse œdémateuse et rouge et un flot de pus. Une gastrostomie est nécessaire. L'état paraît désespéré. La guérison est obtenue en faisant chaque jour de l'aspiration pour évacuer le pus très abondant.

Encore de la scialoscopie. — M. A. BARRAUD (Lausanne) fait une démonstration sur l'écran d'une partie des radiographies prises dans son service après injection de lipiodol ou de néciodipine dans les canaux salivaires.

M. BALDENWECK (Paris) a essayé le lipiodolage des canaux salivaires, méthode facile qui lui a donné d'intéressants résultats.

M. JACQUES (Nancy) demande des précisions sur la technique de la méthode et félicite les auteurs de chercher des procédés d'exploration des canaux salivaires dont la pathologie est encore si mal connue.

OREILLES

De l'hémostase osseuse au cours de la trépanation mastoïdienne. Le poinçon hémostatique. — M. LAVAL (Toulouse) présente un poinçon qui permet d'arrêter les hémorragies osseuses diffuses au cours de la mastoïdectomie.

M. VIÉLA (Toulouse) montre la logique de cet instrument et, à propos de son utilisation, fait un rapprochement avec ce qui se passe dans les grands écrasements des membres où il y a hémorragie des artérioles osseuses.

M. MARATOUX (Paris) emploie depuis 25 ans un instrument analogue.

Application de la méthode de substitution au traitement de l'otite moyenne suppurée. — M. MIGNON (Nice). Le procédé consiste à employer l'aspiration pour substituer aux sécrétions évacuées de l'oreille le liquide choisi pour le traitement. Particulièrement efficace dans les otites moyennes suppurées à forme prolongée, cette méthode active l'action du traitement et permet même dans certains cas, d'éviter des opérations.

Mastoïdite chez un diabétique. Opération suivie de coma. Guérison. — M. KOWLER (Menton). Cette mastoïdite qui présentait certains caractères particuliers, mais dont les suites opératoires furent excellentes, évolua chez un diabétique non traité. Le coma semble avoir été l'aboutissant normal de ce manque de traitement et non la conséquence de l'opération.

La sonde intratympanique de Weber-Liel dans les sténoses de la Trompe d'Eustache. Quelques considérations sur son introduction. — M. J. DUNDAS-GRANT (Londres).

Hydropisie méningée, consécutive à un double tamponnement des deux sinus latéraux et ayant entraîné des troubles graves de la vue. — M. HALPHEN (Paris), au cours d'une otomastoïdite bilatérale grave d'emblée, a vu se produire 9 jours après la trépanation, une hémorragie spontanée dramatique des deux sinus latéraux et après tamponnement des sinus, une céphalée intense avec diminution de l'acuité visuelle, formidable stase papillaire et

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE
DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉÏNE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

forte hypertension du liquide rachidien, décélée ultérieurement par ponction rachidienne et sous-occipitale quotidienne.

Seule, une trépanation décompressive jointe aux ponctions rétablit l'acuité visuelle à 6/10 d'un côté et 3/10 de l'autre. Cette observation est typique de l'hydropisie vraie, à différencier des méningites séreuses développées au voisinage d'une plaie infectée et qu'une seule ponction suffit parfois à guérir.

M. Gault (Dijon) rapporte un cas où la ligature bilatérale en deux temps des jugulaires interne et externe ne provoqua qu'une cyanose de la face pendant quelques jours.

M. Sargnon (Lyon) précise, à l'appui de trois observations personnelles, que l'oblitération des deux veines jugulaires, surtout si elle ne se produit pas brusquement en un seul temps, n'amène pas toujours des accidents graves. Il peut en être de même pour les deux sinus latéraux.

Contribution à l'étude du syndrome de Gradenigo. — M. Lapouge (Nice). Toute suppuration qui persiste après une mastoïdectomie large et complète, s'accompagne de céphalées profondes rétro-orbitaires et de névralgies dentaires, doit faire craindre un syndrome de Gradenigo à brève échéance. La ponction lombaire doit jouer son rôle à ce stade. Il existe deux formes différentes : l'une bénigne, fréquente ; l'autre maligne, presque toujours mortelle. Une simple cellulite pétreuse et une simple congestion méningée sont probablement responsables du syndrome bénin ; par contre, ostéite proprement dite de la face antéro-supérieure du rocher et de la pointe, abcès extra-dural ou interméningé sont des lésions probables du syndrome malin.

La première forme implique un drainage large de la caisse et de l'antre. La deuxième, au contraire, réclame l'intervention pétreuse.

Les ostéites pétreuses profondes (pétrosites), par M. J. Ramadier, Paris, rapporteur.

L'ostéite pétreuse profonde, « rocherite » ou « pétrosite », est l'inflammation post-otitique et relativement circonscrite du tissu pneumatique ou plus rarement du tissu diploétique, situé dans le rocher au delà de la paroi profonde de la caise du tympan et de l'antre mastoïdien.

Cette étude d'ensemble de cette affection, la première qui a été faite, est basée sur l'analyse de 80 observations, dont 8 personnelles.

Anatomie pathologique. — L'ostéite profonde du rocher trouve sa condition de développement la plus favorable chez les individus dont le rocher est fortement pneumatique.

L'ostéite péricellulaire est la conséquence de l'inflammation de la muqueuse cellulaire. Il s'agit donc d'un processus assez particulier dans le cadre des infections osseuses et dont on ne retrouve l'analogue que dans les sinusites de la face et en particulier les ethmoïdites.

Trois notions anatomo-pathologiques fondamentales sont à retenir.

Les traînées de cellules pneumatiques ou plus rarement diploétiques, qui font le lit à l'ostéite, sont relativement isolées les unes des autres par des zones d'adhérence entre la corticale et les formations compactes intrapétreuses. Il s'ensuit que, dans la majorité des cas, l'ostéite est relativement circonscrite, c'est-à-dire limitée à un seul foyer.

Autre caractère général : l'évolution de ces lésions est généralement lente ; elles restent pendant des semaines et des mois renfermées dans les limites de la corticale pétreuse. Ces deux premières notions font entrevoir que la pétrosite constitue une étape de l'infection otogène, chirurgicalement curable, en principe.

On doit retenir, enfin, que le processus pénètre plus ou moins en profondeur dans le corps de la pyramide du rocher. Tantôt à la faveur d'une ou de plusieurs traînées cellulaires bien développées, le foyer ostéitique se prolonge jusqu'à la pointe du rocher : il comprend alors un segment périlabyrinthique et un segment apexien ; il constitue une pétroapexite. Tantôt il reste confiné à la zone périlabyrinthique, l'apex restant indemne : il s'agit alors d'une pétrosite périlabyrinthique sans apexite.

Les lésions peuvent être groupées d'après leur siège en 6 variétés topographiques ou foyers, dont il importe de connaître, en vue du traitement, les rapports anatomiques : trois foyers dont le point de départ se trouve situé au niveau de la paroi profonde de la caisse, ou foyers de pétrosite antérieure ; trois foyers dont le point de départ siège dans la profondeur de la mastoïde, ou foyers de pétrosite postérieure.

L'ostéite profonde du rocher ne s'observe guère que dans l'otite moyenne aiguë, le plus souvent à un stade assez tardif de celle-ci.

Clinique. — Son début clinique manque le plus souvent de netteté. Il ne se traduit en effet que par la persistance insolite ou par l'aggravation des deux symptômes otitiques les plus communs, douleurs névralgiques hémicraniennes et suppuration. Parfois, cependant, une paralysie du moteur oculaire externe vient, d'une façon plus précise, éveiller l'attention vers l'hypothèse d'une complication profonde.

De ces trois symptômes, qui représentent en somme toute la symptomatologie fonctionnelle de l'affection, les deux premiers seuls sont pratiquement constants et, s'ils n'ont rien en eux-mêmes de bien significatif, ils tirent tout au moins une valeur sémiologique de premier ordre du fait de leur intensité et de leur persistance, anormales pour une otite simple. De sorte que l'on pourrait résumer comme il suit la base symptomatique fonctionnelle du diagnostic des ostéites profondes du rocher : toute otite suppurée et douloureuse qui se prolonge d'une façon inhabituelle devient suspecte de pétrosite ; on n'attendra pas l'apparition éventuelle d'une paralysie de l'abducens pour porter ce diagnostic de probabilité.

Abandonnée à elle-même, l'ostéite profonde du rocher peut évoluer vers l'une des deux, ou peut-être des trois terminaisons suivantes : guérison spontanée, mort par complication endocranienne, passage à la chronicité.

La guérison peut survenir, sans incident particulier, par drainage spontané direct des lésions.

Ailleurs, la suppuration se draine par une voie détournée, c'est-à-dire par un abcès latéro-pharyngien. Etant donné le bon pronostic de ces abcès, on peut dire, en effet, qu'ils constituent, non une complication mais un mode de guérison de l'oto-pétrosite.

La méningite est la cause habituelle de la mort dans l'ostéite profonde du rocher. Les abcès encéphalitiques sont, en effet, exceptionnels, et la thrombo-phlébite des sinus péripétreux est rare.

L'abcès extra-dural est un trait d'union fréquent entre la lésion osseuse et la complication méningo-encéphalique. Il doit faire l'objet de recherches systématiques au cours des interventions chirurgicales.

Traitement. — Le traitement de l'ostéite profonde du rocher est d'ordre purement chirurgical. Jusqu'à ces dernières années, il ne constituait qu'une chirurgie d'exception. Il est actuellement possible d'établir une méthode chirurgicale pouvant répondre à tous les cas.

Nous connaissons les trois symptômes fonctionnels de l'ostéite profonde du rocher, mais ce ne sont que des

symptômes d'alarme, des indices de probabilité, insuffisants, même lorsque groupés en syndrome complet, pour nous fournir un diagnostic de certitude et ne nous apprenant rien de précis, en tout cas, ni sur le siège ni sur l'étendue des lésions. C'est cependant de leur observation attentive et poursuivie, aidée, il est vrai, par l'« exploration radiographique, que nous devons tirer nos indications opératoires successives. Tant que les douleurs persistent et que la suppuration n'a pas tendance à diminuer, nous devons penser que nous n'avons pas atteint la totalité des lésions ou que nous les avons insuffisamment drainées. Quant à la paralysie du VI, elle n'a de valeur que lorsqu'elle s'ajoute aux deux phénomènes précédents ; elle doit alors hâter nos décisions thérapeutiques.

Ces symptômes nous imposent un premier acte chirurgical appelé par R... l'étape otomastoïdienne ; il consiste à supprimer le foyer oto-mastoïdien qui est le point de départ des lésions, les entretient et gêne leur drainage spontané. Cette étape sera réalisée par la mastoïdectomie ou par l'évidement pétromastoïdien, suivant qu'il s'agit d'une pétrosite postérieure (phénomènes à prédominance mastoïdienne) ou d'une pétrosite antérieure (phénomènes à prédominance tympanique).

Ces opérations permettront de constater directement, soit pendant l'intervention elle-même, soit au cours des pansements, le foyer d'ostéite ou du moins son point de départ, son extrémité périphérique, sous l'un des aspects suivants : zone d'os ramolli, fongueux ; orifice fistulaire dans lequel le stylet s'engage plus ou moins profondément. Elles suffiront parfois à assurer le drainage et la guérison des lésions.

L'étape intra-pétreuse consiste à attaquer directement les lésions d'ostéite profonde, avec la détermination de les poursuivre dans toute leur étendue, au besoin jusqu'à la pointe du rocher. On y est conduit par l'échec des interventions précédentes : les phénomènes douloureux persistent ou n'ont disparu que temporairement ; la suppuration reste abondante ; s'il existait une paralysie de l'abducens, elle ne s'amende pas. En principe, il faut s'attacher à suivre le trajet même des lésions. Mais dans bien des cas, cette voie apparaît à un moment donné impraticable ou dangereuse. C'est alors qu'on sera amené à utiliser une des interventions qui ont été proposées pour explorer directement l'apex pétreux, parmi lesquelles la « voie du canal carotidien », technique proposée et décrite par l'auteur.

On peut être conduit, enfin, à entreprendre une troisième étape chirurgicale, l'étape pétreuse. Le foyer d'ostéite a été cureté sur toute son étendue, l'apex a été exploré et ses lésions, s'il en existait, ont été drainées ; on s'est aussi assuré qu'il n'y a pas un second foyer d'ostéite. Cependant, la guérison ne survient pas franchement : les douleurs névralgiques persistent ou ont fait place à de la céphalée profonde, l'examen ophtalmoscopique ou la ponction lombaire nous révèlent parfois quelque indice d'une menace méningo-encéphalique ; l'état général fléchit (pâleur, amaigrissement, assoupissement intellectuel).

Il est probable, dans ces conditions, que les lésions ont déjà franchi les limites du rocher et qu'elles ont provoqué quelque part, autour de la pyramide, la formation d'un abcès extra-dural. On doit aller à la recherche de cette complication.

En entreprenant cette troisième étape chirurgicale, on réfléchira que la complication supposée ne siège pas forcément autour de l'apex. Aussi devra-t-on, tout d'abord, explorer la dure-mère rétropétreuse jusqu'au sac endolymphatique, et la dure-mère sus-jacente au tegmen tympanique jusqu'à la limite profonde de celui-ci.

Pour réaliser ces diverses indications chirurgicales, il est nécessaire de recourir à un certain nombre d'interventions qui sortent de la pratique otologique habituelle et dont certaines, comme l'« évidement pétro-mastoïdien élargi » et l'« exploration de la pointe du rocher par la voie du canal carotidien », ont été proposées par l'auteur et exécutées par lui avec des résultats satisfaisants.

L'évidement pétro-mastoïdien élargi ajoute à l'évidement classique la résection des parois inférieure et antérieure du conduit auditif externe. Il donne un jour parfait sur le recessus hypotympanique ainsi que sur la région tubo-carotidienne, permettant ainsi d'aborder avec plus de facilité les foyers de pétrosite antérieure et d'exécuter l'exploration de l'apex par la voie du canal carotidien. L'expérience d'une vingtaine de cas opérés permet de considérer cette opération comme facile et inoffensive.

La trépanation du canal carotidien au niveau de la paroi profonde de la caisse permet de pratiquer avec le maximum possible de sécurité et de facilité le curettage des foyers péri-carotidiens ; de plus, il ouvre une route directe et courte (1 cm. environ) vers la pointe du rocher. Par la destruction de la paroi intertubo-carotidienne, on peut en effet récliner l'artère, en avant, dans le canal tubo-musculaire (trompe et canal du muscle du marteau réunis en un seul canal).

Plusieurs caractères anatomo-physiologiques propres au segment intra-pétreux de la carotide, et non décrits jusqu'ici, concourent à rendre l'abord chirurgical de ce segment artériel plus facile et moins risqué qu'on ne pouvait le penser tout d'abord. Ce sont : l'absence de battements de l'artère ; l'absence, considérée du point de vue pratique, du sinus veineux péricarotidien ; le caractère presque exclusivement musculaire des parois du vaisseau.

Discussion. — M. Moulonguet (Paris) expose combien la distinction faite dans le rapport entre les ostéites périlabyrinthiques et les ostéites de la pointe du rocher permet de nettement formuler les indications opératoires. A propos de la douleur oculaire au cours des suppurations auriculaires, il est heureux de voir le rapporteur adopter son point de vue, à savoir que la douleur oculaire n'est pas en général un signe d'apexite, mais qu'elle traduit la souffrance des méninges dans la zone innervée par le nerf récurrent d'Arnold, c'est-à-dire au voisinage d'un foyer de pétrosite périlabyrinthique, le plus souvent antéro-supérieur. On peut faire un rapprochement entre cette douleur oculaire et le syndrome de Gradenigo. Mais, alors que dans ce dernier il s'agit en général de lésions postérieures, tributaires de l'antre, qui guérissent souvent par simple trépanation mastoïdienne, dans la douleur oculaire il s'agit en général de lésions de rochérite antéro-supérieures, qui nécessitent d'emblée une radicale partielle ou un évidement.

M. Dutheillet de Lamothe (Limoges) insiste sur la facilité de la voie d'abord de la pointe du rocher, proposée par M. Ramadier.

M. Baldenweck (Paris), sans diminuer la valeur de l'examen clinique, pense qu'il faut donner une grande place aux résultats de la radiographie, et à ce sujet précise les meilleures positions à employer.

M. Lafite-Dupont (Bordeaux). L'examen des sinus doit être fait dans les apexistes fermés dont on ne trouve pas l'origine dans l'oreille.

M. Sargnon (Lyon). La forme ostéomyélitique de l'otite aiguë ou latente chez le nourrisson ne rentre pas, en effet, dans le cas des pétrosites. Les cas de syndromes anormaux de Gradenigo avec paralysies bilatérales ou hétéro-latérales du VI posent des questions délicates du point de vue de leur interprétation et de la thérapeutique qu'ils conditionnent. En présence d'une paralysie otitique du moteur ocu-

laire commun, qui est en réalité une étape plus avancée de la rochérite antérieure, il faut opérer de suite, très largement, avec un succès très problématique.

M. PROBY (Lyon) montre l'imprécision des documents radiographiques dans les formes frustes des pétrosites. A ce propos, il isole d'une part les mastoïdites qui guérissent par simple trépanation et présentent cependant un flou de la pointe du rocher que l'ouverture du foyer principal suffit à faire disparaître, et d'autre part les otites chroniques pouvant montrer un aspect analogue de la pointe du rocher, alors qu'il n'y a rien à l'intervention.

M. MONTI signale le récent travail de M. Yamashita, de l'Institut d'Anatomie de l'Université de Kyoto (Japon), dont les considérations anatomo-cliniques sont une confirmation des conclusions du présent rapport.

Démonstrations concernant l'anatomie pathologique et le diagnostic des ostéites profondes du roche. — M. NAGER (Zurich) présente des projections de coupes microscopiques de 3 cas d'ostéite profonde du rocher, ainsi que les radiographies de 2 cas, prises intra vitam. De ces examens, il résulte qu'il s'agit de suppuration de cellules rétro-labyrinthiques.

Le radiodiagnostic dans les ostéites profondes du rocher (pétrosites). — M. THIENPONT (Anvers) décrit l'anatomie descriptive et l'anatomie radiologique de la mastoïde, en discutant la valeur relative des diverses incidences employées. Il établit ensuite une classification morphologique des différents types radiologiques de pointe du rocher. Ainsi pourra-t-on demander à la radiologie autre chose que des renseignements vagues et peu précis.

L'ostéite pétreuse profonde à évolution jugale. — M. JACQUES (Nancy). Quand l'infection, partie de la caisse, gagne le groupe cellulaire sous-labyrinthique, l'extériorisation et le drainage spontané peuvent se faire par une voie qui semble n'avoir pas encore été signalée : la voie jugale. On voit alors une tuméfaction œdémateuse envahir la joue, entre la tubérosité malaire et l'articulation temporo-maxillaire. Cette évolution faciale est annoncée par un trismus douloureux progressif. Deux observations, intéressant des adultes d'âge moyen, ont offert cette marche toute spéciale et se sont terminées par guérison après interventions réitérées : l'une au bout de 5 mois, l'autre après plus d'un an.

Labyrinthites des accidents méningés post-opératoires. — MM. PIQUET et DELOBEL (Lille) rapportent 4 cas d'accidents méningés survenus après intervention mastoïdienne, et où l'atteinte des méninges s'est produite à la faveur d'une labyrinthite.

Pronostic éloigné des accidents labyrinthiques par décompression. — M. R. BERTOIN (Lyon). Les accidents labyrinthiques par décompression ont un pronostic variable : les uns guérissent de façon rapide et complète ; d'autres régressent en partie ; d'autres enfin, dus à des lésions hémorragiques qui détruisent cochlée et labyrinthe postérieur, laissent une surdité et des troubles de l'équilibre définitifs.

Sur quelques cas de grosse surdité post-traumatique. — M. M. BOUCHET (Paris). Pratiquement, l'existence précoce d'un gros abaissement de la limite supérieure des sons doit faire redouter le développement ultérieur de la surdité.

De l'emploi de la radiophonie comme complément des traitements habituels des surdités chroniques. — M. COMTE FERRAN (Lyon). Si l'emploi de la radiophonie, pas plus que celui des autres machines parlantes, ne permet aux malades d'améliorer sensiblement leur audition, il semble enrayer dans une certaine mesure les baisses progressives des otites chroniques.

M. PÉRI (Alger). Pour éviter tout accident, les postes à galène paraissent supérieurs aux postes à grande puissance.

De la douleur par excitation auditive intense chez les sourds complets et chez les évidés mastoïdiens. — MM. HELSMOORTEL (junior) et R. NYSSEN (Anvers). Ce phénomène se retrouve chez les sourds labyrinthiques, alors que les évidés n'éprouvent aucune douleur.

Si on peut admettre que l'ébranlement mécanique de la membrane du tympan est à la base de la douleur en question, le phénomène d'adaptation ne peut toutefois s'expliquer sans l'intervention d'un état réflexe qui a son siège dans le muscle du marteau.

LARYNX

Les sels d'or et la tuberculose du larynx. — MM. J. ROZIER (Paul), B. MAYOUX et R. MOLLARD (Lyon). La chrysothérapie de la tuberculose du larynx, malgré certaines réactions focales, n'offre pas plus de danger que la chrysothérapie de la tuberculose du poumon. Dans 40 à 45 pour 100 des cas, ils ont constaté, pendant le traitement, une restitutio ad integrum complète et durable du larynx. Dans d'autres circonstances, ils ont noté une résolution partielle des lésions.

M. SOULAS (Paris). Si les sels d'or ont suffi à obtenir la guérison de laryngites tuberculeuses, ils ont dans un certain nombre de cas (très rares) provoqué des poussées laryngées de divers ordres. Celles-ci nécessitent la suspension momentanée de ce traitement, qui ne doit être repris qu'avec prudence.

M. REBATTU (Lyon). Les accidents de la chrysothérapie sont rares. Trois conditions sont nécessaires pour les éviter : ne pas employer de doses trop fortes, ne pas en faire chez les cachectiques, éliminer les albuminuriques (danger d'œdème laryngé).

M. LAPOUGE (Nice) signale les dangers de phénomènes œdémateux graves d'ordre glottique ou sus-glottique au cours de la thérapeutique aurique.

Les capillaires lymphatiques du larynx. — M. TERRACOL (Montpellier) expose la répartition anatomique des capillaires lymphatiques du larynx et en déduit quelques considérations cliniques.

M. VIÉLA (Toulouse) montre les avantages de la technique de M. Terracol pour l'injection des capillaires lymphatiques du larynx.

Sur la technique opératoire de la trachéotomie haute. — M. GAULT (Dijon) met en évidence les conditions qui rendent cette trachéotomie haute presque aussi simple et rapide qu'une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, sans avoir les inconvénients de celle-ci.

Les paralysies non syphilitiques des dilatateurs de la glotte. — M. JACOB (Lyon), en rapportant une observation de syndrome de Gerhardt chez un hypertendu, que tous les examens, les épreuves, le traitement ont montré non syphilitique, et qui a dû faire une hémorragie intrabulbaire localisée, rappelle d'autres observations comparables, avec ou sans autopsie, où la syphilis n'était pas en cause. Pour lui, la paralysie des abducteurs n'implique pas une étiologie particulière, la syphilis : elle n'a pas, étant isolée, la valeur d'un Argyll-Robertson du larynx, comme on l'a dit. Elle implique seulement une localisation anatomique de la

lésion, dans la région du bulbe où les noyaux dilatateurs et les fibres dilatatrices peuvent être touchés électivement et bilatéralement, avec ou sans paralysies associées.

M. Ramadier (Paris). Si la paralysie des dilatateurs peut reconnaître d'autres étiologies que la syphilis, il s'agit là de cas exceptionnels, et la règle reste vraie qui déclare que « toute paralysie des dilatateurs cryptogénétique doit être considérée pratiquement comme syphilitique et traitée comme telle ».

M. Collet (Lyon) a observé 10 cas de paralysie des dilatateurs sans compression récurrentielle : 4 relevaient d'un tabès fruste, 2 de la syphilis sans tabès. Des 4 autres, un était imputable à la fièvre typhoïde, un à la diphtérie, un troisième compliquait une amyotrophie saturnine, le quatrième, une adénopathie trachéo-bronchique avec trouble de la déglutition d'origine vraisemblablement centrale.

Le rôle du laryngologiste dans la défense de la voix. — M. G. de Parrel (Paris) insiste sur ce fait que, dans les maladies de la voix, le vrai coupable, c'est le malmenage doublé du surmenage. Cette constatation porte en elle son heureuse contre-partie : si l'enseignement du chant et de la parole était conforme aux lois de la physiologie, si la voix était méthodiquement cultivée chez l'enfant, dans la famille et à l'école, si les professionnels de la voix connaissaient et appliquaient le code de l'hygiène vocale, les maladies de la voix seraient beaucoup moins fréquentes et beaucoup de désastres vocaux seraient évités.

P. TRUFFERT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 8 janvier 1934)

Un nouveau cardio-myographe très sensible, à fil élastique, à amplification à la fois mécanique et optique. — MM. F. Marceau et L. Acolat.

Le rapport calcium-phosphore dans la genèse du rachitisme expérimental et du rachitisme humain. — MM. G. Mouriquand et R. Leulier.

(séance du 15 janvier 1934)

Les effets de l'hyposulfite de soude sur l'intoxication par le cyanure de potassium. — MM. Ch. Achard et Léon Binet.

Spectres d'absorption dans l'ultraviolet des sérums des syphilitiques. — M. Mladen Paic.

Inclusions intranucléaires dans le système nerveux des cobayes et des souris morts de fièvre jaune expérimentale. — M. S. Nicolau, Mme L. Kopciowska et M. M. Mathis.

(séance du 22 janvier 1934)

M. le président fait part de la mort de M. Pierre Bazy. La séance est levée en signe de deuil.

Valeur des farines. — M. André Kling, directeur du laboratoire municipal, et ses collaborateurs, MM. Froidevaux et Dubois, ont déposé une note dans laquelle ils démontrent que la valeur boulangère des farines est, pour une bonne part, conditionnée par les propriétés de la matière grasse, qui, pourtant, dans les farines, n'est contenue qu'à des doses de l'ordre du 1/100e. Ce fait avait été totalement ignoré jusqu'ici. Cette matière grasse s'oppose au mouillage, par l'eau de pétrissage, des éléments des farines. Les produits qui facilitent ce mouillage améliorent les farines. Les auteurs ont constaté qu'en général, dans les farines provenant de blés exotiques, c'est-à-dire de blés de force, la proportion de matières grasses, rapportée à l'unité de poids de gluten, était plus faible que dans les farines provenant de blés de pays, surtout de blés à hauts rendements fournissant des farines de valeur boulangère médiocre.

Election d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Quénu, décédé. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : M. J.-L. Faure ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique : MM. Gosset et Hartmann.

Au deuxième tour de scrutin, M. Gosset est élu par 31 voix sur 52 votants.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 23 janvier 1934)

M. le président fait part de la mort de M. Pierre Bazy, membre titulaire.

Notice. — M. Sergent lit une notice nécrologique sur M. Arthur Rousseau (de Québec), correspondant étranger.

Les stations uvales en France au cours de l'automne 1933. — M. Marcel Labbé rappelle qu'à la suite du vœu émis par l'Académie, en mars 1933, et de la loi portant création d'une Journée nationale du Raisin, les compagnies de chemins de fer et un certain nombre de villes ont créé des stations uvales. Ces organisations ont eu d'heureuses conséquences au point de vue de la vente du raisin, qui a augmenté de 40 %, bien que le raisin soit vendu à des conditions très modérées.

M. Marcel Labbé cite un certain nombre de stations uvales modèles réalisées à Avignon, Montpellier, Vals, Tours, Colmar... Il insiste sur l'utilité thérapeutique des cures de raisin et montre l'intérêt que les médecins doivent porter aux stations uvales.

A propos des dermatoses d'origine médicamenteuse. — MM. L. Spillmann et J. Watrin. Le nombre des dermatoses artificielles augmente sans cesse. Parmi ces dermatoses artificielles, les réactions médicamenteuses sont au premier plan. Elles sont trop souvent méconnues. La détermination du caractère objectif de la lésion cutanée et les résultats d'un interrogatoire bien conduit permettent cependant dans la très grande majorité des cas leur identification. Lorsque cette identification est réalisée, la suppression de la cause nocive amène plus ou moins rapidement la guérison. Les auteurs insistent sur les réactions dues au brome, étonnantes parfois par leur généralisation rapide et par leur prolifération exubérante.

Elles peuvent être dues à l'emploi de préparations bromurées jugées par ailleurs complètement inoffensives.

La clinique et l'histologie pathologique permettent le plus souvent un diagnostic rapide. La forme la plus intéressante à ce point de vue est la forme papulo-tuberculeuse végétante dont les auteurs ont observé un très bel exemple chez un nourrisson de 6 mois, traité sans succès, naturellement, depuis plusieurs semaines pour syphilis héréditaire. Ces lésions végétantes sont si caractéristiques qu'elles imposent presque le diagnostic : ce sont des sail-

lies nummulaires papillomateuses, de coloration rouge brunâtre, entourées d'un bourrelet inflammatoire. Elles donnent à la palpation une sensation de mollesse très particulière, très justement comparée par M. Darier à celle du velours mouillé.

Si un doute subsiste, la biopsie enlève toute hésitation en montrant une hyperacanthose très marquée avec abcès intra-épidermiques, infiltration du derme par de nombreux leucocytes polynucléaires et des cellules plasmatiques.

La pathogénie de ces bromides n'est que difficilement éclaircie. Pasini les a attribuées au brome mis en liberté dans l'estomac à la faveur de l'hypochlorhydrie. Les constatations faites par les auteurs ne paraissent pas confirmer l'hypothèse d'une folliculite staphylococcique biotropique émise par Milian pour expliquer le mécanisme pathogénique. Pour Bruno Bloch, elles seraient dues à une idiosyncrasie de la peau provoquée par une sensibilisation susceptible de se développer au cours de la vie intra-utérine et qui serait provoquée, soit par le bromure ingéré, soit par le bromure retenu dans l'organisme. L'apparition de telles lésions au cours de l'allaitement est évidemment très intéressante.

La sensibilisation paraît démontrée d'ailleurs par la possibilité de provoquer des lésions semblables aux lésions spontanées par application locale de l'antigène.

Dans un cas rapporté par les auteurs : « Il s'agit d'un de ces nombreux médicaments qu'on pourrait qualifier de demi-secrets et d'un cas indiscutable d'exercice illégal de la médecine intéressant au premier chef la protection de la santé publique. Les traitements par correspondance, réalisés par des « spécialistes » le plus souvent très peu qualifiés, peuvent, dans bien des circonstances, jouer un rôle néfaste. Nous tenons à insister d'une façon toute particulière sur ce côté de la question à une époque où dans certaines régions, la région de l'Est notamment, s'organise avec des moyens puissants le colportage pharmaceutique automobile qui n'est pas destiné, je pense, à rehausser le prestige de la profession. Il serait grand temps de l'interdire ou tout au moins de le réglementer.

Nous avons pensé qu'il pouvait être utile de signaler une fois de plus au corps médical l'existence de ces réactions cutanées dues au brome qui peuvent donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic et qui peuvent entraîner chez certains malades de fâcheuses conséquences lorsqu'un diagnostic hésitant retarde la suppression du produit toxique. »

Radium et magnésium. — MM. A. et R. Sartory, J. Meyer et Ernst étudient l'influence inhibitrice du radium sur la croissance des radicelles de Lens esculenta Moench et montrent l'influence antagoniste du magnésium sur les radio-lésions de la cellule végétale en vie active ou latente.

Encéphalite léthargique. — M. Levaditi présente une note de MM. Gilbert Lévy et Albert Piera, sur une encéphalite léthargique grave consécutive à une éruption de zona et rapidement guérie par des injections intraveineuses de salicylate de soude.

Amibiase et système vago-sympathique. — M. Trabaud.

Les rythmes et la vie, par MM. Laignel-Lavastine, A.-M. Chanoz, J. Monchanin, G. Richard, J. Guitton, F. Mentre, H. Duprat, H. Cardot, R. Biot. Editions du Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques. Dépôt général : Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon. Chèque post. : Lyon 388-25. — Un volume in-12, 264 pages. Prix net : 15 fr.; franco, 16 fr. 50. Etranger, 18 fr.

INFORMATIONS

(suite)

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le mardi 30 janvier 1934.

La durée de cette session est fixée à trois jours.

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Mondain, reçu au concours des médecins des asiles de 1933, est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le docteur Menuau, appelé à un autre poste.

— M. le docteur Izac, médecin chef de service à l'asile public de Bailleul, est nommé en la même qualité à l'asile public de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. le docteur Brunet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Ministère des pensions. — M. le médecin généra Vallat et M. le docteur Coste, médecin des hôpitaux, sont désignés pour faire partie de la commission spéciale instituée par l'article 130 de la loi de finances du 31 mai 1933 (revision des pensions).

Dispensaire-clinique chirurgicale mutualiste des Bouches-du-Rhône. — Le 26 février 1934, à 8 h. 30, il sera ouvert à la Maison de la Mutualité, rue François-Moisson, à Marseille, un concours pour deux places d'internes en médecine et en chirurgie, à la Clinique chirurgicale mutualiste, 23, chemin du Sablier, à Marseille.

Les candidats devront s'inscrire avant le 17 février 1934, à la Maison de la Mutualité où ils pourront prendre connaissance des conditions et règlement du concours.

La semaine odontologique. — La semaine odontologique, XLVIIe Congrès dentaire, tiendra ses assises en 1934, du 24 mars au 2 avril, dans les locaux habituels du Grand Palais des Champs-Elysées.

Elle est organisée par l'Association générale syndicale des dentistes de France et par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France avec le concours de l'Association générale des dentistes de Belgique et des deux grandes sociétés transalpines, l'Associazione stomato-odontologica italiana et la Federazione odontoiatria d'Italia.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique médicale de l'hôpital Cochin. (Professeur : M. Achard.) — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fait tous les dimanches matin, à 10 h. 30, à la Clinique médicale Cochin (amphithéâtre Dieulafoy), une conférence de Clinique médicale pratique.

Statistique municipale. — Pendant la 1re décade de janvier, la statistique municipale a enregistré, à Paris, 1.343 décès contre 1.571 dans la décade précédente.

La fièvre typhoïde a causé 12 décès, la rougeole 2, la scarlatine 1, la diphtérie 8.

On signale 31 cas nouveaux de fièvre typhoïde, 103 cas nouveaux de rougeole, 148 de scarlatine et 70 de diphtérie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le médecin général Delrieu, du cadre de réserve des troupes coloniales, décédé à Paris; Mlle Colette Montagnet, étudiante en médecine à Marseille, victime d'un accident d'automobile à Aix; M. le docteur Jacques Le Grand, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, professeur à l'Ecole de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ
PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES
POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNÉE MERCREDI 31 JANVIER 1934. — N° 9.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les prolapsus des anus iliaques gauches (avec 2 fig.), par M. le professeur Jianu et MM. Théodoresco et Théodoru (de Bucarest).

L'azotémie puerpérale, par MM. E. Estienny et J. Lasserre (de Toulouse).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

Règles de l'allaitement maternel, par M. L. Babonneix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de pédiatrie. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.

CHRONIQUE

L'éloge de Félix Lejars à la Société de chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Au Conseil supérieur de l'Instruction publique, par M. Maurice Mordagne.

CONGRÈS

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

Pneumonie du sommet. Signes, diagnostic, évolution.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité). — Jury : MM. Métivet, Lardennois, Toupet, Richard, Guimbellot, Okinczyc, Leveuf.

Censeurs : MM. Petit-Dutaillis, Huard, Monod (Raoul), Boppe.

Lecteurs : MM. Bernard (Raymond), Gueullette, Wilmoth, Braine, Bloch (Jacques), Fey, Leibovici, Soupault.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 25 janvier 1934. — Questions données : « Diagnostic de la scarlatine. — Diagnostic des fibromes utérins. »

Mlle Helman, 18; MM. Guny, 10; Ortholon, 16; Lepintre, 12; Olivier et Mlle Pevet, 11; MM. Debidour, 28; Chambon, 27; Laumonnier, 20; Champagne, 14.

Séance du 27 janvier. — Questions données : « Signes physiques du pneumothorax de la grande cavité. — Abcès chaud rétropharyngien. »

MM. Falin, 18; Gillot, 12; Vendryes, 22; Bonnel et Hector, 23; Gilbert, 13; Falk. 15; Forget, 20; Mlle Courrier, 23.

HÔPITAL-HOSPICE DE FONTAINEBLEAU. — Un concours pour la nomination de trois internes en médecine et en chirurgie aura lieu à l'hôpital de Fontainebleau le 15 février 1934, à 8 h. 30.

Durée de l'internat : deux ans.

Traitement : 1re année, 4.000 fr. ; 2e année, 4.500 fr.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'économat de l'hôpital ou consulter l'affiche apposée à la Faculté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Laporte a été nommé professeur de clinique médicale.

M. Martin Sans a été pérennisé dans les fonctions d'agrégé des sciences naturelles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Un concours pour une place de professeur suppléant de bactériologie s'ouvrira le 28 juin devant la Faculté de médecine de Toulouse.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef de 2e classe de réserve Coquin.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe de réserve Spire et Guillot.

Education nationale. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bonnenfant (de Soissons).

Postes et télégraphes. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Bourgeois, médecin chef adjoint des P. T. T.

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Masselot et Menvielle (de Tunis), Ramonède (de Saint-Sébastien) et Roux (de Jérusalem).

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Gibert (de Commentry), Herviault (de Paimpol), Just (de Nice), Loyer (de Creil), Monod (de Monleau), Perrier (de Pontcharra), Rajat (de Vichy), Tallez (de Perpignan).

Travaux publics. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Donné (de Broone).

L'ordre des médecins. — Le Sénat a commencé l'examen de la proposition de loi ayant pour but de modifier et de compléter la loi du 30 novembre 1892 concernant l'exercice de la médecine. Cette loi avait été adoptée sans débats par la Chambre des députés le 9 décembre 1932.

Le docteur Gadaud, rapporteur, a exposé les raisons qui militent en faveur de la création d'un Ordre des médecins.

Les prochaines élections à l'Académie de médecine. — L'Académie devra procéder très prochainement à un certain nombre d'élections. Les places vacantes, par suite de décès, sont au nombre de 21 ainsi réparties :

Membres titulaires. — Section de chirurgie, une place (siège de M. Bazy) ; section d'hygiène, une place (siège de M. Calmette) ; section des sciences biologiques, une place (siège de M. Hanriot).

Membres libres. — Deux places (celles de MM. Emile Roux et Paul Richer).

Associés étrangers. — Deux places.

Correspondants nationaux. — S. de médecine 4, S. de vétérinaire 3, S. de pharmacie 1.

Correspondants étrangers. — S. de médecine 2, S. de chirurgie 2, S. d'hygiène 1, S. de pharmacie 1.

Comité des émissions de la station de radiodiffusion nationale. — M. Roussy, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jean d'Herbécourt, chirurgien de la Société sportive d'encouragement, chirurgien des Forges de France, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, décédé à Paris ; M. le docteur Ch. Langle (de Fontenay-sous-Bois).

CHRONIQUE

L'ÉLOGE DE FÉLIX LEJARS À LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. Robert Proust, secrétaire général de la Société Nationale de Chirurgie, a prononcé la semaine dernière à la séance annuelle de la société, l'éloge de Félix Lejars. Admirable portrait à l'occasion duquel Robert Proust n'a pas manqué de rappeler le bel arbre généalogique qui de Lejars remonte à Léon Le Fort, puis à Malgaigne, l'un des fondateurs de la Société de chirurgie.

Félix Lejars naquit à Unverre, dans le pays chartrain, aux confins du Perche, tout près de Brou, région chère à Marcel Proust. Non sans une visible émotion, Robert Proust évoque les souvenirs d'enfance qui le rattachent à cette plaine. Mieux que personne, il pouvait comprendre le caractère de Lejars, vrai Beauceron, attaché à sa terre, amoureux de l'uniformité de son pays illuminé par le rayonnement de la cathédrale de Chartres.

Lejars fit ses études secondaires à l'Institut Notre-Dame de Chartres. Puis il va à Paris faire sa médecine ; à 20 ans, il est interne ; à 28 ans, chirurgien des hôpitaux ; à 29 ans, agrégé. C'est à Beaujon, avec ses leçons du dimanche matin sur la chirurgie d'urgence, d'où devait sortir plus tard son célèbre livre que Lejars commence sa brillante carrière d'enseignement. Et cet homme qui, dès sa jeunesse, possédait une véritable érudition, qui accumula une documentation extraordinaire, savait en tirer des exposés schématiques et passait avec une aisance surprenante de la théorie à la pratique, De Beaujon, il va à la maison Dubois, puis à Tenon, il se fixe enfin à Saint-Antoine, où il devient sur place professeur de clinique. Il devait y rester 26 ans. Seuls ses élèves pourront dire le souvenir profond qu'il a laissé dans ce quartier populeux par sa science, par sa bonté et sa charité.

Lejars fut un grand chirurgien et un merveilleux professeur, il fut aussi un patriote clairvoyant et ardent.

Dès 1908, il montre la nécessité d'étudier la chirurgie de guerre d'après les documents fournis par la guerre du Transwaal et la guerre russo-japonaise. Avec le regretté Depage, il fut un des rares chirurgiens qui sentirent le besoin de se préparer à une éventualité que personne n'admettait avant 1914. Pendant la guerre, il est médecin chef à l'hôpital Villemin, il est en outre inspecteur chirurgical de la 10e armée, puis de l'armée d'Italie. Partout il montre un esprit de décision, un calme et un optimisme lumineux.

Secrétaire général de la Société de chirurgie, il commence la série de ses splendides éloges, « merveilleuse galerie de portraits ».

Président de la Société de chirurgie, il marque par sa pondération et sa courtoisie toujours égales.

Toute l'œuvre de Lejars est dominée par la fondation de sa magnifique *Chirurgie d'urgence*, dont le premier volume parut en 1899. Sa haute conscience y apparaît. Il veut former l'âme du praticien, lui apprendre ce qu'il faut faire et lui montrer comment il faut le faire. Les soins apportés à la description des moindres détails et à leur illustration sont inimaginables.

Sous son aspect calme, réservé et un peu distrait, Lejars avait une grande profondeur. Il ne se livrait pas, mais une fois qu'il avait donné son amitié, il ne la retirait plus. On comprend le respectueux et fidèle attachement qu'il a inspiré à ses élèves. Prochainement, ils rendront hommage à sa mémoire en inaugurant un médaillon sur le pavillon Félix-Lejars à Saint-Antoine, et un second médaillon sur sa maison natale à Unverre.

Pendant 90 ans, la vie scientifique de la Société de chirurgie a été remplie par les travaux de Malgaigne, Léon Le Fort et Lejars. C'est avec raison que Robert Proust, en exaltant leur œuvre grandiose, a montré la force de la tradition dans les vieilles familles françaises. Dans les temps si tristes que nous traversons, il était bon de le rappeler.

F. L. S.

Le Laboratoire de Pharmacologie générale, sous la direction du docteur Chapelle, a exposé au Congrès de Thérapeutique quelques-uns de ses principaux produits, et notamment :

La Cardiosthénine, qui constitue un des meilleurs toni-cardiaques, est le régulateur idéal de la circulation par son action combinée antispasmodique et vasodilatatrice.

Les Capsules de Quinine Pelletier, préparées avec les meilleures matières premières de la Société des Quinquinas, offrent aux praticiens les différents sels de quinine sous la forme la plus pratique et les dosages les plus rigoureux.

Névralgies Névrites **BROMÉINE** MONTAGU

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES — Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millord, Paris (16e)

Gravidostyl

Sérum de jument gravide

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE

du Dr Roussel

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE
ENFANTS PRÉMATURÉS
DÉFICIENCES HORMONALES

Boîte de **6 FLACONS-AMPOULES** de 10cc _ PRIX : **35f.**

POSOLOGIE : **1 à 3 FLACONS-AMPOULES** PAR JOUR

par voie buccale, rectale ou hypodermique

Échantillons :

LABORATOIRES DU Dr **ROUSSEL**

97, Rue de Vaugirard _ PARIS (6e)

TUBERCULOSES
RHUMATISMES

CHRYSOTHÉRAPIE
INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE
PAR LA
MYOCHRYSINE
(Aurothiomalate de Sodium - sel stable titrant 50 % d'or métal)

SOLUTIONS AQUEUSES — SUSPENSIONS HUILEUSES

Pour chaque présentation, ampoules dosées à :
0gr.01, 0gr.05, 0gr.10, 0gr.20, 0gr.30, 0gr.50
— Boîtes de 1 et 10 ampoules —

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon **PARIS-8e**

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION DE LA DOULEUR dès la 3e injection.

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée
1 Ampoule par jour pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

Travail de la troisième Clinique chirurgicale Thomas Jonnesco (Bucarest).

LES PROLAPSUS DES ANUS ILIAQUES GAUCHES

Par MM. le professeur Amza JIANU,
Chirurgien des hôpitaux,
Docent Dan THÉODORESCO, et Pana THÉODORU,
Chirurgien des hôpitaux. Interne des hôpitaux.

Les anus contre-nature ne sont pas exempts de complications (1). Nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas dont voici les observations :

Obs. I. — V. St., homme, 29 ans, opéré le 25 janvier 1933 pour rectite sténosante lymphogranulomateuse. Anus contre-nature définitif iliaque gauche par dissociation, en deux temps (Maydl-Reclus). L'anse extériorisée est maintenue sur un bourdonnet de gaze. Section transversale de l'intestin le 5e jour, au thermo. L'intestin extériorisé se réduit lentement et le malade part avec un bon anus et se fait appliquer par suite un appareil collecteur type Reverdin. Après un mois, notre malade observe l'apparition d'une tumeur intestinale rouge qui grossit en suivant la direction de l'appareil vers le pli inguinal.

A un moment donné, la tumeur devient irréductible, très douloureuse, se couvre de dépôts sales et quelques escarres, et dans cet état, il vient dans notre clinique (fig. 1).

Fig. 1.

A son arrivée, la tumeur avait une longueur de 20 centimètres environ. L'examen nous montre que le prolapsus intéresse les deux bouts de l'intestin qui se trouvent aux extrémités supérieures et inférieures du prolapsus. Pas d'éventration. Diagnostic prolapsus étranglé. Après avoir essayé de le réduire, le 1er avril 1933, nous avons opéré le malade sous rachis à la novocaïne. Au bistouri électrique, nous avons commencé par inciser le cylindre externe à la limite de la muqueuse. La cavité péritonéale est ouverte et alors on libère vite l'anse de ses adhérences. On attire tout ce qui vient, on ferme l'intestin après ligature des vaisseaux du méso, à l'aide de l'appareil de Petz, on coupe au bistouri électrique et on fixe les deux bouts coliques enfouis à la paroi. Le 5e jour, on ouvre au thermo. Le malade guérit très bien, et le 3 mai 1933, on lui fait l'amputation abdomino-péritonéale du rectum.

(1) Nous avons présenté à la Société de chirurgie de Bucarest 1932 un cas d'occlusion aiguë tardive après une amputation abdomino-périnéale du rectum. Il s'agissait d'une incarcération de jéjunum entre le côlon abouché et la paroi abdominale.

Obs. II. — E. I..., femme, 63 ans, opérée le 30 juin 1933, pour cancer ampullaire du rectum. Amputation abdomino-périnéale type Quénu, dans un temps avec anus iliaque gauche. La malade quitte le service en bon état, et revient après 50 jours avec un prolapsus. Pas d'appareil collecteur. Elle présente une tumeur de 8 centimètres de longueur, dirigée vers la région inguinale, rouge, discrètement hémorragique, avec des mouvements vermiculaires, peu réductible : éventration (fig. 2). Opération le 28 octobre 1933 sous rachi à la novocaïne. Excision extra-péritonéale au bistouri électrique de la muqueuse, qui est très exubérante. Suture aux points séparés de catgut. Pansement aux compresses vaselinées.

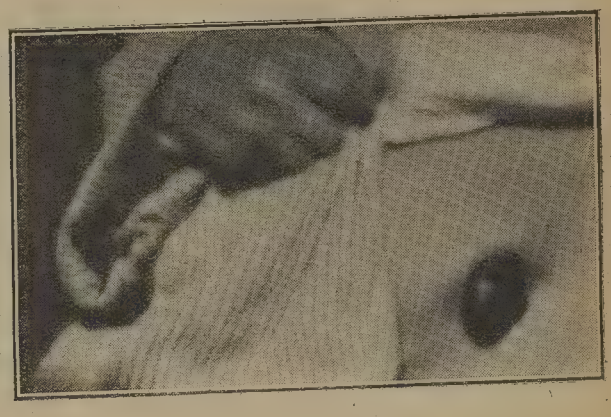


Fig. 2.

La malade part guérie en dix jours.

Obs. III. — P. P., femme, 30 ans, opérée pour rectite sténosante lymphogranulomateuse, le 30 avril 1933. Anus contre-nature. Le 6 mai 1933, amputation abdomino-périnéale. Elle quitte guérie la clinique. Porte un appareil collecteur. Après quelque temps, elle observe l'apparition d'un prolapsus qui augmente brusquement un jour à la suite d'un grand effort. Effarée, elle revient le 20 juillet 1933, et alors on voit une tumeur de 10-12 centimètres de longueur qui pend vers la région inguinale. La tumeur se réduit facilement. Elle n'accepte pas l'opération et quitte la clinique, conseillée par nous à ne plus porter l'appareil, mais simplement un bandage sur quelques compresses. Elle n'est plus revenue.

*
* *

Cette complication a fait le sujet de quelques études de *Géraud* (1903), *Bérard et Chalier* (1909), *Mercier* (1919) et dernièrement le travail de *P. Mallet Guy et M. Etienne-Martin* (1) d'où nous avons beaucoup puisé.

Etiologie. Pathogénie. — Les facteurs et le mécanisme de production sont encore discutés comme pour tous les prolapsus d'ailleurs. Nous pouvons distinguer schématiquement deux sortes de facteurs : 1) *Facteurs prédisposants.* Il y en a deux d'après *Bérard et Chalier* : *a*) La *longueur du méso* qui permet l'évagination de l'intestin. Il résulte qu'il faut toujours attirer le plus possible le bout supérieur et fixer l'intestin par une colopexie.

b) *La faiblesse de la paroi abdominale.* — Elle est la conséquence de la technique employée, de l'atro-

(1) Les grands prolapsus des anus iliaques gauches et leur complication d'étranglement. *Journ. de chirur.*, 1929, t. XXXIV, p. 425.

phie à la suite d'une suppuration ou provoquée par l'appareil de Reverdin. C'est « l'éventration en dôme », de Mallet Guy et Etienne Martin. Il faut employer pour le confectionnement de l'anus la dissociation (un Mac-Burney gauche) et refaire anatomiquement les trois plans de la paroi. C'est le meilleur traitement préventif. Nous n'avons pas toujours observé cette éventration.

2) *Facteurs déterminants.* — C'est l'effort sous diverses formes qui pousse l'intestin dehors. Il peut être : a) *Actif*, violent et provoquer exceptionnellement le prolapsus aigu ; b) *Passif*. Ici on a prouvé que l'appareil collecteur de Reverdin a une importance capitale en jouant le rôle d'une ventouse qui aspire l'intestin. Ces deux causes peuvent coexister ou se faire suivre comme dans notre 2e observation. Il y a encore l'inflammation et ensuite l'hypertrophie de la muqueuse qui peut amorcer l'éversion. A la suite de ces faits nous conseillons à nos malades de ne plus porter cet appareil qui est coûteux, difficile à entretenir et porter un simple bandage.

Formes anatomo-cliniques. — Mallet Guy et *Etienne Martin* distinguent trois formes qui sont des formes évolutives :

1) *Le prolapsus muqueux*, simple éversion de la muqueuse. Habituellement il s'associe à une paroi abdominale faible, ce que nous avons observé dans les deux derniers cas.

2) *Le prolapsus total*, formé comme le prolapsus rectal par deux cylindres adossés par leurs surfaces séreuses. La tumeur se développe en bas et en dedans surtout chez les porteurs de l'appareil de Reverdin. La muqueuse est rouge, couverte de fausses membranes et de mucus et quelquefois avec des formations kystiques. Le caractère essentiel est la réductibilité. La tumeur se développe d'habitude sur le bout inférieur. Chez notre malade, elle s'était développée sur les deux bouts, prenant les deux autres cas sur le côlon descendant terminal après amputation abdomino-périnéale. Entre les deux cylindres on peut trouver un diverticule péritonéal, qui peut être le siège d'une hernie, un *hédrocèle* analogue à celui du prolapsus rectal.

3) *Le prolapsus étranglé.* Du commencement il faut remarquer qu'il ne s'agit pas d'un vrai étranglement avec anneau constricteur et sillon de constriction, mais simplement des phénomènes inflammatoires comme on voit dans les hémorroïdes dits étranglés.

Cette complication peut donner lieu à des accidents septiques par la propagation au péritoine ou par le sphacèle de l'intestin et des accidents acclusifs si le prolapsus intéresse le bout supérieur aussi (Obs. 1).

Traitement. — Il doit être chirurgical, sauf chez les malades avec des néoplasmes inopérables. Chez ceux-ci on peut essayer un simple cerclage à la Thiersch. Comme pour la cure des anus contre-nature, nous avons deux méthodes : 1) *la méthode extra-péritonéale* qui est une simple résection de la muqueuse prolabée. C'est une sorte d'opération Juvara-Delorme, appliquée au prolapsus iliaque. Elle est très simple à l'aide du bistouri électrique.

2) *La méthode intra-péritonéale* qui peut se faire de deux façons : a) *Par la voie intra-abdominale*, c'est-à-dire à distance du prolapsus, dans la grande cavité péritonéale, et par laquelle on résèque en bloc l'anse colique invaginée. C'est la grande voie chirurgicale, mais dangereuse à cause de la septicité du milieu.

b) *Par la voie extra-abdominale* qui se différencie de la précédente par le fait qu'elle ouvre la cavité péritonéale en passant à la limite périphérique du cylindre externe, c'est-à-dire dans un péritoine déjà vacciné et isolé par des adhérences.

Il reste encore la question de la reconstitution de la paroi abdominale. C'est une chose délicate parce qu'elle nécessite une dissection étendue et qui ne peut se faire sans risques, ou sans résultats dans des tissus infectés. La meilleure des choses est de réséquer le prolapsus, de rétrécir la colostomie par la suture des parois ou par un cerclage et proscrire l'appareil collecteur.

L'AZOTÉMIE PUERPÉRALE[1]

PAR MM.

E. ESTIENNY, Accoucheur des hôpitaux, Chef de laboratoire à la Faculté de Toulouse. et JEAN LASSERRE, Interne des hôpitaux

L'azotémie de la grossesse normale a fourni le sujet de nombreuses études ; tous les auteurs qui ont étudié cette question concluent à une légère hypoazotémie : 0,24 0/00 (Cleisz et Laudat : « Azotémie et gestation » in Gynecologie et Obstetrique (février 1927) ; 0,19 à 0,21 0/00 (Schickelé in Bar et Brindeau : « Traité d'Accouchements »).

Tout au contraire, l'étude de l'azotémie du post-partum, au décours d'une grossesse normale, a été complètement négligée. Schickelé (*loc. cit.*) signale seulement que, 10 jours après l'accouchement, l'urée sanguine, légèrement abaissée pendant la grossesse, redevient normale : 0,27 0/00 en moyenne. Cleisz et Laudat, dans leur travail déjà cité, n'ont envisagé que des cas nettement pathologiques : ces auteurs concluent que « dans les cas de syndromes rénaux gravidiques, les poussées aiguës d'hyperazotémie peuvent avoir leur acmé dans les jours qui suivent l'évacuation de l'utérus ».

Pour l'étude de l'urée sanguine dans le post-partum, nous nous sommes placés à un point de vue tout différent : nous n'avons eu en vue que les cas *parfaitement physiologiques ;* nous nous sommes demandé si l'accouchement, indépendamment de toute lésion rénale, gravidique ou antérieure à la grossesse, ne pouvait, à lui seul, donner lieu à une *hyperazotémie transitoire*, au même titre, par exemple, que certains traumatismes accidentels ou opératoires. L'azotémie post-opératoire a été bien établie dans ces dernières années (Legueu-Robineau).

C'est dans ce but que nous avons prélevé du sang (en fin de grossesse et de 2 à 15 jours après l'accou-

(1) Ces recherches ont fait l'objet d'une communication à la Société de biologie (13 janvier 1934).

chement) à 22 femmes hospitalisées à la Maternité de Toulouse, — primipares ou multipares, toutes rigoureusement saines ; aucune n'avait jamais présenté d'albuminurie ou de glycosurie pendant la grossesse ; toutes ont accouché spontanément dans les délais normaux (sauf 2 chez qui l'on eut recours à une application de forceps avec subanesthésie à l'éther) ; les suites de couches de ces femmes étaient, au moment des prises de sang, et sont demeurées physiologiques. — Ces femmes étaient au régime normal, et y sont restées après l'accouchement. Quant aux horaires et conditions des prélèvements sanguins, ils ont été exactement les mêmes pour toutes, avant et après la parturition.

Comme il ne nous était pas possible de refaire des prises de sang à une même accouchée plusieurs fois de suite, nous les avons faites à des dates différentes du post-partum, allant de 2 à 15 jours après l'accouchement. Mais il est certain que l'idéal serait d'établir une courbe individuelle.

Quoi qu'il en soit, nous avons trouvé sur 22 cas, les chiffres moyens suivants (dosage à l'uréomètre d'Ambard) :

Urée sanguine en fin de grossesse (15 derniers jours) : 0,28 0/00.	Urée sanguine dans le postpartum (2e au 15e jour) : 0,43 0/00.

Par conséquent, dans les conditions les plus normales, l'accouchement entraîne une élévation nette de l'urée sanguine dans les jours suivants.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrés, concernant cette poussée d'azotémie après tout accouchement, ont été négatives : nous proposons donc, pour ce fait, le terme d' « *Azotémie puerpuérale* »; étant bien entendu qu'il s'agit d'un phénomène physiologique, et que nous estimons constant.

Avant d'envisager des hypothèses pathogéniques, il y a lieu de définir davantage cette azotémie elle-même. Ce chiffre moyen de 0 gr. 43 peut la faire classer dans les « Azotémies limites » qui, pour Castaigne, vont de 0 gr. 40 à 1 gr. Mais nous pensons que l'établissement même d'une moyenne est ici entaché d'erreur, car nous ignorons le moment de la poussée azotémique maxima, qui nous paraît essentiellement variable suivant les femmes. En effet sur deux accouchées chez lesquelles, au cinquième jour, une prise de sang est effectuée : chez l'une on trouve 0,33 d'urée (il y avait 0,24 avant l'accouchement) ; chez l'autre 1 gr. 04 (il y avait 0,22 en fin de grossesse). Il y a donc une grosse différence chez ces deux femmes à un même moment donné. Mais au quinzième jour l'urée a encore augmenté dans le sang de la première (0,38) tandis que l'azotémie de la seconde est redescendue à 0,26. D'autre part, voici encore deux résultats divergents à un moment donné : au quatrième jour du post-partum, l'azotémie d'une accouchée est passée de 0,32 (fin de grossesse) à 0,61, tandis que chez une autre, l'urée est tombée de 0,33 (avant l'accouchement) à 0,27 ; mais chez cette dernière, deux jours plus tard, soit au sixième jour, elle était montée à 0,36 ; nous sommes certains qu'une troisième prise de sang, vers le dixième ou le quinzième jour, aurait décelé une nouvelle augmentation. Mais il est bien difficile de faire accepter à des accouchées normales plusieurs prises de sang à quelques jours d'intervalle : c'est la raison pour laquelle nous n'avons pu établir les courbes d'azotémie du post-partum que nous aurions désiré présenter. Ce ne pourrait être, d'ailleurs, que des courbes individuelles qui, à côté de l'analogie d'une ascension nette, traduiraient de sensibles différences.

Ces variations individuelles nous semblent explicables par les mêmes causes que l'azotémie elle-même. Cette azotémie puerpuérale physiologique, qui peut aller jusqu'à l'hyperazotémie (au-dessus de 1 gr.) nous paraît être d'origine « *extra-rénale* » ; en effet, cette notion de l'augmentation du taux de l'urée sanguine pendant les suites de couches, ne permet pas de supposer une élévation du seuil de l'urée, et, de plus, on comprendrait bien mal une déficience soudaine du rein dans le post-partum.

Il semble que l'on puisse ranger cette azotémie dans ce groupe que Castaigne a dénommé « *Azotémies par surcroît* ». Car dans les jours qui vont suivre l'accouchement, il va se passer un phénomène d'importance capitale qui, à notre avis, doit être considéré comme la cause de cette azotémie du post-partum : c'est la désintégration de l'énorme masse utérine. La femme qui vient d'accoucher est — que l'on excuse l'expression — enceinte de son utérus. L'autolyse de cette grosse masse musculaire va entraîner un afflux de protides (polypeptides) vers le foie, et cet organe va les transformer en urée, qui, dès lors, apparaîtra en excès dans le sang. Tel est le *cycle Utéro-Hépato-Sanguin* que nous entrevoyons comme genèse de cette azotémie puerpuérale. (Nous poursuivons d'ailleurs des recherches qui confirmeront peut-être nos vues sur ce sujet.)

Mais dès à présent, un fait nous paraît établi : dans les jours qui suivent tout accouchement, l'urée du sang monte notablement, dépassant même parfois un gramme. Cette ascension ne doit pas étonner, faire suspecter, par exemple, une lésion rénale méconnue jusqu'alors. Cette azotémie puerpuérale est physiologique, transitoire ; elle évolue dans les quinze jours qui suivent la parturition, parfois, sans doute, mais plus rarement, en un temps plus long. Son acmé est variable avec les organismes ; en effet on comprend que, selon son état et selon les individus, le foie transforme en urée, plus ou moins rapidement, les produits de désintégration de la masse utérine. Si cette transformation est très rapide, il y aura décharge brusque et massive d'urée, donc pointe d'hyperazotémie, et retour rapide au chiffre habituel (c'est le cas de cette primipare de 16 ans, très saine et robuste, dont au cinquième jour l'urée sanguine était de 1 gr. 04, tandis qu'au quinzième jour l'azotémie était retombée au chiffre antérieur à l'accouchement).

Au contraire, si le foie assure plus lentement sa fonction uréiopoiétique, l'urée sanguine augmentera peu, mais cette augmentation sera prolongée. Chaque organisme utilise donc les corps protéiques suivant un coefficient qui lui est personnel, mais il faut ajouter aussi que les diverses protides ont, pour un même individu, un coefficient d'utilisation qui est propre à chacune d'elles.

En poussant encore plus loin l'hypothèse, nous pouvons envisager un foie à la limite de l'insuffisance, et se laissant forcer par l'afflux de ces déchets toxiques : on pourrait, nous semble-t-il, expliquer ainsi la mystérieuse éclampsie des suites de couches.

Mais, en renversant les choses, serait-il impossible d'imaginer que la construction de l'utérus pendant la grossesse, pourrait produire les mêmes effets ? L'utérus est une véritable glande à secrétion interne, dont l'hypertrophie, dans certaines circonstances, pourrait être toxique pour l'organisme. Cette hyperutérie ou dysutérie, retentissant sur le foie, donnerait les ictères toxiques gravidiques, sur le système nerveux, les vomissements incoercibles, etc... L'utérus de la grossesse serait sa propre victime, un bouleversement dans son édification, par poussée de croissance brusque ou irrégulière, ou autolyse prématurée en certains points, pouvant entraîner la redoutable apoplexie utérine.

Et ainsi, au sommet de ces hypothèses, nous pouvons entrevoir une *théorie purement utérine* de la toujours mystérieuse toxémie gravidique, dont la clinique permet de reconnaître les manifestations protéiformes, mais dont la véritable cause nous échappe encore.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

RÈGLES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Nous envisagerons successivement :

1° La *quantité de lait maternel* dont l'enfant a besoin chaque jour ;

2° Le *nombre* et l'*intervalle des tétées ;*

3° Leur *technique ;*

4° Leur *durée.*

A. — **Quantités de lait par 24 heures.** — Pour les fixer, deux moyens :

1° Un théorique, la *détermination du nombre des calories nécessaires.* Pour fixer ce nombre, on peut se fonder sur :

Le *poids de l'enfant.* D'après le prof. Marfan, la ration est :

dans les six premiers mois, de 14 à 15 % du poids ;
de six à onze mois, de 12 % ;
à un an, de 11 % ;

ce qui fait :

Pour le premier	mois.....	555 calories
second	—	660 —
troisième	—	765 —
quatrième	—	870 —
cinquième	—	975 —
sixième	—	852 —
septième	—	900 —
huitième	—	936 —
neuvième	—	972 —
dixième	—	1.008 —
onzième	—	1.033 —
douzième	—	990 —

La *taille* (Variot et Lassablière, Peignaux). On multiplie par 14 la taille exprimée en centimètres ;

La *surface* : chez l'enfant, la ration d'entretien est de 9 calories, soit 15 grammes de lait par décimètre carré (Ch. Richet et Ed. Lesné). Il faut d'ailleurs à cette ration d'entretien ajouter la ration d'accroissement.

C'est en se fondant sur ces considérations que les auteurs français les plus estimés arrivent aux données suivantes :

1° MARFAN.

Age.	Poids.	Quantité de lait en 24 h.
1er jour.....	3.250	.....
2e —		40 grammes
3e —		120 —
10e —		360 —
30e —	3.750	600 —
2 mois....	4.500	630 —
3 —	5.100	770 —
4 —	5.800	780 —
5 —	6.500	840 —
6 —	7.100	900 —
7 —	7.500	Id.
8 —	7.800	960 —
9 —	8.100	990 —
10 —	8.400	Id.
11 —	8.600	Id.
12 —	8.800	1.000 —

2° E. TERRIEN. Dans les cinq premiers mois (les premières semaines exceptées), prendre le 1/10 du poids du corps et y ajouter une quantité fixe de 250 gr.

Poids.	Age.	1/10 du poids.	1/10 du poids +250.
4 kilos.....	1 mois	400	(400+250)650
4.7.....	2 —	470	(470+250)720
5.3.....	3 —	530	(530+250)780
6.....	4 —	600	(500+250)850
6.7.....	5 —	670	(670+250)920

3° Jules RENAULT et Mad. de TANNENBERG. Il suffit, pour savoir la ration alimentaire, d'appliquer la formule :

(5+m) ×100 grammes, au-dessous de 6 mois,
(4,5+m)×100 grammes, au-dessus,

où m indique le nombre de mois de l'enfant.

Age de l'enfant.	Quantité de lait par 24 h.	Calories.
1er mois (5+m)×100...	600 ce qui donne....	397 calories
2e — —	700 —	464 —
3e — —	800 —	530 —
4e — —	900 —	596 —
5e — —	1.000 —	662 —
6e — (4,5+m).....	1.050 —	695 —
7e — —	1.150 —	762 —
8e — —	1.250 —	828 —
9e — —	1.358 —	894 —

Pour MM. Ed. Lesné et R. Clément, les chiffres précédents seraient un peu forts, la ration journalière ne devant, en aucun cas, dépasser le litre.

2° Un pratique, fourni par :

a) *L'examen clinique.*

A quels *signes* connaît-on que l'allaitement est satisfaisant ?

A ce que l'enfant est gai, et de bonne heure, ne songe qu'à s'amuser. Il a les joues rebondies, le teint frais et rose, le pannicule adipeux développé. Il prend le sein avec avidité, puis aussitôt s'endort d'un sommeil calme et régulier. Sa grande fontanelle est modérément tendue, son cri, vigoureux, ses urines, abondantes, ses selles — deux à trois par jour — jaunes d'or, molles, bien liées, d'odeur aigrelette. L'éruption dentaire commence vers six mois pour se poursuivre régulièrement.

b) *Les pesées.* — Les *pesées* régulières, pratiquées *avant* les tétées, soit avec une balance de Roberval, dans laquelle, à l'un des plateaux, on aura substitué une corbeille d'osier,

soit avec un pèse-bébés (Bouchut et Sentil), permettent de savoir si l'enfant augmente régulièrement de poids. A ce sujet, deux observations :

a) De la naissance au quatrième jour, le poids diminue de 250 à 350 grammes, cette diminution étant due surtout à l'évacuation du méconium;

b) Les courbes qu'on trouve partout ne constituent que des moyennes susceptibles de variations assez étendues.

Quant aux pesées pratiquées *avant et après* la tétée, elles indiquent la quantité de lait absorbée et fournissent ainsi des renseignements précieux. Il est des cas, cependant, où bien que cette quantité paraisse insuffisante, l'enfant augmente normalement de poids : sans doute le lait est-il alors particulièrement riche en éléments nutritifs (J. Renault et Mme de Tannenberg).

De ces deux méthodes, laquelle choisir ?

A la première, on peut objecter la difficulté de calculer exactement le nombre de calories dépensé chaque jour par le nourrisson bien portant, ainsi qu'en témoignent les écarts considérables entre les données fournies par les spécialistes. Il est vrai que tous ceux qui ont essayé de fixer la quantité du lait maternel nécessaire par 24 heures ont reconnu qu'il ne s'agissait là que de moyennes.

La seconde est purement empirique, et c'est ce qu'on ne manque pas de lui reprocher. Reproche bien anodin, d'ailleurs, car, en pratique, le nourrisson au sein n'est jamais exposé à la suralimentation (G. Variot). Le seul danger qui le menace, c'est la sous-alimentation et, de celle-ci, il est bien facile de se rendre compte par la balance.

Aussi, sans contester l'intérêt des recherches fondées sur la calorimétrie, considérons-nous qu'elles ne sont pas indispensables, et qu'*en pratique, les indications fournies par l'étude du poids suffisent habituellement.*

B. — **Nombre et intervalle des tétées.** — Premier principe, sur lequel tout le monde s'entend : *les tétées doivent être administrées à intervalles réguliers.*

Second point, sur lequel l'accord est à peu près unanime : *l'espacement des tétées dépend de l'âge et du poids de l'enfant.*

Les trois premiers mois :

toutes les deux heures et demie, s'il pèse moins que la normale, soit sept fois par 24 heures : 7 h. — 9 h. 1/2 — 12 h. — 14 h. 1/2 — 17 h. — 19 h. 1/2 — 22 h. ;

toutes les trois heures, s'il pèse plus que la normale, soit : 5 h. — 8 h. — 11 h. — 14 h. — 17 h. — 20 h.

A partir du quatrième mois, toutes les trois heures.

A ces « axiomes », ajoutons quelques « corollaires » :

1° La première tétée n'aura lieu qu'au bout de 18 à 24 heures. Jusque-là, on ne donnera au bébé que quelques cuillerées à café d'eau bouillie sucrée ; les jours suivants, les tétées auront lieu toutes les 4 heures ;

2° Si la mère n'a pas beaucoup de lait, on pourra, au début, les rapprocher, tout en laissant entre elles un intervalle minimum de 2 heures, permettant (Czerny) à l'acide chlorhydrique du suc gastrique, qui n'est plus neutralisé par la caséine et les phosphates de chaux, d'exercer son action microbicide ;

3° Inversement, les repas espacés offrent deux inconvénients : ils obligent l'enfant à absorber d'un coup un repas trop copieux ; ils aboutissent à des modifications du lait, qui s'appauvrit et reprend parfois le caractère colostral ;

4° Tout le monde supprime aujourd'hui les tétées de nuit — sauf cas d'espèces — afin de permettre à la mère de se reposer. Les cris nocturnes du bébé n'expriment pas toujours la faim, mais peuvent (Marfan) reconnaître bien d'autres causes : souillure, sensation de froid, piqûre par une épingle, mauvaise attitude, hérédo-syphilis (Sisto), etc. ;

5° A mesure que l'enfant grandit, le lait s'appauvrit en beurre, caséine et sels. Il n'y a donc pas d'intérêt — en dehors d'autres considérations — à trop prolonger l'allaitement maternel exclusif.

C. **Technique.** — Dans nos pays, les femmes ont l'habitude de mettre leur bébé transversalement pour lui donner à téter. On a, à cette attitude, fait diverses objections : elle est inconnue dans les peuples sauvages et chez les animaux, elle favorise la glossoptose (P. Robin). Aussi convient-il de lui substituer la position orthostatique, dans laquelle l'enfant est tenu verticalement.

Fait-il des difficultés pour boire ? On lui tapotera doucement les joues et le menton ; la mère, faisant saillir le mamelon, le promène doucement sur ses lèvres et en fait jaillir quelques gouttes, qu'elle fait couler dans sa bouche.

Il est préférable de donner successivement les deux seins à chaque tétée, à moins que l'augmentation de poids ne soit insuffisante.

Les seins, une fois vidés, seront soigneusement lavés, séchés, puis recouverts d'un linge propre.

La tétée terminée, on n'oubliera pas de tenir l'enfant verticalement, puis de lui tapoter légèrement le dos, jusqu'à ce qu'il ait une éructation. On peut alors le recoucher dans son berceau, où il s'endort aussitôt.

D. — **Durée de la tétée.** — *Dix minutes environ*, non sans tenir compte de variations individuelles et sans se rappeler que, d'une part, la sécrétion mammaire est plus abondante le matin et la nuit que le soir : aussi les tétées vespérales doivent-elles être plus longues ; que, de l'autre, les tétées rapprochées gagnent, par définition, à être plus courtes que les tétées espacées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1933)

Rhumatisme articulaire aigu et sérothérapie. — M. Julien Huber, à propos du procès-verbal, relate un nouveau cas d'accidents rhumatismaux accompagnés d'assourdissement des bruits du cœur, apparus lors d'une réaction sérique. L'intérêt médico-légal de ces faits peut être envisagé, de même qu'un traitement préventif par le salicylate de soude chez les rhumatisants devant recevoir des injections de sérum qui en aucun cas ne doivent être différées.

Un cas d'hérédo-syphilis à localisation cérébelleuse et pyramidale. — Mme Roudinesco et M. Courtial présentent un enfant de 5 ans atteint de paraplégie spasmodique des membres inférieurs, de troubles cérébelleux et d'une hydrocéphalie légère. Le Wassermann est négatif dans le sang, positif dans le L. C. R., où existe également une lymphocytose discrète.

La maladie se rapproche surtout de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, mais il n'y a aucun antécédent familial permettant d'affirmer ce diagnostic, et la sclérose en plaques peut être éliminée par la conservation des réflexes cutanés abdominaux.

Nanisme mitral et microsphygmie. — MM. Jean Hallé et Eck présentent un enfant de 10 ans atteint de nanisme mitral avec microsphygmie : sa taille et le développement

de son squelette correspondent à ceux d'un enfant de 4 ans, son développement intellectuel est également celui d'un enfant de 4 ans, donc en rapport avec sa taille et non avec son âge ; le pouls gauche est presque imperceptible et la pression rétinienne est très baissée du même côté ; enfin, il a un gros ventre dû à un mégacôlon. Il n'est possible d'attribuer à cet ensemble de malformations aucune étiologie autre que la sténose mitrale.

Pneumothorax suffocant du nourrisson. — M. Apert présente les pièces d'un pneumothorax suffocant venu compliquer une pneumonie caséeuse chez un enfant de 15 mois. Il signale à ce propos que la ponction pleurale, puis la pleurotomie avaient temporairement soulagé la dyspnée.

Aspects radiologiques de l'œsophage du nourrisson. — M. Marcel Lelong projette une remarquable série de clichés montrant les aspects radiologiques de l'œsophage chez le nourrisson et se rapportant à la communication faite dans la dernière séance.

Un cas particulier d'invagination intestinale aiguë du nourrisson réduite par le lavement baryté. — MM. Ferru, Ducellier (de Poitiers) et Gabette (de Saint-Savin) rapportent une observation instructive d'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

Il s'agit d'un garçon de 9 mois qui, à côté des signes fonctionnels classiques, a fait une poussée de fièvre à 40°, et a été d'emblée dans un état de shock impressionnant, dû vraisemblablement à la rapide progression de la tête du boudin, qui était perceptible au toucher rectal dès la 10e heure.

Malgré cela, l'enfant a bien supporté un transport de 50 kilomètres, et la réduction par le lavement baryté, administré sous contrôle radiologique, a été d'une facilité tout à fait imprévue, déjouant ainsi le sombre pronostic porté par les auteurs. Non seulement le lavement baryté n'a pas fait monter la fièvre, mais il a, en assurant la réduction, entraîné une chute rapide de la température.

Il se confirme donc que le lavement baryté, administré sous le contrôle des rayons X, est une méthode remarquable, assurant toujours un diagnostic précoce et devant constituer désormais le premier traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson, car il prépare et simplifie l'intervention, quand il ne réalise pas seul la réduction.

Récidive après plus de deux ans d'une pleurésie streptococcique enkystée chez une fillette de dix ans. — MM. Ferru, Perochon et Veluet (de Poitiers) relatent l'histoire clinique d'une pleurésie purulente apparemment primitive, autant qu'il est possible de l'assurer en reconstituant le premier épisode fébrile observé par d'autres. Cette pleurésie semble s'être enkystée à la partie postéo-inférieure de la grande cavité, et elle a présenté cette double particularité évolutive de guérir simplement après ponction, puis de récidiver après plus de deux ans de silence, pour guérir de nouveau à la suite d'une vomique. L'examen des clichés radiographiques, et la disparition totale des déformations hippocratiques des doigts laissent espérer que la guérison est complète et définitive.

Il est classique d'autre part de considérer : 1° que la pleurésie purulente à streptocoques est aussi rare chez l'enfant qu'elle est fréquente chez l'adulte ; 2° qu'elle est secondaire à une autre infection streptococcique ; 3° qu'elle provoque presque exclusivement des épanchements de la grande cavité, et 4° que son pronostic est des plus mauvais.

Celle-ci s'oppose donc en tous points aux caractères habituels de la pleurésie purulente à streptocoques.

Acrodynie probable caractérisée par un syndrome abdominal douloureux. — MM. Jean Levesque et R. Méry présentent l'observation d'un enfant de 4 ans atteint de troubles du caractère, d'amaigrissement, de transpiration abondante, avec conjonctivite et stomatite, et surtout répétition de crises douloureuses abdominales tabétiformes, sans symptômes digestifs ; grâce à la constatation d'une tension artérielle élevée 15-19, les auteurs concluent à l'existence d'une acrodynie atypique, forme abdominale pure de l'acrodynie.

Ils notent l'excellent effet obtenu rapidement chez cet enfant, ainsi que dans une observation précédente par la prescription d'une part de bains carbo-gazeux artificiels et d'autre part de diathermie abdominale.

Sténose pylorique par hypertrophie du pylore chez un enfant de 28 mois. — MM. Coffin et Meugé rapportent l'observation d'une sténose pylorique par hypertrophie musculaire pour laquelle l'intervalle libre fut de plus de deux ans. Ils montrent la nécessité de penser à cette affection même dans la deuxième enfance, ils insistent sur l'heureuse action de la pylorotomie de Fredet et soulignent l'habituelle bénignité de la perforation de la muqueuse gastrique.

Tétanos véritable sans plaie décelable chez un nourrisson de neuf mois. Sérothérapie intensive. Guérison. — M. Georges Schreiber communique l'observation exceptionnelle d'un nourrisson de 9 mois ayant présenté un tétanos aigu véritable. Malgré le début par du trismus, les contractures des extrémités, la raideur et les convulsions furent attribuées pendant quelques jours à une « *tétanie éclamptique à forme de pseudo-tétanos* » par suite de l'absence de tout traumatisme, de toute plaie décelable, de fièvre, et en raison de l'âge du sujet. Une ponction lombaire pratiquée à ce moment révéla le liquide céphalo-rachidien normal.

L'aggravation de l'état du malade, la permanence et l'accentuation des contractures avec opisthotonos, l'élévation de la température se maintenant au-dessus de 39°, l'échec complet de la médication opposée à la spasmophilie obligèrent à considérer le cas comme étant un *véritable tétanos* et à instituer un traitement spécifique. La sérothérapie antitétanique pratiquée à doses massives et l'administration de sirop de chloral à très fortes doses quoique mise en œuvre tardivement amenèrent la guérison. Le chloroforme en inhalations ne fut utilisé, étant donné le jeune âge du sujet, que pour combattre les convulsions.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 21 novembre 1933)

Hématome sous-dural chronique, post-traumatique. Opération. Guérison. (Présentation de malade). — M. J. Dereux.

Résultat du traitement bronchoscopique dans un cas d'abcès fétide du poumon. — MM. Parturier et Fauqué.

Technique moderne d'examen radiologique de la région pyloro-duodénale (avec projection de clichés.) — M. Chérigié.

Ulcéro-cancer à forme anémique. Image lacunaire sans tumeur intra-gastrique. Transfusion et antro-pylorectomie. — MM. L. Courty et A. Bernard.

Accès fébriles périodiques, pseudo-palustres, chez un tuberculeux pulmonaire ganglionnaire. — M. Bernard.

(séance du 5 décembre 1933)

Persistance du lipiodol intra-pulmonaire, un an après l'injection (avec radiographies.) — M. A. Bernard.

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE-INCOLORE PROPRE-INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

ESTOMAC DYSPEPSIE GASTRALGIE | INTESTIN ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76

R. C., 1 33, Aubenas.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

A. GUERBET & Cie PHARMACIENS
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22, Rue du Landy - St-Ouen près Paris

R. C., 225.781 B

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Note clinique et radiographique sur un cas d'état lacunaire osseux, généralisé à tout le squelette. — MM. A. BERNARD, C. DELECOUR et H. BOISSEAU.

Fracture du tiers interne de la clavicule par effort musculaire. — M. CALLENS.

Pyélographie et tumeurs du rein (avec radiographies). — M. LEPOUTRE.

Diagnostic des calculs biliaires ; à propos d'une erreur possible. — M. J. BELLE.

Kyste branchial du cou et cancer du pharynx. — M. VINCENT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Le conseil supérieur était convoqué hier en session ordinaire.

Parmi les questions mises à l'ordre du jour se trouvent des projets de décrets intéressant les médecins : en particulier, un projet réorganisant les études médicales et prévoyant une sixième année d'études avec stages hospitaliers ; réforme souvent demandée par les praticiens et les étudiants.

Mais nous devons attirer l'attention sur un deuxième projet « *relatif aux études médicales des étrangers* ». Ce projet ne manquera pas de soulever des protestations justifiées.

En voici le sens d'après l'*Information universitaire* :

« On sait que le Parlement a voté pour réglementer l'exercice de la médecine une nouvelle loi promulguée le 21 avril 1933 (Loi Armbruster), qui exige notamment la nationalité française des détenteurs des diplômes d'Etat de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste, s'ils veulent exercer en France.

Mais les mesures complémentaires et d'application (en particulier celles du décret du 17-8-1928) doivent « être mises en harmonie » avec la nouvelle loi.

Le projet tend à ne plus exiger la nationalité française de ceux qui veulent transformer un diplôme universitaire (médecine ou chirurgie dentaire) en diplôme d'Etat ou transformer leurs inscriptions.

Le projet étend le bénéfice de ces transformations aux titulaires d'un diplôme « universitaire » de chirurgien-dentiste, qui étaient en cours d'études ou qui avaient obtenu ce diplôme avant la promulgation de la loi Armbruster. Ils pourraient ainsi bénéficier des dispenses d'examen ou de scolarité, qu'ils justifient ou non de la nationalité française. »

MAURICE MORDAGNE.

CONGRÈS

CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS. (Vacances de Pâques, 21, 22 et 23 mars 1934.) — C'est à Tunis, sous la présidence du professeur Nicolle, que se tiendra la prochaine réunion de la Fédération des sociétés des sciences médicales d'Algérie et de Tunisie.

Question à l'ordre du jour : « La syphilis en Afrique du Nord ».

Rapports. — « La lutte antisyphilitique en Tunisie. » — MM. Mazères, Reynal et Chauvin.

« Influence de l'arsénothérapie (novarsenicaux) sur la fréquence de la paralysie générale et du tabes chez le Musulman tunisien. » — M. Cassar.

« La syphilis oculaire en Tunisie. » — MM. Cuénod et Roger Nataf.

« La syphilis au Maroc. Sa prophylaxie. Son traitement. » — MM. Colombani et Lépinay.

« La syphilis infantile en Algérie. » — MM. Gillot et Machuel.

Deux autres rapports seront établis par les confrères algériens : l'un sur « La lutte antisyphilitique en Algérie », l'autre sur « La syphilis cutanéo-muqueuse chez l'indigène algérien. »

Des communications et des conférences suivront la discussion des rapports.

En même temps que ce Congrès médical aura lieu la première réunion annuelle hydro-climatique de Tunisie.

Ajoutons qu'à cette occasion le Comité envisage une exposition d'hygiène, de produits pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'hydro-climatologie.

Rappelons enfin que ce Congrès est ouvert à tous les médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires, français et étrangers.

Pour tous renseignements complémentaires, on est prié de s'adresser au secrétariat général du Congrès, « Maison du médecin », 25, avenue de Paris, Tunis.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie et de climatologie médicales de Paris aura lieu le 5 mars, à 16 h., au siège habituel de ses réunions, 12, rue de Seine.

Le sujet traité sera : « Le rôle de la peau dans les réactions générales de l'organisme produites par les cures thermales et climatiques. »

Deux rapports seront présentés par MM. le professeur Santenoise, le professeur agrégé Merklen et M. Vidacovitch pour l'étude physiologique, et par MM. Dubois (de Saujon), Debidour et Claude (du Mont-Dore), Mlle Brosse (de la Roche-Posay), M. Barraud (de Chatelaillon) pour l'étude thérapeutique.

Les médecins étrangers à la Société d'hydrologie qui désireraient recevoir les rapports et prendre part à leur discussion, sont priés de s'adresser au docteur Serane, secrétaire général de la Société d'hydrologie, 40, rue Jasmin, Paris (XVIe).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 1er février. — Jury : MM. Claude, président ; Laignel-Lavastine, Terrien, Lévy-Valensi. — M. DOAN-KHAC-THINH. Les polynévrites palustres. — M. LAROQUE. Essai sur l'évolution du moi. — M. ELLENBERGER. Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie.

Jury : MM. Gougerot, président ; Nobécourt, Tanon, Sézary. — M. LECAT. Formes cliniques de l'invagination subaiguë et chronique du nourrisson. — M. PRUSICKI. Paralysies faciales congénitales. — M. MAAREK. Prophylaxie et thérapeutique du paludisme par les dérivés de di-hydroquinamine.

Vendredi 2 février. — Jury : MM. Couvelaire, président; ; Lemierre, Et. Bernard, Portes. — M. POINTUD. Etude clinique de la tuberculose rénale au cours de la gestation. — M. DAÏEN. De la chrysothérapie par voie pleurale. M. NICOLOFF. La méningite à gonocoques.

Vendredi 2 février. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Fiessinger, Dechambre, Simon-

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

net, Coquot, Maignon. — M. Flatos. Alimentation rationnelle du cheval par les fourrages inclassés. — M. Suleau. Essai d'anesthésie du cheval par l'allyliso-propylmalonylurée.

Samedi 3 février. — (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Léon Binet, président ; Tanon, Lesbouyriès, Maignon, Dechambre, Simonnet. — M. Receveur. Influence des hormones antiohypophysaires sur l'appareil génital des oiseaux.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMONIE DU SOMMET

SIGNES. DIAGNOSTIC. ÉVOLUTION

La pneumonie du sommet tire beaucoup moins son individualité clinique de son siège *axillaire*, que du *terrain* sur lequel elle évolue.

Anormale, en effet, chez l'adulte sain, c'est avant tout :

1° La pneumonie de l'enfant ;
2° La pneumonie de l'adulte taré ou débilité ;
3° La pneumonie du vieillard,

Formes que nous étudierons successivement.

I. **Pneumonie du sommet de l'enfant.** — Très fréquente chez l'enfant (53 % des cas), surtout de 2 à 6 ans, la pneumonie du sommet est *bénigne et atypique*.

Début : après un *catarrhe* des voies respiratoires supérieures, la température monte à 40°, avec *petits frissons, sensation de froid.* Souvent chez l'enfant, les frissons sont remplacés par des « *équivalents* », *convulsions* chez le jeune enfant, — *vomissements* chez l'enfant plus âgé.

La dyspnée et la toux manquent souvent ou existent à peine. Pas de point de côté thoracique, et s'il existe un point de côté, il est bas situé, sous-hépatique, dans la fosse iliaque : à droite, c'est le *point pseudo-appendiculaire*.

Etat. — S. F. — La dyspnée existe alors (40 par minute), mais elle *ne s'extériorise pas :* c'est plutôt une polypnée qu'une dyspnée véritable. Pas de tirage. Pas de battements des ailes du nez, en général.

Parfois petite toux sèche.

Pas d'expectoration avant 7 ans.

S. G. — On note souvent des *troubles digestifs :* langue très saburrale, anorexie complète, vomissements, *hépatomégalie* (Gilbert). — *Des troubles nerveux* (pneumonies cérébrales de Rilliet et Barthez. — Complications *encéphalitiques* des auteurs modernes) : convulsions, accidents méningés. La température à 40° peut présenter de légères oscillations, le pouls est à 130, 140, les urines rares et foncées.

S. Ph. — A l'examen : *trois sortes de signes importants :* Le *faciès ;* les signes de *percussion*, les signes *radiologiques.*

Faciès : vultueux, animé, aux yeux brillants avec *rougeur de la pommette*, plus accentuée du côté atteint ; *inégalité pupillaire*, et très souvent, de l'*herpès* ; si l'on ne trouve pas l'herpès des lèvres ou du nez, on doit rechercher l'herpès anal.

On regardera avec soin le thorax de l'enfant mis à nu : voir, la *diminution de l'amplitude respiratoire d'un sommet* (S. de Weil), surtout diminution de l'expansion thoracique sous-claviculaire. Parfois, léger *asynchronisme respiratoire* (S. de Jules Renault).

On peut apprécier un certain degré de *contracture des scalènes et du trapèze d'un côté* (S. de Lesné).

Mais, ce qui est capital pour le diagnostic, c'est de rechercher minutieusement les signes de percussion. Par une percussion *douce, fine, comparée* en avant et en arrière, dans l'aisselle, sous la clavicule. On trouve une matité ou plutôt une *submatité* dans la *fosse sus-épineuse et au sommet de l'aisselle.* En avant, c'est du tympanisme : *le skodisme sous-claviculaire constitue parfois le seul signe de la pneumonie du sommet de l'enfant.*

Parfois, on constatera une exagération de la transsonnance pulmonaire (Hutinel), du retentissement de la voix et du cri, mais souffle et râles sont absents.

En présence d'un *enfant*, qui *brusquement* a 40, *sans angine, ni otite, ni atteinte du squelette, avec un sommet douteux*, on demandera un *examen radiologique :*

La radioscopie et surtout la radiographie affirment le diagnostic, en montrant de :

a) *Triangle pneumonique de Weil et Mouriquant*, à base axillaire et à sommet juxta-hilaire.

b) Son évolution : bords nets au début, bords obscurcis par des ombres secondaires à la période d'état, bords nets à nouveau à la période de retour.

Evolution. — C'est une *pneumonie abortive.*

La crise pneumonique peut être atypique ; parfois elle se fait en deux temps : vers le 3e *jour, fausse défervescence* ou *procrise*, la température tombe au-dessous de 38, les signes généraux s'améliorent, mais au bout de quelques heures, la fièvre remonte. — *Le 4e jour*, on peut voir une *précrise*, avec parfois phénomènes alarmants : *délire, irrégularités du pouls.* La crise, vers le 5e *jour*, est marquée :

1° *Cliniquement :* par une hypothermie brusque avec sueurs abondantes, de la bradycardie et une polyurie.

Souvent à ce moment, on entend, tout en haut de l'aisselle, un souffle aigu et quelques râles crépitants.

Rarement, une poussée fébrile post-critique.

Exceptionnellement, des phénomènes *épicritiques* en cas de crise brutale.

2° *Par des modifications humorales :* Ne coïncident pas avec la phase clinique, crise sanguine avec leucocytose et éosinophilie, crise urinaire : crise toxique, polyurie foncée et polyurie claire.

Dans l'ensemble, la pneumonie de l'enfant est *bénigne.*

Complications. — Quatre possibles.

1° *Manifestations cutanées :* rash pneumoniques scarlatiniforme ou morbilliforme.

2° *Pleurésies :* para-pneumonique sérofibrineuse surtout, métapneumonique, purulente.

3° *Péricardite :* chez le très jeune enfant.

4° *Otite :* assez fréquente.

Mais en pratique, le pronostic de la pneumonie du sommet chez l'enfant est *bénin.*

II. **Pneumonie du sommet chez l'adulte taré.** — Tout autre est la pneumonie du sommet chez l'adulte.

a) Chez l'adulte sain, en effet, la pneumonie du sommet est exceptionnelle : c'est une *pneumonie centrale*, à début bâtard, à *signes retardés*, très difficiles à découvrir, apparaissant au 5e ou 6e jour, sans crise nette, et marquant, la plupart du temps une *tare latente.*

b) *Chez l'adulte taré. — Début :* rapide, seulement.

Etat : S. F. : les troubles fonctionnels sont peu intenses ;

S. G. : L'atteinte de l'état général est profonde ;

S. Ph. : Sont atypiques, sous-crépitants dans l'aisselle.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

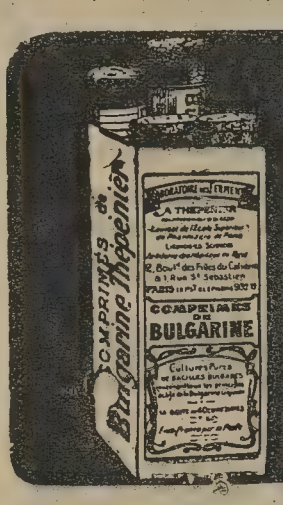
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

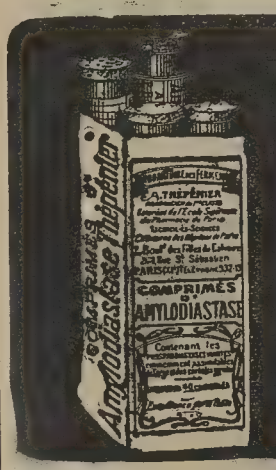
Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHmn — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

CHOLECYSTITES — LITHIASES BILIAIRES

et toutes variétés de

PYELO-NEPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15

(du Juniperus Oxycedrus.)

Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 3 FEVRIER 1934. — N° 10.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Traitement général des asphyxiés, par M. Guilleman.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le Conseil supérieur de l'Instruction publique n'adopte pas le projet relatif aux médecins étrangers.
Brimade fiscale, par M. A. Herpin.
CHRONIQUE
Sur les vieux chemins des fontaines de Jouvence.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 29 janvier 1934. — Questions données : « Complications intestinales de la fièvre typhoïde. — Diagnostic des ulcérations de la langue. »

MM. Polak, 15 ; Huchet 23 ; Charousset, 28 ; Nouaille, 23 ; Simon, 24 ; Kaplan, 29 ; Jouon, 19 ; Mignot, 27 ; Giraud, 15.

Séance du 30 janvier. — Questions données : « Symptômes de la méningite tuberculeuse de la seconde enfance. — Diagnostic des hématuries rénales. »

MM. Gérard, 15 ; Bauer, 13 ; Bouchacourt et Bonamy, 26 ; Luteraan, 16 ; Fildermann, 20 ; Hertz, 25 ; Chassagne, 26 ; Molinéry, 22 ; Piton, 18.

Séance du 31 janvier. — Questions données : « Diagnostic des cavernes pulmonaires. — La hernie inguinale congénitale, sans traitement. »

MM. Desmonts, 26 ; Raynaud, 17 ; Meyer, 18 ; Mlle Seiffert, 17 ; MM. Guénin, 27 ; Fonteneau, 14 ; Mlle Bonnenfant, 25 ; MM. Salvanet, 11 ; Gresse, 12.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, vacantes le 15 octobre 1934, sera ouvert le mardi 24 avril 1934, à 10 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères (VIe).

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du jeudi 1er au mardi 20 mars 1934 inclusivement.

HÔPITAL SADIKI (TUNIS). — Deux places d'internes en chirurgie sont susceptibles d'être vacantes prochainement à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne ; 20 inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres, préférence étant donnée aux candidats ayant déjà fait de la chirurgie : 1° comme internes des hôpitaux des villes de facultés de médecine ; 2° comme internes provisoires ou suppléants des mêmes facultés ; 3° internes nommés au concours des villes ayant une école de médecine.

Adresser les demandes à M. le directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A l'occasion des Jours Gras, la Faculté sera fermée les lundi 12 et mardi 13 février (cours, travaux pratiques et examens).

Le secrétariat sera ouvert le lundi 12 février aux heures habituelles.

— Toulouse. — M. Serr, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est transféré, à compter du 1er février 1934, dans la chaire de pathologie interne de ladite Faculté. Dernier titulaire : M. Laporte.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

ÉCOLES DE MÉDECINE. — **AMIENS.** — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique et de chimie (en pharmacie) à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, s'ouvrira le mardi 23 octobre 1934 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Eissen, médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin), est nommé médecin directeur dudit établissement, en remplacement de M le docteur Franckhauser, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au ministère de la Santé publique, le lundi 16 avril 1934.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministère une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au samedi 17 mars 1934 inclus.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le prix de la pension est fixé à 2.850 fr. ; la première mise du trousseau est fixée à 4.416 fr. ; la deuxième mise (2e année) à 511 fr. ; la troisième mise (3e année) est fixée à 730 fr. ; la quatrième mise à 531 fr. ; la cinquième mise à 431 fr. (*J. O.*, 26 janv. 1934.)

L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES ALIÉNÉS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. Chausse, rapporteur, a attiré l'attention du Conseil général de la Seine sur l'augmentation du nombre des aliénés. La population des asiles est passée de 16.408 en 1932 à 16.888 en 1933.

Cette augmentation est due, moins à l'augmentation des internements qu'à la diminution des sorties. Les médecins hésitent, en effet, à rendre à la liberté, en période de chômage, les malades susceptibles de reprendre une vie normale. D'autre part, il faut noter la diminution de la mortalité.

Le Conseil général a été amené à envisager une entente avec des asiles de province ou des asiles privés pour décongestionner les asiles de la Seine.

AVIS DE VACANCE. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Béziers.

Le traitement alloué est fixé à 28 000 fr. par an, plus indemnité pour l'inspection médicale des écoles, indemnités de résidence et de charges de famille (caisse de retraites).

Le directeur ne sera pas autorisé à faire de la clientèle et devra résider obligatoirement à Béziers.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, leurs demandes accompagnées d'un extrait de leur acte de naissance, ainsi que de tous titres, justifications ou références. (*J. O.*, 30 janv. 1934.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Michel Boutakoff, interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, médaille d'or des épidémies, décédé le 28 janvier 1934, à 26 ans, victime du devoir professionnel. La cérémonie religieuse a eu lieu le jeudi 1er février 1934, à 10 h., à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Grivet (de Lyon-Vaise).

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CHRONIQUE

SUR LES VIEUX CHEMINS DES FONTAINES DE JOUVENCE

Conférence donnée à la Société de géographie de Dunkerque par le docteur MOLINÉRY, membre de la Société française d'histoire de la médecine.

L'histoire de nos stations thermales a tenté bien des auteurs. Au cours de ces toutes dernières années, nous pouvons citer les leçons inaugurales des professeurs Villaret de Paris, Piéry de Lyon, et le récent ouvrage de M. le professeur agrégé Chabrol : *L'Evolution du thermo-climatisme*. Auprès de la Société de Géographie de Dunkerque, M. Molinéry a tracé, comme en une large fresque, le tableau de la vie de nos pères auprès des villes de santé que sont les stations thermales. Partant des siècles de foi où le médecin était le prêtre et le chef de la tribu, le conférencier projetant de nombreuses gravures, de beaux dessins de très anciens monuments de l'époque gallo-romaine, puis du moyen âge, enfin des quatre derniers siècles, a reconstitué pour nous la vie du baigneur.

La période gallo-romaine, si riche de souvenirs, a été véritablement l'initiatrice de notre époque de thermalisme. Itinéraire des Gallo-Romains par la carte de Peutinger ; écrits d'Antonin et d'Ausonne ; la journée médicale du malade, ses ébats aussi, mais encore ses moyens de transport pour des destinations, souvent fort lointaines : le voyage de Fabia Festa pour les Thermes Onésiens (Luchon), où la fille d'Auguste venait d'être guérie. Puis notre moyen âge ; enfin ces siècles, si curieux, que furent le 15e et le 16e, pour en arriver au 17e, le siècle de Bourbon et de Vichy par Mme de Sévigné ; au 18e, celui des grands médecins que furent les Bordeu et des cures célèbres du maréchal de Richelieu ; enfin, le 19e, où il nous est présenté un autographe thermal de Napoléon Ier...

La riche collection personnelle du conférencier permet à M. Molinéry de conduire ses auditeurs sur *les Vieux chemins des Fontaines de Jouvence*, fontaines dont la réputation a défié tous les millénaires.

PIERRE DE REVEILHE.

RENSEIGNEMENTS

MONS. 36 a. Posséd. diplôm. secr. médical et inf. secouriste connais. compt. fisc. dactylo. Dem. emp. cliniq. ou médecin. Prend. égal. secrét. chez lui. — Ragot, 86, rue de Flandre, Paris.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

6 — RUE D'ASSAS — PARIS

PHYTO-SPLÉNOL

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS V 10

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE - DISSOUT
ÉLIMINE

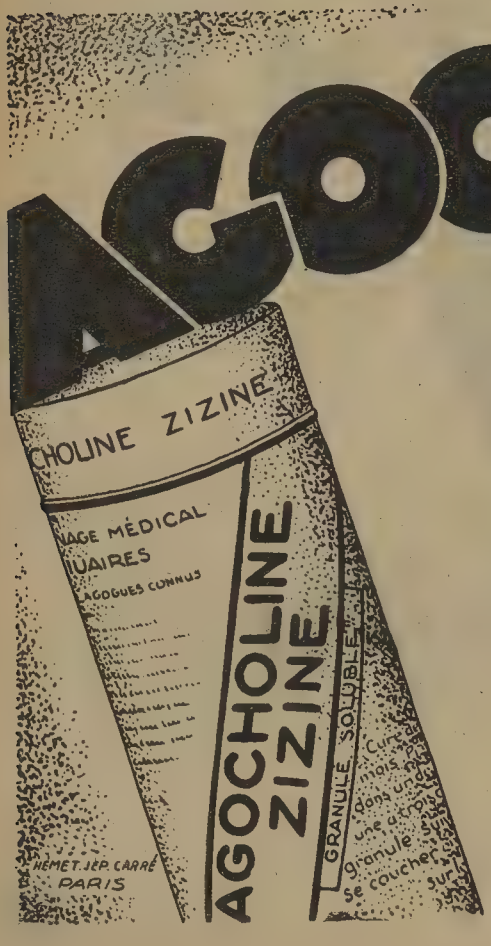
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

REVUE GENERALE

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES ASPHYXIÉS

Par M. GUILLEMAN,

Médecin-capitaine au régiment de sapeurs-pompiers.

De nombreux auteurs, au cours de ces dernières années, ont attiré l'attention sur l'augmentation progressive du nombre des asphyxiés. Ceci est dû, en partie, à l'accroissement de la consommation de la houille et à l'utilisation généralisée de poêles et de chaudières à tirage lent, qui laissent filtrer, dans l'atmosphère des usines et des habitations, une grande quantité de gaz toxiques. Mais le grand responsable de tous ces méfaits est, sans aucun doute, le gaz d'éclairage. Très impur (10 à 15 % de CO), l'insuffisance de sa combustion dans les appareils de construction déplorable, constitue l'une des causes principales de la diffusion de l'oxyde de carbone. Il faut y ajouter, dans les villes et les garages, la pollution de l'air par les produits d'échappement des moteurs à essence.

De plus, la pénétration progressive de l'électricité dans nos campagnes et ses usages de plus en plus étendus se sanctionnent, hélas ! par d'innombrables accidents, dont sont victimes ceux qui vivent à son contact.

Il n'est pas jusqu'à la submersion, qui n'apporte chaque année son contingent de plus en plus élevé de décès, surtout pendant l'été.

Parallèlement à l'accroissement de ces asphyxies accidentelles, on observe une augmentation non moins sensible du nombre des suicidés. Le gaz d'éclairage est, en la matière, l'objet d'une vogue toute particulière : il est apparu à beaucoup de désespérés comme un moyen rapide et relativement agréable d'en finir avec la vie et, chaque jour, s'allonge la liste de ses victimes.

En présence de tels faits, on a naturellement essayé, en France comme à l'Etranger, de forger une arme capable de lutter efficacement contre ce danger social. C'est dans ce but qu'en 1924, M. le Médecin-Lieutenant-Colonel Cot, alors Médecin-Chef du Régiment de Sapeurs-Pompiers, créa le premier poste de secours mobile pour asphyxiés (1). Depuis lors, ce service a pris une extension considérable. Et, étant donnés les remarquables résultats techniques qu'il a obtenus et sur lesquels nous reviendrons, il nous a paru intéressant d'exposer la thérapeutique, qui y est appliquée. Mais, pour mieux en comprendre les modalités tout en restant sur un terrain exclusivement pratique, il est indispensable de rappeler quelques notions concernant la physiologie de la respiration et les données pathogéniques récentes de l'asphyxie.

Dès 1812, Legallois montrait que les mouvements respiratoires étaient réglés par un centre nerveux bulbaire, dont Flourens précisa, plus tard, le siège exact. Mais, à côté de lui, il existe des centres médullaires, dont l'action et la coordination sont sous sa dépendance. Ces centres reçoivent des impressions de diverses sources : d'une part des excitations réflexes venues de la périphérie (nerfs sensitifs et sensoriels) et surtout du poumon, d'autre part des excitations dynamiques provenant du cerveau, enfin des excitations chimiques à point de départ sanguin.

L'importance de ces dernières, qui nous intéressent plus particulièrement dans le syndrome asphyxique, a été mise en évidence par les expériences de Bichat, de Rosenthal, de Brown-Sequard, de Fredericq. Ils ont montré que le centre bulbaire est impressionné par le gaz carbonique contenu dans le sang. Lorsque la teneur de ce gaz augmente, les mouvements respiratoires s'accélèrent : il se produit de la dyspnée, une accélération convulsive de la respiration, phénomène de défense que l'on retrouve presque toujours au début des accidents asphyxiques. Nous verrons comment, en pratique, on peut utiliser ce rôle d'excitation bulbaire de l'anhydride carbonique. Nous nous bornons simplement, dès maintenant, à en souligner l'importance.

A côté de ces notions physiologiques, il nous faut dire un mot de la pathogénie de l'asphyxie. Les expériences et les observations cliniques de M. le Médecin Lieutenant-Colonel Cot et de ses collaborateurs ont permis d'établir que le mode de production de ces accidents est presque toujours le même : les différences entre un noyé, un électrocuté et un intoxiqué par l'oxyde de carbone ne sont qu'apparentes. Quels que soient les circonstances ou les facteurs personnels, ce qui domine, dans tous les cas, c'est un mécanisme d'inhibition bulbaire provoqué par les modifications chimiques du milieu sanguin. Cette action inhibitrice détermine l'arrêt de la respiration et amène la mort. Tout le reste, défaillance cardiaque périphérique, hypertension veineuse, dilatation du cœur droit, œdème pulmonaire, etc..., n'est que secondaire.

Cette doctrine de l' « unicité anatomo- et physiopathologique du syndrome asphyxique » est d'une importance capitale. Elle nous autorise à appliquer, à peu de chose près, le même traitement à toutes les asphyxies. Elle est à la base de la thérapeutique, que nous allons maintenant étudier.

Dès l'instant où la cause première de tous ces accidents est un phénomène d'inhibition bulbaire, il faudra, avant tout, chercher à rétablir l'automatisme du centre. Pour atteindre ce but, on mettra en jeu les divers ordres d'excitations physiologiques, dont nous avons parlé : excitations nerveuses et sensorielles, par une action généralisée à tout le corps ; excitations d'origine pulmonaire, par la respiration artificielle ; excitations chimiques, à l'aide du gaz carbonique.

Mais ce traitement, si efficace qu'il soit, ne peut suffire. Il importe de lutter, en même temps, contre les modifications chimiques du milieu sanguin, qui sont à l'origine de ces troubles nerveux. L'oxyde de carbone, en se fixant sur l'hémoglobine, provoque l'anoxémie : il faut donc le chasser. Or, contrairement à une doctrine longtemps en honneur, les travaux de Grehant et de Nicloux ont montré que l'oxygène, à condition d'être sous une certaine tension, peut aisément dissocier la carboxyhémoglobine et se fixer dans le sang. L'oxyde de carbone n'est donc pas

(1) Cf. — De l'association de la saignée et de l'huile camphrée en injection intraveineuse dans le syndrome asphyxique suraigu, par MM. COT, JACOB, JOLY et SARROSTE, *Gaz. des hôpit.*, 1932, n° 61, p. 1137, et n° 63, p. 1169.

un gaz toxique, comme on le croyait, mais un gaz inerte : un seul danger vient de son affinité avec la substance colorante du sang et de l'obstacle qu'il met à l'oxygénation des tissus. Dès lors, pour remédier à cet état de choses, il suffira de donner au malade de l'oxygène larga manu.

Les mesures thérapeutiques que nous venons d'énumérer s'adressent à la cause du syndrome asphyxique. Ce sont de beaucoup les plus efficaces. Mais, seules, elles arrivent rarement à triompher du mal et il est presque toujours indispensable de les compléter par un traitement symptomatique adéquat. Celui-ci devra s'adresser aux conséquences de l'asphyxie, c'est-à-dire, tout d'abord à l'hypertension veineuse et à la dilatation du cœur droit précédemment mentionnées et susceptibles d'engendrer l'œdème pulmonaire. Il faut, de toute urgence, lever l'obstacle qui entrave ainsi la circulation. A quoi servirait, en effet, d'accumuler dans les poumons de l'oxygène, si ce gaz ne peut être porté dans les tissus, par suite de la stagnation sanguine ?

Enfin après avoir rétabli le courant circulatoire, il faut redonner au myocarde affaibli par le shock toxique l'énergie suffisante pour l'entretenir et assurer ainsi l'hématose de l'organisme.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à l'asphyxié bleu cyanosé. Mais il en existe un autre type : c'est l'accidenté blanc ou syncopé. Il s'observe dans environ 15 à 20 % des cas. Là aussi la mort est due à un phénomène d'inhibition bulbaire, mais beaucoup plus brutal. C'est en quelque sorte une syncope réflexe, qui ne laisse pas le temps aux phénomènes chimiques et circulatoires de se produire. La mort peut être, dans certains cas, instantanée. Mais il en est d'autres où l'état syncopal avec pâleur du visage peut se prolonger fort longtemps, sans pour cela compromettre de façon irrémédiable l'existence du sujet. Le fait s'observe surtout chez les noyés ou les électrocutés. Nous verrons quelles déductions thérapeutiques on peut tirer en étudiant plus en détail le traitement d'urgence de ces malades.

Tels sont les grands principes, qui président à la thérapeutique des asphyxies. Nous allons les envisager dans un premier chapitre, en distinguant le cas de l'asphyxié bleu cyanosé et celui de l'accidenté du type syncopal. Puis, pour illustrer ces données, nous dirons comment on les applique pratiquement, en présence du malade. Enfin nous étudierons rapidement le traitement à appliquer dans les jours qui suivent la réanimation, pour consolider les résultats obtenus.

TRAITEMENT D'URGENCE DES ASPHYXIES

A) **Asphyxie bleue ou cyanose.** — 1° Excitations périphériques. — Leur but est d'agir sur les terminaisons des nerfs sensitifs et sensoriels. On utilisera surtout, dans ce but, les frictions alcoolisées énergiques sur tout le corps et, en particulier, sur les membres ; on flagellera la face à l'aide de linges humides ; on fera respirer au malade des substances à odeur forte, telles que l'ammoniaque, le vinaigre, les sels anglais, etc...

De plus, on réchauffera la victime. Il importe, en effet, chez des sujets ainsi intoxiqués et shockés, qui sont en état de moindre résistance et ont une tendance naturelle à se refroidir, de lutter contre ce processus. Il faudra, dès le début de la respiration artificielle, les couvrir, leur mettre des bouillottes. On relèvera, si possible, la température ambiante. On cherchera surtout à agir sur la région bulbaire, en y appliquant des compresses chaudes ou un petit radiateur électrique. Pour satisfaire à ces exigences, la ville de Paris a fait installer dans les postes de secours, qui bordent la Seine et le canal, des tables chauffantes alimentées par des rampes à gaz ou chauffées électriquement, sur lesquelles on étend les noyés dès qu'ils sont retirés de l'eau. Ils subissent ainsi l'action de la chaleur, tout en étant l'objet des soins dont nous allons parler. Pendant ce temps leurs vêtements sont séchés dans une étuve.

2° Respiration artificielle. — C'est la base de toute la méthode de traitement des asphyxiés. Elle suffit bien souvent, à elle seule, à amener la réanimation du malade. Elle a pour but de « suppléer aux mouvements respiratoires momentanément abolis et de provoquer le retour de l'automatisme respiratoire, par l'excitation du centre bulbaire » (Cot).

Elle est utilisée depuis fort longtemps et de multiples procédés ont été imaginés pour la réaliser, en particulier par Sylvester, Guilloz, Laborde et Houdard. Ils sont trop connus pour que nous nous attardions à les décrire. Leurs principes sont excellents et ils ont donné et donnent encore d'excellents résultats. On peut, toutefois, leur reprocher d'exiger le décubitus dorsal et de gêner, par suite, l'évacuation de la spume qui encombre souvent le pharynx de ces sujets. Cette position favorise, de plus, la déglutition de la langue, processus éminemment néfaste à la reprise respiratoire. D'autre part, en ce qui concerne surtout la méthode de Sylvester, les mouvements sont fatigants à exécuter. D'où la nécessité de changer fréquemment de sauveteur. Il en résulte de multiples interruptions de ces manœuvres, qui compromettent leur effet salutaire. Enfin le déplacement incessant des membres supérieurs interdit toute autre action thérapeutique.

Presque toujours, du reste, on associe entre eux ces divers procédés. C'est là une excellente pratique. Mais on conçoit la difficulté de les réaliser de façon absolument synchrone, chose qui, cependant, paraît indispensable pour assurer l'efficacité des soins.

Pour toutes ces raisons, on leur préfère actuellement la méthode de Schaefer. Elle consiste à placer la victime dans le décubitus ventral, sur un plan résistant, les bras étendus le long de la tête, qui est légèrement surélevée et tournée de côté. L'opérateur se met à genoux, à cheval sur le sujet, assis sur ses mollets, auxquels il tourne le dos. Les bras tendus, il pose les mains ouvertes sur la région lombaire du malade, au niveau des dernières côtes, de part et d'autre de la colonne vertébrale, les deux pouces se trouvant à faible distance l'un de l'autre. Puis, s'inclinant en avant les bras toujours en extension, il appuie de tout son poids de manière à provoquer artificiellement un mouvement d'expiration. Il se redresse alors, cessant la pression, sans toutefois déplacer ses mains. L'élasticité des côtes et de l'abdomen réalise l'inspi-

ration, en attirant l'air à l'intérieur de la poitrine, par suite du défaut de pression. Le sauveteur recommence ensuite les mêmes manœuvres, au rythme de 15 à 20 par minute.

Cette méthode officiellement préconisée, en France, par le décret du 23 janvier 1927 présente de multiples avantages sur les précédentes :

1° Elle est simple, facile à réaliser et n'exige qu'un effort musculaire relativement minime ;

2° Elle est efficace, assurant largement les échanges gazeux entre les voies aériennes et l'atmosphère ;

3° Elle permet l'évacuation facile des mucosités et évite l'obstruction des voies respiratoires supérieures par la langue ;

4° Enfin, elle peut être appliquée, sans perte de temps, dans un espace très réduit, sans risques de traumatiser le foie, ni d'autres organes.

On peut lui reprocher, cependant, de ne supprimer qu'en partie l'irrégularité due au facteur humain. C'est pour obvier à cet inconvénient et pour en rendre l'application plus facile qu'on a construit des appareils mécaniques, dont les plus connus sont ceux de Chéron et surtout de Panis : ils réalisent la respiration artificielle avec le minimum de fatigue et le maximum de régularité. Mais ils ne reproduisent qu'imparfaitement le procédé de Schaefer : celui-ci, en effet, exerce une pression bilatérale non pas sur la partie inférieure du thorax comme le fait la sangle de l'appareil Panis, mais sur la région lombaire, dans le but de refouler le diaphragme vers le haut. Ils ne font appel, par suite, qu'à l'élasticité des muscles respiratoires costaux, négligeant le rôle cependant prépondérant du diaphragme.

Partant de ces données, le Docteur Cot a mis au point un appareil qui reproduit aussi exactement que possible le mouvement physiologique d'expiration forcée. Il associe la méthode de Schaefer à celle de Guilloz. La compression thoracique est réalisée dans le sens transversal, qui, d'après les travaux de Trèves, produit la rétraction la plus forte, par deux mains artificielles, qui compriment la base du thorax. En même temps, l'élévation du piston diaphragmatique est obtenue par une plaque concave, qui refoule vers le haut la masse abdominale et s'abaisse en même temps que les mains s'écartent, réalisant entre ces divers mouvements un synchronisme parfait. La manœuvre d'un simple levier suffit à exécuter ces mouvements.

Ainsi se trouve réalisée une respiration artificielle en accord aussi complet que possible avec la physiologie des phénomènes mécaniques de la respiration. C'est celle qui est utilisée actuellement au Régiment de Sapeurs-Pompiers et dans les hôpitaux de Paris. Elle est, peu à peu, adoptée avec un plein succès par de nombreuses villes de province.

3° EXCITATION DU CENTRE BULBAIRE PAR LE GAZ CARBONIQUE. — Le rôle de la respiration artificielle doit être, comme nous l'avons dit, complété par l'action excitatrice de l'anhydride carbonique sur le bulbe. Depuis longtemps déjà on avait cherché à tirer parti de cette propriété du gaz carbonique, dont le rôle dans la vie de l'individu s'était révélé aussi important que celui de l'oxygène. Des chirurgiens, en France d'abord, puis à l'étranger, avaient tenté avec un plein succès de l'adjoindre aux mélanges anesthésiques. Mais, pour diverses raisons, la méthode ne se généralisa pas. Les recherches furent reprises en Amérique par le Professeur Yandell Henderson, qui eut l'idée de l'utiliser pour le traitement des asphyxies. Il substitua à l'oxygène pur un mélange de gaz carbonique et d'oxygène, dans les proportions où ces deux gaz se trouvent dans le sang humain, c'est-à-dire 5 %. Le produit ainsi obtenu reçut le nom de *carbogène*.

Les expériences montrèrent que par son influence sur le bulbe, le carbogène augmentait l'amplitude des mouvements respiratoires. Il en résulte une meilleure ventilation pulmonaire et, par suite, la possibilité pour le sang inclus dans les alvéoles de fixer une plus grande quantité d'oxygène. La carboxyhémoglobine se trouve ainsi plus aisément détruite. C'est là précisément le but recherché dans la lutte contre l'asphyxie.

Comme corollaire à cette action curatrice, il faut noter que le carbogène contribue à prévenir les complications congestives et œdémateuses qui succèdent souvent aux asphyxies et peuvent entraîner la mort. C'est un fait important que nous tenons à souligner en passant.

Le Médecin-Lieutenant-Colonel Cot a introduit en France cette méthode et l'a appliquée pratiquement dans les postes de secours mobiles pour asphyxiés, qu'il venait d'instituer au Régiment de Sapeurs-Pompiers. Elle s'y est développée depuis. Nous exposerons les modalités de son utilisation, en parlant de l'oxygénothérapie, avec laquelle elle se confond.

4° OXYGÉNOTHÉRAPIE ET CARBOGÉNOTHÉRAPIE. — L'oxygénothérapie est, depuis longtemps et à juste titre, en honneur dans la thérapeutique antiasphyxique. Aux anciens procédés d'insufflation ont succédé, suivant les notions établis par Nicloux, l'administration d'oxygène, à l'aide de masques.

Le carbogène s'emploie exactement de la même façon. On utilise un inhalateur, dont le modèle le plus courant est constitué par une bouteille d'acier renfermant 300 litres de gaz, sous 150 kilogs de pression et munie d'un manodétendeur réglable. Elle est reliée à un masque de Legendre et Nicloux par un tube de caoutchouc sur lequel est branché un poumon artificiel. Un manomètre permet de voir à chaque instant la pression du gaz inhalé.

Nous avons dit les excellents résultats curatifs et préventifs obtenus depuis l'emploi systématique du carbogène dans le traitement des asphyxies. Une réserve doit cependant être faite : l'efficacité même de cette méthode peut la rendre parfois dangereuse. Le carbogène augmente, en effet, passagèrement la tension artérielle. Par suite les inhalations doivent être proscrites chez les cardiaques en état d'asystolie et les hypertendus.

C'est la seule restriction qu'il convient de faire à son sujet. Pour y remédier, le Docteur Cot a fait construire tout récemment un nécessaire de carbothérapie et de carbogénothérapie. Il renferme une bouteille de gaz carbonique et une de carbogène, qui peuvent être

administrés par voie sous-cutanée. D'autre part le masque a été modifié : un viseur en cellophane permet l'examen du visage du patient à tout instant. D'un côté se trouve une soupape d'expiration et de l'autre un embout doseur qui, à l'aide d'une bague réglable, autorise l'accès de l'air extérieur ou l'isolement de celui-ci. On peut ainsi faire varier à volonté la composition du mélange gazeux que respire le malade.

Enfin, comme l'oxygène, le carbogène peut être administré par voie sous-cutanée, endoveineuse, péritonéale, intrarectale. Loeper rapportait récemment les excellents effets produits sur la ventilation pulmonaire et sur la circulation sanguine par ces deux derniers modes d'administration. La seule chose qu'on puisse leur reprocher est d'être de réalisation plus délicate sur des sujets qu'il importe de traiter sur place, dans des conditions déplorables d'hygiène, de confort et d'asepsie. D'autre part, l'action est peut-être moins immédiate dans les cas d'extrême urgence. Il n'empêche qu'une semblable méthode peut rendre d'immenses services, lorsque la phase suraiguë de l'intoxication est passée. Ceci, d'autant mieux que les contre-indications, dont nous avons parlé, ne semblent pas s'opposer à la mise en œuvre de ce traitement.

Citons enfin l'appareil construit par Cot pour réaliser l'auto-transfusion après réoxygénation du milieu sanguin. Le sang soustrait à l'individu est brassé dans une seringue avec le carbogène ou l'oxygène pur et réinjecté ensuite dans le torrent circulatoire. Les difficultés de technique que nous signalions, il y a un instant, se retrouvent ici, plus considérables encore, et rendent difficile l'application de cette méthode théoriquement excellente. On ne pourrait guère l'utiliser que dans des postes de secours fixes, où elle est susceptible de rendre de grands services.

5° Saignée. — Telle est la thérapeutique de base de l'asphyxie, celle qui doit être mise en œuvre d'emblée, dans tous les cas, par le sauveteur, quel qu'il soit. A côté d'elle se place l'action plus spécifiquement médicale, dont le but est de combattre les symptômes secondaires de l'asphyxie.

Au premier plan de ceux-ci se trouve la cyanose, témoin de l'hypertension veineuse périphérique. La circulation, avons-nous dit, se trouve bloquée par l'engorgement des capillaires superficiels. Le myocarde s'épuise à lutter contre cet obstacle, qu'il faut lever sous peine de voir inutilisées les richesses accumulées dans le poumon par la respiration artificielle. Le moyen le plus simple d'abaisser la tension veineuse est, semble-t-il, de pratiquer une saignée.

Ces faits étaient connus depuis longtemps, mais ils n'avaient guère attiré l'attention des thérapeutes, qui pensaient avoir fait œuvre suffisamment efficace en utilisant la respiration artificielle et la carbogénothérapie. C'est le Docteur Cot qui, le premier, saisissant l'importance de ces troubles circulatoires, a préconisé la phlébotomie et conseillé ensuite de la pratiquer systématiquement chez tous les asphyxiés cyanosés. Nous n'insisterons pas sur les objections qu'a suscitées cette pratique : affaiblissement du sujet, diminution du nombre des globules rouges pouvant nuire à l'hématose, abaissement de la tension artérielle, etc... Les données anatomo-pathologiques, que nous avons rappelées brièvement, en sont l'indication la plus formelle. De plus, les résultats immédiats et éloignés prouvent la valeur de cette thérapeutique : on n'observe pour ainsi dire plus les complications congestives tardives si fréquentes autrefois.

Et quand on a assisté, pendant le décours même de la saignée, à la réanimation progressive de la victime, qui tient parfois d'une véritable résurrection, quand on a senti le pouls devenir progressivement plus ample et mieux frappé, on n'hésite pas, par la suite, à proclamer bien haut les bienfaits d'une telle intervention. Les faits cliniques sont là, qui viennent s'ajouter aux constatations anatomiques, pour en démontrer la valeur.

6° Tonicardiaques.— Enfin, il faut, en dernier lieu, stimuler l'énergie défaillante du myocarde et lui permettre de maintenir le courant circulatoire, que la saignée a permis de rétablir. Ce sera le rôle des tonicardiaques. Mais là encore il faut aller vite. La voie endoveineuse semble donc particulièrement indiquée. Quant au médicament utilisé, il doit être à la fois énergique et d'action rapide, constante, mais suffisamment douce pour ne pas provoquer une réaction trop vive chez des sujets shockés et profondément intoxiqués.

Après de multiples essais, c'est le camphre qui paraît répondre le mieux à ces indications, du fait de son action excitatrice sur le système nerveux central. Mais, par crainte des fameuses embolies huileuses, on ne l'a utilisé pendant longtemps que sous forme de sels solubles.

Les résultats obtenus avec le camphre « dit soluble » ne semblent pas avoir répondu aux espoirs fondés sur son emploi. L'action de ces sels ne paraît pas aussi élective que celle du camphre pur. On ignore, du reste, dans quelles conditions ils libèrent du camphre pur et même s'ils en libèrent. Et on ne peut affirmer que les expériences faites in vitro correspondent à ce qui se passe réellement in vivo.

Aussi, dès 1929, Cot préconisait d'associer à la saignée l'injection intraveineuse d'huile camphrée, suivant la méthode de Le Moignic et Gautrelet. Elle avait donné, dès la fin de la guerre, de remarquables résul tats ; mais elle n'était pas, jusqu'à ces dernières années, passée dans le domaine de la pratique courante, par crainte des accidents emboliques. Or l'expérience a montré que c'est là un danger illusoire. Il n'en a pas, à notre connaissance, été publié de cas. Et cependant c'est par milliers que se comptent actuellement les succès dus à cette méthode. Nous ignorons, du reste, comment agit l'huile camphrée. Le corps gras se fixe-t-il comme la glycérine, sur la paroi veineuse, au niveau du point d'injection, d'où le camphre serait libéré ? L'huile est-elle, au contraire, très finement émulsionnée dans le plasma, puis digérée par les lipases du sang ? La question reste en suspens.

Toujours est-il, et cela seul importe, que l'action ainsi obtenue est très rapide. Elle est, de plus, tellement intense qu'il faut avoir soin de n'injecter qu'une petite quantité d'huile camphrée, aussi pure que possible, cela va sans dire. La dose moyenne employée est de 2 cc., qu'on pousse très lentement, à raison de

1 cc. environ par minute, en utilisant une aiguille très fine.

En agissant suivant cette technique, on n'observe jamais d'incident. Les vomissements et les contractions musculaires qui surviennent parfois semblent être dus plutôt à l'action du carbogène sur les centres nerveux qu'à celle du camphre. Ce sont par surcroît des phénomènes passagers et sans gravité, qui ne sauraient faire oublier, dans tous les cas, les remarquables résultats signalés par tous ceux qui ont bien voulu utiliser ce procédé.

Son seul défaut est d'avoir une action passagère. D'où la nécessité de compléter l'effet toni-cardiaque par l'injection intra-musculaire d'autres médicaments d'efficacité moins rapide mais plus durable. Là encore, c'est à l'huile camphrée qu'on aura surtout recours, mais à la dose de 10 à 20 cc. On pourra, si l'on veut, lui adjoindre 1 ou 2 cc. d'éther. Ce dernier joint à ses propriétés sédatives et favorisantes sur la respiration et la ventilation pulmonaires, une action stimulante sur la contractilité cardiaque et le système nerveux. Il rend, de plus, l'huile camphrée plus fluide et, par suite, plus facilement résorbable.

On peut enfin utiliser la caféine, à la dose de 0 g. 25 ou 0 g. 50, pour stimuler l'énergie systolique.

La spartéine ne sera utilisée qu'avec prudence, en raison des accidents d'arythmie dont elle peut déterminer l'apparition.

Tels sont donc les grands éléments qui doivent présider au traitement des asphyxiés bleus. Nous dirons tout à l'heure comment toutes ces mesures doivent être appliquées dans la pratique courante. Auparavant, nous devons nous arrêter un instant à la thérapeutique de l'accidenté du type pâle. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1934)

Notice. — M. BOUGAULT lit une notice nécrologique sur M. GREENISCH (de Londres), correspondant étranger dans la VIe division (pharmacie), récemment décédé.

Les nouvelles mesures fiscales. — *Discussion du rapport de M. Balthazard déposé dans la séance du 16 janvier 1934.* — M. VANVERTS (Lille) expose que le vœu proposé au vote de l'Académie traduit l'émotion que celle-ci a ressentie du fait des protestations justifiées des différents groupements syndicaux relativement aux modifications fiscales appliquées à la profession médicale.

Si finalement le secret professionnel n'est plus ouvertement menacé, les dispositions votées sont pratiquement inapplicables et elles ont un caractère vexatoire.

La nouvelle loi transforme l'exercice de la médecine et en fait une profession commerciale, mais les médecins ont des obligations auxquelles le commerce n'est pas tenu. Un commerçant peut vendre au comptant sans reçu. Le médecin est obligé de délivrer un reçu avec timbre...

Le corps médical se refuse à accepter la nouvelle loi et en exige la modification. Il sera reconnaissant à l'Académie de le soutenir dans ses revendications en adoptant le vœu qui lui est proposé.

M. BEZANÇON rappelle la vive protestation du *Syndicat des médecins de la Seine* (Voir *Gaz. Hôp.*, 1934, N° 5, p. 77), il s'y associe pleinement.

M. Bezançon ne revient pas sur le secret professionnel. *Celui-ci est intangible.*

Mais il estime que nos protestations doivent porter sur deux points :

1° Il n'est pas possible à un médecin praticien surmené de tenir un journal comme un commerçant. Il faut avoir mené la rude vie de praticien pour le comprendre.

2° C'est la dignité de la profession médicale qui est mise en cause.

Le médecin est un homme qui en dehors de son métier donne souvent son concours, pour des avantages dérisoires, ou même pour rien, à des services publics ou des œuvres de bienfaisance, ou à des particuliers parents de médecins.

Quel est le commerçant qui fournirait sa marchandise pour rien aux enfants, aux parents ou même aux amis de ses confrères ?

La profession médicale est une profession faite de désintéressement et de dévouement, elle n'est pas une profession commerciale.

M. SIREDEY considère comme un devoir, après les deux interventions que l'Académie vient d'entendre et d'applaudir avec une unanimité remarquée, de déclarer que les mesures vexatoires dont la profession médicale est l'objet, constituent une « véritable brimade ».

Ce sont des mesures inopportunes et blessantes.

L'Académie, à l'unanimité, adopte le vœu suivant présenté par la commission :

« *L'Académie de médecine tenant à s'associer aux protestations des différents groupes médicaux relativement aux nouvelles dispositions fiscales imposées à la profession médicale,*

« *Rappelant que les médecins se considèrent comme tenus d'une façon absolue au respect du secret médical,*

« *Proteste contre les dispositions qui, d'une part, paraissent pratiquement inapplicables, et, d'autre part, sont contraires à l'esprit même de solidarité sociale et humaine de la profession médicale qui ne saurait à aucun degré être assimilée aux professions commerciales.* »

Traitement des infections. — M. SERGENT présente, au nom de M. SAINT-JACQUES (de Montréal), une note dans laquelle l'auteur apporte les résultats des injections de carbone animal à 2 %, en suspension dans l'eau distillée, dans les infections variées.

Sans aucune réaction générale, on peut injecter 5 cc. et répéter la dose plusieurs jours de suite. L'effet thérapeutique paraît démontré par les observations cliniques qui constituent la matière de ce travail.

Huit années de prophylaxie de la tuberculose par le B C G. — M. SOTTY. M. Léon Bernard donne lecture d'une note de M. Sotty sur les résultats de huit années de prophylaxie de la tuberculose par la vaccination B C G. Sur 373 enfants nés et élevés en milieu contagieux, 249 furent vaccinés, 124 n'ont pu l'être pour diverses raisons.

La mortalité pour toutes causes chez ces enfants âgés maintenant de 7 ans à 1 mois, a été de 5,22 % pour les vaccinés, de 11,29 % pour les non vaccinés. La morbidité tuberculeuse chez ces mêmes enfants donne des chiffres encore plus impressionnants. Alors que cette morbidité est de 3,61 % pour les vaccinés, elle atteint 26,61 % pour les non vaccinés.

Vaccination antidiphtérique. — M. Henri Cléret (de Montluçon). Sur un total de 13.142 injections, l'auteur n'a observé aucun incident, ce qui fait que souvent, ce sont les familles qui demandent la vaccination. M. Cléret expose ses résultats en tenant compte de la valeur de l'anatoxine, il estime qu'il faut au moins 30 unités pour vacciner. Il n'a pas été constaté de diphtérie chez les enfants ayant reçu plus de 45 unités. Le fait le plus intéressant est le suivant : sur 2.260 enfants bien vaccinés, il y a eu 6 diphtéries, soit 2,65 % avec 0 décès. Sur 1.492 enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés, il a été constaté 48 diphtéries, soit 32 % avec 6 décès. Ces résultats sont des plus encourageants.

Empoisonnements alimentaires. — MM. Sacquépée et Ferrabouc. Sur l'étiologie des empoisonnements alimentaires : recherche de l'atteinte originelle. Au cours d'une épidémie bénigne d'empoisonnements alimentaires dus au *Bacillus Enteritidis*, un aide-cuisinier se trouve au nombre des malades. L'enquête révèle qu'en réalité, cet aide-cuisinier était souffrant de céphalée avec fatigue au moins 36 heures avant l'apparition des premières atteintes, sans être assez malade cependant pour interrompre immédiatement son service. Pour déterminer si les premiers symptômes ressentis par le cuisinier traduisent un début anormal de la maladie, on pratique chez lui dès le 4e jour de l'épidémie un séro-diagnostic à l'égard du *B. enteritidis ;* le séro-diagnostic se montre franchement positif, alors qu'il demeure négatif avec des sérums prélevés le même jour chez d'autres malades. On doit conclure de ces constatations que l'aide-cuisinier a été infecté 36 heures avant les autres, et que pendant cette période, il a contaminé involontairement les aliments servis à l'unité. C'est donc lui qui, dans cet épisode, représente l'atteinte originelle de l'épidémie.

Preuves expérimentales de l'efficacité de la prémunition antituberculeuse par le B C G administré par la voie buccale. — M. Nègre montre qu'il est possible de conférer au cobaye jeune ou adulte par ingestion préalable du bacille bilié de Calmette et Guérin une résistance transitoire à une infection expérimentale réalisée par la voie conjonctivale avec une faible dose de bacilles tuberculeux virulents. Ces résultats qui confirment ceux que Calmette, Boquet et Nègre avaient déjà obtenus en employant comme voie d'épreuve la voie intestinale apportent une nouvelle démonstration de l'efficacité de la vaccination antituberculeuse par le BCG introduit par la voie buccale.

Sur la présence du virus rabique dans le poumon. — MM. Remlinger et Bailly.

Déséquilibre protéique du sérum sanguin dans la lèpre. — MM. G. Lefrou et P. Bonnet.

Election de deux correspondants nationaux dans la 1re division (médecine). Classement des candidats. En première ligne : MM. Mouriquand (de Lyon) et Spillmann (de Nancy).

En deuxième ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Euzière (de Montpellier) ; Masson (de Montréal) ; Paviot (de Lyon) ; Halipré (de Rouen) ; Flurin (de Cauterets) ; adjoint par l'Académie : M. Mauriac (de Bordeaux).

MM. Mouriquand et Spillmann ont été élus.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 8 décembre 1933)

Leucoblastomatose aleucémique à forme d'anémie aplastique progressive. — MM. Costedoat et Aujaleu. La maladie débuta par une adénopathie dans la région carotidienne droite et par de l'anémie. Dans les mois qui suivirent, l'hypertrophie ganglionnaire se généralisa et l'anémie s'accrut, tout en conservant jusqu'à l'approche de la mort le type aplastique.

L'évolution fut marquée par plusieurs périodes fébriles, une gingivite très localisée de quelques jours, du purpura pendant quarante heures et une splénomégalie. La biopsie d'un ganglion révéla l'existence d'une lymphoblastomatose. Au 7e mois, le malade eut une pneumonie à laquelle il succomba. Ce n'est qu'à l'examen de sang pratiqué la veille de la mort, que l'on vit apparaître pour la première fois des cellules souches et quelques myélocytes, en même temps que le taux des polynucléaires se relevait considérablement. Les auteurs considèrent cette transformation de la formule sanguine comme due à la pneumonie. Elle fut la réponse, déformée du fait de la maladie, de la moelle osseuse à l'appel de la pneumonie.

Sur l'angiomatose hémorragique héréditaire avec splénohépatomégalie. — M. Ludo van Bogaert (d'Anvers) rapporte deux cas de cette curieuse affection observés dans la même famille. Leurs observations très complètes se rapprochent des cas publiés par Ch. Flandin et P. Soulié qui les interprètent comme une dystrophie endothéliale ayant un caractère évolutif, familial et héréditaire.

Maladie de Leo Buerger. — M. Marchak a observé 106 cas de thrombo-angéite oblitérante, dont 3 seulement chez des femmes. Grande prédominance chez les juifs russes. Comme étiologie, l'auteur incrimine surtout le facteur toxique, le tabac, et le facteur endocrinien. L'auteur insiste également : 1° sur les modifications hématologiques — leucocytose — précédant les symptômes cliniques ; 2° sur les douleurs nocturnes violentes qui peuvent motiver l'amputation. Seuls médicaments paraissant efficaces : le nitrite de soude et les extraits ovariens, de façon prolongée, — la base du traitement est la suppression complète du tabac. Quelques succès avec les injections de muscles de veau à doses massives. A retenir également la sympathectomie.

Intoxication par le dial. Traitement strychné. Guérison. — MM. Laignel-Lavastine et Bidou. Jeune fille de 24 ans, qui cinq heures après l'injection d'un gramme de dial, a reçu par voie intra-veineuse, en 30 heures, 110 milligr. de sulfate de strychnine. Guérison rapide. A retenir les résultats heureux du traitement par la strychnine à haute dose dans l'intoxication barbiturique.

Pyrétothérapie des arthrites gonococciques. — MM. Dimitresco et Petrea (Bucarest). Cinq observations d'arthrite gonococcique avec résultats heureux du traitement pyrétogène par le vaccin chancrelleux. Résultats plus favorables si le traitement est précoce et si la fièvre est élevée.

Excrétion dans l'urine de principes hypophysaires au cours de la migraine. — MM. Drouet, Mathieu, Collesson (Nancy). 1° Présence intermittente dans les urines des migraineux d'une hormone hypophysaire, d'action obturatrice sur les pigmentophores de la grenouille et du vairon ; 2° coïncidence dans le temps de paroxysmes migraineux et des phases de passage de cette hormone dans les urines.

Caverne gangréneuse du poumon simulant un pyopneumothorax. — MM. Ch. Flandin, J. Lenègre, J. Bousset. Observation qui montre les difficultés du diagnostic clinique et radiologique entre la grosse caverne pulmonaire à contenu hydroaérique et le pyopneumothorax.

Femme de 45 ans qui est hospitalisée pour une pneumopathie aiguë maligne à type de gangrène pulmonaire. Les signes cliniques sont ceux d'un hydro ou d'un pyopneumo-

thorax. Les signes radiologiques sont aussi trompeurs : énorme image hydro-aérique de l'hémithorax gauche ; refoulement du médiastin à droite.

Seules de petites nuances séméiologiques font redresser le diagnostic : existence de pectoriloquie aphone ; matité fixe du traube ; absence de moignon pulmonaire radiologiquement visible ; présence, dans la partie externe de l'hémithorax d'une ombre de sus-liquidienne triangulaire à sommet supérieur ; contraste entre le caractère gangréneux de l'expectoration et l'aspect séro-fibrineux du liquide retiré par ponction de la plèvre.

L'autopsie vérifie l'existence d'une pleurésie séro-fibrineuse réactionnelle, et le siège intra-pulmonaire de la cavité hydro-aérique du lobe supérieur, il ne reste qu'un mince cortex réduit à un ou deux millimètres d'épaisseur.

Sur quelques cas de polyadénopathie tuberculeuse. Transitions avec la maladie de Hodgkin. — M. Georges MARCHAL, Mlle BRUN, MM. LEMOINE et BLOCH-MICHEL. Quatre observations de polyadénopathie tuberculeuse. L'aspect histologique, où se retrouvent des lésions fibro-caséeuses, est polymorphe ; dans un cas, elles s'intriquent avec des lésions lymphogranulomateuses. A côté de rares bacilles de Koch typiques apparaissent des formes dégradées, inconstamment acido-résistantes. Tous les cobayes sont tuberculisés au premier passage ; mais chez plusieurs, les bacilles de Koch voisinent avec ces formes dégradées, identiques à celles qui ont été observées dans les ganglions humains.

Sur trois essais de culture de ces ganglions humains, une fois s'est développé partiellement, et une fois complètement, le cycle évolutif d'un virus tuberculeux, depuis les granulations cyanophiles jusqu'aux granulations et bacilles acido-résistants. Ce cycle montre les mêmes formes intermédiaires que dans les ganglions humains et dans les ganglions des cobayes ; enfin, dans ses grandes lignes, il est identique au cycle évolutif des cultures portées de la maladie de Hodgkin.

D'autre part, les examens directs des lésions de lymphogranulomatose maligne montrent des formes granulaires diversement colorées, réfringentes, sans acido-résistance, semblables à de nombreuses granulations observées dans les cas précédents d'adénite tuberculeuse.

Des poussées d'éosinophilie sanguine, dans trois observations, complètent les traits d'union réalisés par ces cas entre la polyadénopathie tuberculeuse et la maladie de Hodgkin.

Les auteurs rappellent leur opinion sur la pathogénie de la maladie de Hodgkin : la plus atypique des adénopathies tuberculeuses, où l'ultra-virus tuberculeux se dissimule sous ses formes granulaires les plus difficiles à identifier.

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1933)

Néphrites spirochétiennes. — MM. PR. MERKLEN et GOUNELLE. Deux cas de néphrite aiguë par spirochètes dont une a guéri complètement et l'autre avec quelques séquelles. La nature de la maladie a été prouvée par des notions étiologiques, cliniques et biologiques. Les sujets avaient pris un bain peu avant de tomber malades ; ils présentaient des symptômes associés du genre de ceux qu'on voit dans la spirochétose ictérique (raideur de la nuque, myasthénie, point vésiculaire, etc.) ; l'un d'eux avait une spirochéturie intermittente et tous deux une agglutination positive. Plusieurs de ces caractères ont été observés au cours de certaines néphrites de guerre, que les auteurs estiment rétrospectivement avoir été des néphrites spirochétosiques.

Deux cas de pseudo-sclérose (Wesphal-Strümpell). — M. C.-I. URECHIA (Cluj) relate deux cas de cette affection. Le second survint chez un homme de 39 ans, trois semaines après une opération d'iléus, si bien qu'on peut avec quelque vraisemblance incriminer une origine entérogène ; l'apparition d'une suppuration fébrile détermina une rémission des troubles de trois mois, après quoi la maladie reprit son évolution.

Amélioration considérable de paralysies durables d'origine névraxitique à la suite de deux nouvelles poussées évolutives d'infection neurotropique. — MM. Louis RAMOND et Georges BOUDIN ont vu une paralysie flasque des quatre membres et des muscles du tronc et de la nuque d'origine névraxitique persister pendant onze mois en dépit de tous les traitements usuels et s'améliorer considérablement à la suite de deux nouvelles poussées évolutives de l'infection neurotropique primitive.

Le traitement des suppurations pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool : trois cas favorables. — MM. E. MERLE et GURFINKIEL (de Clermont-Ferrand). Dans un premier cas, suppuration aiguë de type pneumonique avec adynamie, guérison complète et nettoyage radiologique parfait. 2e cas : un abcès chronique avec hémoptysies à répétition et vomique, datant de 7 mois ; guérison clinique complète, nettoyage radiologique à peu près complet. 3e cas : suppuration fétide chronique ayant envahi la totalité d'un poumon et datant de 18 mois avec fièvre presque continue ; guérison clinique presque complète, nettoyage radiologique partiel.

Les phénomènes de choc ont été supprimés en employant le mélange d'une partie d'alcool à 95 avec deux parties de sérum glucosé hypertonique à 20 ou 30 %. Cette solution n'est que très faiblement hémolytique et ne possède qu'une action sclérosante veineuse peu marquée. Aucun incident sérieux à signaler.

Tuberculose et diabète. — MM. F. RATHERY et Julien MARIE étudient la fréquence, l'aspect clinique, le retentissement sur le diabète et la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques. La tuberculose est devenue la plus grande complication du diabète ; sur trente malades suivis depuis 7 ans, dix-sept sont devenus tuberculeux et treize sont décédés. Tous les types cliniques de tuberculose se rencontrent chez les diabétiques, mais la forme la plus fréquente est la tuberculose ulcéro-caséeuse. Dans les formes aiguës, le diabète subit tantôt une poussée d'aggravation considérable, difficile ou impossible à juguler par l'insuline, tantôt il ne subit aucune modification, et peut réagir à la seule cure de Bouchardat.

L'aurothérapie fut bien tolérée par la plupart de leurs malades encore que ses résultats soient peu apparents jusqu'ici.

(SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1933)

Appareil pour la mesure du rayonnement de la peau et thermomètre électrique. — M. SAIDMAN. Appareil pratique, permettant de faire des mesures au lit du malade et de déterminer le bilan de rayonnement de chaque région ou de calculer le métabolisme de rayonnement d'un sujet. Le rayonnement de la peau consiste en un spectre infra-rouge s'étendant de 3 μ à 50 μ avec un maximum d'énergie vers 9 μ. On peut le concentrer avec un miroir parabolique et traiter un malade avec son propre rayonnement, pour les algies.

Le dispositif comprend en outre un thermomètre électrique donnant la température de la peau en 10 secondes.

LIVRES NOUVEAUX

Hydrologie expérimentale (1), par le professeur Maurice Villaret et L. Justin-Besançon.

Si l'empirisme, se perfectionnant au jour le jour, a permis de tirer un parti toujours meilleur des eaux minérales, il n'en est pas moins désirable qu'il cède de plus en plus la place à une connaissance systématique et raisonnée, dont les résultats ne sauraient être que meilleurs encore. Le professeur Villaret qui a entrepris cette tâche réunit ici un certain nombre des études qu'il a entreprises et dirigées selon cette nouvelle orientation.

On trouvera dans le présent recueil une étude de l'action des eaux minérales sur la musculature lisse des divers organes (intestin, vésicule, uretère, vessie, bronches), organes isolés ou organes en place, muscles au repos ou à l'état de spasme ; une étude aussi des effets cardiovasculaires des sources sulfureuses sur le cœur et la tension ainsi que sur les fonctions vasomotrices, en utilisant les méthodes de perfusion familières aux physiologistes ; une étude enfin de l'action oxydoréductrice des fanges thermales, des effets du vieillissement des eaux thermales enfin, dont on soupçonnait jusqu'à présent l'importance sans en bien mesurer les effets.

Toutes ces recherches, à l'occasion desquelles ont été effectués les très nombreux tracés (près de 150) qui accompagnent ces intéressantes études, ont été menées tantôt au laboratoire, tantôt — ce qu'on avait rarement pu faire à une telle échelle — au griffon même des sources, où les auteurs ont su conserver la même précision expérimentale et la même rigueur critique.

L'enseignement de l'hydrologie tend donc à se renouveler et s'anime d'un esprit nouveau dont témoignent ces très intéressants mémoires. L. B.

(1) Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 6 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Chevassu, Lenormant, Sénèque. — M. Bouroullec. Traitement des fractures ouvertes de la jambe. — M. Mihailoff. Etude de la tuberculose du testicule à forme hypertrophique. — M. Froyer-Roederer. Etude clinique des arthrites vertébrales chroniques tuberculeuses (maladie de Pott exceptée).

Jury : MM. Brindeau, président ; J.-L. Faure, Nobécourt, Lantuéjoul. — M. Ferrien. Etude du traitement de la P. A. D. puerpérale. — M. Gallet. L'Assistance publique à l'hôpital ; ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. — M. Löbel. Etude clinique et hématologique du cancer mycloïde du crâne à foyers multiples chez l'enfant.

Mercredi 7 février. — Jury : MM. Clerc, président ; Marcel Labbé, Lœper, Boulin. — M. Noctou. Etat leucémoïde et granulée. — M. Borowicz. Etude des abcès hépatiques primitifs à staphylocoque. — M. Gattegno. La carence hormonale dans les états chroniques d'adynamie et son traitement par le sérum de jeune bovidé.

Jury : MM. Brumpt, président ; Tanon, Galliard, Turpin. — M. Serdaris. Lutte antimalarique dans une localité du Péloponèse. — M. Armelin. Rôles des porteurs de germes typhiques dans les épidémies. — M. Nguyen-Bach. Insolation et action du soleil en matière d'hygiène corporelle.

Jeudi 8 février. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Gougerot, Guillain, Lemaire. — M. Chassin. La splénomégalie au cours de la tuberculose du nourrisson. — M. Lurié. Etude d'un nouveau dérivé de l'acridine employé par voie veineuse et localement dans le traitement de la blennorragie. — M. Le François de Grainville. Inefficacité des arsénobenzènes dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis parenchymateuse.

Vendredi 9 février. — Jury : MM. Couvelaire président ; Ombrédanne, Proust, Lacomme. — M. Beaumont. Les tu-

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. GHENAL Phien 46, Avenue des Ternes PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

CONSTIPATION SPASMODIQUE
CARBATROPINE
CHARBON ATROPINÉ
LABORATOIRE MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, asseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., n.10, Seine.

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

PERLES
GOUTTES

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÉPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Échantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

meurs du petit bassin au cours de la grossesse. — M. Touzard. Etude des lymphangiomes kystiques du grand épiploon. — M. Dézoteux. Les transfusions difficiles.

Mercredi 7 février. (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mathieu, président ; Bressou, Coquot. — M. Marlot. Anesthésie des synoviales des membres chez le cheval.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE N'ADOPTE PAS LE PROJET RELATIF AUX MÉDECINS ÉTRANGERS.

Dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (p. 160), M. Mordagne signalait un projet de décret soumis le 30 janvier aux délibérations du Conseil supérieur. Ce projet tendait à ne plus exiger la nationalité française de ceux qui veulent transformer un diplôme universitaire en diplôme d'Etat. Il ne pouvait manquer de soulever de vives et légitimes protestations.

Grâce à une action concertée de l'*Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris*, du *Syndicat des médecins de la Seine* et de *la Confédération des Syndicats médicaux*, dont M. Fedel s'est fait l'avocat au conseil supérieur, le projet a été retiré du programme de la session.

BRIMADE FISCALE

Le mot a été prononcé mardi à la tribune de l'Académie de médecine par son vénéré président, M. Siredey. C'est bien ainsi qu'il faut considérer la comptabilité commerciale que l'on impose à notre profession.

Jusqu'ici, pour l'impôt sur le revenu, les membres des professions libérales faisaient des déclarations comme les autres citoyens. Statistiques établies, elles ont été présentées de telle façon que le rendement des impôts cédulaires des premiers paraît bien faible à côté de celui des autres catégories ; d'autant qu'on omet soigneusement de mentionner une d'elles dont le produit est très inférieur. Et, si on indique le nombre des contribuables intéressés, on se garde bien de le rapporter aux chiffres obtenus : c'est cependant cette moyenne qui permet seule de se rendre compte de la charge fiscale qui pèse sur chaque assujetti et de la valeur des déclarations faites.

Voici, au reste les chiffres en question :

	Nombre de contribuables.	Montant de l'impôt cédulaire.
Traitements, salaires, pensions.	1.971.541	931.673.300 fr.
Bénéfices industriels et commerciaux	769 189	2.708.787.400 fr.
Professions libérales	76.655	188.698.300 fr.
Bénéfices agricoles	129.812	28.623.800 fr.

Ce qui fait, pour chaque contribuable, une moyenne de :

Traitements, salaires, pensions	477 fr.
Bénéfices industriels et commerciaux	3.651 fr.
Professions libérales	2.431 fr.
Bénéfices agricoles	220 fr.

Il apparaît tout de suite que les contribuables des professions libérales occupent une place tout à fait honorable dans ce tableau, d'autant qu'un impôt cédulaire de 2.431 francs correspond pour un médecin par exemple, marié, avec un enfant, ce qui peut être considéré comme la moyenne des cas, à une déclaration de bénéfices nets d'au moins 45.000 francs.

Il s'agit là, nous le répétons, du bénéfice net, déduction faite des frais divers, impôts professionnels, dont la patente qui est écrasante.

Comment a-t-on pu dire, avec des chiffres officiels aussi démonstratifs, surtout en les rapprochant de ceux fournis par les bénéfices agricoles, que des mesures d'exception étaient indispensables pour des professions libérales ?

Mais « la calomnie Monsieur ! Vous ne savez guère ce que vous dédaignez ; j'ai vu les plus honnêtes gens prêts d'en être accablés. Croyez qu'il n'y a pas de plate méchanceté, pas d'horreurs, pas de conte absurde, qu'on ne fasse adopter aux oisifs d'une grande ville en s'y prenant bien : et nous avons ici des gens d'une adresse !... » A. HERPIN.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

LES VACANCES DE PAQUES SUR LA CÔTE D'AZUR

Le Voyage Médical International de Pâques, organisé annuellement par la Société Médicale du Littoral, se concentrera à Cannes, le dimanche de Pâques 1er avril. Les voyageurs seront reçus par la municipalité de Cannes et visiteront Le Cannet. Le lendemain, ils parcourront Juan-les-Pins, Antibes, Actinopolis, le Golfe Juan et Vallauris. Ils arriveront à Nice le 3 avril, après avoir visité Grasse et ses usines de parfums, les Gorges du Loup, Vence et Cagnes, la Cité des Peintres. Le 4 avril, ils auront à Nice une journée de repos. Le 5 avril, ils admireront le magnifique panorama de la Grande Corniche (ancienne voie romaine), l'Observatoire, le Monument d'Auguste à La Turbie, le château de Roquebrune et le Cap Martin. Dans l'après-midi, ils visiteront Menton et le château de Grimaldi (laboratoires du Dr Voronoff). Le 6 avril sera consacré à la visite de la Principauté de Monaco, avec le Palais des Princes, le Musée Océanographique, les Jardins Exotiques et les Etablissements de Monte-Carlo. Le retour à Nice s'effectuera le 7 avril par la nouvelle route de la moyenne Corniche, avec réception à Beaulieu et visite du Cap Ferrat, de Villefranche et du Mont Boron. Des excursions facultatives seront prévues le 31 mars, dans l'Estérel (Fréjus; Saint-Raphaël, Agay, etc.), et le 8 avril dans les Alpes (Saint-Martin-Vésubie, etc.).

Ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Strasbourg et dirigé par plusieurs professeurs. Les voyageurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse qui sont de tradition dans les voyages de la Société Médicale. Les ressources de cette région sans égale seront présentées et expliquées : des démonstrations scientifiques, des causeries historiques, alterneront avec les visites des établissements, les réceptions et les promenades, afin de rendre le séjour aussi agréable qu'instructif.

Les parcours seront effectués en auto-cars de luxe et les séjours seront assurés dans les plus beaux hôtels de la région. Des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des voyageurs sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. — Le droit d'inscription est de 100 fr. ; le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour les renseignements et les inscriptions, écrire à la Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. La cotisation pour la participation au voyage est de 1.000 fr.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C Seine 48283

De Trouette-Perret

l' **Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse
Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses
Immédiatement absorbable — Facilement injectable
COMPLÈTEMENT INDOLORE
R. C., 221.839, Seine.
1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

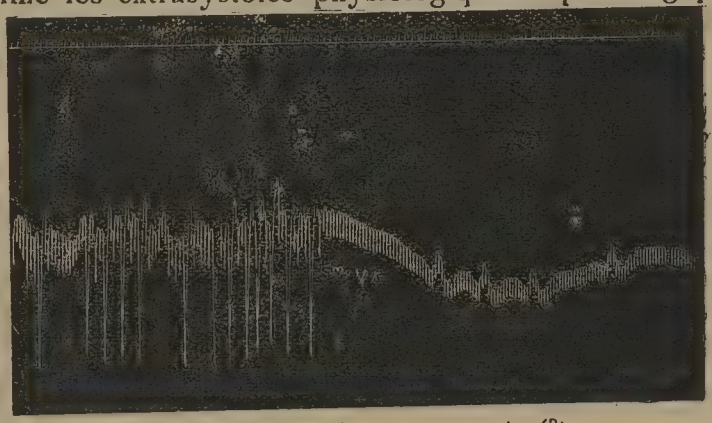
La Spartéine "Houdé"

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 7 FEVRIER 1934. — N° 11.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hémiplégie ascendante progressive à évolution prolongée (avec 4 fig.), par MM. J. Lhermitte et Albessar.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de pédiatrie.

NÉCROLOGIE

A. Miget, par M. L. Babonneix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les votes des mesures fiscales contre les médecins; *Les études médicales des étrangers*, par M. Maurice Mordagne.

NOTES POUR L'INTERNAT

Pneumonie du sommet. Signes, diagnostic, évolution (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité). — Liste des candidats :

MM. Armingeat, Audouin, Aurousseau, Sylvain Blondin, Chabrut, Cordier, Couvelaire, Dessaint, Diamant-Berger, Galtier, Garnier, Gérard-Marchant, Jean Gosset, Guillot, Iselin, Lecœur, Merle d'Aubigné, Alain Mouchet, Padovani, Patel, Sauvage, André Sicard.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 1er février 1934. — Questions données : « Diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne. — Evolution de la grossesse tubaire. »

MM. Castany, 16; Ollier, 18; Jamain, 22; Trouvé, 12; Nardi, 16; Mlle Wirz, 15; M. Temime, 14; Mlle Jomier, 19; MM. Inbona, 20; Mathey, 28.

Séance du 3 février. — Questions données : « Examen clinique d'un malade atteint de néphrite chronique. — Complications des fractures de côtes. »

MM. Morin, 22; Douville, 12; Bayle, 14; Wimphen, 19; Jeannette Walen, 14; Laurence et Cauvy, 24; Beauchef (René), 20; Vilde, 24.

— Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Jury : MM. les docteurs Ramond (Louis), Darré, Sézary, Debray, Donzelot.

— *Chirurgie et accouchements.* — Jury : MM. les docteurs Marion, Lenormant, Veau, Küss, Devraigne.

— Prix Fillioux. — Jury : MM. les docteurs Grivot, Rouget, Bouchet, Abrami, Bazy.

HÔPITAL-HOSPICE DE SAINT-DENIS (SEINE). — Un concours pour l'obtention de trois places d'internes titulaires aura lieu à l'hôpital-hospice de Saint Denis les lundi 12 et mardi 13 février 1934, à 9 h.

Avantages : indemnité mensuelle de 550 fr., nourriture, logement, blanchissage.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est, de 9 à 12 h. et de 14 à 17 h.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Xavier Leclainche, chef de service à l'Institut d'hygiène, est nommé chef de cabinet adjoint du ministre de la Santé publique.

GUERRE. (Active.) — Sont désignés comme membres externes de la section technique du Service de santé pour l'année 1934 :

MM. les médecins colonels Pasteur, Schneider; les médecins lieutenants-colonels Anglade, Auge, Junquet, Perdrizet; les médecins commandants Bolotte, Voizard, de Chaisemartin, Didiée; les médecins capitaines Ferrabouc et Carillon.

VIIIe BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le Lundi Gras, 12 février 1934, au profit des veuves et orphelins du Corps médical, sera donné le VIIIe bal de la Médecine française, dans les salons de l'Hôtel Continental.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

A 22 h. 15 : soirée artistique, avec le concours de Damia, Robert Quinault, Lily Laskine, Lys-Jol, etc.

A minuit : souper par petites tables, servi par des jeunes filles du Corps médical.

Trois orchestres : Eyélett-Melody-Jazz, Orchestre du Continental, les virtuoses russes.

Prix des places : bal, 30 fr. ; bal et soirée artistique, 50 fr. ; souper, 65 fr.

S'adresser « Société F. E. M. », 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

HÔPITAL MARITIME DE BERCK-PLAGE. — *Douze leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires*, par M. André Richard, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage, chirurgien des hôpitaux de Paris, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime ; Parin, chef du laboratoire de radiologie de l'Hôpital maritime ; M. Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime, du 19 au 31 mars 1934.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droit d'inscription : 300 fr. (Les internes des hôpitaux de Paris en sont dispensés.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. (Professeur : M. E. BRUMPT.) — M. le professeur E. Brumpt commencera le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale le mardi 6 mars 1934, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broussais. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 19 au samedi 24 mars 1934 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Heuri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

A. MIGET

(1901-1934)

Depuis une semaine, la mort le frôlait de son aile. Mais si grande était son énergie, si profonde, la tendresse des siens, si attentifs, les soins que, sous la direction de Pasteur Vallery-Radot et Sézary, assistés de Lemierre, lui prodiguait une surveillante d'élite, Madame Bérullier, que l'on voulait espérer contre toute espérance. Hélas ! Dans la nuit de jeudi à vendredi, son état s'aggravait rapidement, et, bientôt, « un cœur noble et pur avait cessé de battre ». Le lendemain matin, nous étions allé saluer sa dépouille. Nous l'avions revu, ce cher visage, non plus anxieux, mais reposé, détendu, comme si, déjà, il goûtait

Ce calme avant-coureur de l'éternelle paix.

Nous les avions contemplés, ces yeux clos à jamais. Nous avions cherché à la graver dans notre mémoire, cette physionomie aimable et loyale qui, d'emblée, attirait confiance et sympathie. Nous nous étions incliné devant sa veuve à laquelle, la veille, tout semblait sourire et qui, sur sa route, venait de se heurter à la douleur. Grande était alors notre émotion : le surlendemain, elle devait croître encore en entendant Laignel-Lavastine lui adresser un suprême adieu, avant son départ pour le cimetière de province où, désormais, il reposera aux côtés de son père, en voyant couler les larmes sur tous les visages, en pensant « combien il faut peu de temps pour faire un passé d'un présent. »

Hier, les plus beaux succès de carrière paraissaient l'attendre. Arrivé vite à l'internat, grâce à sa puissance de travail, à sa méthode et à la clarté de son esprit, il y avait acquis de solides notions de médecine générale, de neuropsychiatrie, de pédiatrie, de dermatologie. Il venait de passer sa thèse. Il devait, dans quelques mois, entrer comme chef de clinique chez M. Marcel Labbé. Il ne savait pas s'il continuerait à concourir, mais ses chefs ne concevaient, à son sujet, aucune inquiétude. Restait-il à Paris, il était certain d'y emporter, de haute lutte, le titre envié de médecin des hôpitaux. Retournait-il à Belfort, cet excellent clinicien, rompu à toutes les techniques du laboratoire, ne pouvait qu'y réussir. Heureux dans sa vie professionnelle, au milieu des malades auxquels il donnait le meilleur de lui-même, il avait eu la joie de créer un foyer. Il avait, il y a cinq ans, épousé sa cousine germaine. Deux gentils enfants leur étaient nés. Rien n'était plus touchant que le spectacle de ces deux jeunes gens, doucement appuyés l'un sur l'autre, pour suivre ensemble le chemin de la vie.

Et voilà que, soudain, le malheur entre dans leur maison. Il y a six mois, l'aïeul paternel succombait à une cruelle maladie. Il y a trois mois, c'était le tour de l'aïeule maternelle. Fils modèle, Miget les avait longuement pleurés. Qui eût pu s'imaginer qu'il les suivrait de si près dans la tombe ?

Il vivra dans la mémoire de tous ceux qui l'ont approché. Pieusement, ils évoqueront ses rares qualités, son caractère droit, ignorant de l'intrigue, son intelligence bien équilibrée, sa vaste érudition, sa conscience et son aménité, qui faisaient de lui le plus délicieux des collaborateurs, ses vertus familiales, la sûreté de son amitié. Que les siens nous permettent de leur exprimer, dans ce journal qui, tant de fois, a été le confident de sa pensée, nos plus respectueuses condoléances. L'épreuve est cruelle. Puissent-ils l'alléger en se rappelant l'affectueuse estime dont était entouré leur cher disparu ! Puissent-ils trouver quelque atténuation à leur peine en parlant de lui à ses petits enfants ! Sa vie toute droite et toute unie n'est-elle point de celles qu'on peut donner en exemple ?

L. BABONNEIX.

Le Laboratoire de Pharmacologie générale, sous la direction du docteur Chapelle, a exposé au Congrès de Thérapeutique quelques-uns de ses principaux produits, et notamment :

Le Santal Midy, si apprécié par tous les spécialistes de l'urologie en France, et dont la vogue est universelle, puisque c'est un des produits français d'exportation les plus connus en Orient et Extrême Orient (Inde, Indochine, Chine et Japon).

L'Apioline de Chapoteaut, le plus actif et en même temps le plus inoffensif de tous les emménagogues, la médication par excellence des irrégularité ou des manifestations douloureuses de la menstruation. »

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Millord, Paris (18e)

LENIFORME

2.5 et 10 %

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

VOIES RESPIRATOIRES :

LE RÉSYL "CIBA"

asséchant bronchique
et désinfectant de la muqueuse.

Diminue la toux,
Réduit l'expectoration,
Relève l'état général.

SIROP — COMPRIMÉS — AMPOULES

LA CORAMINE "CIBA"

tonicardiaque et eupnéique

Relève la pression sanguine, raffermit le pouls.
Rend la respiration plus aisée et plus profonde.

Diminue la dyspnée,
Maintient le potentiel nerveux
Tonifie le cœur,

GOUTTES : XX à C PAR 24 HEURES
AMPOULES : 1 à 10 cc. PAR 24 HEURES

Laboratoires CIBA, O. Rolland, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, Lyon

que spéciale, contraste par son intégrité avec la profondeur des troubles moteurs. En effet, nos examens, pourtant si minutieux, ne nous ont montré, chez notre malade, qu'une diminution de la sensibilité tactile à l'extrémité de la main, quelques erreurs dans l'appréciation des températures, contrastant d'ailleurs, avec une acuité et une exactitude parfaite de la plus grande partie des sensations tactiles. A ce propos, nous pouvons signaler ce fait très saisissant, que malgré l'intensité de la paralysie et son ancienneté, la patiente peut reconnaître très rapidement les différents symboles que l'on trace dans la paume de la main gauche paralysée.

La conservation parfaite du jeu des muscles de la face, du larynx et du pharynx et des yeux en même temps que l'intégrité de l'état mental n'est pas moins frappante ici. C'est là un trait tout à fait personnel à l'hémiplégie ascendante progressive.

Pour être complets, nous signalons, en dernier lieu, la survenance de très légers troubles sphinctériens, surtout vésicaux. Quant aux troubles trophiques ils sont indiscutables et très particuliers. Ce n'est pas, en effet, une amyotrophie localisée, telle qu'on l'observe au cours des myélopathies, mais, au contraire, un amaigrissement musculaire diffus de tout le membre supérieur paralysé. La non-prédominance de l'amyotrophie à l'extrémité distale du membre nous semble assez personnelle à l'hémiplégie ascendante progressive.

*
* *

Les hémiplégies progressives d'origine cérébrale. — En présence d'une hémiplégie à développement progressif, deux hypothèses viennent tout naturellement à l'esprit qui, toutes deux, ont pour base les faits dans lesquels une paralysie unilatérale éclôt et progresse, conditionnée par un processus cérébral à extension lente et progressive. Un des processus de ce genre le plus communément observé n'est autre que le processus néoplasique.

Les tumeurs qui siègent dans le centre semi-ovale ou le corps strié, s'extériorisent assez souvent par une hémiplégie à évolution lente ainsi que le marquent nettement H. Oppenheim et Souques. Et l'origine de la paralysie se précise seulement de longs mois après l'apparition de la paralysie lorsque apparaissent les troubles encéphaliques communs et révélateurs de l'hypertension intra-cranienne. Mais l'on peut faire remarquer que si, autrefois, le diagnostic des tumeurs de l'encéphale se heurtait à des difficultés souvent fort grandes et même parfois insurmontables, il n'en est plus de même aujourd'hui grâce aux nombreux signes qu'a intégrés la sémiologie neurologique et que nous devons, il faut le dire, à la perspicacité et à la ténacité des neuro-chirurgiens. C'est dire, qu'en présence d'une hémiplégie progressive, l'on est tenu de chercher immédiatement les petits signes révélateurs d'une néoformation intra-cranienne : troubles psychiques discrets, perturbations de la sensibilité objective, dilatation des veines papillaires ou début de stase ; que, dans les cas discutables, la ponction lombaire permettra de saisir directement une augmentation de la tension C.R. Ajoutons que dans les faits où la néoplasie se limite à la région paracentrale et s'extériorise, en clinique, par une monoplégie crurale progressive avant d'envahir les centres du membre supérieur, il est bien exceptionnel que la paralysie soit pure de toute perturbation de la sensibilité subjective ou objective et que l'on constate, à une échéance assez brève, des modifications du comportement moteur sensitif et réflexe du membre inférieur d'abord épargné.

Beaucoup plus mystérieuses et difficiles à saisir dans leur origine nous apparaissent les hémiplégies progressives ascendantes qui déterminent certaines *lésions cérébrales d'origine vasculaire*. Nous faisons allusion à cette variété d'hémiplégie qu'a étudiée H. Oppenheim et qui répond, au point de vue anatomique, à un processus de désintégration, d'encéphalomalacie. Dans les faits de ce genre, on constate la réalité de multiples petits foyers de ramollissement du centre ovale plus ou moins confluents et, fait à retenir, indépendants de véritables oblitérations vasculaires. En général, l'hémiplégie se constitue dans l'espace de longs mois et, parvenue à son acmé, s'immobilise indéfiniment. Cette hémiplégie progressive d'origine encéphalomalacique, s'entoure, contrairement à l'hémiplégie spinale que nous visons ici, de perturbations de la sensibilité et souvent est précédée de secousses musculaires classiques qui témoignent du siège cérébral de la lésion. H. Oppenheim a signalé ce fait très intéressant que si les artères cérébrales sont libres d'oblitération, on peut, parfois, observer une thrombose de la carotide par endartérite.

De cette variété d'hémiplégie progressive par encéphalomalacie on peut rapprocher un autre type étudié par Brissaud et E. de Massary où la paralysie n'est plus liée au développement d'une nécrose mais seulement à un œdème cérébral, en rapport lui-même avec un rétrécissement de la lumière de la carotide par artérite chronique. Enfin nous ajouterons que, dans des cas certainement très exceptionnels, une hémiplégie progressive peut être conditionnée par une atrophie cérébrale due à une insuffisance de la vascularisation ainsi que l'ont montré Gowers et Bailey.

*
* *

Les hémiplégies progressives chroniques d'origine spinale. — En 1906, K. Mills publia une série d'observations très curieuses qui relatent le développement progressif d'une hémiplégie spastique doublée d'amyotrophie, mais fort distincte de la forme hémiplégique de la maladie de Charcot. Exactement, comme chez notre malade, la paralysie frappe d'abord le membre inférieur, puis gagne le membre supérieur homolatéral où se remarque une atrophie musculaire diffuse. Les troubles de la sensibilité sont des plus discrets.

Un tel syndrome ne peut répondre au point de vue anatomique qu'à une lésion également chronique et progressive de la moelle épinière qui s'accuse avec une singulière prédominance sur la voie motrice cortico-spinale. Cette varité d'hémiplégie, ajoute Mills, s'affirme assez personnelle dans son expression clinique pour mériter une place à part en nosologie.

Les faits devaient montrer combien était juste l'appréciation de K. Mills, car peu après l'époque où le neurologiste des Etats-Unis donnait la description complète de l'Hémiplégie ascendante progressive chronique, Spiller, Fuchs, Gordon, Cassirer, Oppenheim, publièrent des observations nettement confirmatives de celles qui furent rapportées par K. Mills.

En France, c'est au Professeur G. Guillain et à ses élèves que nous devons l'introduction en neurologie de l'Hémiplégie ascendante chronique d'origine spinale. Les faits étudiés par G. Guillain et ses collaborateurs Mollaret, Thévenard et J. Decourt révèlent avec une grande clarté les traits caractéristiques du syndrome de Mills.

Dans le cas publié par Guillain, Thévenard et Decourt, il s'agit d'un malade âgé de 53 ans chez lequel presque en même temps qu'une attaque de glaucome, on vit apparaître une paralysie progressive du pied droit. Deux ans après, la marche était devenue très difficile et l'on constatait une faiblesse du membre supérieur homologue accompagnée d'amyotrophie diffuse, sans fibrillation et dépourvue de toute localisation segmentaire.

Cinq ans après le début des accidents, l'examen objectif mettait au jour une hémiplégie droite avec abolition des réflexes posturaux, phénomène de Strumpell, surréflectivité tendineuse et même clonus du pied, signe de Babinski bilatéral, abolition des réflexes crémastériens et abdominaux, réflexes de défense, hémiparésie vélo-palatine droite. Les fonctions de la sensibilité n'étaient en rien troublées mais on relevait quelques légers troubles sphinctériens.

Les auteurs insistaient d'une manière particulière sur les perturbations sympathiques caractérisées par une hypothermie de 2 à 3 degrés avec sensation subjective de refroidissement, une diminution de l'amplitude des oscillations artérielles du côté paralysé. L'épreuve à la pilocarpine fut négative et détermina seulement l'apparition de quelques fibrillations. Le liquide céphalo-rachidien était normal ainsi que les réactions hématologiques.

La malade dont l'histoire clinique a été rapportée plus récemment par J. Decourt s'apparente à la précédente. Ici encore, il s'agit d'une hémiplégie ascendante progressive à évolution lente puisque, lorsque la malade fut examinée, l'affection remontait déjà à six ans. Cette hémiplégie droite ne s'accompagnait d'aucun trouble aphasique, d'aucune myoclonie ou fasciculation, la face et la langue se montraient intégralement respectées, et comme chez la patiente précédente, le membre supérieur paralysé laissait reconnaître une amyotrophie diffuse. Il n'est pas indifférent de rappeler que, dans ce fait, la malade était bien syphilitique, mais que l'infection tréponémique ne pouvait être invoquée dans la genèse de l'affection puisque la contamination avait eu lieu bien après le début de la paralysie.

L'hémiplégie spinale peut s'associer parfois à une malformation du cou et ainsi peut sembler d'interprétation particulièrement délicate. Il en était ainsi dans le cas de G. Guillain et Mollaret où l'on constatait chez un homme de 33 ans, à la fois l'existence d'un syndrome de Klippel-Feil et celle d'une hémiplégie spinale progressive très caractéristique.

La première manifestation de la maladie s'était révélée ici par des fourmillements dans la jambe droite auxquels avait rapidement succédé une parésie. Un an après le début de la maladie, apparurent dans le bras homolatéral d'identiques fourmillements que suivait bientôt une pareille paralysie. Pendant une dizaine d'années, la situation demeura sans changement, puis le membre supérieur opposé jusque-là ménagé fut atteint, et enfin le bras. Le malade devint quadriplégique. Tous les réflexes tendineux étaient exaltés, tandis que les réflexes cutanés demeuraient normaux. Les sensibilités étaient respectées, si l'on excepte une légère hypoesthésie des doigts de la main droite.

Comme dans tous les autres cas publiés, le liquide céphalo-rachidien était absolument normal.

*
* *

Synthèse clinique et Diagnostic. — Nous nous garderions d'insister sur la documentation bibliographique ; tel n'est pas le but de ce mémoire ; au reste nous ne ferions que nous répéter sans cesse, tellement sont semblables entre elles les observations publiées depuis les travaux initiaux de K. Mills, de Spiller, de Gordon, de Fuchs, de Cassirer, d'Oppenheim, de Guillain, Mollaret, Thévenard, J. Decourt.

L'hémiplégie ascendante progressive à évolution prolongée débute insidieusement par des fourmillements dans le membre inférieur que va prendre la paralysie, parfois dans le membre opposé ainsi qu'il en était chez notre malade, puis apparaît une parésie d'abord si légère que le malade ne s'en inquiète pas. Enfin, la paralysie s'accentue lentement mais sûrement, tout en demeurant limitée au membre inférieur.

Après un temps variable, mais qui souvent se juge non par mois, mais par années, le membre supérieur perd sa souplesse et la dextérité de ses mouvements, l'hémiplégie est donc constituée après une évolution de plusieurs années.

Ce qui frappe, à cette période, c'est l'intensité de la paralysie des membres homolatéraux et la conservation parfaite du jeu de la musculature de la face, de la langue, du cou et des yeux. Et cette carence de manifestations cérébrales impose rapidement le diagnostic d'hémiplégie spinale progressive. En bref, on se trouve en présence, à la phase d'état, qui, nous l'avons vu, se prolonge parfois pendant de nombreuses années, d'un syndrome pyramidal pur ou presque pur. Généralement, en effet, si le malade a accusé quelques troubles légers de la sensibilité à caractère de paresthésies, ceux-ci se sont éteints depuis longtemps, et l'examen le plus soigneux n'aboutit qu'à mettre au jour une légère déficience de la sensibilité tactile sans grande valeur sémiologique.

En soi, le syndrome pyramidal ne comporte aucun caractère particulier ; comme ailleurs, l'on observe, outre le déficit moteur, la surréflectivité tendino-osseuse, parfois le clonus, les signes de Babinski, d'Oppenheim, de Chaddock, de Strümpell, l'abolition des réflexes posturaux et cutanés. La disparition de ces derniers, cependant n'est pas constante, ceci est à retenir au point de vue du diagnostic lésionnel.

Ce qui apparaît plus personnel à l'hémiplégie ascendante progressive, c'est d'abord l'exaltation de ce que l'on désigne du terme général de réflexes de défense ou d'automatisme spinal, puis l'intensité des perturbations d'ordre sympathique. Ainsi que l'a indiqué le Professeur Guillain, celles-ci sont beaucoup plus accusées que dans la sclérose latérale amyotrophique.

D'autre part, si dans la maladie de Charcot et dans l'hémiplégie ascendante l'amyotrophie est de règle, combien diffère dans les deux cas, l'atrophie musculaire. Segmentaire, distale, associée à des fasciculations, l'amyotrophie de la maladie de Charcot se localise à l'extrémité distale d'un membre, généralement à la main ; diffuse, pure de toute trémulation fibrillaire, l'amyotrophie de l'hémiplégie ascendante que nous avons en vue s'étend à tout un membre.

D'après les caractères positifs et négatifs que nous avons rappelés, on peut juger que le dépistage de l'hémiplégie ascendante progressive ne se heurte pas à de bien grandes difficultés. La règle est de penser au syndrome de Mills, devant une hémiplégie progressive qui ne fait pas sa preuve.

En présence d'une hémiplégie ascendante et progressive, la première démarche de l'esprit est d'éliminer l'hypothèse d'une altération cérébrale à développement lentement progressif telle qu'on l'observe exceptionnellement dans l'encéphalomalacie ou l'œdème liés au rétrécissement ou à la thrombose de la carotide. Mais, outre que les faits de ce genre sont tout exceptionnels, ils surviennent chez des sujets très âgés, artério-scléreux ou athéromateux ; de plus, plus ou moins rapidement, l'hémiplégie spécifie son origine cérébrale par la survenance de phénomènes paralytiques de la face, de la langue, des yeux ou encore par l'apparition d'une dysarthrie, d'une anarthrie ou d'une aphasie lesquelles font constamment défaut, et pour cause, dans l'hémiplégie ascendante telle que l'ont décrite Mills, Spiller, H. Oppenheim, Cassirer, Fuchs, G. Guillain et ses collaborateurs.

Dépister une néoplasie intra-cranienne est chose encore plus aisée, nous nous en voudrions d'insister.

En réalité, la difficulté consiste à ne pas confondre l'hémiplégie spinale ascendante chronique de Mills avec l'hémiplégie que peuvent entraîner des processus purement spinaux, mais beaucoup mieux définis que celui qui est à la base du syndrome de K. Mills.

Et d'abord, la sclérose en plaques. Capricieuse dans son évolution clinique comme dans ses déterminations anatomiques, la sclérose multiple peut fort bien déterminer un syndrome analogue à celui que nous avons en vue. André Thomas et Long en ont donné, voici de nombreuses années, la démonstration la plus autorisée. Mais, dans la sclérose en plaques, il est très exceptionnel que l'affection n'entraîne pas quelque trouble de la sensibilité et qu'on ne retrouve point quelque symptôme en rapport avec une détermination encéphalique : cérébelleuse, protubérantielle ou cérébrale.

Ces réflexions s'appliquent encore mieux à la syringomyélie unilatérale. Ici, les perturbations sensitives sont de nécessité.

En réalité, la maladie qui se rapproche le plus du syndrome de Mills est la maladie de Charcot, la sclérose latérale amyotrophique. Bien souvent, le début se marque par le développement d'une hémiplégie progressive, le plus souvent à évolution descendante, mais parfois ascendante ; de même que dans le syndrome de Mills, des troubles discrets de la sensibilité, pour paradoxal que cela puisse paraître, peuvent doubler la parésie, puis la paralysie. Mais si l'hésitation est possible, la perplexité du clinicien ne peut se prolonger longtemps. Est-il besoin de rappeler que la maladie de Charcot évolue en deux ou trois années, que rapidement l'amyotrophie s'accuse sur l'extrémité distale des membres, enfin et surtout peut-être, que plus ou moins précocement, apparaissent des troubles bulbaires qu'on chercherait en vain, à quelque période que ce soit, dans l'hémiplégie ascendante ?

La syphilis spinale ne réalise pas souvent un tableau analogue à celui de l'hémiplégie ascendante pour la raison que, ou bien la spécificité agit par le détour des lésions vasculaires, lesquelles ne ménagent aucun faisceau non plus que la substance grise, ou bien que la syphilis provoque le développement d'une sclérose assez diffuse ; dans cette dernière éventualité, les deux côtés sont intéressés presque au même moment. La paralysie spasmodique d'Erb en est le témoignage.

L'ensemble des caractères cliniques personnels de l'hémiplégie ascendante impose donc l'idée que cette affection est bien liée à un processus spécial localisé à la moelle épinière, qui se limite étroitement, dans la moelle, au faisceau pyramidal.

Il s'agit donc, dans les faits que nous avons en vue, d'une variété de dégénération assez systématique puisque, nous le répétons, la voie motrice spinale semble seule intéressée, dégénération dont l'étiologie et la pathogénie demeurent obstinément mystérieuses, à l'exemple, d'ailleurs, de bien d'autres dégénérations telles que celles de la maladie de Friedreich ou de la sclérose latérale amyotrophique.

Cette constatation dit assez combien est mal assurée notre thérapeutique. Heureusement, l'hémiplégie progressive ascendante apparaît comme une affection indépendante de tout retentissement vraiment douloureux, le processus évolue avec une lenteur qui permet, dans une certaine mesure, au malade de s'adapter progressivement à une situation qui n'est misérable qu'au bout de longues années, enfin l'affection ne détermine jamais de perturbations dans le domaine de la vie psychique.

BIBLIOGRAPHIE

K. MILLS. Unilateral ascending paralysis, their clinical varieties and their pathologic causes. *Contribut of the Neurologic. Depart of Pennsylvania*, 1906, vol. II.

A. GORDON. Ascending paralysis. *Philadelphia neurolog. society*, janv. 1908.

A. FUCHS. Spinale Hemiplegie (Einseitige aszeniende spinal Paralyse), *Wien. Klin. Wochen.*, 1908, n° 33.

CASSIRER. Einseitige aufsteigende spinal Paralyse, *Neurolog. Cent. Blatt.*, 1908, p. 45.

G. GUILLAIN, THÉVENARD et J. DECOURT. Un cas de paralysie spinale ascendante chronique à prédominance unilatérale, *Revue neurolog.*, mai 1927, p. 582.

G. Guillain et Mollaret. Syndrome de Klippel-Feil, variété étiologique particulière de l'hémiplégie spinale ascendante, *Rev. neurolog.*, 1931, p. 437, t. I.

J. Decourt. Un cas d'hémiplégie spinale ascendante chronique, *Société de neurolog.*, nov. 1930.

Patrikios. Contribution à l'étude des formes cliniques et de l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique, *Th. de Paris*, 1918.

Pierre Marie et Chatelin. Forme hémiplégique de la sclérose latérale amyotrophique, *Soc. méd. des Hôp.*, nov. 1919.

Bériel. Hémiplégie spinale sans troubles de la sensibilité, *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 4 mai 1926.

L. Van Bogaert et Ley. Sur une forme hémiplégique de la sclérose latérale amyotrophique, *Journ. de neurologie et de psych.*, fév. 1927.

A. Thomas et Long. Contribution à l'étude des scléroses médullaires, *Soc. de biol.*, 1899, p. 768.

H. Oppenheim. *Handbuch der Neurologie*, t. II, p. 1290, édit. de 1923.

Brissaud et E. de Massary. *Rev. neurol.*, 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 16 janvier 1934)

Présentation de pièces. — M. Jean Hallé présente une pièce opératoire de sténose hypertrophique du pylore envoyée par M. Rocher (de Bordeaux) et provenant d'un enfant ayant succombé pour une tout autre cause un mois après l'intervention. Cette pièce montre de façon très nette que l'état de la section pylorique est le même qu'au premier jour.

A propos d'un cas de maladie de Barlow. — M. R. Marquézy, Mme Hébert-Jonas et Mlle Ronget rapportent l'observation d'un cas de scorbut typique survenu chez un enfant de 8 mois nourri exclusivement au lait stérilisé. Ils insistent sur l'intensité de l'anémie, sur la netteté et la persistance pendant un an des signes radiologiques et sur l'évolution fébrile de la maladie. Ils discutent à ce propos l'origine de la fièvre et concluent en faveur d'une double origine, infection et carence associées.

Anémie grave de nature infectieuse terminée par guérison. — MM. Nobécourt et Liège ont observé chez un enfant de 10 ans une anémie très grave avec chute du taux des hématies à 1.100.000 par millimètre cube, et relevant d'une origine infectieuse mal déterminée. Elle se termina par la guérison après deux transfusions sanguines. Ils notent à ce propos que la première transfusion faite avec du sang pur fut mal supportée malgré l'absence d'incompatibilités sanguines, mais que la seconde, faite très lentement avec du sang citraté provenant du même donneur, ne donna lieu à aucun incident.

Le traitement des vomissements habituels par l'acupuncture chinoise. — M. Lavergne a obtenu la guérison de vomissements habituels en enfonçant de quelques millimètres une aiguille fine dans la fossette sus-xiphoïdienne et en la laissant en place quelques minutes. Il a eu sur quinze cas ainsi traités 8 guérisons et 5 améliorations.

Un cas de dysostose cranio-faciale non héréditaire ni familiale. — MM. H. Grenet, J. Levesque et P. Isaac-Georges présentent une fillette de 21 mois, chez laquelle on constate les déformations craniennes et faciales caractéristiques de la dysostose cranio-faciale et une exophtalmie avec strabisme divergent et nystagmus. L'examen ophtalmoscopique montre l'existence d'une stase papillaire avec atrophie optique ; la cécité paraît complète. La radiographie du crâne montre enfin sur toute la voûte des empreintes sinueuses anastomosées donnant un aspect cérébriforme. L'intelligence ne paraît pas atteinte. Ce cas est isolé dans la famille.

Nanisme, obésité et dystrophies osseuses multiples. — MM. H. Grenet, J. Levesque et P. Isaac-Georges présentent une enfant de 9 ans dont l'aspect monstrueux résulte de trois sortes d'anomalies : nanisme résultant du raccourcissement du tronc et des membres dont l'aspect rappelle l'achondroplasie ; obésité considérable frappant uniformément tout le corps à l'exception de la face ; altérations osseuses considérables avec incurvation des os longs, décalcification massive, élargissement et écrasement des épiphyses.

Cet état auquel on ne reconnaît aucun caractère héréditaire ou familial date de 5 ans environ ; de nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser son étiologie et sa pathogénie.

Un cas de dyschondroplasie. — MM. M. Boppe et J.-A. Lièvre présentent un cas de cette affection restée exceptionnelle depuis la description de Ollier et Molin. Il s'agit d'un enfant de 2 ans atteint d'un raccourcissement des membres supérieur et inférieur gauches avec genu valgum. La radio montre dans toutes les extrémités des diaphyses des os longs et dans les ailes iliaques des lésions systématisées réalisant des bandes claires parallèles d'aspect très spécial ; on observe à l'examen histologique des zones osseuses et des zones cartilagineuses juxtaposées. Les auteurs contestent l'unilatéralité de la dyschondroplasie et admettent seulement une habituelle prédominance à un des côtés du corps. Ils estiment enfin qu'il s'agit d'un trouble trophique frappant l'extrémité des diaphyses.

Un cas de pyopneumothorax spontané d'origine tuberculeuse chez un nourrisson de 10 mois. — MM. E. Leenhardt, P. Lamarque, J. Chaptal et P. Mas présentent les radiographies du thorax d'un enfant de 10 mois atteint de pyopneumothorax suffocant d'origine tuberculeuse. Le pneumothorax occupe l'hémithorax droit, et sous l'effet de la tension des gaz, il se prolonge en une poche faisant hernie dans le médiastin antérieur et débordant largement dans l'hémithorax gauche. La tension des gaz atteignit +60 +25, mesurée en centimètres d'eau. Un épanchement purulent à pneumocoques vint compliquer ce pneumothorax.

Cependant son origine tuberculeuse est formellement établie par la cutiréaction fortement positive, et surtout par l'examen anatomique qui montra dans les deux poumons des lésions tuberculeuses typiques.

Deux cas de myatonie. — M. P. Giraud (de Marseille) rapporte l'observation d'une famille où 4 enfants sur 5 présentèrent quelques jours après la naissance une atonie musculaire avec abolition des réflexes tendineux, hypoexcitabilité électrique de tous les muscles et nerfs sans réaction de dégénérescence frappant tout le corps à l'exception de la face. Tous moururent dans la première année. Il semble que la syphilis des parents ne puisse pas être en cause dans ces quatre cas.

Il rapporte d'autre part avec M. Boulaya un cas typique de maladie d'Oppenheim chez un enfant de 4 ans, caractérisée par une atonie congénitale très marquée et lentement régressive. Ce cas est isolé dans la famille et ne reconnaît aucune étiologie précise.

sirop "roche"

au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE CINNAMATE DE BENZYLE CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE, TRAITEMENT ADJUVANT DES TUBERCULOSES MÉDICALES ET CHIRURGICALES

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction

Pas de contre-indications

De **1** à **2** ampoules par jour ou tous les **2** jours. Séries de **15** à **20** injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMONIE DU SOMMET

SIGNES. DIAGNOSTIC. ÉVOLUTION[1]

Evolution. — Grave.

La mort pouvant survenir par *collapsus*, ou *complications*, après défervescence peu nette, on note l'apparition d'*hépatisation grise* ou de *septicémie pneumococcique.*

C'est, en particulier, la pneumonie du diabétique, du cardiaque, du tuberculeux, de l'alcoolique.

Pneumonie du sommet du diabétique. — Très insidieuse, a l'aspect de la *phase* pneumonique d'une gangrène pulmonaire, provoque l'acidose et le coma.

Pneumonie du sommet du cardiaque. — Se présente comme une apoplexie pulmonaire, provoque l'asystolie, *aggrave* l'insuffisance cardiaque.

Pneumonie du sommet du tuberculeux. — Avec dyspnée vive et cyanose accentuée, défaillance cardiaque précoce.

Pneumonie du sommet de l'alcoolique. — On doit y insister ; suivant le degré d'éthylisme, on aura des tableaux cliniques différents :

a) *Alcoolisme léger.* — Les troubles nerveux sont plus importants que normalement et le *délire* fait son apparition.

b) *Alcoolisme grave.* — La pneumonie est marquée par le *delirium tremens* ; délire et tremblement dominent la scène.

1° Le délire avec *hallucinations* ou fausses perceptions (*illusions*).

Les hallucinations sont surtout *visuelles*, parfois sensitives ou auditives ; elles sont *pénibles, terrifiantes, très mobiles, professionnelles.*

Le délire est *logique, non systématisé*, et c'est un *délire d'action :* le malade se débat, veut s'échapper.

L'intelligence, la mémoire sont voilées ;

La sensibilité générale diminuée.

2° Le tremblement est surtout intense aux extrémités, le faciès hagard, le corps couvert de sueurs, le malade présente des *trémulations* des mains et des pieds, trémulations rapides qui peuvent s'accentuer et aller jusqu'à un *frémissement généralisé.*

Devant ce tableau de delirium tremens, il ne faut pas méconnaître la pneumonie, en présence d'une telle agitation qui rend l'examen difficile.

Trois signes doivent y faire penser :

1° La *fièvre ;*
2° L'*insomnie ;*
3° L'*herpès,*

Signes qui coexistent souvent avec un gros foie et du *subictère.*

On doit craindre *l'hépatisation grise, l'ictère grave.*

En somme, la pneumonie du sommet de l'adulte taré est toujours grave.

III. **La pneumonie du sommet du vieillard**, elle aussi, est d'une haute gravité habituelle, car elle constituerait 25 pour 100 parmi les causes de mort des vieillards.

C'est essentiellement une *pneumonie insidieuse.*

Début : insidieux, quelques frissonnements, un malaise général et une fatigue accentuée, une *asthénie inaccoutumée.*

Etat. — Signes généraux. — Là encore, l'*asthénie* tient le premier plan, avec les *troubles digestifs ;* en particulier, la *langue* est bien particulière ; langue *sèche, rôtie, brunâtre, fendillée.* La température, *rectale*, est à 38°-38°5, les bruits du cœur sont souvent assourdis et le pouls petit et rapide. Les urines sont rares, mais *transparentes.*

SF. — Les crachats sont atypiques : crachats verdâtres, *vert-pré.*

SP. — Les signes pulmonaires sont trompeurs, atypiques ou masqués.

a) *Atypiques :* Quelques sous-crépitants avec respiration soufflante et submatité.

b) *Masqués* par des râles de bronchite chronique ou par de la sclérose pulmonaire.

Evolution. — La mort est habituelle par *myocardite.* Le tableau clinique de la pneumonie du vieillard est cependant loin d'être uniforme, et l'on a pu distinguer :

Des formes *larvées, bénignes*, chez le vieillard robuste, des formes *latentes* ou *ambulatoires*, des *formes hémiplégiques* ou *apoplectiques*, des *formes algides*, des formes *doubles.*

Le *pronostic* de la pneumonie du sommet est donc tout différent.

Chez l'enfant : pronostic bénin.

Chez l'adulte taré et le vieillard : pronostic grave.

Diagnostic. — 1° *Positif :* on doit rappeler la valeur :

a) De l'*herpès* chez *l'alcoolique ;*

b) Des signes digestifs et de la *langue* chez le *vieillard ;*

c) Des *signes radiologiques* chez l'*enfant.*

2° *Différentiel.* — Il se pose :

a) Pour l'enfant, en cas d'*hyperthermie subite*, avec une *angine, otite, scarlatine*, une *ostéomyélite ;*

Le point de côté peut en imposer pour une *appendicite.*

Les signes nerveux devront faire discuter : une *méningite* ou une *encéphalite pneumococcique.*

b) Chez l'alcoolique, on doit éliminer :

1° Les délires toxiques (opium, belladone) ;
2° La manie aiguë ;
3° Les *délires infectieux ;*
4° La cause du *delirium* (traumatisme, érysipèle)...

c) Chez le *diabétique :* éliminer la gangrène pulmonaire ; *cardiaque :* l'apoplexie pulmonaire ; *vieillard : l'infection urinaire*, la fièvre typhoïde, la démence sénile.

3° *Etiologique*, dans tous les cas, on discutera entre *pneumonie* et congestion pulmonaire, bronchite aiguë, surtout *broncho-pneumonie pseudo-lobaire* (enfant et vieillard) et la *nature pneumococcique.*

a) On sait que l'on peut avoir une pneumonie à pneumocoques *associée* à une pneumonie rhumatismale, grippale, etc...

e) La pneumonie du sommet *primitive* peut être, *exceptionnellement*, due *à d'autres causes qu'au pneumocoque.*

Il est *classique* de citer :

1° La pneumonie *pesteuse ;*

En réalité, c'est une broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

2° La pneumonie *éberthienne.*

Le diagnostic est fait sur l'hémoculture, l'examen des crachats et du *suc pulmonaire.*

3° La pneumonie *tuberculeuse* (surtout pneumonie curable), le seul signe de certitude est l'expectoration bacillifère avec présence de bacilles de Koch ; savoir qu'ils peuvent être peu nombreux et intermittents ; recourir aux ensemencements des crachats sur milieux spéciaux (Lœwenstein). Valeur des hémoptysies et des antécédents. Se méfier d'une association possible. L'évolution lève les doutes.

En résumé, on voit donc que la pneumonie du sommet tire surtout son gros intérêt clinique du *terrain* sur lequel elle évolue.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 9, p. 162.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

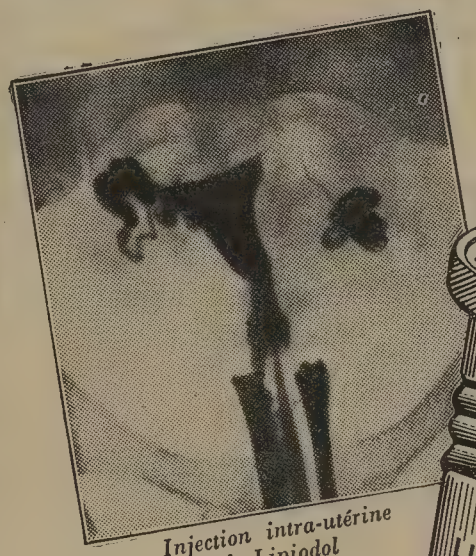
R C Versailles 25.292

LIPIODOL LAFAY

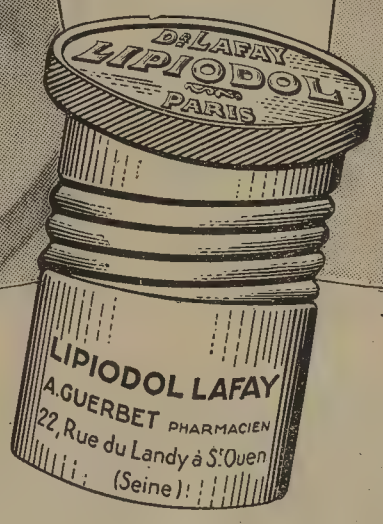
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

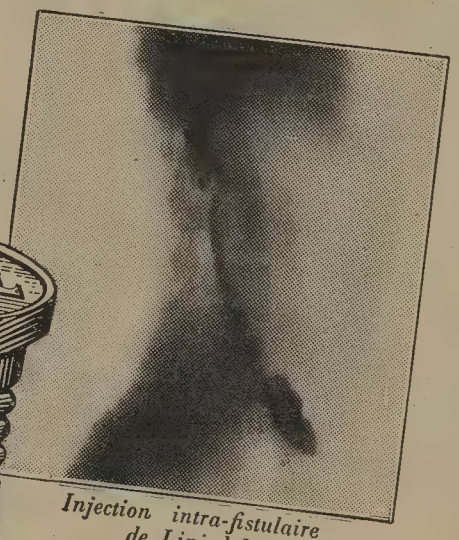
Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'Iode
1 capsule / 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 10 FEVRIER 1934. — N° 12.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Traitement général des asphyxiés (fin), par M. Guilleman.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Société des chirurgiens de Paris.
CHRONIQUE
Journées tragiques, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Fédération corporative des médecins de la région parisienne.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 6 février 1934. — Questions données : « Signes et évolution des abcès amibiens du foie. — Anatomie pathologique, signes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. »

MM. Divet, 16; Clerc, 20; Mazingarbe, 21; Bonnet, 22; Camus, 20; Velez, 25; Boyé, 20; Blanchard et Fournée, 17; Bouwens van der Boyen, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Congés des Jours Gras.* — La bibliothèque de la Faculté sera ouverte le lundi 12 février, de 14 à 18 h., et sera fermée le mardi 13 février.

— Bordeaux. — M. Aubertin, agrégé, est nommé professeur de médecine expérimentale. (Dernier titulaire de la chaire : M. Dupérié.)

GUERRE. — M. le pharmacien général Colin, de l'inspection générale du Service de santé aux colonies, a été placé, à compter du 4 février 1934, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE. — Prix a décerner en 1934 (séance annuelle de 1935). — *Prix Marjolin Duval* (300 fr.) à l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie publiée en 1934.

Prix Edouard Laborie (1.200 fr.) à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Dubreuil (400 fr.) destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Chupin (1.400 fr.) au meilleur mémoire inédit ou imprimé de pathologie chirurgicale portant plus spécialement sur les affections ou blessures observées aux armées.

Prix Le Dentu à l'interne médaille d'or de chirurgie en 1934.

Les manuscrits destinés au prix Laborie doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe contenant les noms, l'adresse et les titres du candidat.

Adresser les travaux au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1934.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le poste de médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse) est vacant par suite du départ de Mlle le docteur Morel, appelée à un autre poste.

JOURNALISTES MÉDICAUX. — L'Association professionnelle des Journalistes médicaux français et la Caisse mutuelle de retraites des Journalistes médicaux français tiendront leur assemblée générale ordinaire le jeudi 15 février 1934, à 17 h., dans la salle du Conseil de l'Association générale des médecins de France, 93, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

COQUELUCHES
AQUINTOL MIALHE

SERVICE DE SANTÉ INTERNATIONAL. — Au début de juin dernier s'est tenu à Madrid le VIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires. Parmi les résolutions qui y furent prises par les chefs de service des armées figuraient plusieurs questions d'un grand intérêt humanitaire :

1° La création de villes exclusivement réservées au traitement des malades et des blessés et qui seraient comme telles l'objet d'immunités spéciales ;

2° Le respect effectif des lois de la guerre et la protection de la population civile.

Le prince de Monaco, mis au courant de ces vœux par son délégué à Madrid, le médecin lieutenant-colonel Louet, s'est montré désireux d'en faciliter la rapide et complète création. Dans cette intention, il a invité au Palais un certain nombre de personnalités particulièrement qualifiées selon indication de l'Office international de médecine sanitaire, pour un échange de vues du 5 au 11 février.

VIe CROISIÈRE DE L'ASSOCIATION GUILLAUME BUDÉ (25 mars-8 avril 1934). — Cette croisière aura lieu à bord du *N. N. Théophile Gautier* (M. M.) : Naples, Palerme, Agrigente, Syracuse, Taormina, Leptis Magna, Tripoli, Sfax (Gabès), Sousse (Kairouan), Tunis, Marseille.

Pour tous renseignements s'adresser à l'Association Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (VIe). Littré 70-55.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie gynécologique et chirurgie spéciale des voies urinaires chez la femme), en huit leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 19 février 1934, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve), jusqu'au samedi 17 février.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Roux, chirurgien de l'hôpital de Jérusalem ; Adolphe Maignot (du Pouzin) ; le professeur Vasily Nicolaïevitch Sirotinine, membre de l'Académie de médecine de Pétrograd, président du Conseil supérieur d'Etat, président de la Société Panrusse des sanatoriums pour blessés de guerre des armées russes et alliées, décédé à Paris où il résidait depuis 1924.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Ordre du jour

La fédération corporative, expression de l'ensemble des organismes professionnels des médecins de la région parisienne, a pris connaissance avec la plus vive satisfaction des débats de l'Académie de médecine et de l'ordre du jour voté par elle, dans sa séance du 30 janvier 1934, sur la proposition d'une commission composée de ses membres les plus qualifiés, et nommée à la suite de l'intervention de M. Ch. Fiessinger.

En s'associant aux protestations des différents groupements médicaux, relativement aux dispositions fiscales qui visent les professions libérales assujetties au secret professionnel (carnet de reçus et livre-journal),

En les ayant déclarées contraires à l'esprit même de solidarité sociale et humaine de la profession médicale,

En les disant d'ailleurs inapplicables,

En proclamant enfin, que la profession médicale ne saurait à aucun titre être assimilée à une profession commerciale,

L'Académie a bien précisé — et très opportunément soutenu de sa haute autorité — la pensée unanime du corps médical à l'endroit de dispositions législatives qui doivent être rapportées.

Réunie en assemblée générale le 2 février 1934, à la Faculté de médecine, la fédération corporative des médecins de la région parisienne prie l'Académie de médecine de croire à la profonde reconnaissance des médecins qu'elle représente.

CHRONIQUE

JOURNÉES TRAGIQUES

Les journées sanglantes amenées par un gouvernement de criminels ont fait des victimes dans le corps médical.

Parmi les innombrables blessés du 6 février, nous trouvons d'abord notre confrère Lobligeois, vice-président du Conseil municipal. Accomplissant magnifiquement son devoir, comme tous les élus de la Ville de Paris défenseurs des libertés publiques, Lobligeois, glorieux mutilé des rayons X, a été sauvagement frappé à la tête. Des étudiants en médecine ont été également blessés.

Et puis voici un mort, Jean Fabre, interne de l'hôpital Saint-Joseph, où il était particulièrement estimé par ses chefs et ses collègues. Il avait 32 ans ! Il était le fils d'un confrère. A tous les siens, nous adressons l'expression émue de notre profonde compassion.

Sursum corda !

F. L. S.

REMISE DU BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — En signe de deuil le Bal de la Médecine française, qui devait avoir lieu lundi, est remis à une date ultérieure.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne, PARIS, 2e

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULES

cérésSine

Minéralisateur complet

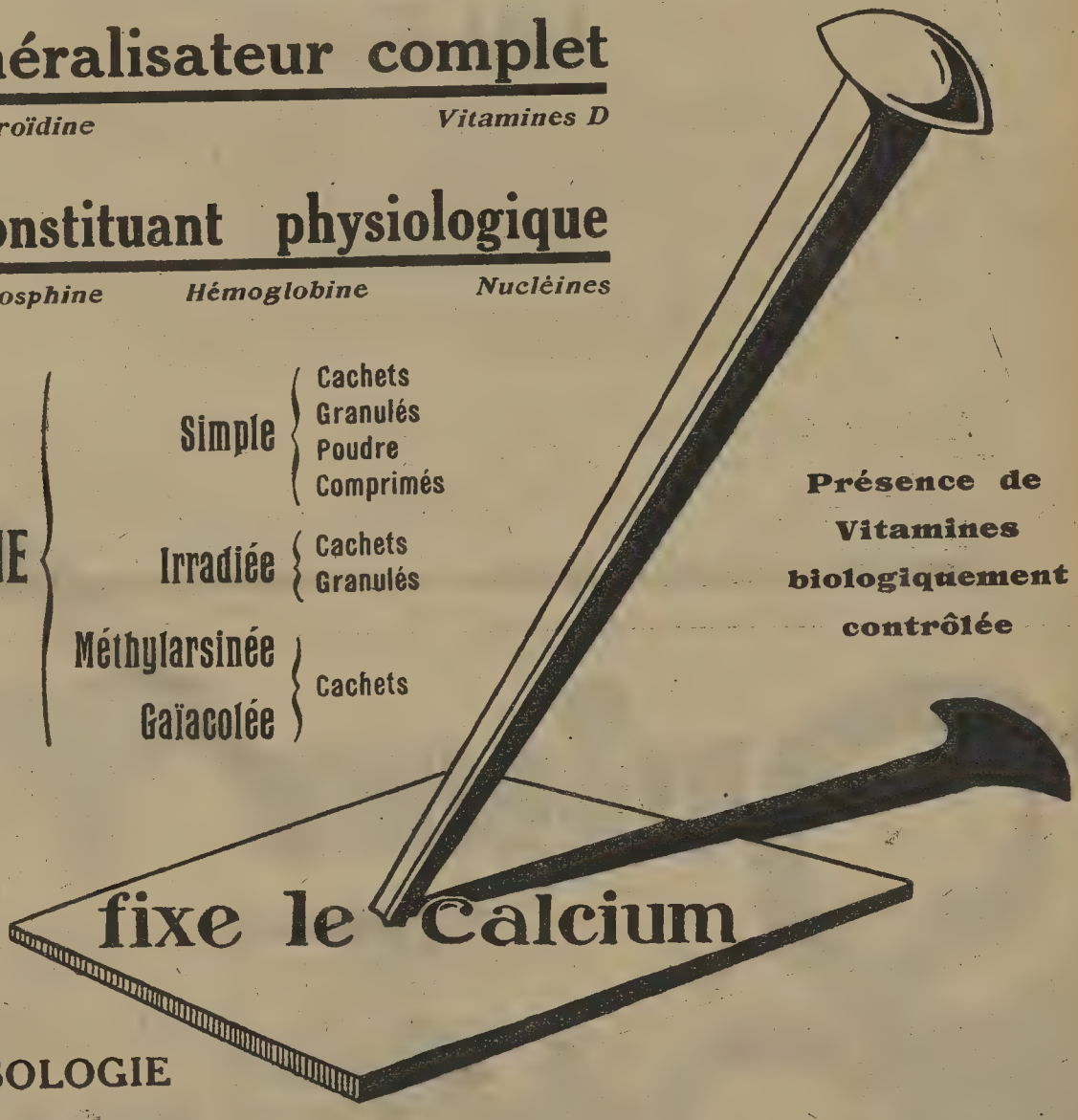
Parathyroïdine *Vitamines D*

Reconstituant physiologique

Phytophosphine *Hémoglobine* *Nucléines*

CÉRÉOSSINE

- Simple : Cachets, Granulés, Poudre, Comprimés
- Irradiée : Cachets, Granulés
- Méthylarsinée : Cachets
- Gaïacolée : Cachets



Présence de Vitamines biologiquement contrôlée

fixe le Calcium

POSOLOGIE

Cachets, Poudre (par cuill. à café)	Adultes,	2
	Enfants,	1
Comprimés	Adultes,	4
	Enfants,	2
Granulés (par cuill. à café)	Adultes,	4
	Enfants,	2
	Nourrissons,	1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 LILLE (Nord).

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

REVUE GENERALE

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES ASPHYXIÉS[1]

Par M. GUILLEMAN,

Médecin-capitaine au régiment de sapeurs-pompiers.

B. Accidenté du type pâle ou syncopal. — C'est un syndrome, avons-nous dit, beaucoup plus brutal que celui qui provoque la mort de l'asphyxié bleu. Mais, comme dans ce dernier cas, il s'agit d'une inhibition soudaine du centre respiratoire, qui réalise souvent d'emblée le type de la « mort bulbaire ».

De ces faits nous tirons une première déduction thérapeutique : les phénomènes bulbaires se trouvant là encore au premier plan de la scène clinique, ce sont eux qu'il faudra d'abord combattre. Donc, on soumettra le malade aux manœuvres d'excitation périphérique, à la respiration artificielle et à la carbogénothérapie.

Cependant, il faut tenir compte, dans la mise en application de ce traitement, de l'absence de troubles circulatoires veineux. A la cyanose précédemment observée fait place la pâleur des téguments. On observe, de plus, une chute brutale de la tension artérielle, accompagnée d'une vacuité souvent complète du cœur et compensée par une accumulation de la masse sanguine dans les capillaires du système porte. Ce « retrait du sang dans les viscères abdominaux amène la déficience brusque de la circulation encéphalique, de la circulation coronaire et accessoirement de la circulation périphérique ».

On conçoit. dès lors, que la position tête haute, dont nous avons dit la nécessité pour traiter l'asphyxié bleu, soit ici non seulement inutile, mais même nuisible. On placera le malade tête basse, en mettant sous l'abdomen un coussin ou des couvertures. L'appareil Cot répond parfaitement à cette indication, puisque la manœuvre d'un simple support suffit à en renverser l'inclinaison.

En second lieu, il faut proscrire de façon absolue la saignée ; elle serait, du reste, inopérante, puisqu'aucun syndrome d'hypertension veineuse ne la justifie. On aura recours d'emblée à l'injection intraveineuse d'huile camphrée, complétée par l'administration de tonicardiaques, suivant la technique que nous avons indiquée. Mais si la mort de tels malades peut être immédiate et, par suite sans appel, il s'agit très souvent de cas de mort apparente, simulant à s'y méprendre la mort réelle. La réanimation peut ne survenir, dans de telles conditions, qu'après de longues heures d'efforts inlassablement poursuivis. On devra attendre, pour abandonner la victime, l'apparition des signes certains de la mort (lividités cadavériques et symptômes oculaires). Les contractures sont trop fréquentes, chez les électrocutés surtout, pour avoir une réelle valeur.

La résistance de ces syndromes à un traitement même prolongé impose l'utilisation de méthodes thérapeutiques plus énergiques encore que celles que nous avons décrites. Nous voulons parler de l'injection intracardiaque, de l'administration de lobéline et de la ponction lombaire. Elles trouvent également leurs indications dans les cas graves d'asphyxie bleue. Mais le fait est beaucoup plus rare et les chances de succès bien plus minimes. C'est pourquoi nous avons préféré les décrire en étudiant l'accidenté du type pâle.

L'injection intracardiaque doit être pratiquée toutes les fois que l'examen du malade ne laisse entrevoir l'existence d'aucun signe de vie, sans que rien ne permette d'affirmer la mort : le corps est encore chaud ; le globe oculaire, bien que privé de ses réflexes, garde sa consistance normale ; la saignée n'a donné que quelques gouttes de sang noir.

Il est indispensable, pour la réaliser, d'interrompre la respiration artificielle. On retourne donc rapidement le malade ; on repère le 5e espace et on enfonce l'aiguille verticalement, au ras du sternum. On note, en traversant la paroi cardiaque, s'il existe des battements, qui se transmettent à l'aiguille. Puis une légère aspiration fait sourdre dans la seringue quelques gouttes de sang, indiquant la pénétration dans le ventricule droit. On injecte alors lentement le produit médicamenteux. Puis on retire rapidement l'aiguille et on replace le malade en décubitus ventral, pour poursuivre la respiration artificielle.

L'expérience semble montrer que le meilleur médicament est, dans ces cas, l'adrénaline, en raison de son action énergique à la fois sympathicotrope et vagotrope sur les appareils respiratoire et circulatoire. Mais elle est dangereuse, du fait même de son activité, et il faut la manier avec prudence. En pratique, on ne doit pas dépasser la dose maxima de 1 mg. Il est bon, par surcroît, de la diluer dans 5 à 10 cc. de sérum physiologique. Ajoutons enfin que la caféine a une action neutralisante sur l'adrénaline. Il n'est pas inutile, par suite, d'ajouter à la solution précédente 0 g. 25 de caféine.

L'effet, lorsqu'il se produit, est immédiat et on voit, sitôt l'injection faite, le pouls battre plus rapidement et plus fort et la respiration devenir plus profonde, bien qu'encore irrégulière et saccadée. C'est le prélude d'une reprise normale des fonctions respiratoires et cardiaques. Ce résultat doit être, bien entendu, consolidé par la continuation du traitement habituel : respiration artificielle, carbogénothérapie et injections tonicardiaques, pour combattre la phase d'hypotension secondaire provoquée par l'adrénaline.

Les résultats d'une telle thérapeutique sont, à vrai dire, inconstants et souvent décevants. Elle n'a de chances de succès que si l'action porte sur un cœur encore capable de se contracter, c'est-à-dire encore animé de battements, ou, tout au moins, immédiatement après l'arrêt de ceux-ci. Et c'est sans doute à une intervention trop tardive qu'il faut attribuer ses échecs.

Ceux-ci ont conduit les auteurs à rechercher une arme plus active. Les Allemands d'une part et d'autre part le Professeur Jellineck, ont vanté l'efficacité de la *lobéline* et publié un grand nombre d'observations vraiment encourageantes. Ils ont utilisé cette substance dans presque toutes les asphyxies. Mais les résultats les plus satisfaisants semblent être ceux obtenus chez les noyés syncopés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 10, p. 169.

La lobéline est, en effet, un stimulant remarquablement énergique du centre respiratoire. Pour obtenir une action rapide, les auteurs allemands ont essayé de l'administrer par voie intraveineuse. Mais, à côté de résultats vraiment surprenants obtenus avec des doses de 3 mg., ils ont observé des échecs complets et, chose plus grave, des accidents mortels qu'on ne peut passer sous silence. Aussi, étant donnée l'action élective de ce médicament sur le bulbe, qui pratiquement est seule à rechercher, on a songé à utiliser la voie intrarachidienne : l'efficacité est tout aussi rapide et, en même temps, plus durable. Du reste, le produit s'éliminant très vite, on peut sans inconvénient renouveler l'injection au bout d'une heure. Mais c'est là encore une méthode dangereuse et d'action inconstante. Aussi, en France, tout au moins, on ne l'utilise actuellement que dans des cas désespérés, en attendant d'avoir à sa disposition un produit plus stable.

Reste enfin la *ponction lombaire*. C'est également en Allemagne qu'elle fut préconisée. Elle serait indiquée en raison de l'hypotension fréquente du liquide céphalo-rachidien et de la possibilité d'hémorragies méningées. En réalité, ces accidents sont exceptionnels chez l'accidenté du type pâle. Chez l'asphyxié bleu, l'expérience a montré qu'ils sont dus au processus œdémateux consécutif à l'hypertension veineuse. Dès lors la saignée suffit à lutter contre eux. Par suite la ponction lombaire ne reste indiquée que dans les cas où la saignée ne donne pas de résultats suffisants et dans ceux où il y a des signes évidents d'hémorragie méningée, faits tout à fait exceptionnels.

Enfin, pour être complet, il nous faut encore signaler le dernier né parmi les médicaments destinés au traitement des asphyxiés. Il s'agit du bleu de méthylène utilisé en injection intraveineuse de 50 à 150 cc. d'une solution à 1 %. Les Américains qui ont expérimenté cette thérapeutique en disent le plus grand bien. Les 10 cas ainsi traités par Geiger, Christopherson et Brown ont été suivis de succès. Mais autant qu'on puisse en juger par la description clinique donnée par Ravina et Simone Lyon, ils eussent également été guéris par notre méthode. D'autre part, les expériences exécutées par ces auteurs ont été critiquées par Haggard et Greenberg et sont, en somme, peu concluantes. Le procédé n'est encore qu'à la phase expérimentale. Il est, par suite, impossible de le juger dès maintenant, attendu qu'il n'a jamais été utilisé en France, pas plus, du reste, que la méthode que nous exposons ne l'a été en Amérique.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les données générales qui président au traitement des asphyxiés. Il nous reste maintenant à dire comment ces principes sont appliqués dans la pratique courante. Nous prendrons pour type le cas le plus souvent observé, c'est-à-dire celui de l'asphyxié cyanotique trouvé inanimé dans les conditions où s'est produit l'accident. Nous indiquerons à ce propos comment fonctionnent les postes de secours mobiles créés au Régiment de Sapeurs-pompiers par le médecin-lieutenant-colonel Cot.

APPLICATION PRATIQUE DE LA METHODE

Lorsque dans l'une des 24 casernes de Sapeurs-pompiers de Paris retentit l'appel pour asphyxié, immédiatement les hommes de service partent avec le fourgon-pompe. Ils sont munis des appareils destinés à donner les premiers soins : appareil à respiration artificielle de Panis ou de Cot et inhalateur de carbogène avec deux bouteilles de gaz.

Arrivés sur les lieux, ils commencent par supprimer la cause de l'asphyxie. Si l'on a affaire à un électrocuté, on coupe le courant. S'il s'agit d'une intoxication par l'oxyde de carbone ou le gaz d'éclairage, ils suppriment d'abord la source d'émission de gaz, aèrent largement la pièce et transportent la victime dans une atmosphère saine, aussi près que possible du lieu de l'accident. Puis, sans perdre un instant, ils étendent la victime sur un plan dur, dégrafent ses vêtements et le placent sur l'appareil à respiration artificielle, en position tête haute, s'il s'agit d'un asphyxié bleu, ou tête basse, s'il s'agit d'un accidenté du type pâle. En même temps, un aide manœuvre l'inhalateur, dont il applique le masque sur le visage du sujet. Enfin, un autre sapeur recouvre le corps de couvertures et, à l'aide d'alcool ou d'eau de Cologne, le frictionne énergiquement.

Tout ceci demande quelques minutes, tout au plus. Pendant ce temps, le chef de garde interroge l'entourage, il cherche à connaître la durée et les circonstances de l'intoxication, l'état de santé habituel du malade, ses habitudes, son âge, etc... Tous ces renseignements, il les note scrupuleusement pour les donner au médecin.

Celui-ci, alerté par téléphone, arrive en général quelques instants plus tard, avec l'ambulance et un infirmier. Il recueille de la bouche des sauveteurs les anamnestiques dont nous venons de parler, tout en vérifiant l'exécution correcte des manœuvres précédentes et en procédant à un examen médical rapide. Il recherche l'état du pouls, du cœur, des mouvements respiratoires, les réflexes oculaires, la température du corps, la cyanose, les contractures musculaires. Tout ceci doit se faire sans interrompre un seul instant la respiration artificielle et l'administration du carbogène. Il suffit de tourner légèrement le sujet pour y parvenir.

De cet examen découlera la ligne de conduite à adopter. Nous supposerons qu'on se trouve en présence d'un asphyxié bleu. Sans vouloir envisager l'infinie variété des cas qui peuvent se présenter, nous admettrons qu'en pratique on peut se trouver dans trois alternatives différentes.

1° *Le pouls bat et il existe des mouvements respiratoires spontanés*

Il s'agit le plus souvent d'un pouls de faible amplitude, irrégulier et rapide. Les mouvements respiratoires sont à peine ébauchés : les muqueuses et le visage sont cyanosés. Immédiatement on pratique une saignée au pli du coude : une légère torsion du bras suffit pour l'exécuter aisément sans interompre les manœuvres respiratoires. Le sang est recueilli dans un plateau gradué. Pendant son écoulement, on pratique sur le bras opposé une injection intraveineuse de 2 cc. d'huile camphrée d'après la technique précédemment décrite.

Il est difficile d'indiquer une règle capable de fixer l'abondance de l'écoulement sanguin. Nous avons

donné, suivant l'âge du sujet et l'état de son appareil cardio-vasculaire, les limites dans lesquelles il faut se tenir. Pour le reste, c'est une question d'espèce variable avec chaque cas particulier. Le plus souvent on voit le malade revenir peu à peu à lui. La respiration devient plus facile, la cyanose s'atténue ou disparaît, le pouls devient plus régulier, moins rapide, mieux frappé : les contractures disparaissent : le jet s'affaiblit, traduisant ainsi la diminution de la pression veineuse. C'est au moment où on constate de façon nette cette amélioration qu'il faut arrêter la saignée. Un simple pansement compressif ou la mise en place d'une agrafe de Michel suffisent à assurer l'hémostase.

On complète ensuite les résultats obtenus par l'administration intramusculaire de tonicardiaques : 20 cc. d'huile camphrée éthérée à 5 % et 0 g. 25 de caféine.

Quant à la respiration artificielle, il ne faut la cesser qu'au moment où l'amplitude respiratoire devient normale. Il ne faut pas tenir compte des mouvements thoraciques faibles et rapides qu'on observe au début : il faut continuer la manœuvre de l'appareil toujours au même rythme de 16 à 20 par minute. C'est la victime qui règle peu à peu ses mouvements sur ceux de l'appareil et non l'inverse. On n'est autorisé à mettre le malade sur son lit, en décubitus dorsal, qu'après avoir constaté la régularité physiologique du rythme respiratoire spontané.

Les inhalations de carbogène seront poursuivies dans cette position. Mais au lieu d'appliquer étroitement le masque sur le visage, on le mettra à une certaine distance (4 à 5 cm.), suivant le procédé dit « à la reine ». Avec le nouveau masque de Cot, il suffira d'augmenter progressivement l'admission d'air. On continuera cette médication jusqu'à reprise complète de la connaissance et il nous arrive souvent de la poursuivre par intermittences pendant plusieurs heures à l'hôpital où la victime a été transportée.

2° Le pouls ne bat pas et il n'existe pas de mouvements respiratoires spontanés

Tout dans ce cas fait penser à la mort. Mais aucun signe ne permet de l'affirmer. La conduite à tenir est exactement la même que dans le cas précédent : excitations périphériques, respiration artificielle et carbogénothérapie mises en œuvre par les sauveteurs. Le médecin, dès son arrivée, tente une phlébotomie. Le plus souvent on assiste à l'écoulement de quelques gouttes de sang noir, qui bave le long de l'incision : la veine se vide et tout s'arrête. La circulation sanguine est interrompue et, par suite, l'injection endoveineuse ne peut être suivie d'aucun effet. C'est alors que l'injection intracardiaque nous paraît indiquée, surtout si l'interrogatoire de l'entourage laisse supposer un arrêt tout récent des phénomènes vitaux.

On agit aussi rapidement que possible et on reprend aussitôt les manœuvres respiratoires. Celles-ci ne seront interrompues qu'à l'apparition des signes certains de la mort. En pratique, si au bout d'un quart d'heure, aucun symptôme de réanimation n'est survenu, on est autorisé à les rechercher. En dehors des stigmates tardifs et d'absolue certitude, qui apparaissent souvent dès ce moment (refroidissement progressif, lividités, rigidité), nous avons l'habitude de faire appel à une série de signes qui, *pris dans leur ensemble*, ne trompent jamais. C'est d'abord l'absence d'écoulement sanguin après phlébotomie. Ce sont ensuite et surtout les signes oculaires (ramollissement du globe, déformation de la pupille à la pression, absence de réaction conjonctivale à l'éther). Enfin si on brûle superficiellement les téguments avec une bougie, il ne se produit aucune phlyctène.

C'est seulement après ces épreuves qu'on a le droit d'abandonner la partie. Mais si une seule d'entre elles reste douteuse, il faut continuer les soins jusqu'à l'apparition des lividités.

3° Cas bénins. — A côté de ces cas particulièrement graves, il en est d'autres qui ne traduisent qu'une intoxication bénigne. La thérapeutique sera alors purement symptomatique. Les mouvements respiratoires étant le plus souvent assez amples on n'utilisera pas la respiration artificielle. On se contentera de quelques inhalations de carbogène « à la reine », pour stimuler un centre bulbaire encore dolent. La saignée est le plus souvent inutile, sauf s'il reste de la cyanose ou des phénomènes nerveux et seule la médication tonicardiaque intraveineuse ou intramusculaire sera nécessaire. Très rapidement le malade reviendra à lui, sans avoir besoin d'intervention plus énergique.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à l'asphyxié bleu. Nous n'avons pas, à dessein, fait de discrimination entre le noyé, l'électrocuté et l'intoxiqué par l'oxyde de carbone, puisque, dès le début de cet exposé, nous avons insisté sur l' « unicité anatomopathologique du syndrome asphyxique ».

De même, nous n'avons pas parlé des injections de lobéline, ni de la ponction lombaire, puisque nous ne les utilisons pour ainsi dire jamais, sauf dans les cas désespérés, ou tout a été tenté en vain. Nous n'avons, du reste, jamais dans ces conditions observé de réanimations.

Quant à l'accidenté du type pâle, nous avons déjà indiqué les particularités que présente son traitement: respiration artificielle en position tête basse et inutilité de la saignée. Nous n'y reviendrons pas. Nous voudrions cependant souligner à nouveau la nécessité de poursuivre, plus encore que pour l'asphyxié bleu, les manœuvres respiratoires jusqu'à l'apparition des signes certains de la mort et de se méfier des cas de mort apparente, qui, du fait des contractures musculaires, simulent souvent à s'y méprendre la rigidité cadavérique.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots de la thérapeutique à appliquer à l'asphyxié dans les jours qui suivent l'accident aigu.

SOINS CONSECUTIFS

C'est qu'en effet, il ne faut pas abandonner la victime réanimée. Le traitement d'urgence a permis d'écarter une mort presque fatale. Il a ramené un souffle de vie dans un organisme déjà presque inerte. Il faut, non seulement maintenir cet état de chose, mais encore consolider les résultats obtenus et chercher à prévenir les complications qui guettent le malade et risquent d'annihiler les efforts antérieurs.

Nous avons dit la rareté des syndromes congestifs et œdémateux depuis l'emploi systématique de la saignée et de la carbogénothérapie. Ils peuvent néanmoins se manifester dans certains cas. De plus on peut voir apparaître les complications nerveuses et cérébrales, des pneumonies, des crises asthmatiformes chez les sujets prédisposés. Il faut donc, dans la mesure du possible, chercher à les prévenir. Il est, en outre, indispensable d'achever de désintoxiquer le malade et de remonter son état général.

La saignée reste le meilleur traitement prophylactique à opposer aux phénomènes pulmonaires. « Il ne faut pas hésiter à la renouveler les jours suivants, en cas de danger », surtout lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et sains.

Il faudra, de plus, faire de la révulsion locale, en utilisant de préférence des ventouses sèches ou même scarifiées, tout en renouvelant par voie intramusculaire des injections tonicardiaques.

Nous avons, enfin, insisté sur la nécessité d'entretenir l'excitation créée au niveau du bulbe, jusqu'au rétablissement intégral de l'automatisme respiratoire : il suffit, pour cela, de poursuivre les inhalations de carbogène, par intermittences, à raison de 10 minutes toutes les heures. Dans les cas plus graves, on aura recours aux injections sous-cutanées, intraveineuses, intrarectales ou intrapéritonéales, à doses variables suivant les cas.

Dans un ordre d'idées analogue, nous devons dire un mot de la transfusion sanguine. Nous n'en avons pas parlé dans le chapitre du traitement d'urgence. Elle ne peut en effet être appliquée dans les conditions précaires où la nécessité d'agir vite nous oblige le plus souvent à travailler. Elle paraît surtout indiquée chez l'accidenté du type syncopal dont elle constitue la médication héroïque, par excellence. Dans le cas où on ne pourrait y avoir recours, on la remplacera par l'injection intraveineuse de 500 g. à 1 litre de sérum glucosé. Il n'est pas douteux, néanmoins, qu'on devra l'utiliser toutes les fois qu'on en aura la possibilité. On pratiquera de préférence de petites transfusions répétées, suivant les besoins, à intervalles plus ou moins éloignés.

De façon plus rationnelle encore, on peut faire l'autotransfusion avec réoxygénation du sang à l'aide de la seringue spéciale du Docteur Cot. Le sang de la victime est aspiré dans la seringue où il se trouve mêlé à de l'oxygène ou du carbogène arrivé par une tubulure spéciale. Le liquide et le gaz sont brassés ensemble et intimement mélangés et ensuite réinjectés dans la veine du sujet.

Enfin, chez de tels malades, il faut faire appel à la médication antispasmodique. Certains auteurs ont vanté l'action de l'hyposulfite de soude, à la dose de 8 à 20 g. par 24 heures, en potion.

Le salicylate de soude, en injections intraveineuses de 1 à 2 g. par jour, nous a semblé plus efficace. On assiste à une chute assez rapide de la tension artérielle et surtout à la disparition de la céphalée, des vomissements, de la cyanose. Nous complétons souvent cette thérapeutique par l'administration de 4 à 6 g. de citrate de soude per os.

A ce traitement antispasmodique, il faut rattacher l'actinothérapie. Préconisée surtout par Koza et Haldane, étudiée récemment par Mouzon, elle accélérerait, selon eux, la dissociation de la carboxyhémoglobine et l'oxygénation de l'hémoglobine. Il semble que les rayons U.V. agissent en luttant contre le spasme artériel et les troubles circulatoires et veineux, dont nous avons parlé. Ils constituent, dans tous les cas, un adjuvant extrêmement précieux à la thérapeutique que nous venons d'exposer.

Disons, en terminant, qu'il n'est pas exceptionnel, malgré ces soins énergiques, de voir, chez des intoxiqués graves, persister une céphalée assez violente et un ralentissement net du pouls. La ponction lombaire permet alors, dans la grande majorité des cas, de faire cesser ces phénomènes. C'est une de ses rares indications.

Quant aux séquelles de l'intoxication, il n'en existe guère : celles qu'on a signalées ne persistent pas, en général, au delà de 5 à 6 jours : c'est le cas des vomissements, des céphalées, du teint légèrement cyanotique et surtout de la parésie des muscles inspirateurs déterminant parfois un véritable blocage du thorax.

On a beaucoup parlé aussi de l'injection d'atropomorphine. Ce n'est, semble-t-il, qu'un médicament d'exception. Il pourra cependant rendre des services appréciables, surtout chez les noyés, qui présentent des signes rebelles d'œdème aigu du poumon.

*
* *

Nous en avons fini avec l'exposé d'une méthode qui est en grande partie l'œuvre du Médecin Lieutenant-Colonel Cot et de ses collaborateurs. En faisant de très larges emprunts à leurs travaux, nous avons essayé d'en grouper ici, dans un but essentiellement pratique, les divers éléments. Nous avons volontairement banni de cet exposé toute considération théorique. Nous nous sommes borné à résumer très succinctement les données physiologiques, expérimentales et cliniques, qui lui servent de base.

Il faut d'abord retenir qu'il est indispensable de traiter *rapidement et sur place* de tels malades. Tout transport entraîne une perte de temps toujours préjudiciable à la réussite des opérations de sauvetage. De plus, l'expérience montre qu'il est dangereux de remuer un sujet qui se trouve sous la menace de la fameuse crise hypertensive, origine de syncopes secondaires presque toujours mortelles. Il ne faut donc transporter la victime qu'après réanimation complète. C'est la condition sine qua non du succès.

En second lieu, nous tenons également à souligner la nécessité absolue de n'interrompre, sous aucun prétexte, la respiration artificielle, jusqu'au moment où l'automatisme respiratoire est rétabli. On voit trop souvent des médecins, cependant avertis, arrêter à tous instants les mouvements pour ausculter le cœur ou examiner le sujet. C'est là, nous ne le répéterons jamais assez, une pratique déplorable : tout le succès, en matière de respiration artificielle, dépend de la continuité et de la régularité des manœuvres. Et nous avons montré qu'on peut, sans les arrêter, grâce à la méthode de Schaefer, se faire une idée suffisante de l'état de la victime.

Quant à la durée des soins, nous n'y reviendrons pas. Nous avons donné les grandes lignes de la thérapeutique pratique. Il est impossible d'envisager tous les cas. Là, comme ailleurs, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. C'est au médecin à savoir adapter son traitement à chaque cas particulier, en tenant compte des réserves que nous avons formulées pour la carbogénothérapie et la saignée. La respiration artificielle reste seule indiquée sans restriction, dans tous les cas. C'est l'état du malade qui servira de guide, pour la durée de son application. Il en est de même pour l'administration des toni-cardiaques. Ceci nous incite à insister à nouveau sur la nécessité absolue, pour le médecin, de pratiquer un examen rapide mais soigneux du malade et de se renseigner auprès de l'entourage sur son état toutes les fois que la chose sera possible.

Retenons simplement, en terminant, la valeur de cette double association thérapeutique : d'une part, la respiration artificielle et la carbogénothérapie, d'autre part la saignée et l'injection intraveineuse d'huile camphrée. Les faits sont là pour illustrer l'exactitude de nos affirmations. Si, en effet, sur les 648 asphyxiés, que le Régiment de Sapeurs-Pompiers a eu l'occasion de traiter dans les dix premiers mois de l'année 1933, nous mettons à part les 216 victimes décédées avant notre arrivée et les 44, dont l'état par trop bénin n'a nécessité aucune thérapeutique, nous arrivons aux résultats suivants : 260 malades sont éliminés de cette statistique. Sur les 388 restants, 318 ont été sauvés. La proportion de succès est donc de 82 %, chez des sujets profondément atteints qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient vraisemblablement succombé.

Ces chiffres nous paraissent suffisamment éloquents par eux-mêmes pour se passer de commentaires. Ils prouvent, dans tous les cas, l'incontestable valeur d'une méthode, qui a maintenant fait ses preuves. Et il est juste de rendre hommage à ceux qui l'ont créée et perfectionnée. Elle n'est certes pas parfaite et bien des choses sont encore à étudier. Mais d'ores et déjà, l'essentiel est fait. Il ne reste plus que des mises au point de détail, que l'expérience nous permettra de réaliser : ce sera l'œuvre de demain.

La Tente Noire (1), par le Dr René POTTIER et SAAD BEN ALI.

Il y a quelques mois, le Dr Pottier et Saad ben Ali publiaient un roman saharien : Aïchouch la Djellabya. A l'occasion d'une aventure attachante, les auteurs décrivaient la vie saharienne d'une façon très curieuse.

Avec la Tente Noire, les mêmes auteurs nous font pénétrer dans la vie d'une tribu saharienne, les Oulad Saïah. Grâce à une intrigue amoureuse qui sert de trame à ce récit toujours vivant et souvent passionnant, le lecteur se trouve initié aux coutumes des Berbères, à leurs croyances et à leurs lois. Les médecins y trouveront de curieux détails sur la thérapeutique et aussi sur les superstitions des indigènes.

Ce livre est d'une agréable lecture, il aura un succès mérité.

F. L. S.

(1) Un volume 12 × 19 orné de 15 bois gravés. — Prix : 12 fr. — Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1934)

Présence exceptionnelle du virus murin dans les urines des rats infectés expérimentalement par ce virus. — MM. Charles NICOLLE, Paul GIROUD et Mme Hélène SPARROW.

Essais sur l'anémie infectieuse du cheval. — MM. G. RAMON et E. LEMÉTAYER.

Pouvoir antihelminthique de certains composés chlorés du butane dans la cylicostomase du cheval. — M. MARCENAC.

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1934)

Traitement de la lèpre. — M. Ch. RICHET présente un travail de MM. FÉRON et A. LANCIEN, qui ont utilisé, dans le traitement de la lèpre (à la léproserie de Harrar), une solution aqueuse de cin-éthyl-formine associée au cuivre colloïdal. La méthode, qui est d'une innocuité absolue, a donné comme résultats : le relèvement de l'état général avec possibilité de reprise du travail, l'amélioration des troubles trophiques avec retour de la sensibilité, la disparition des macules anesthésiques, l'affaissement des œdèmes.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1934)

Notice. — M. OMBRÉDANNE lit une notice nécrologique sur M. Pierre Bazy.

Sécrétion de l'intestin grêle. — MM. ROUVIÈRE et G. VALETTE font une nouvelle communication à propos du rôle de l'innervation extrinsèque dans la sécrétion de l'intestin grêle.

Infiltration siliceuse du poumon. — MM. POLICARD et G. MARION apportent une nouvelle contribution à l'étude des pneumokonioses.

Ils ont pu pratiquer l'examen anatomopathologique et histochimique des poumons de deux indigènes ayant vécu et circulé dans les parties sablonneuses du Sahara où règne le sirocco et le vent de sable.

Chez ces deux sujets, les poumons présentaient des dépôts considérables de particules extrêmement riches en silice libre. On ne trouvait cependant pas trace d'édifications fibreuses du type de celles qui ont été décrites dans la silicose pulmonaire (nodules silicotiques). Il faut souligner l'absence de ces édifications fibreuses. L'accumulation de silice n'a pas déterminé de réactions fibreuses pulmonaires, sans doute en raison de l'absence du facteur infectieux.

Larynx artificiel. — M. PONT, présentation faite par M. Sébileau.

Dispensaires pour petites agglomérations. — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE a établi et présenté les plans de dispensaires postes de secours très simplifiés et économiques. Ces dispensaires rendront de grands services dans les petites agglomérations.

Anaplasmose ovine. — MM. CUILLE, CHELLE et CAZAUX décrivent une maladie du mouton qui a été observée récem-

ment dans l'Aude, la Haute-Garonne et le Sud-Ouest. Elle est caractérisée par une coloration ictérique des muqueuses et des émissions d'urine colorée. Les signes constants sont l'ictère et l'hémoglobinurie. La température est de 39,5 à 40°. Les guérisons sont peu nombreuses.

D'après les auteurs, l'ictère du mouton serait une anaplasmose. C'est la première observée en France.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la IVe section (sciences biologiques), en remplacement de M. Hanriot, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés ; en première ligne : M. Strohl.

En seconde ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Binet, Champy, André Mayer, Nattan-Larrier et Weinberg.

Adjoints par l'Académie : MM. Baudouin, Bourguignon, Henri Labbé et Langeron.

Au premier tour, M. Strohl, *profeseur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est élu* par 46 voix, contre 34 à M. Weinberg, 1 à M. Mayer.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 2 décembre 1933)

Action sur les exophtalmies expérimentales du diéthylaminométhyl-benzodioxane (F. 883) et de quelques composés voisins. — MM. L. Justin-Besançon, D. Bovet, Mlle Denyse Kohier et Mme Schiff-Wertheimer ont établi l'autonomie physiologique du système de protrusion du globe oculaire. Ces recherches expérimentales permettent de bien comprendre les particularités de l'exophtalmie basedowienne. Fait important pour la thérapeutique, certains poisons paralysants du sympathique, du type de l'yohimbine, déterminent plus facilement que d'autres la rétrocession des exophtalmies expérimentales. La découverte récente d'une série de sympatholytiques de synthèse, dérivés du benzodioxane (883 Fourneau) ou de la phénoxyéthyldiéthylamine (413 Jeanne Lévy, 928 Fourneau) a permis aux auteurs d'approfondir ce problème. Ils montrent, qu'à des degrés divers, plusieurs corps de cette série possèdent des propriétés « anti-exophtalmiques ».

L'un des plus intéressants, jusqu'à présent est la pipéridylméthyl-benzo-dioxane (F. 933). Ces études pharmacodynamiques permettent d'entrevoir de nouvelles possibilités dans le traitement de l'exolphtalmie basedowienne.

Sur quelques caractères biologiques différentiels des variantes R et S d'une souche de bacille tuberculeux. — MM. L. Nègre, J. Valtis et A. Bonnefoi montrent que les variantes *S* et *R* d'une souche de bacille tuberculeux qu'ils ont isolée avec Guy Laroche se différencient par leur teneur en lipides, la variante *S* étant beaucoup plus riche en ces substances que la variante *R*.

L'inoculation préalable de la variante *S* de cette souche paraît conférer au cobaye et au lapin, vis-à-vis d'une infection tuberculeuse d'épreuve, une résistance supérieure à celle que leur donne la variante *R*.

Les effets de la section des fibres vaso-dilatatrices du nerf lingual sur leur excitabilité. — M. et Mme Chauchard et M. F. Fiesch, sur des chiens, montrent que, sous l'influence de la section, la chronaxie du nerf lingual vaso-dilatateur augmente du simple au double ; il en est de même de la rhéobase ; le temps de sommation ne varie pas. Cette augmentation de la chronaxie, quand on sépare le nerf des autres centres par la section, met en évidence la subordination de la périphérie au centre dans le domaine du sympathique.

Le sort de l'antitoxine diphtérique chez les sujets traités par le sérum antidiphtérique. — MM. G. Ramon, Robert Debré et Jean Bernard. Des dosages effectués, il ressort que le taux d'antitoxine dans le sérum des sujets traités par le sérum antidiphtérique est variable d'un sujet à l'autre, que son maximum est atteint plus ou moins rapidement, que sa vitesse de chute est également variable suivant les individus. Toutefois, même après vingt jours, trente jours et davantage, et aussi bien chez les sujets qui ont reçu une dose unique que chez ceux qui ont reçu des doses répétées de sérum antidiphtérique, le taux antitoxique n'est pas descendu au-dessous de 1/10 d'unité antitoxique par centimètre cube du sérum des malades soumis à la sérothérapie spécifique.

Sur les variations de la teneur en antitoxine dans le sérum des sujets atteints de diphtérie et soumis à la sérothérapie spécifique. — MM. G. Ramon, Robert Debré et Jean Bernard. L'immunité antitoxique qui fait suite à l'injection de sérum antidiphtérique, et qui est appréciée par la teneur en antitoxine du sérum du sujet traité, apparaît remarquablement variée. Cette immunité, dite passive, n'est donc pas en réalité un phénomène simple comportant une répartition de l'antitoxine qui se ferait régulièrement chez les différents sujets et que l'on pourrait facilement prévoir d'avance. L'organisme intervient dans ce phénomène, il ne reste pas absolument passif, d'où des variations individuelles que l'on peut, toutes proportions gardées, rapprocher de celles que l'on observe dans l'immunisation active, et l'immunité active elle-même, qui se substitue, dans certains cas, à l'immunité passive, contribue à exagérer ces variations.

A propos de l'inoculation du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques. — MM. P. Gastinel et R. Pulvénis. En inoculant soit les ganglions périphériques, soit les ganglions profonds (mésentériques) de lapins, les auteurs n'ont observé en aucun cas des manifestations locales en poursuivant leurs investigations jusqu'au 265e jour. L'étude histo-pathologique ne décela aucune altération de ces ganglions, qui se montrèrent par ailleurs avirulents lors de leur passage à des animaux neufs.

Le tissu lymphoïde mérite par conséquent de prendre place à côté du tissu nerveux et du tissu surrénal ; aucun d'eux ne permet, en effet, la végétabilité du virus directement inoculé, alors même que celui-ci demeure susceptible de déterminer des lésions à distance.

Antagonisme, sur le tonus de l'intestin isolé, de deux substances théoriquement synergiques, l'Arécoline et la Pilocarpine. — M. H. Busquet. L'Arécoline et la Pilocarpine sont des excitants du parasympathique et, à ce titre, elles augmentent l'une et l'autre le tonus intestinal. Mais, si on fait agir la pilocarpine sur l'intestin isolé déjà tétanisé par l'arécoline, l'alcaloïde du Jaborandi produit alors une chute considérable du tonus. Les deux substances qui, théoriquement, devraient être synergiques, se comportent donc, dans certaines conditions, comme des antagonistes.

Quand la tétanisation intestinale est provoquée par un poison musculaire tel que l'ammoniaque, la pilocarpine n'exerce plus son action antitonique.

Action « antifixatrice du calcium » de quelques carbonates, mise en évidence expérimentalement sur le rat blanc. — MM. Raoul Lecoq et Henri Villette. Les carbonates de calcium, de magnésium et de strontium ajoutés à la dose de 2 p. 100 au régime rachitigène Randoin-Lecoq, en augmentent la sévérité ; le magnésium et le strontium l'empor-

tant manifestement sur le calcium. Ceci en confirmation des faits observés par d'autres auteurs.

Les carbonates ferreux et manganeux, de même que les carbonates de magnésium et de strontium, rendent inefficace l'adjonction au régime rachitigène de doses relativement élevées de phosphate disodique.

L'action antifixatrice du carbonate basique de bismuth, sans être nulle, apparaît plus faible que celle des autres carbonates essayés.

Influence du métal sur l'activité antirachitique des orthophosphates. — MM. Raoul LECOQ et Henri VILLETTE. Le métal influe indiscutablement sur l'activité antirachitique des divers orthophosphates, son action est en rapport avec la nature de celui-ci et avec le nombre de fonctions acides saturées.

Le potassium et le sodium se comportent sensiblement de même et n'ont qu'une influence retardatrice faible.

Les métaux dont les carbonates entravent la calcification osseuse des lésions rachitiques n'agissent pas tous de même manière.

Le magnésium et le strontium n'empêchent pas plus que le sodium ou le potassium l'action de l'ion P^2O^5 sur la calcification des lésions osseuses des rats expérimentalement rendus rachitiques, à l'aide d'un régime comportant un large excès de calcium ; dans les mêmes conditions, le calcium retarde nettement cette action.

Dans les limites de l'expérience, le fer, le manganèse et le bismuth inhibent l'activité antirachitique du radical phosphoré auquel ils se trouvent associés.

— Société de biologie de Lyon (séance du 20 novembre) :

Recherches sur la bacillémie tuberculeuse dans 15 cas de manifestations cutanées tuberculeuses ou imputables à la tuberculose. — MM. P. COURMONT, J. GATÉ et P.-J. MICHEL. Sur 15 cas étudiés, les auteurs trouvent, par la méthode de Lœwenstein, 8 fois une hémoculture positive. Sur ces 8 cas, l'examen direct a permis 4 fois de mettre directement les bacilles en évidence dans le sang.

Il y avait bacillémie dans 1 cas de tuberculose verruqueuse, 1 fois sur 4 lupus tuberculeux nodulaires, 3 fois sur 4 lupus érythémateux, dans 1 cas d'érythème induré et dans 1 cas d'érythème noueux, 1 fois sur 2 psoriasis ; 2 érythèmes polymorphes ne s'accompagnaient pas de bacillémie.

La bacillémie tuberculeuse paraît coïncider avec un pouvoir agglutinant nul ou faible, celui-ci étant au contraire net et même souvent élevé dans les cas à hémoculture négative.

Etude de l'albumosurie et du coefficient de Maillard chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. A. DUFOURT et JOET. D'une étude portant sur quatre-vingt-dix malades, les auteurs concluent :

1° Il n'existe pas de parallélisme étroit entre l'albuminurie et l'élévation du coefficient de Maillard. Il arrive que certains malades aient de l'albuminurie avec un coefficient normal ou inversement.

2° Il ne nous a pas paru qu'il y ait une corrélation évidente entre le degré de l'albuminurie d'une part, la gravité et l'extension des lésions pulmonaires d'autre part. Chez les très grands malades, il existe assez fréquemment de l'albumosurie, mais pas de façon constante. Enfin, il arrive que des tuberculoses directes s'accompagnent d'albumosurie ou présentent un coefficient de Maillard un peu anormal.

L'épilation par « broutage » et sa signification biologique : besoin et nécessité de « l'aliment encombrant ». — MM. G. MOURIQUAND et M. BERNHEIM. Les cobayes soumis à un régime déséquilibré dans lequel manque l'élément cellulosique (foin, paille, etc.) présentent souvent une épilation partielle ou généralisée.

Celle-ci ne doit pas être attribuée à la « carence alimentaire », au moins directe, mais au besoin d'« aliment encombrant », qui pousse le cobaye à « brouter » les poils de son compagnon de cage. L'adjonction de foin, de paille, de bois, supprime presque toujours le « broutage » et l'épilation. Ces faits montrent sous un jour particulier le besoin et la nécessité de l'aliment « encombrant ».

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1933)

Hydronéphrose congénitale. Poussée aiguë. Première intervention : marsupialisation de la poche. Fistule pyélo-cutanée. Deuxième intervention : néphrectomie. Guérison. — MM. BLANC et LAVENANT communiquent l'observation d'une fillette qui, sans aucun antécédent, présenta un syndrome abdominal aigu grave, faisant penser à un kyste dermoïde tordu ou à un kyste du mésentère, et fut opérée d'urgence. L'intervention montra qu'il s'agissait d'une hydronéphrose énorme adhérente au mésocôlon et à l'angle colique ; impossible à extirper, elle fut marsupialisée. L'examen des fragments de la poche par Rubens-Duval montra son origine rénale, et la fistule pyélo-cutanée, par laquelle s'écoulait un liquide mêlé d'urine ne se fermant pas, il fallut faire une néphrectomie ; celle-ci fut suivie de la guérison définitive de la malade.

Epithélioma volumineux de la région aryténo-épiglottique. Extirpation par pharyngotomie rétro-thyroïdienne. — M. DUFOURMENTEL présente un malade auquel il a enlevé, dix jours auparavant, une tumeur ulcérée du volume d'un petit œuf, au moyen d'une pharyngotomie rétro-thyroïdienne. Cette opération, simple et bénigne, donnant sur l'hypopharynx et le larynx un jour très large, a été décrite et parfaitement réglée par Quénu et Sébileau. Le cas présent montre qu'après dix jours la cicatrisation est déjà complète.

Comment éviter les adhérences post-opératoires chez les laparotomisés. Recherches cliniques et expérimentales. — M. TSACONAS (d'Athènes), à la suite d'une série d'expériences sur les lapins, montre qu'après introduction d'une certaine quantité d'huile de paraffine dans l'abdomen, il ne se produit pas d'adhérences, malgré une malaxation traumatisante des intestins et du péritoine. L'auteur a appliqué cette méthode sur l'homme et ne voit plus se produire les inconvénients dus aux adhérences.

A propos du diagnostic et de l'évolution des corps étrangers dans le tube digestif. — M. GUISEZ, se basant sur une expérience déjà longue (les premiers corps étrangers qu'il a extraits de l'œsophage datent de 1908), indique les principaux signes qui permettent de faire avec une certitude à peu près absolue le diagnostic clinique de corps étrangers de l'œsophage et qui commandent l'œsophagoscopie, en particulier lorsqu'il s'agit de petits corps tels que les petits os, les arêtes, qui ne sont pas décelés par les Rayons X. La dysphagie, très douloureuse, qui empêche le malade d'avaler la moindre goutte de liquide, est caractéristique. Dans l'évolution du corps étranger avalé, la région réellement dangereuse est l'œsophage et surtout dans sa portion initiale canaliculaire. Lorsque le corps étranger est déjà dans l'estomac ou l'intestin, il faut que le chirurgien soit très patient, car l'évolution par les voies naturelles est la règle, surtout s'il s'agit d'un corps arrondi. Lorsque le corps étranger est irrégulier (dentier), muni d'aspérités pointues (épingles, épingles de nourrice, etc.), il faut surveiller son

évolution par un examen pour ainsi dire continu aux Rayons X. L'intervention chirurgicale (gastrotomie, entérotomie) est indiquée lorsque le corps étranger semble séjourner pendant une longue période (au moins 5 à 6 jours) au même point. Mais, encore ici, il faut savoir attendre, car l'évacuation spontanée se fait la plupart du temps.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de zoologie et de biologie générale. I. La cellule et les protozoaires (1), par Georges Bohn, professeur à la Faculté des Sciences.

De tous les professeurs de la Sorbonne, il en est peu d'aussi aimés que M. Georges Bohn : la clarté de son enseignement, auquel il se donne corps et âme, l'art avec lequel il sait, sans effort apparent, s'élever du particulier au général et du concret à l'abstrait, sa maturité pleine de fougue, sa constante bienveillance envers les travailleurs lui ont valu, depuis longtemps, parmi les étudiants, une popularité de bon aloi. Ils savent qu'ils trouveront toujours auprès de lui le meilleur accueil, que c'est le rendre heureux que de solliciter ses conseils, qu'une force irrésistible l'oblige à obliger. Aussi sont-ils chaque année plus nombreux, les « clients » qui viennent demander à ce grand docteur une de ces consultations scientifiques dont dépend parfois l'orientation d'une carrière.

C'est pour eux qu'il a rédigé ces *Leçons de Zoologie et de Biologie générales*, dont le premier fascicule, qui paraît aujourd'hui, est consacré à la *Cellule* et aux *Protozoaires*, tandis que les autres traiteront respectivement de l'*Œuf* et de la *Mécanique embryonnaire*, avec les *Problèmes de la sexualité et de l'hérédité*, des *Invertébrés*, des *Associations fonctionnelles* et du *milieu intérieur* (sang, régulation hormonale et nerveuse), des *Vertébrés* et de la *Théorie du transformisme*.

S'agit-il donc d'un simple manuel, que le candidat feuillette d'une main distraite la veille de l'examen ? Non, mais d'une « mise à la page » des problèmes les plus importants de la physiologie générale, d'une sorte d'« Introduction à l'Etude de la Biologie expérimentale et à celle de la Médecine ». Le P. C. N. n'est-il point, par la grâce de nos doux seigneurs, souvent moins bien inspirés, devenu le P. C. B., où, aux sciences naturelles N, envisagées du point de vue morphologique, a été substituée la biologie B, avec les aspects si divers et si passionnants de l'activité vitale ? Le besoin ne se faisait-il pas sentir d'un livre qui rassemblerait les éléments essentiels des diverses branches de la biologie : cytologie, protistologie, embryogénie, histologie, génétique, anatomie comparée, physiologie générale, ethnologie, science de l'évolution ?

Ce besoin est aujourd'hui comblé. Dans l'ouvrage de M. G. Bohn, non seulement les étudiants, mais tous ceux qui s'intéressent au mouvement des idées, trouveront exposés les grands problèmes de la vie, avec — quand la chose est possible — leur solution. C'est ainsi que le premier tome est consacré à l'étude des questions d'actualité, parmi lesquelles nous citerons les chapitres relatifs à l'organisation de la *cellule* : cytoplasme, de structure colloïdale, son chondriome, ses vacuoles, son centrosome, son noyau, avec ses chromosomes, véritables supports de l'hérédité ; à sa chimie, dans laquelle les amino-acides, les substances minimales et les diastases jouent un rôle capital ; à sa physique, que résument les notions de tension superficielle et d'osmose ; à la multiplication cellulaire, dont,

(1) In-8 de 121 pages. — Paris, Hermann et Cie.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE, EXTRAIT DE JUSQUIAME, INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

CURE DE DIURESE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHon - 3, rue WATTEAU - COURBEVOIE - Seine

TOPHOL
Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4
INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.
POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.
Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

SULFUREUX POUILLET
LABASSÈRE
EAUX-BONNES
CAUTERETS
LUCHON
CHALLES-LES-EAUX
ENGHIEN
EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:
SULFUREUX POUILLET
POUDRE SULFUREUSE
Approuvée par l'Acad. de Médecine
POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 6 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50
MÉDICATION SULFUREUSE A DOMICILE
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

surtout, la karyokinèse. La cellule une fois connue, le lecteur peut entreprendre l'étude des protozoaires : flagellés, amœbiens, foraminifères, infusoires ciliés, radiolaires et héliozoaires, sporozoaires, cnidosporidies. Et si, d'aventure, il est médecin, quel profit ne retirera-t-il pas de l'étude des pages relatives aux tryponosomiases et aux leishmanioses, aux amœbiens parasites, aux sporozoaires du paludisme, aux méfaits occasionnés, chez les animaux, par les myxo et microsporidies !

Sens parfait de l'objectivité, clarté de l'exposition, mise au point de tous les sujets envisagés, avec, à l'occasion, un aveu d'ignorance qui fera sourire tous ceux qui connaissent la prodigieuse érudition de G. Bohn, emploi continuel de la méthode cartésienne, telles sont les caractéristiques de ce livre, vivant parce que consacré à la vie, et dont l'intérêt ne fait que croître de la première page à la dernière. Un chef-d'œuvre ? Peut-être. En tout cas, quelque chose qui y ressemble fort. L. BABONNEIX.

CONGRÈS

Journées thermales et climatiques de Lyon (16 et 17 mars 1934). — *Comité d'organisation.* — Président : professeur A. Pic ; vice-présidents : professeurs J. Cluzet et P. Courmont ; secrétaire général : professeur M. Piéry ; secrétaire adjoint : docteur M. Milhaud ; trésorier : docteur E. Sauzet.

Programme. — *Vendredi* 16 *mars*, à 10 heures : à la Faculté de médecine, 8, avenue Rockefeller, séance d'ouverture : *Le rhumatisme tuberculeux chronique.* — Rapport général introductif par M. A. Pic (de Lyon). — Rapport crénothérapique par MM. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains) ; Gay (Bourbonne-les-Bains). — A 15 heures : 1° *La syphilis chronique de l'appareil respiratoire.* — Rapport général introductif : *Syphilis des voies respiratoires supérieures*, par M. Collet (de Lyon) ; *syphilis des voies respiratoires inférieures*, par MM. Paviot, Pehu et Favre (de Lyon) ; rapport crénothérapique, par MM. Mongorge (Mont-Dore), Mathieu (Challes), Langénieux (Allevard) ; 2° *L'humidité en hygiène et en pathologie.* — Rapporteurs : MM. Baldit (Le Puy) et Rochaix (Lyon).

Samedi 17 *mars*, à 10 heures : *La tuberculose rénale.* Rapport général introductif, par MM. Arloing, Léon Thévenot et Lucien Thévenot. Rapport climatothérapique, par MM. Vignard (Lyon); Jouffray (Cannes), Bonafé (Hauteville) et Uteau (Biarritz).

Communications. — Au cours de chaque séance, après exposé et discussion des rapports, des communications pourront être faites sur les sujets rapportés. Les inscriptions en vue des communications, avec indication du titre exact de la question traitée, devront parvenir au secrétaire général avant le 1er mars 1934.

Banquet. — Un banquet par souscription aura lieu le samedi 17 mars, à midi et demi (cinquante francs) dans les salons des syndicats agricoles du Sud-Est, 2, rue Bellecour.

Après le banquet, visite du Palais de la Foire de Lyon, et, notamment, de l'Exposition des Tissus organisée à l'occasion du Centenaire de Jacquard par le syndicat de la soierie lyonnaise et les différents groupements français du textile.

Inscriptions. — Le prix de l'inscription est fixé : pour les membres titulaires, à 20 fr. ; pour les membres associés, à 10 francs. Ne seront acceptés comme *membres associés* que les membres de la famille (femme, enfants) du titulaire L'inscription aux « Journées » ne sera considérée comme acquise qu'après versement de la cotisation à l'adresse du trésorier : Docteur Sauzet, compte chèques postaux Lyon 521-94, 36, rue Cuvier, Lyon. Le récépissé de la poste tiendra lieu de reçu. L'inscription comme membre titulaire donnera seule droit au volume des rapports qui sera édité par les soins du secrétariat.

Réduction sur les chemins de fer. — Une réduction de 50 % sera accordée aux membres titulaires et associés pour se rendre de leur *résidence à Lyon et retour.* Le *bulletin d'adhésion* et la *demande de réduction* sur les tarifs ferroviaires doivent être envoyés à : *M. le secrétaire général des Journées thermales et climatiques, laboratoire d'hydrologie, Faculté de médecine de Lyon*, 8, *avenue Rockefeller, Lyon.* Pour être sûrement satisfaites, les demandes de billets à demi-tarif devront parvenir au secrétariat *avant le* 20 *février* 1934.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé (Aix-les-Bains 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934.) — A l'occasion de l'inauguration des Nouveaux Thermes construits par l'Etat et actuellement achevés, la Municipalité et la Société médicale d'Aix-les-Bains ont organisé une conférence scientifique internationale qui sera consacrée à l'étude d'une question unique : le rhumatisme chronique progressif généralisé.

M. le professeur Bezançon, membre de l'Académie de médecine, président de la ligue française contre le rhumatisme, a bien voulu accepter la présidence de cette conférence, et le docteur Mathieu-Pierre Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (Paris), le secrétariat général.

Les rapports ont été confiés aux plus hautes personnalités scientifiques françaises et étrangères : prof. Bezançon, docteur Mathieu-Pierre Weil, prof. Mouriquand (Lyon), professeur Loeper (Paris), docteur Coste (Paris), docteur May (Paris), prof. Roch (Genève), G. Scott et F. Bach (London), prof. Abrami (Paris), prof. Maranon (Madrid), docteur Weissenbach (Paris), docteur Kahlmeter (Stockholm), prof. Gunzburg (Bruxelles-Anvers), prof. Giraud et prof. agrégé Puech (Montpellier), prof. Leriche (Lyon), prof. Mathieu (Paris), Sir William Willcox (Londres), prof. Rathery (Paris).

Les séances auront lieu le matin, l'après-midi étant réservée aux excursions. Des facilités de voyage et de séjour seront faites aux médecins et étudiants qui voudraient participer à la Conférence.

Le Comité étudie les conditions nécessaires pour organiser une exposition des appareils de cure, des produits pharmaceutiques, etc...

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dussuel, trésorier de la conférence, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 15 *février.* — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lemaître, Olivier, Halphen. — M. Liefering. L'étude du profil en orthodontie.

Samedi 17 *février.* — Jury : MM. Achard, président ; Claude, Huguenin, Lemaire. — M. Samain. Etude critique de la symptomatologie et du pronostic de l'H. A. (à propos de l'H bien tolérée du veillard). — M. Hurwicz. Le métabolisme des lipides dans les maladies mentales.

Vendredi 16 *février* (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lemierre, Panisset, Vergé. — M. Delmaire. Action de certaines substances chimiques sur les animaux tuberculeux. — M. Develay. Le tétanos, étude expérimentale. — M. Cornic. Galactothérapie dans les maladies infectieuses.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE

PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES

URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

NESTLÉ

FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inaltérable, complètement assimilable, soigneusement malté à l'avance.

Sté NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 14 FEVRIER 1934. — N° 13.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un accident rare de l'aurothérapie. La stomatite bulleuse à type de pemphigus, par MM. G. Carrière et C. Huriez.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de neurologie.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Abcès de la marge de l'anus.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Au nom du Conseil municipal et au nom du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, M. le docteur Mourier, directeur général, a adressé au personnel des hôpitaux les remerciements et les félicitations de Paris pour le dévouement avec lequel ont été soignés les blessés des affreux événements de la semaine dernière.

— **Concours de médecin des hôpitaux** (admissibilité). — Jury (avant acceptation) : MM. Herscher, Ameuille, Binet, Alajouanine, Babonneix, Debré, Faure-Beaulieu, Duvoir, Rathery, Gautier, Halbron, Lemierre.

Censeurs : MM. Hillemand, Ravina, Rachet, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Pichon, Weissmann, Benda, Lemaire.

— **Concours de l'internat.** — *Oral.* — Séance du 10 février 1934. — Questions données : « Signes physiques de l'hémiplégie organique. — Anatomie pathologique. Signes et diagnostic de l'invagination intestinale aiguë. »

MM. Chènebault, 16 ; de Rocca Serra, 12 ; Pinet, 18 ; Marchak et Séguin, 23 ; Le Picard, 22 ; Boissonnat, 19 ; Vidart, 24 ; Basset, 14 ; Cuvereaux, 10.

HÔPITAL MIXTE DE MELUN. — Un concours pour l'obtention de deux places d'internes provisoires aura lieu à l'hôpital mixte de Melun le mardi 20 mars 1934, à 9 h.

Traitement de début des internes : 4.000 fr. ; nourriture, logement.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 mars inclus.

L'interne provisoire nommé en première ligne devra assurer le service pendant une année au minimum, à partir du 1er avril 1934 (service militaire d'un interne titulaire).

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'hôpital mixte de Melun.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. Louis Marin, député, est nommé ministre de la Santé publique et de l'Education physique, en remplacement de M. Emile Lisbonne dont la démission est acceptée.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE LYON. — Les Journées orthopédiques de 1934 se tiendront à Lyon les lundi 2 et mardi 3 juillet.

Cette date a été choisie de façon à concorder avec les réunions qui auront lieu à Aix-les-Bains les 28, 29 et 30 juin, pour l'inauguration du nouvel établissement.

A cette occasion on procédera à la remise de la médaille offerte au professeur Nové-Josserand, par ses élèves et ses amis.

Pour tout renseignement complémentaire relatif aux Journées orthopédiques, s'adresser à M. Brunat, secrétaire des Journées orthopédiques, 13, rue de la République, à Lyon.

CONGRÈS DE PÉDIATRIE. — Le VIIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie se tiendra à Paris les lundi 9, mardi 10 et mercredi 11 juillet 1934, sous la présidence de M. le professeur Ombrédanne. Questions à l'ordre du jour :

1° « Pathologie du diverticule de Meckel. » Rapporteurs : MM. Fèvre et G. Semelaigne.

2° « Répercussions médicales des influences climatologiques et des variations météorologiques. » Rapporteurs : MM. G. Mouriquand, P. Woringer et P. Armand-Delille.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

3° « Les virus filtrants tuberculeux en pathologie infantile. » Rapporteurs : MM. Paisseau et Valtis.

Les membres titulaires et correspondants français de la Société de pédiatrie de Paris sont de droit membres du Congrès. Les membres correspondants étrangers de la Société de pédiatrie de Paris, sur simple demande et après versement d'une cotisation de 100 fr., jouissent des mêmes droits que les membres titulaires.

Les médecins qui ne sont pas membres de la Société de pédiatrie peuvent adhérer au Congrès, comme membres participants, sous réserve que leur candidature soit acceptée par le bureau du Congrès ; la cotisation est de 100 fr.

Les femmes et les enfants des congressistes peuvent faire partie du Congrès au titre de membres adhérents ; la cotisation est de 50 fr.

Les candidatures et les demandes de renseignements doivent être adressées au docteur Jean Cathala, 45, rue Scheffer, secrétaire général, ou au docteur Marcel Fèvre, 3, rue Léon Vaudoyer, trésorier.

COURS PRATIQUE DE SYMPATHOLOGIE CLINIQUE. — Le professeur Laignel-Lavastine, dans son service de la Pitié, avec la collaboration de MM. G. Rosenthal, Delherm, Paul Chevallier, Gautrelet, Bailliart, Tournay, Justin-Besançon, Vinchon, Largeau, Schwob, Koressios, Guilly et Bidou, commencera le mercredi 28 février 1934 un cours pratique sur les actualités sympathologiques. Ce cours comprendra dix leçons et sera terminé le 23 mars.

Chaque leçon comprendra un exposé théorique, à 10 h., suivi de présentation de malades et d'exercices pratiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Lucien Bertheraud, ancien interne des hôpitaux, décédé à Paris ; Octave Perrier, à Ligugé (Vienne), victime du devoir professionnel ; Gaujon (de Carcassonne), Paul Boissier (de Milhaud), Paul Pons (de Gignac), Léon Pillebone (de Montpellier).

— Les obsèques de Jean Fabre, interne à l'hôpital Saint-Joseph, victime de la fusillade du 6 février, ont eu lieu samedi. Des délégations du Conseil municipal de Paris, de l'hôpital Saint-Joseph, de nombreux médecins et étudiants ont accompagné à la gare d'Austerlitz le corps de notre jeune confrère.

Croisière médicale française en Grèce Pâques 1934. (*S. S. de Grasse*) (C. G. T.). — *Palerme, Grèce, Constantinople et Brousse, Rhodes, Malte, Kairouan et le sud-tunisien.* Embarquement à Marseille. Comme d'habitude, le départ aura lieu le dimanche des Rameaux (25 mars), et le retour le lundi de Quasimodo (9 avril). Voici le tableau des escales :

Marseille. Départ : dimanche 25 mars 11 h. — Palerme : arrivée lundi 26 mars, à 13 h. ; départ : mardi 27 mars, 18 h. — Pirée (Athènes) : arrivée jeudi 29 mars, à 13 h. ; départ : vendredi 30 mars, à 21 h. 30. — Istamboul, arrivée : samedi 31 mars, à 22 h. 30 ; départ : lundi 2 avril, à 16 heures. — Rhodes, arrivée : mercredi 4 avril, à 6 h. ; départ : le même jour, à midi. — Malte, arrivée : vendredi 6 avril, à 7 h. ; départ : même jour, à 15 h. — Sfax, arrivée : samedi 7 avril, à 7 h. ; départ : même jour, à 20 h. — Marseille, arrivée lundi 9 avril, à 16 h.

La durée de l'escale de Constantinople permettra certaines excursions en Asie Mineure, dont l'organisation est en voie de réalisation et qui seront annoncées en même temps que celles des deux autres escales, ultérieurement.

Les prix de passage seront les mêmes que ceux de la Croisière de l'an dernier en Adriatique, malgré les plus grandes distances : il y aura par conséquent des premières à partir de 2.500 fr. et des places « touriste » à partir de 1.800 fr., tarifs, on le voit, extrêmement avantageux, sans compter le confort, la stabilité et l'excellence de la cuisine à bord du *de Grasse*.

Comme l'an dernier, bourses de voyage en faveur d'internes et externes de Paris et d'internes de province, et réductions spéciales aux médecins et aux membres de leur famille voyageant avec eux, ainsi qu'aux groupes de cinq personnes de la même famille : la croisière, comme les précédentes, est ouverte non seulement aux membres du Corps médical, mais aux amis du Médecin.

S'inscrire dès maintenant si l'on veut être assuré de la cabine de son choix.

On se procurera tous renseignements et notamment le programme des excursions et le plan du navire, par correspondance ou sur place, au Secrétariat des Croisières, 9, rue Soufflot, Paris (5e) (Odéon 20-63), ou à la *Gazette Médicale de France*, 9, rue de l'Odéon, Paris (6e) (Danton 20-03).

Dernière heure : vu l'affluence des demandes, il ne reste plus qu'un petit nombre de cabines.

VOYAGE EN PROVENCE ET SUR LA CÔTE D'AZUR

Comme les années précédentes, la Faculté de Médecine de Marseille présente, pour la Semaine Sainte (27 mars-3 avril), un voyage médical international sur la Côte Provençale, de Marseille à Cannes et Antibes.

La concentration se fera à Marseille le mardi 27 mars et les voyageurs visiteront la vieille cité phocéenne, son port et sa Faculté. — Après un déjeuner à bord d'un grand paquebot, ils se rendront, le 28 mars, à Aix-en-Provence (l'Aquæ Sextiæ des Romains). Le 29, ils parcourront la Côte de Marseille à Hyères et visiteront Cassis, Bandol, Sanary et Toulon, où est prévue une promenade sur la rade et dans le port de guerre. La matinée du 30 sera consacrée à Hyères et à ses établissements de cure (La plage, Giens et San-Salvadour). Dans l'après-midi, le voyage arrivera à Saint-Raphaël, après avoir parcouru la Côte des Maures. — Le 31, on visitera Saint-Raphaël, Fréjus et ses monuments romains, Agay et la Corniche d'Or (Estérel). — Les voyageurs séjourneront ensuite à Cannes, où ils prendront une journée de repos, le dimanche de Pâques 1er avril. — Puis, ils visiteront Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, Le Golfe Juan et Actinopolis, le lundi de Pâques 2 avril. — La dissociation se fera ensuite à Cannes dans la matinée du mardi 3 avril.

Une excursion facultative est prévue avant le voyage à Avignon, les Baux, Saint-Rémy et Arles. La concentration se fera à Avignon le dimanche des Rameaux 25 mars et les excursionnistes rejoindront le Voyage à Marseille le 27 mars.

Les parcours seront effectués en autocars de luxe, en trains spéciaux et en voitures de chemin de fer de première classe. Le séjour sera assuré dans les meilleurs hôtels. — Des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des voyageurs sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. Le droit d'inscription est de 100 fr. Le nombre de places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour les renseignements et les inscriptions, écrire à la Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. — La Cotisation pour la participation au voyage est de 1.200 fr.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE DE LA CURE THERMALE

uazine

CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE

DISSOLVANT DE
L'ACIDE URIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME

EN TUBES DE
20 COMPRIMÉS
A 0gr,30

EN FLACONS DE
GRANULÉS
EFFERVESCENTS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS_3e

MÉDICATION
PRÉVENTIVE ET CURATIVE
DE TOUTES LES
INFECTIONS

PYOFORMINE

RÉACTIVE
BIOLOGIQUEMENT
L'ÉLABORATION
DES LEUCOCYTES

Deux ampoules pro die pendant huit jours au moins.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS.
LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
89, Rue du Cherche-Midi _ PARIS (VIe)

UN ACCIDENT RARE DE L'AUROTHÉRAPIE LA STOMATITE BULLEUSE A TYPE DE PEMPHIGUS

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale
et
CLAUDE HURIEZ, Chef de clinique médicale
A la Faculté de Lille.

Les complications muqueuses ne sont pas rares au cours de l'aurothérapie. Nicolas, Gâté, Léon Bernard, Lebœuf et Mollard estiment que les *aurides buccales*, les stomatites auriques, s'observent dans 1,5 % des cas traités par les sels d'or. Raimbault leur a consacré une monographie récente dans la Revue de stomatologie. Il admet que dans 30 à 45 % des cas, il se passe « quelque chose » du côté de la bouche, mais qu'il s'agit le plus souvent de troubles bénins et passagers, consistant en sensation de goût métallique, en perte de goût, en léger œdème des lèvres, associés ou non à de la *stomatite*. La forme *érythémateuse* est bien plus fréquente que les lésions *exfoliariaces et ulcéreuses*. Enfin il faut mettre tout à fait à part le *purpura buccal aurique* et surtout l'*angine agranulocytaire aurique* aux stigmates hématologiques si spéciaux. Nous avons eu l'occasion d'observer une *auride buccale très rare à allure pemphigoïde*, d'évolution sérieuse et particulièrement prolongée.

L'histoire clinique de cette observation vaut d'être rapportée telle qu'elle fut recueillie et non d'une façon simplement synthétique.

OBSERVATION. — Mademoiselle Ch... Marie, 42 ans, employée de bureau, vient consulter le 3 août 1933, « parce qu'elle souffre depuis 10 jours de la bouche ». Elle précise qu'en fin juillet, en bonne santé, apparente, elle ressentit, lors des repas, une douleur diffuse dans la bouche, en même temps qu'elle constatait l'existence de bulles sur la langue et la face interne des joues. Elle pouvait préciser très nettement les conditions d'évolution de ces éléments. A tel moment de la journée, en une zone de la muqueuse buccale, jusque-là normale, elle ressentait un picotement très vif, une sensation qui devenait de plus en plus douloureuse et quelques heures (2 à 12) plus tard apparaissait une bulle de volume très variable, de celui d'une tête d'épingle à celui d'une grosse noisette. Cette bulle avait un aspect brillant, puis lors d'un mouvement de mastication se rompait, laissait écouler un liquide citrin et faisait place à une ulcération basale, assez profonde, blanchâtre. Dans les jours suivants, l'ulcération gagnait à la périphérie et en profondeur, saignait au moindre contact et même spontanément.

Au premier examen, nous relevons l'existence d'une dizaine de ces ulcérations, d'aspect diphtéroïde : la plus grande, de la taille d'une pièce d'un franc, siégeait à l'orifice du canal de Sténon gauche. On en constatait plusieurs, assez petites sur la langue : chaque amygdale en portait une. Enfin plusieurs, diversement évoluées, occupaient la face interne des joues : les unes, ulcérées, d'autres encore recouvertes de la membrane bulleuse qui venait de s'affaisser. Enfin un élément bulleux, net, récent, occupait le sillon gingival inférieur gauche.

Il existait un liseré blanchâtre discret gingival. La dentition était bonne, excepté la carie d'une dernière molaire. La salivation était excessivement abondante : la malade, qui évitait d'avaler en raison de la dysphagie, trempait ainsi de nombreux mouchoirs. L'haleine était légèrement fétide.

Il y avait des adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes bilatérales, à prédominance gauche : les ganglions étaient durs, douloureux, ne manifestant aucune tendance à adhérer à la peau.

La température rectale oscillait entre 37°8 et 38°. L'état général était légèrement altéré, du fait de la difficulté de l'alimentation.

L'examen physique ne révélait aucune atteinte des divers parenchymes : la diurèse était satisfaisante et les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Il s'agissait enfin, d'une malade soignée par l'un de nous depuis deux ans, et on ne relevait dans ce passé proche que l'ablation d'un adénome du sein, qu'un traumatisme du genou, mais aucune infection prolongée.

Nous essayons par des recherches de laboratoire portant sur les lésions buccales et sur le sang, de préciser la nature d'un tableau clinique, fait uniquement de l'apparition récente de bulles sur toute la muqueuse buccale, avec apparition et persistance d'ulcérations blanchâtres, douloureuses, avec retentissement ganglionnaire et sans grande atteinte de l'état général.

a) La *diphtérie* était facile à éliminer, bien que l'aspect des lésions ulcéreuses blanchâtres pût y faire songer, mais l'existence de bulles initiales ruinait une hypothèse, définitivement écartée par la négativité du prélèvement pharyngé.

b) *Les plaques muqueuses spécifiques* ne se discutaient guère de par l'allure même des lésions. Par ailleurs, il n'y avait pas de lésions cutanées, pileuses, viscérales, neurologiques, pouvant faire songer à la *syphilis*. Les réactions sérologiques furent enfin négatives.

c) Le prélèvement de sérosité bulleuse et de l'enduit qui recouvrait les ulcérations fut examiné par le docteur Martin, qui constata l'absence *d'association fuso-spirillaire*. Par contre, il décela de nombreux *pneumocoques*. Nous notions ce résultat, mais nous ne pouvions nous contenter du diagnostic de *stomatite pneumococcique*, en dehors de toute infection prononcée.

d) L'examen de sang montra par ailleurs une *anémie* légère à 3.800.000 hématies par mm³, une *leucocytose normale* à 7.300 avec formule normale :

Lymphocytes	14 %
Monocytes	6 %
Moyens mononucléaires	7 %
Polynucléaires neutrophiles	72 %
Polynucléaires éosinophiles	1 %

avec des temps de saignement et de coagulation normaux.

L'absence de leucopénie éliminait l'*agranulocytose*, contre laquelle s'inscrivait aussi la discrétion du syndrome infectieux.

e) L'absence de placards cutanés érythémateux à vésicules, de douleurs névralgiques ne plaidait pas pour un *zona des nerfs maxillaires*, d'ailleurs exceptionnel.

f) Les caractères mêmes des éléments nous permettaient d'éliminer les *stomatites herpétiques et aphteuses*.

Nous nous trouvions au point de vue séméiologique devant des lésions rappelant le *pemphigus*, mais l'*étiologie de cette stomatite pemphigoïde* nous échappait, d'autant qu'en réponse à nos questions, la malade affirmait n'avoir ingéré aucun médicament.

Durant tout le mois d'août, nous avons assisté à l'extension des bulles et des ulcérations qui envahirent le pharynx, le voile, le palais, les gencives, les joues, la langue, entraînant des douleurs intolérables et interdisant une alimentation normale.

De petits éléments similaires occupaient les fosses nasales, accroissant les troubles fonctionnels.

L'état infectieux ne s'aggravait guère, mais l'état général était sérieusement touché, malgré des efforts d'alimentation rectale.

Au début de septembre, la malade avoue enfin nous avoir caché un traitement de 10 injections intra-veineuses de *crisalbine* (de 0,05 à 0,20 jusqu'à un total de 2 gr.). Elle avait présenté de la diarrhée dès le début de cette thérapeutique, poursuivie néanmoins malgré l'apparition d'un prurit généralisé et d'une plaque d'érythodermie sur la jambe droite. Ces phénomènes cutanés avaient cessé quinze jours après la dernière injection faite en fin juin.

Le diagnostic, retardé par les réserves intempestives de la malade malgré nos demandes répétées, s'imposait enfin : nous étions en présence *d'accidents buccaux, tardifs mais prolongés de l'aurothérapie.*

Durant cinq mois, nous avons assisté à l'évolution tenace, désespérante, de cette *auride buccale pemphigoïde.* Nos interventions thérapeutiques devaient se borner à *stimuler les fonctions d'élimination* (boissons abondantes, diurétiques légers), à *remonter la masse sanguine* (méthode Whipple), à *soutenir l'état général*, à empêcher *l'infection locale*, à désensibiliser la malade par *l'autohémothérapie.*

Malgré ces soins, les éléments bucco-pharyngés se renouvelaient avec un rythme désespérant.

Vers la fin d'octobre, il y eut une amélioration notable : on n'observait plus que 7 à 8 ulcérations peu douloureuses, mais tous les 4-5 jours, une nouvelle bulle apparaissait brutalement, avec son cycle évolutif habituel.

L'état général s'était fort amélioré par ailleurs, avec relèvement globulaire à 4.200.000 hématies par mm. La température ne dépassait plus 37°5. La sédation des phénomènes locaux permettait une alimentation normale.

Une nouvelle série d'*autohémothérapie* parut amener en décembre une amélioration très voisine de la guérison, que nous considérions comme définitive aux premiers jours de 1934, *huit mois après la première injection de crisalbine.*

Il est un dernier point que nous devons préciser, non pour critiquer la mise en œuvre de la thérapeutique aurique par un confrère, *mais pour discuter la nature de ces accidents.*

Cette femme n'avait jamais présenté de température avant la mise en œuvre de la thérapeutique aurique. Elle n'avait présenté, ne présentait, et ne présenta aucun signe clinique, biologique et radiologique de tuberculose pulmonaire.

Ces précisions importent pour l'appréciation et la discussion des 3 facteurs qui peuvent être incriminés dans la production d'*aurides :*

Biotropisme ? Toxicité ? Intolérance ?

I. — Le *Biotropisme*, cette stimulation des parasites de l'organisme, cette exaltation de leur virulence par des agents de nature variée, chimique en l'occurrence, ne pouvait être retenue :

Il ne pouvait s'agir de *biotropisme direct*, où les accidents sont causés par le parasite directement visé par le traitement aurique, puisque... cette femme n'était pas tuberculeuse.

Pas plus, on ne pouvait songer à un *biotropisme indirect*, provoqué par « ces germes inattendus, sortant de léthargie sous l'effet du coup de fouet médicamenteux » : le pneumocoque trouvé à l'examen local aurait pu jouer ce rôle, mais l'auride biotropique apparaît en général le 9e jour, dure 1 ou 2 semaines, reproduit des lésions analogues à celles de l'affection en cours.

Enfin, après avoir pris connaissance de l'article d'Asdéry (*Paris médical*, 21-1-33) nous avons fait chez cette malade une *intradermo-réaction à l'or*, avec 2/10 de cc. d'une solution de *crisalbine* à 1 0/00. Nous l'avons faite, il est vrai, tardivement, 3 mois après le début de l'affection, mais nous n'en avons pas moins obtenu un gros placard érythémateux, au centre ulcéré durant quelques jours.

La positivité de cette intradermo-réaction nous permettait d'éliminer le *biotropisme indirect*, et nous faisait par ailleurs envisager bien plus l'éventualité d'une *manifestation d'intolérance* que d'un *accident toxique.*

II. — *L'accident toxique* peut être cependant discuté dans notre cas, en raison de l'apparition tardive des lésions, de leur longue durée d'évolution, qui cadre assez bien avec ce que l'on sait de l'élimination des sels d'or par l'organisme.

Mais contre cette hypothèse, on retrouve d'abord : la faible dose (2 gr.) de sels d'or injectés. On peut également objecter que la malade ne présenta aucun accident hématologique, hépatique et surtout rénal. Nous avons constaté durant 7 mois une diurèse satisfaisante, avec absence d'albuminurie et de cylindrurie, et avec une urée sanguine qui ne dépassa jamais 0,30.

Etienne Bernard dans un travail tout récent insiste d'ailleurs sur la rareté des accidents rénaux, « Car, dit-il, s'il est exact que les sels d'or sont susceptibles de déterminer des accidents rénaux graves, il faut reconnaître que dans le plus grand nombre de cas, cette médication est bien supportée par le rein. »

III. — S'agissait-il donc d'une *manifestation d'intolérance ?* La diarrhée dès la première injection, l'apparition rapide et fugace de prurit et d'une plaque érythrodermique, l'absence de tout signe net d'atteinte toxique hépatique, rénale et sanguine, l'apparition de tous ces accidents après une dose totale n'atteignant que 2 gr., tout cela, joint à la positivité d'une intradermo-réaction à l'or (de valeur d'ailleurs non absolue), tout cela cependant témoigne plus en faveur de la *manifestation d'intolérance* que de l'*accident toxique.*

De ce dernier point de vue, il faut peut-être attacher quelque importance au fait que la malade avait absorbé des cachets contenant de l'arsenic durant le traitement par la crisalbine.

Capuani a en effet attiré l'attention en 1930 sur l'*incompatibilité de l'arsenic avec la chimiothérapie aurique.*

Conclusions. — Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation :

1. *En raison de sa rareté séméiologique :* en effet, la *stomatite aurique* est le plus souvent *érythémateuse*, diffuse et douloureuse, plus rarement *ulcéreuse*, associée ou non à un *syndrome agranulocytaire.* Mais nous n'avons trouvé qu'une observation d'auride buccale bulleuse qui se rapproche de la nôtre et qui fut dé-

crite par *Gâté et Ph. Barral* sous le nom *énanthème bulleux à type d' « hydroa-buccal »*.

2. *En raison de ses caractères évolutifs :* chez une femme non tuberculeuse, cliniquement et biologiquement, une thérapeutique par les sels d'or intempestive, et qui eût dû être arrêtée dès les premiers signes d'intolérance, est poursuivie deux mois, sans dépasser toutefois une dose de deux grammes. Elle détermine une *auride d'apparition tardive* (un mois après la dernière injection), d'*évolution sérieuse* et d'une *durée dépassant six mois*, et particulièrement décevante au point de vue thérapeutique, sans s'accompagner d'altérations *rénales*, *hépatiques* ou *sanguines*.

3. *En raison des facteurs pathologiques à discuter :* Le *Biotropisme* peut être écarté. Mais il n'est pas possible d'affirmer la *prépondérance de l'accident toxique* ou de la *manifestation d'intolérance*.

4. Cette observation est une occasion supplémentaire d'insister sur la recherche systématique des signes d'intolérance (prurit, diarrhée, etc.), au cours de la chrysothérapie afin d'éviter des accidents aussi sérieux et prolongés par l'interruption immédiate de cette thérapeutique quand elle n'est pas tolérée par l'organisme malade.

Bibliographie

Ameuille. Les accidents de l'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire et leur portée. *Paris méd.*, 1932, t. I, p. 33.

Asdéry. Les aurides biotropiques, *Paris méd.*, 21 janv. 1933, p. 62.

Bernard (E.). Sur la néphrite aurique, *S. M. Hôp. Paris*, 7 juill. 1933, p. 1077.

Bernard et Rossier. Sur la néphrite par les sels d'or, *Paris Méd.*, 6 janv. 1934, p. 28.

Capuani. Sur l'incompatibilité de l'arsenic avec la chimiothérapie aurique de la tuberculose. *Paris méd.*, 1930, t. 2, p. 176.

Gâté et Ph. Barral. Enanthème bulleux à type d'hydroa-buccal au cours d'une intoxication aurique, in « accidents cutanés et muqueux déterminés par la thiocrysine », *Lyon Médical*, 7 oct. 1928.

R. Jauneau. Les accidents de la médication aurique. Leur polymorphisme. *Th. Paris*, 1931, N° 118.

Leboeuf et Mollard, Les aurides muqueuses, *Presse Méd.*, 13 sept. 1930, p. 1329.

Leboeuf et Mollard. A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. *Paris méd.*, 1930, t. 2, p. 510.

Raimbault. Accidents buccaux de l'aurothérapie. *Revue de stomatologie*, 35e A. N° 3 mars 1933.

Tzanck. Intoxication et intolérance, *S. M. Hôp. Paris*, 1930, p. 149.

Vallery-Radot, Gilbrin et Mellé, Gauthier-Villars. Mode d'élimination du métal dans les néphrites expérimentales par les sels d'or. *Presse méd.*, 18 nov. 1933, p. 1827.

Weill (Jean). Les accidents cutanéo-muqueux de la chrysothérapie. *L'Art méd.*, 30 avril 1933, p. 15.

Soyez optimiste, par le docteur Victor Pauchet. — Un volume sur alfa, broché : 10 fr. (Présentation originale.) — Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris (7e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 12 janvier 1934)

Rhumatisme hyperergique chez un tuberculeux pulmonaire. — MM. Rathery et Doubrow. Le malade présentait une polyarthrite avec polyadénopathies et anémie. Sédation des phénomènes articulaires à la suite du pneumothorax artificiel. Après cuti-réaction, apparition d'un érythème polymorphe fébrile, à la suite duquel la raideur articulaire disparut.

Rythmes cardiaques physiologiques à trois temps. — M. Lian considère que le dédoublement du 2e bruit et du 3e bruit du cœur sont deux phénomènes distincts. Le dédoublement du 2e bruit est basilaire et sigmoïdien ; le 3e bruit est apexien et mitral.

Leucémie chronique à monocytes avec réactions cutanées. — M. Weissenbach. Cas de leucémie chronique s'étant manifesté par des poussées récidivantes d'œdème de Quincke et d'urticaire purpurique. Les manifestations cutanées disparurent après radiothérapie cutanée. Mort un an plus tard par tuberculose pulmonaire et méningite.

Bruit de rappel du rétrécissement mitral. — M. Lian. Ce bruit siège presque toujours le long du bord gauche du sternum. Il est formé de 2 bruits très rapprochés ; il est d'origine sigmoïdienne et dû à une prolongation des vibrations sigmoïdiennes pulmonaires.

Rarement il siège à la pointe du cœur.

Amaurose toxique passagère suivie de chloropsie à la suite d'un coma barbiturique traité par la strychnine. — MM. Rivet et Sambron. Femme guérie d'un coma barbiturique après injection de strychnine. Apparition d'une amaurose totale et d'un état d'agitation extrême. Amaurose persista 7 jours, s'accompagnant d'un état de puérilisme mental accusé. Après cessation du traitement strychniné, tous les troubles disparurent.

Endocardites scléro-thrombosantes. Importance en pathologie. — M. Renaud. 1° Anatomiquement, il s'agit d'une affection très fréquente ; 2° association de lésions multiples ; infiltration leucocytaire, thromboses, réactions conjonctives ; 3° tendance plastique. Evolution très lente ; 4° thrombose, élément essentiel de la lésion. Par les embolies, elle est la cause des importantes manifestations de la maladie ; 5° cliniquement, elle se traduit par les ramollissements et les hémorragies de l'encéphale, les gangrènes ; 6° désordres cardiaques relativement peu importants ; 7° syndromes infectieux rares, passagers ; 8° les endocardites scléro-thrombosantes sont une localisation des processus inflammatoires subaigus et chroniques dont est faite la pathologie vasculaire.

Existe-t-il une spirochétose occulte d'origine hydrique ? — MM. J. Troizier, M. Bariéty, Mlle B. Erbet et M. P. Gabriel ont observé sur un habitué des piscines parisiennes un séro-diagnostic spirochétosique légèrement positif. Ils ont pensé, en l'absence d'ictère et de méningite dans les antécédents, que cet homme, convalescent d'un phlegmon péri-amygdalien avec albuminurie transitoire, avait dû s'infecter à bas bruit par les spirochètes aquicoles.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 10 janvier 1934)

Traitement des fractures du rachis. — M. L. Bazy présente les radios d'un malade traité par la méthode de Boehler, mais la réduction fut pratiquée sous anesthésie générale, et en suspension avec l'appareil de Sayre. Excellent résultat.

Rupture de pyosalpinx. — M. Pierre Duval apporte la statistique complète de son service de Vaugirard portant sur 24 cas avec une mortalité de 7 %. Il défend la salpingectomie ou l'hystérectomie simple avec drain sus-pubien et la statistique prouve l'excellence de la méthode, puisque celle-ci a été utilisée par plus de dix chirurgiens différents.

Désobstruction de la papille par le procédé de Pribram. — M. A. Basset ayant opéré un ictère chronique par calcul du cholédoque ne put faire le cathétérisme du cholédoque. Il plaça un drain dans le cholédoque, vérifia par injection de lipiodol que rien ne passait dans le duodénum. Une injection quotidienne d'éther dans le drain assura un léger passage après huit jours, et après quinze jours, la désobstruction était complète. La fistule biliaire fut alors tarie deux jours après l'ablation du drain.

Artériographie. — M. Dos Santos présente une série de belles radiographies de tumeurs osseuses et d'ostéomyélites, étudiées par cette technique.

Réaction appendiculaire au cours du rhumatisme articulaire aigu. — M. Desplas analyse un travail de M. Baudet, qui, opérant deux cas de syndrome appendiculaire, trouve un appendice rouge et malade, puis assiste dans les jours qui suivent à l'apparition d'un syndrome articulaire douloureux amélioré par le traitement salicylé.

M. Monod a observé un cas plus typique encore, puisque le rhumatisme signa sa nature par la constitution d'une insuffisance mitrale.

Dilatation congénitale du cholédoque. — M. Sénèque communique deux observations de MM. Tailhefer et Pouliquen et de la Marnière. Dans le premier cas, l'anastomose cholédoco-duodénale amène la guérison ; dans le second, la malade, dans un état très précaire, ne résiste pas à l'opération et meurt le quatrième jour. M. Sénèque, à cette occasion, rappelle qu'il existe à l'heure actuelle 115 cas publiés de cette curieuse affection.

Ostéomyélite des os du crâne. — M. Auvray rapporte cette observation de MM. Stoian et Costesco (Bucarest). Il s'agissait d'une ostéomyélite du temporal et du pariétal gauche opérée au 17e jour, avec abcès du cerveau. Le traitement chirurgical n'amenant pas grande amélioration, on fait de l'auto-vaccinothérapie et du bacté-staphyphage. Guérison.

Mégaœsophage. — M. Grégoire rapporte cette observation de M. Carajanopoulos (Athènes). L'opérateur ayant décidé une opération de Heller-Delbet fait une éraillure à la muqueuse : il l'enfouit sous une triple bourse. Guérison complète. M. Grégoire, à cette occasion, rappelle qu'à son avis, le mégaœsophage est toujours dû à une sténose de l'orifice œsophagien du diaphragme et que le temps opératoire capital consiste dans la discision de cet orifice. L'œsophagoplastie extra-muqueuse de Delbet lui paraît surtout agir par son temps de découverte de l'œsophage.

M. Soupault, qui a opéré 5 cas de cardio-spasme, a toujours trouvé au contraire une gangue scléreuse péri-œsophagienne et estime que c'est la section de cette virole qui est nécessaire et suffisante.

M. Métivet pense que certains cas sont dus à des brûlures et que des dilatations peuvent, si elles sont instituées assez tôt, éviter l'opération ; il en a personnellement observé un cas.

M. Grégoire pense qu'il y a là comme en toutes choses des cas d'espèce, mais que le rôle du diaphragme est primordial.

M. Gosset rappelle que des recherches radiographiques récentes ont montré que le méga-œsophage était normal chez le nouveau-né.

Traitement de l'ostéomyélite chronique. — M. Lenormant présente un malade guéri en un temps très court par les larves de mouche. Il rappelle que le professeur Brumpt possède un élevage de larves sélectionnées.

(séance du 17 janvier 1934)

Rupture de pyosalpinx. — M. Louis Michon a opéré 6 cas avec péritonite généralisée, avec 5 guérisons. Il pense que le meilleur traitement est l'hystérectomie subtotale suivie de Mikulicz, mais que dans les cas extrêmement graves, le seul tamponnement à la Mikulicz peut être suffisant.

M. Huet sur 4 cas a obtenu trois guérisons, et reste également partisan du drainage large par mèches, quelle que soit l'opération pratiquée (ablation des annexes ou hystérectomie).

Phlébites post-opératoires. — M. Schwartz pense que l'infection est la cause des phlébites post-opératoires. Divers auteurs ont retrouvé des microbes dans le caillot. Il estime que l'agent en cause est le plus souvent un colibacille d'origine intestinale. La vaccination pré-opératoire systématique a diminué considérablement le nombre des phlébites post-opératoires.

Anesthésie épidurale. — M. Bonniot (de Grenoble) a remarqué en pratiquant des anesthésies épidurales qu'il existait une pression négative dans l'espace épidural. Ce fait doit permettre de se rendre compte si l'aiguille est bien dans l'espace épidural.

Kystes hydatiques rares. — M. J. Quénu rapporte deux observations de M. Hoskoff (Sofia) concernant l'une un kyste hydatique du pancréas, l'autre un kyste cervical. M. J. Quénu a personnellement opéré un kyste hydatique du creux sus-claviculaire.

Pneumokyste hydatique du foie. — M. Wilmoth rapporte une observation de M. P. Goinard (d'Alger) et insiste sur l'importance de l'examen radiologique.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 16 décembre 1933)

Action des substances protectrices sur la thermo-résistance de certaines bactéries. — MM. Belin, Mutermilch et Mlle Salamon. Certaines bactéries trouvent dans différents protides, notamment dans ceux qui interviennent dans les milieux de culture, des substances protectrices, pouvant leur conférer une grande résistance à l'action thermique, la résistance étant d'autant plus accusée que le protide est moins dégradé.

D'une façon générale, l'action de ces substances est identique à celle décrite par ces expérimentateurs pour les toxines tétanique et diphtérique.

Ainsi s'expliquent les divergences souvent très notables que l'on trouve dans les traités concernant le temps nécessaire pour obtenir la stérilisation d'une culture microbienne à une température donnée. Les conditions permettant la stérilisation d'une suspension microbienne ne peuvent être exactement précisées qu'autant que l'on aura indiqué la nature et la quantité de substances protectrices contenues dans ce milieu. On conçoit l'importance de ce fait pour la préparation des vaccins.

Sur les propriétés pathogènes pour le lapin des variantes R et S du bacille aviaire. — Des recherches antérieures effectuées par A. Saenz lui ont permis de constater avec Winn et Pétroff, l'existence dans chaque souche de bacille aviaire, d'une variante S très virulente pour la poule tandis que la variante R, dans certaines conditions, est avirulente.

Dans ces nouvelles expériences, MM. A. Saenz et L. Costil démontrent que les variantes R et S du bacille aviaire inoculées séparément, par voie intraveineuse, au lapin, possèdent une stabilité remarquable révélée par la culture après passage sur cet animal.

Le pouvoir pathogène de ces deux variantes se révèle différent. Alors qu'en effet, la variante S, aux doses de 0,001 milligr. à 1 milligr., se montre très virulente pour le lapin, la variante R, inoculée aux mêmes doses, est au contraire inoffensive pour cet animal.

Sur certains caractères particuliers « in vitro » des variantes dissociées de cultures de bacilles tuberculeux d'origine aviaire, bovine ou humaine. — MM. A. Saenz et L. Costil. Chaque souche de bacilles tuberculeux est dissociable en plusieurs types de colonies. Le procédé d'élection pour obtenir la variante chromogène des souches aviaires et humaines consiste à laisser vieillir des cultures pures de la variante S à la température ordinaire. Une fois adaptée, elle possède la propriété de se développer à la température du laboratoire. La faible résistance à la décoloration par les acides et l'alcool des éléments qui le constituent, ajoutée aux caractères précédents communs à toutes les souches de bacilles tuberculeux, rapproche cette variante du groupe des bacilles acido-résistants saprophytes. Tous les types ou variétés de bacilles de Koch dérivent donc, peut-être, d'une souche primitive unique. La variante S peut se transformer en R, soit dans les organismes animaux, soit dans les cultures. Parmi les milieux artificiels, la pomme de terre glycérinée favorise cette transformation.

La phonocardiographie. — MM. Loeper, Lemaire, Lefèvre et Cl. Bussard publient les caractéristiques d'un appareil amplificateur permettant l'audition collective et l'inscription graphique des bruits du cœur. Ils insistent sur la facilité de maniement de cet appareil, sur sa qualité sonore, sur l'exactitude des tracés qu'il fournit.

Action de quelques métaux simples sur la croissance des filoblastes « in vitro ». — MM. G. Menegaux, Dodiette et P. Moyse ont mis au contact de cultures de fibroblastes des disques de différents métaux de 15/10 mm. de diamètre et de 25/100 mm. d'épaisseur et ont observé la surface de l'aire de pousse et le coefficient mitotique par rapport aux mêmes éléments de cultures-témoins.

Ils divisent les métaux qu'ils ont étudiés en trois groupes :

1° Métaux très toxiques : cuivre, fer, magnésium ;

2° Métaux moyennement toxiques : zinc, argent, tantale, étain, nickel, tungstène ;

3° Métaux non toxiques : or, aluminium, plomb.

Ils insistent sur les phénomènes secondaires qui se passent dans les cultures en présence du magnésium : dégagement d'hydrogène, transformation du métal en hydroxyde, élévation considérable du pH.

Production expérimentale chez le singe cynocéphale jeune de la lésion initiale de primo-infection tuberculeuse par inoculation intra-pulmonaire paucibacillaire. — M. P. Armand-Delille, inoculant dans le poumon du cynocéphale par voie transthoracique, une dose excessivement faible de bacilles tuberculeux virulents, a reproduit exactement le chancre d'inoculation avec adénopathie trachéo-bronchique que l'on observe chez le jeune enfant.

Après trois mois, la lésion reste limitée, locale, sans aucune diffusion, tandis que si on injecte simplement la dose mortelle pour le cobaye, on produit chez le singe une généralisation miliaire mortelle en moins de trois mois.

Teneur en vitamine A des différents laits ou de certains dérivés du lait. — MM. Debré et A. Busson ont étudié la teneur en facteur A du lait et de ses dérivés, notion capitale à connaître, étant donné l'instabilité des légères réserves en facteur A du nourrisson pendant la période de l'allaitement. Le lait de femme et le lait de vache frais et bouilli, ce dernier un peu plus que le précédent, fournissent à l'enfant une ration suffisante en vitamine A. Par contre, le lait condensé sucré, le lait sec et le babeurre sont par ordre décroissant de moins en moins riches en facteur A.

Elections. — Sont nommés : M. Chabrol, membre titulaire ; MM. A. Clerc, et Romb, vice-présidents ; MM. Cantacuzène, Guénot, membres honoraires ; MM. Adrian et Devaux, associés ; MM. Doerr, Morquio et Picado, correspondants étrangers ; MM. Dufrénoy, Lacoste et Schwartz, correspondants nationaux.

— Société de biologie de Lyon (séance du 18 décembre) :

Sur l'existence d'éléments accélérateurs du cœur dans le sympathique cervical. — MM. L. Jung, H. Tagand et M. Pierre. Admise par les uns, niée par les autres, la présence de fibres accélératrices dans le connectif cervical du sympathique a fait l'objet de nombreuses recherches.

MM. L. Jung, R. Tagand et M. Pierre utilisent une disposition anatomique particulière que présente le cheval, pour exciter exclusivement le sympathique. Chez le cheval, en effet, il est facile de séparer complètement le sympathique du vague, avec lequel il est fusionné chez la plupart des animaux d'expériences.

Dans un tiers des cas, les auteurs ont obtenu une accélération marquée du cœur. Mais des excitations relativement intenses sont nécessaires, alors que de beaucoup plus faibles, portées sur le pneumogastrique, ralentissent ou arrêtent le cœur.

Sommes-nous dans des cas positifs, en présence d'éléments nerveux, directement accélérateurs, ou de fibres sensitives, commandant à des réflexes ? Des recherches ultérieures pourront peut-être le faire connaître.

Séparation de l'agglutinine et du pouvoir antisepticémique du sérum antistreptococcique par la dissociation du complexe anticorps-bactérie. Technique utilisée pour dissocier les complexes streptocoques-anticorps spécifiques. — MM. P. Sédallian et J. Clavel. Le sérum antistreptococcique, préalablement titré quant à ses pouvoirs agglutinant et antisepticémique, est mis en contact, en dilution convenable, avec la souche microbienne correspondante. La saturation faite est contrôlée. Les bactéries sont isolées par centrifugation, lavées à trois reprises en eau physiologique jusqu'à disparition de toute trace d'albumine sé-

rique. L'émulsion du complexe anticorps-bactéries est faite en eau distillée additionnée de 1 ou 2 gouttes d'acide chlorhydrique. Après 24 heures, on sépare par centrifugation les microbes, et le liquide surnageant possède, au titrage, souvent plus de 50 % des propriétés agglutinantes et antiseptico-miques du sérum spécifique primitif. Il ne donne pas de précipité à l'acide azotique.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1933)

Les lésions cérébelleuses et ganglionnaires dans la maladie de Friedreich. — MM. J. LHERMITTE, P. MOLLARET et TRELLES, dans un cas typique d'ataxie héréditaire, ont pu constater la réalité des lésions profondes des ganglions rachidiens à type inflammatoire, caractérisées par une infiltration lympho-plasmocytaire associée à des dégénérations cellulaires. D'autre part, le cervelet atrophié présentait des modifications structurales profondes : disparition de la couche des grains, remplacée par des cellules névrogliques, atrophie volumétrique et numérique des cellules de Purkinje, renflements fusiformes sur les cylindraxes purkinjiens, hypertrophie et déformations des expansions dendritiques des mêmes éléments.

Tous ces faits montrent que la maladie de Friedreich la mieux authentifiée cliniquement et anatomiquement comporte une atteinte cérébelleuse parfois très importante, dont l'origine est double : congénitale et acquise. De plus, l'infiltration ganglionnaire, déjà signalée par Estable, pose le problème des rapports des maladies hérédo-dégénératives et de l'infection tréponémique héréditaire.

Examen anatomo-pathologique d'un cas de myoclonies vélo-pharyngo-oculo-diaphragmatiques associées à des myoclonies squelettiques synchrones. — MM. G. GUILLAIN, R. THUREL et J. BERTRAND. *Cliniquement*, le syndrome myoclonique offrait deux particularités : d'une part, l'étendue de son territoire (muscles non squelettiques et muscles squelettiques), avec prédominance unilatérale gauche des myoclonies ; d'autre part, la transformation des myoclonies des membres en mouvements cloniques et en tremblement, selon l'attitude et l'état de contraction des muscles.

Anatomiquement, les lésions focales et dégénératives sont multiples, mais portent toutes sur le système constitué par le faisceau central de la calotte et par l'olive bulbaire du côté droit, par le noyau dentelé gauche, et par les fibres qui réunissent l'olive droite et le noyau dentelé gauche. Parmi ces lésions, les auteurs font jouer le rôle essentiel aux lésions olivaires, et insistent sur deux points :

L'aspect des lésions, qui aboutissent à un véritable remaniement olivaire ;

Et leur topographie croisée par rapport au syndrome myoclonique.

Syndrome de Parinaud, myoclonies rythmées vélopalatines. Etude anatomo-clinique. — MM. Raymond GARCIN, Ivan BERTRAND et P. FRUMUSAN rapportent l'étude anatomo-clinique d'un cas de syndrome de Parinaud et de myoclonies du voile du palais fortuitement associés chez la même malade. Le syndrome de Parinaud paraît dû à un ramollissement limité unilatéral préhabénulaire, qui sectionnait les fibres de la commissure blanche postérieure et le faisceau rétro-réflexe de Meynert. Pour ce qui concerne les myoclonies du voile, l'intégrité du faisceau central de la calotte s'opposait à l'importance des lésions du système olivo-dentelé, qui l'emportaient dans ce cas sur celles des noyaux dentelés du cervelet.

MM. LHERMITTE, BABONNEIX, André THOMAS soulignent l'absence fréquente des lésions des tubercules quadrijumeaux antérieurs dans le syndrome de Parinaud.

Hémiballismus. Lésion dégénérative du corps de Luys et de la zona incerta. Etude anatomo-clinique. — MM. Ivan BERTRAND et Raymond GARCIN rapportent l'étude anatomo-clinique d'un cas d'hémiballismus bien caractérisé (hémichorée excessive avec mouvements athétosiques, intéressant la racine du membre, hypotonie, troubles mentaux), qui s'accompagna d'œdème de la main du côté atteint. L'autopsie montra, sur un cerveau remarquablement sain par ailleurs, l'existence de lésions dégénératives localisées au corps de Luys et à la *zona incerta* du côté opposé. Passant en revue les 13 observations anatomiques antérieures, les auteurs soulignent le caractère dégénératif pur de la lésion focale, alors que, dans l'immense majorité des cas, il s'agissait de lésion hémorragique ou malacique. Cette observation pose de nouveau, à cause de l'œdème de la main, le problème de la régulation sous-thalamique des centres végétatifs chez l'homme, telle que Karplus et Kreidl l'ont démontrée chez l'animal.

MM. André THOMAS, J. LHERMITTE remarquent que l'existence de lésions du pédoncule cérébelleux supérieur ne peut être éliminée avec certitude.

M. LHERMITTE rappelle qu'il a étudié la sérosité dans l'œdème des hémiplégiques ; il s'agit d'une sérosité très riche en fibrinogène, et on ne l'observe guère que dans les lésions thalamiques.

M. VAN BOGAERT a pratiqué l'autopsie de deux cas d'hémiballisme qu'il a observés, et il a constaté des lésions pures du corps de Luys.

Sur un cas de mélanoblastose primitive et diffuse des centres nerveux. Etude anatomo-clinique. — MM. Raymond GARCIN, Ivan BERTRAND, André THÉVENARD et R.-A. SCHWOB rapportent un cas de mélanoblastose diffuse des méninges envahissant de proche en proche et le long des vaisseaux la substance grise corticale, qu'elle infiltre presque entièrement en respectant la substance blanche qu'elle semble ourler. Cliniquement, le diagnostic fut soit celui de gliomatose cérébrale, soit celui de leuco-encéphalite à cause de l'absence de tout signe d'hypertension intracranienne. Aucun nævus pigmenté, aucune lésion de la choroïde oculaire ne pouvait orienter le diagnostic. Rappelant les rares cas connus, les auteurs soulignent le caractère exceptionnel de pareilles mélanoblastoses, et le syndrome hyperalgique observé ici, en rapport avec l'infiltration mélanotique du pulvinar contro-latéral.

La dégénérescence systématisée cortico-cochléo-dentelée. Etude anatomo-clinique d'un type familial. — MM. R. NYSSEN et LUDO VAN BOGAERT (Anvers) ont vu, chez deux enfants d'une même famille, apparaître et évoluer dans le même ordre les symptômes suivants : atrophie optique avec cécité totale, surdité de type central, ataxie cérébello-spasmodique sans tremblement intentionnel et sans symptômes pyramidaux.

La vérification anatomique montre, chez l'un d'eux, une dégénérescence du nerf optique, du chiasma, des bandelettes optiques jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur, une dégénérescence systématisée des voies cochléaires primaires et secondaires, une atrophie bilatérale et symétrique de l'appareil dentelé.

L'évolution homologue, homochrone, l'origine endogène du syndrome, le caractère familial de la maladie plaident en faveur d'une affection hérédo-dégénérative, qu'on peut, en raison des données anatomiques, appeler « dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée ».

Cette affection rentre dans le cadre des hérédopathies acoustico-rétino-cérébro-spinales (Kufs-Hammerschlag), dont les idioties amaurotiques juvéniles sont un autre type.

Cette variété, qui touche le neurone périphérique, s'oppose à la maladie de Schilder, qui intéresse le neurone central.

Forme familiale de l'encéphalite périaxile diffuse (maladie de Schilder). Deux observations cliniques. — M. G. Heuyer, Mlle Claire Vogt, Mme Roudinesco présentent l'observation de deux enfants, le frère et la sœur, qui ont une histoire clinique identique. Après un premier développement normal jusque vers treize ou quinze mois, arrêt de croissance jusqu'à vingt et un mois. A cette époque, l'affection semble débuter par des troubles oculaires (strabisme pour le garçon, nystagmus pour la fille), des troubles de la marche, qui devient de plus en plus difficile, enfin quelques signes cérébelleux : tremblement intentionnel des mains pour le garçon, nystagmus pour la fille. A l'âge de deux ans et demi, en quatre semaines, une quadriplégie spasmodique s'installe, accompagnée de crises de contracture tétanique, de cris la nuit et le jour, à l'occasion des crises. En quelques jours, la parole disparaît complètement et on voit apparaître des troubles de la déglutition et des signes laryngés chez les deux enfants. Après cette phase aiguë, l'état se stabilise sous la forme d'une quadriplégie, avec crises de rigidité, arriération intellectuelle, atrophie optique. Dans les antécédents, il n'y a eu aucun épisode infectieux ; rien à signaler dans l'hérédité de la famille pendant trois générations. Sur 7 enfants, 2 seulement sont en bonne santé ; un autre est mort, à vingt-huit mois, d'une maladie de Schilder probable ; un quatrième est mort en quatre jours d'une méningite. L'histoire clinique des deux enfants est identique aux observations de maladie de Schilder retrouvées dans la littérature médicale.

Tumeurs du quatrième ventricule. Crises hypotoniques. — M. Barré (de Strasbourg) rapporte l'observation d'un malade atteint de tumeur du quatrième ventricule vérifiée anatomiquement. Les symptômes consistaient en une céphalée à localisation occipitale, en paralysie des quatre dernières paires craniennes et en troubles vestibulaires. Le malade était sujet à de grandes crises, qui s'annonçaient par du hoquet, et qui se manifestaient par un grand frisson, par un besoin de défécation, par du dérobement des jambes, par de la latéro-pulsion, par du ralentissement de la respiration et du pouls, enfin par une paralysie complète de la déglutition. Ces crises, qui duraient de trente à quarante-cinq minutes, ne s'accompagnaient d'aucune contracture, mais plutôt d'hypotonie musculaire. Il n'y avait pas de stase papillaire. La tension du liquide céphalo-rachidien, qui était de 58, s'élevait à 68 après la compression des jugulaires.

L'auteur s'efforce de dissocier les syndromes topographiques de tumeurs du quatrième ventricule, syndrome global, syndrome vermien, syndrome du plancher, syndrome des recessus latéraux, syndrome de la partie inférieure du plancher.

Hématome sous-dural chronique post-traumatique. Aspect radiologique. — MM. J. Dereux et A. Hayem (de Lille) rapportent l'observation d'un malade atteint d'un hématome sous-dural après un traumatisme cranien peu violent. Cet hématome s'est révélé après un intervalle libre de deux mois. Le malade, opéré par le professeur Swynghedauw, Huart et Dereux, guérit parfaitement.

Le point spécial, sur lequel les auteurs insistent, est l'aspect radiographique particulier que donna cet hématome sur les clichés pris de face, et qui fut un précieux signe de localisation. Cet aspect ne semble pas encore avoir été signalé en France.

Epilepsie généralisée depuis 14 ans. Absence de manifestations d'hypertension intracranienne. Ablation d'un volumineux méningiome frontal. Guérison. — MM. de Martel et Guillaume présentent un homme de 33 ans, qui, pendant quatorze ans, avait été atteint d'épilepsie généralisée. La ventriculographie permit seule de localiser la tumeur, qui fut enlevée. C'était un méningiome de 170 grammes, qui s'insérait sur la partie antérieure du sinus longitudinal supérieur. Le malade semble guéri.

Tumeur du troisième ventricule. Abord de la lésion par voie transcalleuse. Ablation partielle. Guérison. — MM. de Martel et Guillaume présentent un homme de 27 ans, chez lequel s'était développé un syndrome d'hypertension cranienne, sans signe de localisation net. La ventriculographie permit de reconnaître une volumineuse tumeur dans la région du troisième ventricule. Il s'agissait d'une tumeur kystique, qui put être partiellement enlevée après incision du corps calleux. Le malade semble cliniquement guéri.

Névralgie du glosso-pharyngien opérée par voie postérieure. — MM. Baudouin et Petit-Dutaillis présentent une femme de soixante ans, qui était atteinte d'algie vélo-palatine et d'otalgie depuis trois ans. L'anesthésie du glosso-pharyngien à la base du crâne soulageait la douleur complètement, mais passagèrement. L'intervention, pratiquée par M. Petit-Dutaillis suivant la technique de Dandy, a permis la section du nerf. La névralgie a complètement disparu depuis deux mois. Quelques jours après l'opération, on ne constatait presque aucun trouble de la sensibilité lié à la section du glosso-pharyngien.

Méningiome de la petite aile du sphénoïde. — MM. P. Puech et C. Loisel présentent un malade opéré par l'un d'eux d'un volumineux méningiome de la petite aile gauche du sphénoïde. Ils insistent sur le succès opératoire chez ce malade opéré dans un état voisin du coma, avec un pouls ralenti à 44, et dont le méningiome enlevé d'un bloc pesait 190 grammes. Il faut noter la forme anatomique particulière de ce méningiome, qui, inséré au niveau du tiers externe de la petite aile, bordait sur toute sa longueur l'arête de la petite aile, comblait la quasi-totalité de la fosse temporale, débordait en avant dans l'étage antérieur du crâne, et venait en arrière comprimer directement la protubérance. Cliniquement, il y avait un double syndrome : syndrome fronto-temporal, habituel dans les méningiomes de la petite aile, et syndrome cérébelleux, auquel s'ajoutait un trouble que les auteurs ont eu l'occasion d'observer une autre fois dans le service de leur maître Clovis Vincent, chez un malade qui avait une compression du tronc cérébral : l'attitude à quatre pattes pour avaler.

La radiographie montrait un *épaississement massif et généralisé des os du crâne*. Cet épaississement, qui s'observe au cours de processus hypertensifs d'évolution lente, pourrait être rapproché des syndromes acromégaliques que l'un d'eux a observés dans certaines tumeurs craniennes non hypophysaires.

La sympathicothérapie, 3e édition, revue, corrigée et très augmentée, par Paul Gillet, ancien interne des Hôpitaux, ex-chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. — Un volume in-8° de 266 pages avec figures dans le texte. — Prix : 38 fr. — Gaston Doin et Cie, Paris.

L'école des fiancés, par Louis Barras. Un vol. in-8° cour. 288 pages, 15 fr.; en vente chez tous les libraires et chez Eugène Figuière, éditeur, 166, boulevard du Montparnasse, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

La tuberculose pulmonaire et les maladies de l'appareil respiratoire de l'enfant et de l'adolescent (1), par Armand-Delille, Ch. Lestocquoy, René Huguenin.

Il est difficile de savoir ce qu'il convient d'admirer le plus dans le présent volume : la richesse de la documentation rassemblée, les enseignements qui en découlent et l'art de les exposer, la façon luxueuse dont ils sont présentés.

Ce bel in-4° de près de 500 pages ne renferme pas moins de 350 figures, clichés radiographiques pour la plupart, démonstratifs entre tous, que doublent des schémas soigneusement annotés et abondamment commentés ; photographies macroscopiques dont le relief et la finesse font autant d'œuvres d'art ; très nombreuses reproductions de préparations histologiques avec notices explicatives. Il reste bien peu de place après cela pour un texte autonome ; il existe pourtant, formant dans sa brièveté le lien qui unit les documents en une doctrine et transforme un atlas radiologique en un traité complet et vivant de pathologie et de clinique de l'appareil respiratoire. Ce magnifique ouvrage étudie successivement les notions générales de pathologie pulmonaire et de tuberculose, les bacilloses de primo-infections, les bacilloses de réinfection, les traitements de la tuberculose pulmonaire (pneumothorax, section des brides d'adhérence), affections aiguës et chroniques enfin de nature non bacillaire.

C'est un volume qui fait honneur à ses auteurs et fait mieux que de rivaliser avec les plus belles publications qu'ont pu jusqu'à présent nous offrir la science et l'édition étrangères. L. B.

(1) Paris, A. Legrand.

Le Béribéri aux Iles Westman (Islande) (1), par P.-V.-G. Kolka, médecin de l'hôpital général des Iles Westman.

Dans ce même journal, organe de l'association médicale islandaise, le Dr Helgi Tomasson a publié en 1932 deux cas de névrite des membres inférieurs avec insuffisance cardiaque qu'il attribuait à une carence en vitamine B1 et dénommait béribéri. Cette affection étant jusqu'ici inconnue en Islande et même en Europe, ce diagnostic fut accueilli avec scepticisme.

Dans un rapport préliminaire que suivra ultérieurement une publication complète de toutes les observations recueillies, l'auteur résume les faits qu'il a observés avec le Dr Jonasson chez des pêcheurs et des marins des îles Westman (côte sud de l'Islande).

Il s'agit de 16 cas, de gravité inégale survenus pendant la saison de pêche (début de janvier, mi-mai).

Début par perte de forces, sensations anormales dans les jambes et oppression.

Les troubles nerveux prédominent aux membres inférieurs, sensitifs, réflexes et moteurs ; démarche particulière. Œdème des mollets (signe de Shimazono). Dilatation cardiaque prédominant sur les cavités droites et constatable cliniquement et radiologiquement. Signes artériels périphériques ; abaissement de la tension minima. L'évolution est progressive et les symptômes ne cèdent qu'à l'administration de vitamine B1.

Une certaine durée de la période de carence (90 jours environ) semble nécessaire à l'éclosion des accidents, mais les fatigues et surmenages de tous genres semblent avoir une influence déclenchante réelle.

L'âge propice s'étend de la puberté à la quarantaine. Les hommes sont le plus souvent atteints (13 hommes pour 3 femmes) ; les femmes l'ont été après une grossesse ou une

(1) Rapport préliminaire, Laeknabladid, année 1933, fas. 6-8.

Adopté par les hôpitaux de Paris

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 cc. à 1 ampoule.	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

Vente au Palais de Justice à Versailles, le Jeudi 22 Février 1934 à 13 heure.

TRÈS BELLE PROPRIÉTÉ A St GERMAIN-EN-LAYE

Avenue du Maréchal Foch, nos 112 et 114 et Rue d'Alsace, no 25.

CONSTRUCTION RÉCENTE (1912) TOUT CONFORT

Communs. Tennis. Serres. Contenance environ : 6.000 mètres carrés.

MISE A PRIX. . . . . 400.000 FRANCS

S'ad. Versailles, à Me MANUEL, av. 89, Bd Reine ; à Paris, Me MOREL D'ARLEUX, notaire 5, rue Renard, Me DE FORGES, av. 12, rue Montpensier. Pt visit. sr les lieux sauf vendredi.

Fds de Spécialités Pharmaceutiques dit " Laboratoire Lacroix ", 22, Bd Sébastopol. Mise à prix 40.000 fr. Mat. pr : 5.075 fr. 50 et march. en sus. Conseil 15000 fr. esp. Adj. Et. FAROUX, not. 5, Louvre le 22 Février 1934 à 14 h. pr. S'y adres.

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

période de lactation, où les besoins en vitamines sont naturellement plus grands.

Chez tous les malades, on notait au point de vue alimentaire l'usage exclusif de pain blanc, l'abstention complète d'œuf, de tous les laitages et du beurre. Peu de viande fraîche, de pommes de terre ou de légumes, — par contre consommation de margarine, de poisson frais ou salé, de soupe de poisson séché, de mouton de conserve, de café, tous ont reçu un régime mieux équilibré et pour tout médicament de la levure de bière ; tous ont été remis sur pied en moins d'un mois.

L'observation en un temps aussi court de cas aussi nombreux et les heureux résultats du traitement sont pour l'auteur, une preuve que l'alimentation des habitants des îles Westman est à l'heure actuelle mal comprise. Depuis quelques années, les habitants d'autres régions d'Islande commettent les mêmes erreurs diététiques et il faut s'attendre à voir le béribéri les atteindre aussi. On a abandonné les laitages, les bouillies de céréales qui faisaient autrefois le fond de l'alimentation pour le pain blanc, les pommes de terre, les céréales polies (orge et riz). La classe pauvre consomme peu de viande et de poisson ; il semble du reste comme l'a remarqué Aykroyd à Terre-Neuve que le poisson frais même en grande quantité n'apporte qu'une quantité insuffisante de vitamine B1.

Les mêmes erreurs d'alimentation de la population de Terre-Neuve ont été suivis en ces dernières années de l'apparition de la même affection autrefois inconnue.

R. LEVENT.

Lettres d'Orient (1), par Philip SPARK

Ce n'est pas un livre de médecine, c'est un roman présenté allertement sous la forme de lettres échangées entre Paris et l'Orient.

L'intrigue n'est qu'un prétexte pour revivre les souvenirs classiques qui bercèrent notre jeunesse et nous promener d'Athènes à Stamboul, de Syrie aux Lieux saints.

L'auteur nous montre l'évolution prodigieuse des esprits désaxés par les bouleversements qui suivirent la grande guerre, il le fait en médecin, — car il est un de nos confrères, — mais aussi en psychologue et en artiste. Son très intéressant ouvrage est illustré d'une façon charmante et, par sa présentation comme par son intérêt, il est digne des bibliophiles les plus raffinés.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS

DEFINITION

L'abcès de la marge de l'anus est un *abcès du tissu cellulaire sous-cutanéo-muqueux*. Il représente la forme la plus fréquente des suppurations superficielles péri-anales.

ETIOLOGIE

a) **Le Microbe** est représenté par :

— Les pyogènes banaux ;
— Le *bacterium coli*,
— Les *anaréobies*, souvent en association.
— Fréquemment le *bacille de Koch* (abcès mixte).

b) **Voie de pénétration.** — Surtout LYMPHATIQUE, à la faveur d'éraillures de la muqueuse ou d'excoriations cutanées ;

— Parfois *veineuse* ou *artérielle*.

Siège de l'abcès. — Peut être :

a) *Sous-muqueux*. — Dans le tissu cellulaire *intrasphinctérien* séparant la muqueuse du canal anal de la musculeuse.

— Cet abcès sous-muqueux peut remonter assez haut sous la muqueuse de l'ampoule rectale (*abcès intramural*).

b) *Sous-cutané*. — Dans le tissu cellulaire de la marge de l'anus.

c) *Sous-cutanéo-muqueux*. — Les deux traînées celluleuses sous-cutanée et sous-muqueuse étant en continuité. L'abcès est tout entier *au-dessous* et *en dedans du sphincter externe*.

ETUDE CLINIQUE

Type de description : *Forme phlegmoneuse de l'abcès sous-cutanéo-muqueux*.

a) *Début*, par sensation de gêne, de pesanteur au niveau du fondement.

b) *Etat*. — S. F. : *la douleur*. Siège : anale et périanale. Caractère : lancinante.

Accrue par : le mouvement, l'effort.

Gênant considérablement la défécation, la miction.

S. G. — *Etat saburral*. — Frissons. Fièvre : 38°5, 39.

S. Ph. — Le malade est examiné : soit en décubitus latéral du côté de l'abcès, la cuisse opposée étant fléchie, la fesse soulevée ; soit en position de la taille.

a) *Inspection*. — *Tuméfaction* : latéro-anale, globuleuse, rouge, tendue.

b) *Palpation*. — Apprécie l'*augmentation de la chaleur locale*. Décèle l'*œdème*. Accroît la *douleur*.

Cette palpation *directe* doit toujours être complétée par le :

c) *Toucher rectal*. — Il est très douloureux, doit être pratiqué doucement, est *indispensable*.

Le *doigt rectal* : reconnaît une tuméfaction qui bombe à l'entrée du rectum ; apprécie l'*étendue en hauteur* de la collection sous-muqueuse, perçoit la *fluctuation*, au cours des pressions exercées par *le doigt superficiel* en un point opposé.

EVOLUTION

1° **Traité.** — Guérison si la cicatrisation est surveillée attentivement.

2° **Non traité.** — En quelques jours, *ouverture spontanée*, mais : la perforation est minime, le drainage insuffisant, d'autres perforations peuvent apparaître avec multifistulation.

La lésion est exposée : aux *récidives*, aux *fistules* persistantes.

(*A suivre.*)

Biocratie. *Communisme ou fascisme ?*, par Pierre ROSENTHAL. — Un volume in-16 jésus, 112 pages. — Prix 6 francs. — André Gommès, éditeur, 53, boulevard du Montparnasse, Paris (6e).

(1) Un vol. — Librairie J. Monnier, 17, rue Bréa, Paris (VIe).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon PARIS

CHOLECYSTITES — LITHIASES BILIAIRES
et toutes variétés de
PYELO-NEPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15
(du Juniperus Oxycedrus.)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 17 FEVRIER 1934. — N° 14.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Dermatologie et syphiligraphie (sous la direction de M. P. Gastinel), par M. R. Pulvenis.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de biologie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes.
COMMUNIQUÉ
IL Y A CENT ANS
PRATIQUE MÉDICALE
CONGRÈS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Liste des candidats :

MM. Albot, Benoist, Besançon, Bize, Blondel, Busson, Cachera, Caroli, Cattan, Chabrun, Dogos, Delafontaine, Derot, Desoille, Ducas, Even, Froment, Goldberg, Kaplan, Kourilsky, Lamy, Launay, Lenormand, Lereboullet, Lévy (Robert), Lichtwitz, Lièvre, Mamou, Mauric, Michaux, Mollaret, Moussoir, Oumansky, Périsson, Pollet, Poumailloux, Poumeau-Delille, Mme Roudinesco, MM. Rouquès, Salmon, de Sèze, Soulié, Thiébaut, Thiroloix, Thoyer, Uhry, Wahl, Wallich, Weill, Worms, Zadoc-Kahn.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Première séance du 13 février 1934. — Questions données : « Symptômes de l'anévrisme de la crosse de l'aorte. — Anatomie pathologique, évolution et complications de la fracture de la rotule. »

MM. Cordebar et Tiffeneau, 24; Vionnet, 20; Borde, 18; Feuillet, 19; Mlles Simon, 15; Marcelot, 18; Duss, 17; MM. Lebel, 22; Ménétrier, 26.

Deuxième séance du 13 février. — Questions données : « Symptômes des pleurésies interlobaires. — Anthrax de la lèvre supérieure. »

MM. Gruner, 18; Cauchoix et Salleron, 28; de Montis, 16; Lesca, 14; Bussière, 12; Carniol, 18; Leconte, 22.

Séance du 14 février. — Questions données : « Diagnostic de la colique hépatique. — Signes et évolution de l'éclampsie puerpérale. »

MM. Cante, 14; Mativat, 21; Brault, 25; Mande, 17; Grèze et Lewi, 22; Mozziconaci, 19; Monsaingeon, 21.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Après concours, MM. les docteurs Pierre Dubouloz et Georges Blanc ont été nommés électroradiologistes adjoints des hôpitaux de Marseille.

LES DÉLÉGUÉS DES ÉTUDIANTS AUX CONSEILS DES UNIVERSITÉS. (V. p. 247.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le lundi 14 mai 1934, au siège de ladite Ecole.

— Un concours pour l'emploi de chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le mardi 15 mai 1934, au siège de ladite Ecole.

GUERRE. — Le concours pour l'obtention du titre d'*assistant des hôpitaux* militaires en 1934 comprendra les places suivantes : médecine, 5; chirurgie, 5; électroradiologie, 5.

Les épreuves anonymes d'admissibilité auront lieu à Paris au Val-de-Grâce et à Lyon à l'hôpital Desgenettes pour la section de médecine les 14 et 15 mai; pour la section de chirurgie les 16 et 17 mai; pour la section d'électro-radiologie les 18 et 19 mai.

Les épreuves définitives auront lieu au Val-de-Grâce à partir du 1er octobre 1934.

HÉMORROÏDES

ANUSOL MIALHE

POMMADE — SUPPOSITOIRES

— *Agrégation.* — Des concours s'ouvriront le 5 novembre 1934 pour l'obtention du titre de professeur agrégé du Val-de-Grâce et pour un emploi d'agrégé d'électroradiologie et un emploi d'agrégé de chirurgie.

— *Médecins, chirurgiens et pharmaciens des hôpitaux militaires.* — Des concours pour l'obtention de ces titres s'ouvriront en octobre au Val-de-Grâce. (*J. O.*, 13 fév. 1934.)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — *Séance du Conseil d'administration du 6 février.* — M. Martiny expose un projet de Comité de rapprochement médical avec l'Italie. Un Comité italien, sous l'égide de la corporation, est déjà constitué; l'A. D. R. M. est toute désignée pour constituer un Comité français. Le but serait triple : 1° faire publier dans chaque pays des articles écrits dans le pays voisin; 2° favoriser des échanges de professeurs ; 3° faire des échanges de vues entre syndicats français et corporation italienne.

Le président de la Société de chirurgie polonaise demande s'il ne serait pas possible qu'un chirurgien ou un urologue français vînt à Varsovie faire quelques conférences.

Les professeurs Holmgren (de Stockholm), Ingvar (de Lund) et Sonne (de Copenhague) demandent qu'on leur indique un ou deux ouvrages d'enseignement pour maladies internes dont ils conseilleraient l'emploi à leurs étudiants.

XIVe SALON DES MÉDECINS. — Le vernissage du Salon des médecins aura lieu le 18 février 1934, à 14 h., sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

L'exposition restera ouverte jusqu'au 25 février inclus, de 10 à 12 h. et de 14 à 18 h. 30, à la *Maison de France*, 101, avenue des Champs-Elysées.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE PARIS. — La séance solennelle de la Société d'hydrologie aura lieu le lundi 5 mars 1934, à 16 h. précises, 12, rue de Seine, au siège habituel des réunions.

Le sujet traité sera : « Le rôle de la peau dans les réactions générales de l'organisme produites par les cures thermales et climatiques. »

1° Etude physiologique, par MM. le professeur Santenoise, le professeur agrégé Merklen et M. Vidacovitch.

2° Etude thérapeutique, par MM. Dubois (Saujon), Debidour et Claude (Le Mont-Dore), Mlle Brosse (La Roche-Posay), M. Barraud (Chatelaillon).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PUÉRICULTURE. — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera le lundi 9 avril, à 16 h., à l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, l'enseignement préparatoire au diplôme de puériculture, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, de 16 à 18 h.

Le cours est public.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur adjoint, 26, boulevard Brune, Paris (XIVe).

IL Y A CENT ANS

M. Guéneau de Mussy, membre du Conseil royal de l'Instruction publique, a succombé avant-hier à une maladie violente qui l'a emporté en quelques jours.

M. Guéneau avait épousé la fille du célèbre médecin Hallé. (*Gaz. des hôpit.*, 13 fév. 1834.)

— Ajoutons que le *Moniteur* du 14 février 1834 annonce la nomination de son successeur au Conseil royal. Orfila qui venait d'obtenir ses lettres de grande naturalisation obtint cette succession.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES

Le syndicat des médecins de la Seine nous prie d'insérer la lettre suivante :

Monsieur le secrétaire général
de la Confédération des syndicats médicaux français,
95, rue du Cherche-Midi (6e).

Mon cher secrétaire général,

Vous avez pu constater, comme nous, que le corps médical s'émeut de plus en plus de la loi fiscale qui impose aux praticiens la tenue d'un livre-journal : l'Académie de médecine, avec sa haute autorité, a particulièrement protesté contre cette commercialisation de la médecine.

Ainsi que nous en avons pris publiquement l'engagement dans la note adressée à nos syndiqués, et publiée dans les journaux professionnels, nous vous prions instamment d'insister de toute la force que vous donne l'union du corps médical pour obtenir des pouvoirs publics la suppression de mesures vexatoires et imméritées.

Veuillez agréer, mon cher secrétaire général, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président :
Dr M. SÉNÉCHAL.

COMMUNIQUÉ

UNION MÉDICALE LATINE (UMFIA)

La réunion des Voix latines qui devait avoir lieu le mercredi 14 février a été renvoyée en raison de la gravité des événements actuels. Les cartes seront valables pour la date qui sera arrêtée dès que possible. L'Union médicale latine prend part au deuil qui a frappé le corps médical français, au cours des douloureuses journées que l'on sait.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2e

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Tréphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

1°_ Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°_ Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°_ Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de **TOUTES les**
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.

Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sous la direction de M. P. GASTINEL,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Par R. PULVENIS,

CHEF DE LABORATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MÉDECIN-CONSULTANT A LA ROCHE-POSAY.

DERMATOLOGIE

Clinique

Les rapports de la teinte des cheveux et de la peau avec l'épithéliome cutané. (Stéphane EPSTEIN. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1931, p. 304.) — D'après les statistiques de l'auteur, il ressort que les épithéliomes cutanés sont plus fréquents chez les blonds que chez les sujets aux yeux noirs et cheveux foncés. E... invoque, pour expliquer cette prédilection des sujets blonds, une défense insuffisante vis-à-vis de la lumière. En effet, ce type cutané réagit plus fortement à la lumière et ne se protège pas suffisamment vis-à-vis des rayons lumineux chimiques.

Dermatite bulleuse striée consécutive aux bains de soleil dans les prés. (OPPENHEIM. *Ann. de dermat. et de syph.*, janv. 1932, p. 1.) — L'auteur a décrit, en 1926, une affection cutanée qui, le plus souvent, se déclare consécutivement aux bains pris en plein air et suivis de repos allongé dans les prés. 48 heures après, il se produit un exanthème constitué par des taches rouges et souvent des bulles ; l'éruption est localisée aux parties du corps en contact direct avec l'herbe ; les lésions guérissent en peu de temps, en laissant subsister une pigmentation brun foncé. La cause semble résider dans une hypersensibilité vis-à-vis des différentes plantes des prés et peut-être aussi à l'égard de divers facteurs susceptibles d'entrer en jeu : condition atmosphérique, rôle du soleil, etc.

La dermatose bulleuse des bains de soleil dans les prés. (A. ULLMO. *Ann. de dermat. et de syph.*, janv. 1932, p. 31.) — L'auteur reprend l'étude de cette maladie curieuse décrite par Oppenheim et dont il a pu obtenir des cas personnels. Il insiste sur le facteur individuel de sensibilisation, mais ignore quelles espèces de plantes doivent être incriminées.

Contribution de la dermite des parures. (Ch. DU BOIS (de Genève). *Ann. de dermat et de syph.*, n° 3, mars 1932, p. 209.) — L'auteur relate de curieuses observations de dermite eczématiforme en placard survenue au point de contact avec une montre-bracelet. La preuve a été faite qu'il s'agissait, chez un sujet sensible, de l'action du nickel, en reproduisant exactement le même type de lésion avec une pièce de monnaie. Il s'agit donc d'une idiosyncrasie, peu fréquente d'ailleurs, au nickel, découverte fortuitement par le port de montres-bracelets.

Granulome à coccidioïdes. (RIXFORD, DICKSON et BECK. *Bulletin du Département de la Santé publique de Californie*, n° 57 ; in *Annales de dermat. et de syph.*, 1932, p. 373.) — Important travail de mise au point sur cette maladie observée surtout en Californie, mais aussi en Amérique du Sud et en Italie. Elle reste déterminée par un champignon appelé *oïdium coccidioïdes*. Elle sévit dans les deux sexes, et surtout chez les agriculteurs, et il semble que l'inoculation se fasse principalement par les voies respiratoires. Le granulome à coccidioïdes simule la tuberculose et touche la peau, les ganglions, les os, les articulations, les méninges et les viscères. Sur la peau, les lésions sont verruqueuses ; elles peuvent y apparaître comme la première manifestation de la maladie, suivie ensuite d'une généralisation. Dans d'autres éventualités, les lésions de la peau ne sont que les premiers signes apparents de l'infection déjà généralisée et à début pulmonaire. Quand l'infection est consécutive à l'inhalation des spores en suspension dans l'air, la maladie se manifeste par une broncho-pneumonie simulant une tuberculose aiguë.

Les lésions des os s'observent principalement sur le crâne, les côtes, les vertèbres et les os des membres ; elles aboutissent à la formation d'une grosse quantité de pus. Le diagnostic d'avec la tuberculose ne peut se faire que par les recherches de laboratoire, mettant en évidence le champignon pathogène. Le pronostic est très grave ; on évalue approximativement la mortalité à 65 p. 100 des cas.

Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée. (S. NICOLAU et BLUMENTAL. *Ann. de derm. et de syph.*, juin 1932, p. 97.) — Recherches faites en vue d'appliquer à la tuberculose cutanée les nouveaux moyens d'investigation bactériologique. Pour cela, le matériel pathologique cutané est réduit en fragments, soumis à l'action de l'acide sulfurique suivant le procédé de Löwenstein et ensuite ensemencé sur milieu de Pétragnani, de Lubenau ou Pétroff. Parallèlement à la mise en culture, des inoculations expérimentales ont été pratiquées au cobaye avec la lésion biopsiée ou avec son filtrat. Par cette technique, les auteurs étudient des lupus, des cas de tuberculose verruqueuse et de gommes tuberculeuses. Dans l'ensemble, la technique utilisée a permis de cultiver le bacille tuberculeux dans un pourcentage de 55 %. Les auteurs estiment que le milieu de culture le plus favorable est celui de Pétragnani. L'inoculation expérimentale avec le produit pathologique a régulièrement, sauf une fois, tuberculisé le cobaye. Dans trois cas seulement, l'inoculation du filtrat donna des résultats positifs dès le premier passage.

Les formes cliniques du syndrome de Thibierge-Weissenbach : concrétions calcaires des sclérodermies. (R.-J. WEISSENBACH, Georges BASCH et Marianne BASCH. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1933, pp. 1-27 ; février 1933, pp. 125-142.) — Cet important travail échappe à l'analyse, et

DANS LES ÉTATS NÉVRALGIQUES

comme en présence de toute douleur

La Cibalgine

procure calme et sédation

■

Tous les sujets qui connaissent la douleur trouvent en elle un apaisement à leur mal, une sédation de leur système nerveux irrité

■

Médicament sans opium, sans alcaloïdes

La Cibalgine

calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

■ ■

COMPRIMÉS
2 à 4 par jour

AMPOULES
1 à 2 par jour

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND
109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

tous les spécialistes voudront le lire dans son texte. Les auteurs étudient successivement : 1° les concrétions calcaires des sclérodermies diffuses, observées soit dans les sclérodermies progressives à début sclérodactylique, soit dans les sclérodermies œdémateuses ; 2° les concrétions calcaires des sclérodermies circonscrites (morphée en plaques ou sclérodermie en bande).

L'observation de ces concrétions calcaires révèle souvent l'existence de formes associées, c'est-à-dire que le syndrome coexiste avec différentes manifestations rhumatismales (rhumatisme déformant ou périarthrite fibreuse).

Une longue étude est consacrée à l'aspect radiographique des différentes lésions : concrétions sous-cutanées, calcifications des tendons, des aponévroses synoviales, calcifications musculaires, myosites et périmyosites, calcifications viscérales, etc...

Les auteurs rapportent leurs recherches sur les modifications du sang et des humeurs, leur permettant de conclure que le calcium sérique est normal ou subnormal, que les proportions du phosphore inorganique sont des plus variables, que le cholestérol est augmenté. Donc, le taux du calcium n'est, en aucune façon, le reflet des précipitations tissulaires.

Un intéressant chapitre clinique a trait au diagnostic, qui doit être fait avec les concrétions calcaires d'origines diverses, et notamment les tumeurs cutanées calcifiées, les ostéomes vrais, les concrétions de la maladie de Raynaud, et celles des atrophies cutanées. A vrai dire, ce diagnostic consiste plutôt à isoler des aspects morphologiques d'une même affection, des formes cliniques en quelque sorte, qu'à séparer entre elles des affections fondamentalement distinctes.

Etiologie de la leucoplasie (MILIAN. *Rev. franç. de dermat. et de vénér.*, mai 1933, p. 259.) — Des arguments anatomiques, cliniques, thérapeutiques, histologiques, constituent tout un faisceau de preuves pour reconnaître à la leucoplasie une étiologie syphilitique ; aussi, l'auteur conclut-il : la syphilis est la cause usuelle de la leucoplasie.

Manuel pratique de dermatologie. (A. DESAUX et A. BOUTELIER. Masson, éditeur, Paris 1932.) — Les auteurs se sont efforcés d'adopter un plan pratique, de préciser les définitions des divers termes dermatologiques, de présenter d'une façon claire et schématique la clinique et la thérapeutique. Ils ont fait une large part à l'illustration qu'ils ont commentée et expliquée.

Cette illustration fait partie intégrante du texte : à tout instant celui-ci s'éclaire d'un schéma ou d'une photographie (souvent grandeur naturelle) dont les détails cliniques caractéristiques sont accentués, grossis, ou font l'objet d'une légende longue et détaillée.

Une place importante est réservée à la syphilis de la peau, aux recherches de laboratoire et à la chirurgie cutanée, dont le chapitre a été rédigé par Pierre Brocq.

La première partie est consacrée au *Diagnostic dermatologique* d'après les lésions, suivant les régions et chez le nouveau-né.

Le nom de la dermatose qu'on vient de reconnaître est suivi d'un numéro indiquant la page de la troisième partie (*Les Dermatoses*), où l'on trouve pour cette affection cutanée :

Les différents termes synonymes employés par les divers auteurs pour la désigner ;

Une description clinique plus complète ;

Un schéma histologique nécessaire pour comprendre et retenir la symptomatologie ;

Un aperçu étiologique et pathogénique où sont condensées les notions essentielles indispensables à la conception d'un traitement ;

La thérapeutique et souvent la rédaction de l'ordonnance type.

Ajoutons qu'un *index alphabétique* détaillé éclaire le lecteur sur la signification, la synonymie des termes dermatologiques malheureusement trop nombreux.

Dans la *deuxième partie*, A. Desaux a essayé de classer et de situer les hypothèses de travail actuellement émises et concernant l'histo-physiologie, la biochimie, la physiothérapie du tégument.

Cet ouvrage, qui n'a pas la prétention d'être un traité de dermatologie, reflète l'enseignement de Brocq. Par sa concision, l'esprit pratique avec lequel il a été rédigé, et l'admirable iconographie qui l'accompagne, ce livre rendra d'éminents services aux étudiants qui veulent se familiariser avec la dermatologie et aux praticiens qui retrouveront aisément, en le feuilletant, les éléments d'un diagnostic et les directives d'une thérapeutique judicieuse.

Tumeurs de la peau

Naevus saillant et pigmenté à cellules géantes (avec 6 planches dans le texte). (Charles DU BOIS, *Ann. de dermat. et de syphil.*, fév. 1933, p. 97.) — Etude histologique détaillée d'un naevus pigmentaire à caractères spéciaux ; en particulier, abondance considérable de cellules géantes à tous les stades de développement. L'auteur se rattache à l'hypothèse de l'origine mixte des cellules naeviques plutôt qu'à l'idée d'une transformation métaplasique des cellules épidermiques en cellules mésodermiques.

Répartition des différentes variétés histologiques d'épithéliomas de la peau (plus particulièrement ceux de la tête) suivant **les régions anatomiques, le sexe et l'âge.** (A. LACCASSAGNE, *Ann. de dermat. et de syphil.*, juin 1933, p. 497, juillet 1933, p. 613, août 1933, p. 722.) — Dans ce très important travail, l'auteur essaie de déterminer les variétés et les types d'épithéliomas qui prédominent sur les différentes régions cutanées de la tête, leur fréquence comparée dans les deux sexes, et les différents facteurs susceptibles de favoriser leur développement.

Rappelant les classifications clinique, histologique, histogénétique des cancers de la peau, et la difficulté, encore non résolue, d'établir une correspondance satisfaisante entre elles, l'auteur s'arrête à une classification différente se ramenant à deux races d'épithéliomas pavimenteux (les naevocarcinomes laissés de côté) : (a) épithéliomas épidermoïdes, correspondant à la forme clinique cancroïde ; (b) épithéliomas non-épidermoïdes, se subdivisant en *ulcus rodens* et en épithéliomas non épidermoïdes spéciaux. Nous ne pouvons ici développer davantage les éléments de cette classification. Nous nous bornerons à résumer brièvement les résultats de ce travail, basés sur l'examen histologique de 1075 cas d'épithéliomas de la peau de la tête, étudiés localisation par localisation.

1° Les différents types et races de cancer sont très inégalement répartis sur chacun des territoires de la peau ; en outre :

2° Il existe certains sièges d'élection pour le développement de l'un ou de l'autre de ces néoplasmes ;

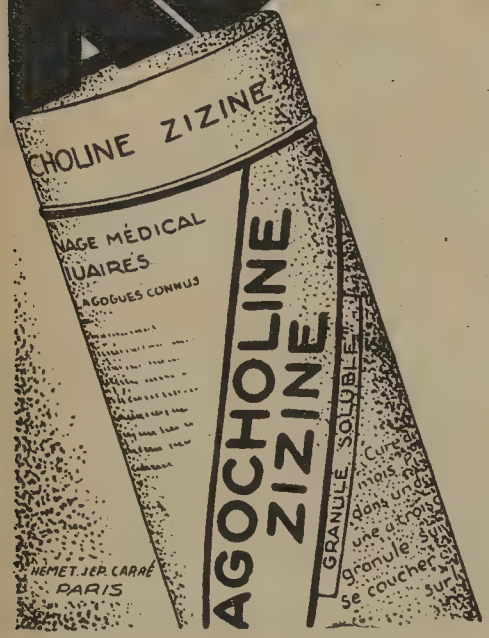
3° L'influence du sexe se manifeste sur la distribution de certains de ces cancers ;

4° Une certaine influence de l'âge peut être reconnue ;

5° Les variétés et les types d'épithéliomas semblent résulter de ce que les cancers tirent leur origine de l'une ou de l'autre des formations épithéliales de la peau ; les cancroïdes prennent habituellement naissance dans l'épiderme; les *ulcus rodens* dans les follicules pilo-sébacés et les glan-

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire : Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

TRAITEMENT
DE L'ALCALOSE

GÉNACIDE

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-Phosphorée Organique — NALINE

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons :
Ets MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

INDICATIONS :

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS *et du* PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* }
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). }
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

des sudoripares. D'où la distinction de trois types d'*ulcus rodens* : pilaire, sébacé et sudoripare ;

6° A la particulière richesse anatomique de la peau en glandes sébacées ou sudoripares par exemple, répond, sur le même territoire, une prédominance du type correspondant d'épithéliomas ;

7° Les sièges d'élection des épidermoïdes coïncident avec les régions où l'épiderme offre une épaisseur relativement grande ; ceux des *ulcus rodens* avec celles dont l'épiderme est très mince ;

8° Ces différences de localisation des variétés d'épithéliomas sont en faveur d'une certaine action des rayons solaires dans la provocation du cancer.

La maladie de Bowen des muqueuses envisagée comme cancer d'emblée (avec 5 fig.) (Lucien HUDELO et CAILLIAU, *Ann. de dermat. et de syphil.*, sept. 1933, p. 813.) — Reprenant avec des arguments nouveaux et plus précis la question de la maladie de Bowen des muqueuses, qu'ils avaient déjà étudiée dès 1922, les auteurs, après avoir rapporté cinq observations très détaillées, s'attachent à démontrer que la dyskératose, état dystrophique, ne représente pas l'hyperplasie prémonitoire d'une lésion maligne et ne peut être incriminée comme facteur cancérigène. La maladie de Bowen serait une néoplasie maligne d'emblée, malignité de caractère très spécial cependant, puisque la cancérisation cellulaire isolée précède de très loin la cancérisation tissulaire envahissante.

Quelques considérations amènent les auteurs à rapprocher la maladie de Bowen de la maladie de Paget, et, au contraire, à la séparer complètement, quelle que soit sa forme, des érythroplasies vraies.

Pachydermie vorticellée du cuir chevelu à forme circonscrite. (Lucien PÉRIN, *Revue Franç. de dermat. et de vénér.*, 1933, p. 272.) — Décrite pour la première fois par Jadassohn en 1906, on peut distinguer deux types à cette affection :

1° Une forme étendue ;

2° Des formes circonscrites, notamment à la région occipitale.

Cette dernière forme est moins exceptionnelle que la précédente. L'auteur en rapporte une observation caractérisée à propos de laquelle il a pratiqué des études histologiques mettant en évidence le caractère strictement inflammatoire des lésions qui ne s'accompagnent d'aucune trace de processus atrophique. Tout se résume dans des infiltrats péri-vasculaires et péri-folliculaires, des vaso-dilatations sanguines et lymphatiques et une hypertrophie sclé-reuse ; les cellules naeviques font complètement défaut. Cet aspect anatomique répond à la pachydermie vorticellée à forme circonscrite. Au contraire, dans les formes étendues à tendance hypertrophique, la structure histologique est celle des naevi ; on retrouve, en effet, dans le derme, des cellules naeviques dispersées ou groupées en amas, rappelant la structure des naevi cellulaires. Il s'agirait alors d'une affection congénitale, existant dès la naissance, augmentant ensuite, et s'apparentant ainsi aux malformations d'ordre naevique. L'auteur oppose donc les formes étendues, le plus souvent congénitales, véritables naevi hypertrophiques en nappe, aux formes circonscrites, le plus souvent acquises, d'origine inflammatoire.

Lymphogranulomatose

Le rôle de la maladie de Nicolas et Favre dans l'étiologie du rétrécissement inflammatoire du rectum. Etude de vingt et un cas par l'intradermoréaction de Frei. (BENSAUDE et LAMBLING. *C. R. Soc. biol.*, 18 décembre 1931, t. CVIII, N° 37, p. 1.050.) — On sait que le virus de la maladie de Nicolas et Favre est actuellement incriminé dans l'étiologie de nombreux rétrécissements du rectum. Les auteurs rapportent une statistique où, sur 21 cas, 19 réactions furent positives. On conçoit toute l'importance d'une telle proportion de résultats positifs qui semble éclairer d'un jour nouveau l'origine, jusque-là si obscure, de la plupart des cas de rétrécissement.

Etude étiologique et pathogénique de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale subaiguë, ulcère vénérien adénogène, poradénolymphite). (LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et SCHŒN. *Ann. de l'Inst. Past.*, janvier 1932, N° 1, p. 26.) — Il est impossible d'analyser ici ce très beau mémoire riche d'une longue expérimentation. Il expose les résultats des recherches entreprises par les auteurs à la suite des travaux de Hellerström et Erick Wassin de Stockholm. Leurs recherches concernent la nature du virus lymphogranulomateux, ses affinités, sa répartition dans l'organisme du singe, les altérations histopathologiques, la physio-pathologie de la maladie humaine expérimentale, l'immunité, les propriétés virulicides du sérum. A l'heure actuelle, le virus de la maladie de Nicolas-Favre est parfaitement connu, et la méthode des inoculations intra-cérébrales est féconde en déductions expérimentales.

La présence du virus de la maladie de Nicolas et Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectites ulcéro-végétantes. (RAVAUT, LEVADITI, LAMBLING et CACHERA. (*Bull. acad. de méd.*, 19 janvier 1932, t. CVII, p. 98.) — Les auteurs apportent la première démonstration directe de la présence du virus dans des lésions rectales. L'inoculation sous la peau du cobaye d'un fragment du tissu pathologique donna naissance à un abcès avec réaction ganglionnaire non suppurée. Les ganglions prélevés permirent une inoculation intra-cérébrale positive chez le singe qui présenta les lésions caractéristiques de la maladie de Nicolas ; des inoculations au cobaye positives avec réaction des ganglions et enfin, la préparation d'un antigène fournissant des intradermo-réactions positives chez les sujets atteints de la maladie Nicolas-Favre.

Bubons chancrelleux et maladie de Nicolas et Favre. Recherches biologiques et thérapeutiques. (P. RAVAUT et R. CACHERA. *Ann. de dermat. et de syph.*, 2 mémoires, février et mars 1932.) — Très important travail d'ensemble envisageant parallèlement la maladie de Nicolas et Favre et le bubon du chancre mou. Il est impossible de l'analyser ici. Les mémoires des auteurs se terminent par une étude thérapeutique des plus intéressantes, notamment en ce qui concerne l'emploi de la diathermo-coagulation.

SYPHILIGRAPHIE

Le problème de la syphilis exotique, pathogénie et thérapeutique. (A. SÉZARY, *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1932, p. 977.). — Très intéressant essai sur la pathogénie encore si obscure de la neuro-syphilis. L'auteur rappelle, pour le rejeter, le rôle des facteurs souvent incriminés dans la genèse des accidents : nature du virus (neurotrope, dermotrope), caractères de l'organe réceptif (race, climat, etc...).

Etudiant le fait que la syphilis nerveuse, jadis exceptionnelle dans les pays exotiques, y semble actuellement moins rare, Sézary pense que ce sont les méthodes thérapeutiques établies par les peuples civilisés qui ont été la cause principale de cette évolution : c'est en enrayant, avec des médications *insuffisantes*, l'effort d'immunisation de l'organisme à travers plusieurs générations qu'on

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

aurait créé le neurotropisme de la maladie. Par ailleurs, l'absence totale antérieure de traitement actif dans ces pays, expliquerait l'exubérance persistante des manifestations cutanées et la rareté des complications nerveuses. L'auteur termine par quelques considérations sur l'organisation de la prophylaxie et du traitement de la syphilis exotique.

Clinique et thérapeutique

Métrorragies de la puberté, transfusion, syphilis consécutive. (MM. Pinard et Robert. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, 22 févr. 1932, p. 214.) — Observation démonstrative d'une syphilis consécutive à une transfusion sanguine avec éruption survenue au 70e jour. Les réactions sérologiques étaient fortement positives ; l'enquête démontra que le donneur avait un Wassermann positif et présentait une laryngite au moment de la transfusion.

Agranulocytose bismuthique. (A. Sézary et Boucher. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 7 déc. 1931, p. 1.795.) — L'usage très prolongé de suppositoires bismuthiques peut être suivi d'accidents éloignés. Les auteurs relatent une observation où survint, après un tel traitement, un syndrome d'agranulocytose grave avec anémie plastique d'intensité moyenne. Malgré deux transfusions de sang, le malade succomba.

Cervico-vaginite hémorragique et ulcéro-membraneuse au cours d'un traitement bismuthique. Stomatite concomitante. (Cl. Simon, J. Bralez, Durel et Pereton. *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1933, p. 193.) — Les auteurs rapportent l'observation unique, semble-t-il, d'accidents sérieux survenus chez une femme syphilitique à la fin d'une série d'injections bismuthiques : lésions d'aspect gangréneux du col et de la muqueuse vaginale, accompagnées d'hémorragies, et suivies d'ulcérations pseudo-membraneuses. L'absence de vaginite et de cervicite antérieures au traitement, la coïncidence d'une stomatite bismuthique nette, la présence, sur la paroi vaginale, de grains bleus semblant en rapport avec des dépôts métalliques dans les vaisseaux capillaires, l'absence de germes pathogènes à l'examen microscopique, sont autant d'arguments en faveur de l'origine médicamenteuse des lésions observées.

La névrite optique de l'arsenic pentavalent. (A. Sézary et P. de Font-Réaulx. *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1933, pp. 289-321 ; mai 1933, pp. 424-446.) — Parmi les accidents consécutifs à l'intoxication arsenicale, les troubles de la vision comptent parmi les plus graves. Les auteurs étudient dans la syphilis et la trypanosomiase, les particularités de cette névrite optique, la diversité de la symptomatologie selon le dérivé arsenical en cause, les conditions étiologiques (nature des différents composés arsenicaux, terrain offert par l'organisme du malade), la pathogénie (intoxication, neuro-réactivation), le pronostic, et enfin la prophylaxie et le traitement. Ce travail, très important et extrêmement documenté, échappant à l'analyse détaillée, nous en extrairons seulement quelques points :

1° Certains arsenicaux pentavalents, tels l'atoxyl, l'arsacétine, sont particulièrement toxiques pour le nerf optique, en raison de leur composition chimique même et non de leur teneur en arsenic ;

2° Les doses fortes et massives, rarement répétées, ainsi que les doses même faibles, mais très rapprochées, sont dangereuses, indépendamment de la dose totale administrée par série d'injections ;

3° Une altération profonde de l'état général du malade, insuffisance rénale ou hépatique, l'intoxication alcoolique, une lésion du système nerveux central et surtout de la rétine ou du nerf optique favorisent considérablement la complication oculaire.

Au point de vue pathogénique, les auteurs critiquent la théorie de la neuro-réactivation ; pour eux, la nature toxique de la névrite optique arsenicale apparaît indiscutable dans le plus grand nombre des cas. Pour le traitement, les auteurs recommandent les injections intra-veineuses d'une solution stérile d'hyposulfite de soude à 20 %, à la dose de 10, puis 20 cc. qu'on répète quotidiennement pendant 10 à 20 jours consécutifs, les diurétiques au début de la complication, et le régime lacto-végétarien.

Syphilis expérimentale

L'interprétation de l'intradermo-réaction à la luétine dans la syphilis. — (Gandy. *Arch. of dermat. and syph.*, déc. 1931, p. 937.) — L'auteur utilise une luétine préparée avec un chancre scrotal de lapin et obtient les résultats suivants : 10 % de réactions positives dans la syphilis primaire et secondaire ; 34,2 % dans la syphilis latente ; 31,1 % dans la syphilis héréditaire ; 28,5 % dans la neuro-syphilis et 11,1 % dans la syphilis cardio-vasculaire. D'après les recherches de Gandy, il semble que le traitement spécifique rende négatives les réactions sérologiques plus rapidement qu'il ne fait disparaître l'allergie cutanée.

Contribution à l'étude de l'immunité dans la syphilis expérimentale. Recherches sur l'immunité locale. (P. Gastinel et R. Pulvenis. *Revue de médecine*, déc. 1933, p. 718.) — On peut déduire des recherches entreprises par les auteurs, les conclusions suivantes :

1° Quand le traitement rend le tégument du lapin sensible à une seconde inoculation, la région antérieurement infectée offre une résistance manifeste au nouvel apport du virus. Cette immunité régionale est la dernière à céder.

2° L'état réfractaire du lapin syphilitique paraît avoir pour point de départ une immunité locale ; en d'autres termes, la non-réceptivité tégumentaire commence à l'endroit où a siégé le chancre pour se généraliser ensuite. Mais elle garde toujours son caractère contingent, adapté surtout à une souche donnée. Cela explique qu'au moment où l'animal ne réagit plus à une insertion par un virus homologue, il peut fournir avec un hétéro-virus une réponse du côté déjà inoculé.

3° Enfin, il est à penser que le mécanisme de l'immunité syphilitique réside en un processus histogène qui conditionne les modalités de la résistance de l'organisme à un nouvel apport du virus.

Affinités tissulaires du « treponema pallidum ». (Levaditi, Vaisman et Schoen. *C. R. Soc. de biol.*, déc. 1933, t. CXIV, p. 883.) — Il existe des tissus qui opposent une résistance totale à la pullulation tréponémique, tels sont les ganglions lymphatiques, périphériques, le muscle et le rein. Aussi les auteurs classent-ils les divers systèmes tissulaires suivant leurs aptitudes tréponémophiles ou tréponémophobes, et à la base de cette classification, ils pensent qu'il faut incriminer l'origine embryologique de ces différents tissus : les dérivés du feuillet externe de l'ectoderme sont essentiellement tréponémophiles, tandis que la plupart des systèmes tissulaires tréponémophobes proviennent, soit du mésoderme, soit de l'ectoderme invaginé (système nerveux central).

A propos de l'inoculation du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques. (P. Gastinel et R. Pulvenis. *C. R. Soc. de biol.*, 2 déc. 1933, t. CXIV, p. 1077.) — Les auteurs ont antérieurement montré que le virus syphilitique ne végète pas dans la capsule surrénale après inoculation

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

directe dans cet organe, et qu'il ne détermine *in situ* aucune lésion. Les protocoles rapportés dans le présent travail montrent que le tissu lymphoïde ne se prête pas également à la constitution de processus spécifiques locaux après introduction virulente dans le ganglion lui-même. Cependant, le virus demeure susceptible de déterminer des lésions à distance.

Recherches sur la syphilis expérimentale du lapin. (R. PULVENIS. *Th. de Paris*, 1933, Masson, édit.). — Dans cette thèse faite sous la direction du docteur Gastinel, et qui résume des travaux poursuivis depuis plusieurs années, ont été abordés les points suivants :

1° Etude de certains facteurs susceptibles de jouer un rôle dans le résultat des inoculations d'un matériel syphilitique au lapin, et notamment rôle de la quantité du virus ;

2° Etude du problème biologique de la syphilis inapparente ;

3° Etude de la réinoculation avec une souche homologue et une souche hétérologue chez les animaux non traités ou traités, soit précocement, soit tardivement ;

4° Etude de la nature de l'immunité, mettant en évidence tout particulièrement l'importance du mécanisme tissulaire dans les processus d'immunité locale ;

5° Le dernier chapitre est consacré à l'étude de la réaction d'opacification de Meinicke.

Outre les nombreuses recherches personnelles rapportées, cette thèse représente une synthèse critique des acquisitions actuelles sur la syphilis expérimentale du lapin.

La réaction de Meinicke dans la syphilis expérimentale du lapin. (P. GASTINEL, R. PULVENIS et L. GALLERAND. *Ann. de dermal. et de syphil.*, fév. 1933, p. 113.). — De leur mémoire, les auteurs concluent :

1° La réaction de Meinicke étudiée en série sur 74 lapins, s'est montrée très fidèle ; elle apparaît vers le 30e jour, souvent même plus précocement et elle a été retrouvée jusqu'au 280e jour après l'inoculation ;

2° La réinoculation d'un animal dont les lésions cliniques ont disparu, ne modifie habituellement pas une réaction de Meinicke devenue négative, sauf lorsque la nouvelle insertion virulente est faite avec une souche hétérologue ;

3° Bien que les réinoculations effectuées après traitement soient suivies de succès; la réaction de Meinicke demeure généralement négative ;

4° Le passage par la souris d'une souche jeune la rend plus apte à déterminer des réactions de Meinicke chez le lapin.

L'Annuaire médical et pharmaceutique des Colonies et Protectorats français (1)

Cet ouvrage, qui contient la liste exacte de tous les Médecins, Pharmaciens, Sages-Femmes et Dentistes de toutes les Colonies, Protectorats et Pays à mandat français, rendra de précieux services à tous les laboratoires, fabricants de spécialités médicales ou pharmaceutiques, fabricants d'instruments de chirurgie, de radiologie et d'accessoires de pharmacie, pour leur propagande directe et leurs rappels de publicité auprès du Corps médical et pharmaceutique colonial.

(1) **Edition 1934, 14e année. — Prix : 25 fr. franco, sur demande adressée à la Société d'Expansion médicale et pharmaceutique, 55, rue d'Isly, à Alger. C. C. postal n° 80.70, Alger.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1934)

La métalloprévention de la syphilis au moyen des dérivés de l'or hydrosolubles et liposolubles. — M. C. LEVADITI, Mlle D. KRASSNOFF, M. A. VAISMAN et Mlle R. SCHOEN. L'action thérapeutique des dérivés de l'or dans la syphilis a été démontrée par Levaditi et Girard. Il était intéressant d'étudier l'efficacité préventive des mêmes dérivés. Il résulte des recherches entreprises par les auteurs que la métalloprévention antisyphilitique réalisée au moyen de composés de l'or hydro- et liposoluble, confirme les conclusions qui se dégagent de leurs travaux antérieurs sur la bismutho- et la telluro-prévention. L'efficacité et la durée de l'immunité médicamenteuse acquise sont en fonction du taux de l'imprégnation de l'organisme par l'élément en jeu. Le potentiel métallique rénal est indice sinon absolu, du moins assez fidèle, de l'intensité de cette imprégnation. Il permet d'évaluer, avec une certaine approximation, le degré de la protection que l'élément actif confère à l'organisme réceptif. Le fait que le même principe se retrouve à la base de la métalloprévention par le bismuth, le tellure et l'or, semble indiquer qu'il s'agit, en l'espèce, d'une loi de portée générale.

Vaccination par le BCG. — M. le professeur MESNIL donne lecture d'un travail de MM. Boisseau et Nodenot, de l'Institut Pasteur de Brazzaville, sur la vaccination contre la tuberculose par le BCG, des sujets de tous âges non allergiques. Dans ce travail, les auteurs, par une suite d'expériences et d'observations dans les milieux indigènes, arrivent à cette conclusion que chez des sujets de tous âges, non allergiques, l'absorption par voie buccale d'une seule dose de 5 centigr. de BCG suffit à assurer la prémunition vis-à-vis des contaminations tuberculeuses. Ils considèrent que cette méthode simple constitue l'arme la meilleure dans la prophylaxie de la tuberculose.

Quelques recherches sur le métabolisme du brome dans l'organisme humain. — MM. SERBERCU et BUTTU.

Etude sur « Madame Saincte Reyne », patronne des syphilitiques. — M. CAVAILLON envoie une étude sur Alise-Sainte-Reine, station thermale fréquentée au cours des siècles et qui fut bienfaisante aux syphilitiques.

La maladie des conserves. — MM. MACHEBŒUF, C. MÉAUTÉ, P. TCHERNIAKOFSKY et H. CHEFTEL. En 1931, le commandant Jean Charcot faisait à l'Académie de médecine une communication sur le scorbut, qu'il appelait la maladie des conserves. En réalité, disent les auteurs, il ne s'agit que d'une maladie provoquée par *certaines* conserves de viande, sur *certains* sujets. Un régime basé sur les conserves est sans inconvénient, à la condition que le régime soit *équilibré* et *varié*, de manière à apporter effectivement et dans une juste proportion tous les divers facteurs alimentaires, entre autres les vitamines et le ballast dont l'homme a besoin.

Transformations chimiques des protéides du sérum au cours de l'immunisation. — MM. RUBINSTEIN et FISCHER.

Election d'un membre titulaire dans la 3e section (hygiène), dernier titulaire : M. Calmette.

Classement des candidats : en 1re ligne, M. Sacquépée ; en 2e ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Bur-

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 191, RUE DROUOT - PARIS

LA MÉDICATION BROMURÉE
DE CHOIX

LE TRIBROMURE
du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL
LAFAY
Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

net, Debré, Dujarric de la Rivière, Tanon, Weil-Hallé ; adjoint par l'Académie : M. Armand-Delille.

Au premier tour de scrutin : M. le médecin général inspecteur Sacquépée, directeur du laboratoire de recherches de l'armée, est élu par 64 voix sur 71 votants.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1934)

Présence de bacilles acido-résistants saprophytes sur la peau des cobayes. — Mme GAIGINSKY a isolé sur 5 cobayes, dont 3 jeunes sains, 1 cobaye tuberculeux et 1 cobaye inoculé avec du BCG, 5 souches de bacilles paratuberculeux et 1 souche de Nocardia acido-résistante. Les bacilles paratuberculeux présentent tous les caractères du bacille de la tléole.

Inoculation du charbon par la muqueuse conjonctivale. — Mlle Marguerite AITOFF. Reprenant ses anciennes expériences, l'auteur constate que la bactéridie charbonneuse peut rester dans le sac conjonctival du cobaye pendant une semaine sans provoquer l'infection. Si dans ce laps de temps, on pique le sac conjonctival avec une aiguille non chargée de microbes, on provoque l'infection charbonneuse. La bactéridie charbonneuse disparaît plus vite du sac conjonctival du cobaye lorsqu'on introduit une culture charbonneuse mélangée à une culture de staphylocoques.

Action du « neptal » sur l'équilibre lipidique et les graisses du rein chez le chien. — MM. Ch. ACHARD, J. VERNE, M. BARIÉTY et E. HADJIGEORGES. Huit fois sur dix, le neptal administré par voie sous-cutanée élève le cholestérol sanguin. Mais surtout, chez les chiens traités par le neptal sous-cutané ou intrapéritonéal, on trouve dans le rein une grande diminution des enclaves colorables par le Soudan, le bleu de Nil, et, en opposition, une intensité singulière de la réaction de Feulgen-Verne. Il en va de même dans les reins des chiens traités par la théobromine.

Rapprochant l'action pharmacodynamique de la théobromine de celle du neptal sur la diurèse, on ne peut manquer de se demander si cette modification dans l'état histochimique des graisses du rein ne traduit pas une modification fonctionnelle de ces graisses en rapport avec le mécanisme même des éliminations rénales.

Etude des groupes sanguins chez les mammifères. La sérologie dans ses relations avec la systématique. Note préliminaire. — M. P. RODE (présenté par R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE). Un laboratoire de recherches sérologiques sur les groupes sanguins chez les mammifères a été créé, récemment, par M. le professeur E. Bourdelle, directeur du service de mammalogie au Muséum d'histoire naturelle.

Ce laboratoire a pour objet l'étude des groupes sanguins chez les mammifères sauvages et la comparaison des résultats obtenus par ces recherches avec les caractères de classification zoologique. En orientant le travail dans le cadre de la systématique, on peut ainsi établir une sorte de « systématique sérologique » qui apportera peut-être des éléments nouveaux dans l'étude du problème de l'espèce.

Les premières recherches ont été effectuées sur un certain nombre de Primates, de Carnivores, d'Ongulés et de Rongeurs. Elles montrent que le phénomène d'isoagglutination n'est pas très fréquent dans le cadre d'une espèce. Des animaux de genres et de familles différentes présentent le même groupe sanguin. Le fait est particulièrement net pour les rongeurs et les ongulés.

Action de différents sels sur les globules rouges. Réaction de Bordet-Wassermann sur le sang préalablement soumis à l'action de certains sels. — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH ont étudié l'action des sels de mercure, d'arsenic et de bismuth sur les globules rouges d'un certain nombre d'espèces animales. Dans un certain nombre de cas, aucune réaction visible ne se produit ; dans d'autres — les plus nombreux — on observe : soit une hémolyse, soit une floculation à grains très fins, soit une floculation à gros grains suivie d'une précipitation massive, soit un phénomène de gélification.

Mis en présence des mêmes sels, les globules de sang syphilitique prennent une résistance notablement supérieure à celle des globules de sang normal traité dans les mêmes conditions. On constate aussi que le contact avec les sels de mercure et de bismuth a augmenté la résistance des globules de certains animaux : chimpanzé, cheval, mouton.

Les sérums positifs donnent des résultats très différents à la réaction de Wassermann suivant le médicament avec lequel ils ont été en contact. Il faut noter l'action très spéciale du benzoate de mercure qui agit, *in vitro*, sur le sang spécifique, de telle sorte qu'un sérum positif à la réaction de Wassermann devient négatif.

Essai de chimiothérapie de la tuberculose expérimentale du cobaye par l'acide phénique mélangé ou non à des extraits alcooliques d'organes. — M. C. NINNI. Le traitement des cobayes tuberculeux par injection sous-cutanée d'acide phénique à 1 % en solution dans l'alcool éthylique à 80°, ou mieux dans des extraits alcooliques d'organes de cobaye, dilués au moment de l'usage au 1/4 avec de l'eau physiologique, ralentit la marche de la tuberculose qui tend à évoluer vers la sclérose.

Le traitement par les extraits alcooliques d'organes dilués ne semble agir que sur l'évolution de la tuberculose en la ralentissant.

Le fer, sous la forme soit de chlorure à 1 %, soit de saccharate à 20 %, associé aux extraits alcooliques d'organes phéniqués, contrarie l'action favorable de l'acide phénique sur la tuberculose qui évolue alors rapidement vers la généralisation.

Eloges nécrologiques de MM. P. RICHER et Ch. PORCHER, par M. ACHARD, président.

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1934)

L'intradermo-réaction de Frei chez les tabétiques. — MM. C. LEVADITI et P. MOLLARET. La réaction de Frei, appliquée à dix-neuf tabétiques, au moyen d'antigènes d'origine simienne, a été négative dans dix-huit cas. Les résultats, dans leur ensemble, ne semblent donc pas confirmer l'hypothèse de l'origine lymphogranulomateuse de certains cas de tabès humain.

Nouvelles recherches sur le cycle évolutif du virus syphilitique. — MM. C. LEVADITI, R. SCHOEN et A. VAISMAN se sont adressés, d'une part, à des ganglions lymphatiques de souris exempts de spirochètes, et, d'autre part, à des glandes lymphogènes contenant des *Treponema pallidum* décelables sur coupes, qu'ils ont greffés sous le scrotum de lapins neufs. Il résulte de leurs observations que les deux phases caractéristiques du cycle évolutif du virus syphilitique, la phase aspirochétienne infravisible, et la phase végétative tréponémique, évoluent de la même manière.

L'azotémie puerpérale. — MM. E. ESTIENNY et J. LASSERRE (de Toulouse). Après l'accouchement, l'urée sanguine s'élève notablement, pour revenir au chiffre habituel à une époque avoisinant le 15e jour. Sur 22 femmes hospitalisées à la Maternité de Toulouse, l'urée sanguine

TONIQUE GÉNÉRAL

RECALCIFIANT

Gaurol

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX (Ampoules de 5 cc.)

HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE

■

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

recherchée par la méthode de Moog est passée de 0 gr. 28 en moyenne en fin de grossesse, à 0 gr. 43 de 2 à 15 jours après l'accouchement, pour redescendre ensuite aux chiffres habituels.

Les auteurs proposent de désigner ce fait physiologique du nom d'*azotémie puerpérale*, étant entendu qu'il s'agit là d'un phénomène normal, transitoire, mais qu'il faut connaître, car dans certains cas l'azotémie peut dépasser 1 gr.

Notes sur la mesure du rayonnement de la peau.. — M. Jean SAIDMAN fait une étude physique du rayonnement de la peau, qui consiste en infra-rouges de longueurs d'ondes comprises entre 3 et 50 microns. Ce rayonnement est fonction de la 4e puissance de la température absolue des couches superficielles de la peau. De cette dépense de calories, il convient de soustraire les calories correspondant à l'absorption par la peau des rayons émis par les corps avoisinants. Il en résulte un *bilan de rayonnement*, qui détermine finalement la température de la peau et que l'on peut mesurer.

Quand il fait chaud (vers 30 à 33 degrés), les rayonnements émis par la peau et celui absorbé se compensent. A ce moment, le métabolisme se réduit aux combustions intérieures seulement.

Sur le métabolisme de rayonnement. Rôle des vêtements et action du repas. — MM. Guy LAROCHE et Jean SAIDMAN étudient les variations du rayonnement des diverses régions dont l'ensemble constitue le *métabolisme de rayonnement*, l'un des principaux facteurs du métabolisme basal.

Leur première communication concerne le rôle des vêtements et du repas.

Dans nos pays, les vêtements réduisent considérablement la déperdition calorique et peuvent modifier l'ensemble du métabolisme. Le rayonnement est beaucoup plus considérable sur le tronc. Il est sensiblement réduit aux membres inférieurs. La chevelure se comporte comme un vêtement naturel et réduit de moitié la déperdition calorique.

Il était admis jusqu'à présent que le repas augmentait considérablement le métabolisme basal et la déperdition calorique. Les auteurs démontrent qu'en réalité le repas n'augmente pas beaucoup le métabolisme de rayonnement.

PRATIQUE MÉDICALE

DEUX CAS DE RÉANIMATION APRÈS SUBMERSION PROLONGÉE PAR INJECTION INTRACARDIAQUE DE CORAMINE (1)

Par le docteur MAIGNÉ (de Saint-Servan).

La saison estivale est particulièrement fertile en noyades et le médecin peut être appelé assez souvent, à cette époque, à donner ses soins à des individus ayant séjourné plus ou moins longtemps sous l'eau. Si la submersion a été courte, les soins habituels suffisent généralement à obtenir le retour du rythme respiratoire et de la connaissance ; mais si l'on se trouve en présence d'un véritable *noyé*, surtout d'un *noyé bleu*, on sait combien aléatoires deviennent alors les manœuvres usuelles.

En présence de deux noyés de ce genre, un homme de 50 ans et un garçonnet de 15 ans, ayant tous les deux séjourné assez longtemps sous l'eau et ne donnant plus signe de vie, l'auteur a immédiatement pratiqué chez le premier une injection intra-cardiaque, et chez le second une injection intra-veineuse de coramine, grâce à quoi le cœur se remit à battre et les mouvements respiratoires, ébauchés, purent être amplifiés par la respiration artificielle. Ces deux sujets furent sauvés.

Il est bon de savoir que nous possédons ainsi, avec la coramine, un agent puissant de stimulation cardiaque et respiratoire, signalé d'ailleurs par le médecin-colonel Cot dans son beau livre : *Les asphyxies accidentelles*. Ne pas hésiter, dans une telle éventualité, à recourir d'emblée à la voie intra-cardiaque, ou au moins intra-veineuse, si l'état du sujet est grave ; il ne faut pas hésiter, non plus, à injecter la dose efficace qui, suivant l'âge et la corpulence de l'accidenté, varie entre 1 et 3 cc. par voie intra-cardiaque, et 3 à 10 cc. par voie intraveineuse.

(1) *Concours méd.*, n° 49, 4 déc. 1933.

CONGRÈS

Ve Semaine des parents (1er, 2 et 3 mars 1934), au Musée social, 5, rue Las-Cases, Paris (7e). — Sujet à l'ordre du jour : *L'Education de l'effort*. Présidence de M. Henri Garnier, président de la Chambre de Commerce de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social de l'Ecole des Parents, 31, rue Guyot, Paris (17e).

Journées médicales franco-belges (17, 18, 19 mars 1934). — Ces journées comprendront des démonstrations cliniques, des démonstrations pratiques, une visite de l'Institut Pasteur de Lille, des conférences, des communications. Une représentation de gala au Grand Théâtre de Lille, des réceptions et un banquet sont également au programme.

Renseignements et inscription gratuite au secrétariat de la Faculté de Médecine, 1, rue Jean-Bart, à Lille.

Congrès de Médecine de Tunis (21, 22, 23 et 24 mars 1934), sous la présidence du docteur Charles Nicolle, Directeur de l'Institut Pasteur, professeur au Collège de France, Prix Osiris 1927, Prix Nobel de Physiologie et de Médecine 1928. — 4e réunion annuelle de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales d'Algérie et de Tunisie ; — 1re réunion annuelle de la Section d'Hydro-Climatologie de la Société des Sciences médicales de Tunisie ; — Réunion de la Société d'Electro-Radiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord ; — 1re réunion annuelle des Syndicats Pharmaceutiques de l'Afrique du Nord.

Mercredi 21 mars. — Ouverture du Congrès, Inauguration de l'Exposition de Thérapeutique, d'Hydro-Climatologie, d'Hygiène et de Matériel sanitaire.

1° Rapport. — *La lutte antisyphilitique en Algérie*, MM. Lacroix et Colonieu.

2° Rapport. — *L'état actuel de la lutte antivénérienne au Maroc, et les résultats obtenus à ce titre après quinze ans d'efforts*. MM. Colombani, Lepinay.

3° Rapport. — *La lutte antisyphilitique en Tunisie*. MM. Mazères, Reynal, Louis Chauvin.

Jeudi 22 mars. — 4° Rapport. — *La syphilis infantile en Algérie*. MM. Gillot et Machuel.

5° Rapport. — *La syphilis oculaire en Tunisie*. MM. Cuénod et Roger Nataf.

6° Rapport. — *Influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la paralysie générale et du tabès chez le musulman tunisien*. M. Cassar.

Vendredi 23 mars. — Communications sur la question à l'ordre du jour : *La syphilis en Afrique du Nord ;* — Assemblée générale de la Fédération (renouvellement du Bureau ; préparation de la 5e réunion, en 1935).

Au cours de ces trois journées, plusieurs conférences seront faites. Actuellement, nous pouvons annoncer que M. le docteur Morax, de Paris, traitera une question de chirurgie oculaire ; M. le sénateur Pende, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Gênes, parlera sur « La surveillance hygiénique de la croissance physique et psychique des nouvelles générations ».

M. Hector Diacono, inspecteur des Laboratoires d'analyses médicales de la Tunisie, traitera du « Problème sérologique de l'hémolyse ».

M. le docteur Pierre-Noël Deschamps, de Royat, exposera la question des « Artérites oblitérantes des membres et leur traitement ».

M. le docteur Sabouraud, de Paris, et M. le professeur Debré feront également une conférence.

Samedi 24 mars. — Réunion de la Société d'Electro-Radiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord, sous la présidence de M. le docteur Jaubert de Beaujeu.

Première réunion annuelle de la Section d'Hydro-Climatologie de la Société des Sciences médicales de Tunisie, sous la présidence de M. le professeur Carnot.

Communications sur la question à l'ordre du jour : « *Les syphilitiques aux eaux minérales* ».

Première réunion annuelle des Syndicats pharmaceutiques de l'Afrique du Nord.

Questions à l'ordre du jour : 1° *La réglementation des spécialités pharmaceutiques*, par M. Zimmermann.

2° *Répartition judicieuse des pharmacies sur le territoire de la Régence.*

3° *La pharmacie aux pharmaciens. — Etude de la question des Représentations pharmaceutiques dans la Régence..*

Pendant ces quatre journées auront lieu des réceptions officielles des congressistes par la Résidence générale de France et la Municipalité de Tunis. Une Soirée orientale est prévue à l'intention des visiteurs.

Le Cercle de « La Maison du Médecin » leur offrira un Vin d'honneur.

D'autre part, le jour de l'ouverture du Congrès, il sera procédé, en présence des autorités, à l'inauguration du médaillon du docteur Ernest Conseil, ancien médecin chef du Bureau d'hygiène de la Ville de Tunis et du Lazaret de la Rabta, mort à Tunis le 5 juin 1930, victime de son dévouement, cité à l'Ordre de la Nation.

Enfin, en dehors des séances du Congrès, les congressistes pourront visiter les hôpitaux et le Centre de prophylaxie.

Le Banquet de clôture aura lieu le samedi 24 mars au soir.

Un programme d'excursions a été établi.

Les adhésions, ou demandes de renseignements complémentaires, doivent être adressées au docteur Jean Tremsal, Secrétaire général, « Maison du Médecin », 25, avenue de Paris, Tunis.

Les cotisations, souscriptions au banquet, arrhes pour les excursions, seront adressées, sous le même pli, au docteur Albert Pérez, Trésorier.

Renseignements très importants concernant les voyages. — Compagnie Générale Transatlantique et Cie de Navigation Mixte (Cie Touache). Réduction 30 % sur présentation de la carte de congressiste.

1re classe : Aller 401 fr.,; aller et retour, 802 fr. — 2e classe ; aller, 303 fr. 50 ; aller et retour, 607 fr. ; — Ajouter 4 fr. pour le timbre au départ de Marseille.

Grands Réseaux de Chemins de fer français. — (Réseau d'Alsace et de Lorraine. — Compagnie de l'Est. — Réseau de l'Etat. — Compagnie du Nord. — Compagnie de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Réseau de Paris à Orléans et Réseau du Midi.) — Réduction de 50 % (tarif plein à l'aller, gratuité au retour) pour un parcours simple d'au moins 50 kilomètres.

Prière de communiquer l'itinéraire suivi, du domicile ou du point d'entrée en France à Tunis, et vice-versa, avec mention des points indispensables pour jalonner, le cas échéant, cet itinéraire et, s'il y a lieu, les points d'entrée sur chaque réseau (Ajouter l'impôt).

Validité : aller, du 16 au 23 mars 1934 ; retour, du 21 au 28 mars 1934.

Le Comité a demandé aux Compagnies que la validité des titres de transports à tarif réduit soit portée à un mois. Dès qu'il sera informé, il avisera les membres adhérents.

La Compagnie Air-France n'a pas encore fait connaître si un tarif spécial serait consenti sur la ligne Tunis-Marignane.

Avis très important. — Le Secrétariat insiste sur l'urgence de lui faire parvenir leurs itinéraires, afin qu'il puisse les communiquer aux Réseaux qui établiront les autorisations, et adresser ensuite ces autorisations à leurs titulaires.

Congrès du Maroc (Rabat, 28, 29, 30 mars). — L'Association française pour l'Avancement des Sciences tiendra son prochain Congrès à Rabat (Maroc), du 27 au 30 mars, sous le haut patronage de M. Ponsot, Résident général de la République française au Maroc, et sous la présidence de M. le professeur Lemoine, Directeur du Muséum national d'Histoire naturelle.

Parmi les sections qui tiendront leurs assises lors de ce Congrès, plusieurs intéressent le monde médical :

La section des Sciences médicales, présidée par M. le docteur Blanc, Directeur de l'Institut Pasteur à Casablanca ;

La section d'Hygiène et de Médecine publique, présidée par M. le docteur Colombani, Directeur de la Santé et de l'Hygiène du Maroc ;

La section des Sciences pharmaceutiques, présidée par M. le professeur Sartory, de la Faculté de Pharmacie de Strasbourg ;

La section d'Odontologie, présidée par M. Wallis Davy, de l'Ecole dentaire de Paris.

A côté des questions spéciales étudiées dans chaque section, une question générale a été mise à l'ordre du jour du Congrès, pour être étudiée sous ses divers aspects : c'est la question des Phosphates.

En plus de la partie scientifique, une excursion touristique a été prévue à travers le Maroc jusqu'au 5 avril.

Des facilités spéciales sont accordées aux congressistes (prix forfaitaire pour tout le Congrès, voyage et excursions compris — 17 jours en tout — à partir de 2.210 francs).

Pour tous renseignements pour l'inscription et pour l'envoi des communications, s'adresser à l'Association française pour l'Avancement des Sciences, 28, rue Serpente, Paris (6e) (Secrétaire du Conseil : M. le docteur Verne, professeur à la Faculté de Médecine de Paris).

La XIXe Croisière médicale Franco-Belge s'effectuera à Pâques prochain en Méditerranée et en mer Noire, à bord du luxueux paquebot *Léopoldville* (longueur : 152 mètres, déplacement : 15.000 tonnes) de la Compagnie Maritime Belge.

Grâce à la grande vitesse de ce navire, il sera possible d'accomplir en 16 jours un fort long périple, offrant toute l'attraction de la nouveauté.

Le départ s'effectuera de Marseille le 24 mars, à midi et le retour dans le même port, le 10 avril, aux premières heures de la matinée. L'itinéraire, qui comporte des escales à Malte, au Pirée (Athènes) et à Stamboul (Constantinople), prévoit un arrêt de près de quatre jours à Constanza (Roumanie), de façon à permettre aux touristes de se rendre non seulement à Bucarest, mais même au cœur des Carpathes, au delà de Sinaïa. De Roumanie, le paquebot remontera jusqu'à Odessa, belle ville et grand port de l'Ukraine soviétique.

Les horaires seront cadencés de façon à effectuer, une fois de jour, l'autre fois de nuit, la traversée des détroits.

Pour les médecins et leurs familles, il y aura des places à bord à partir de francs belges 3.900, ce qui représente environ 2.765 francs français, en admettant que le cours du change se maintienne à 141 francs belges pour 100 francs français.

Les personnes étrangères au corps médical sont admises à prendre part à la croisière, sur recommandation écrite de leur médecin de famille et à un tarif légèrement supérieur.

Le régime adopté à bord sera celui de la *classe unique*.

Des excursions, facultatives, seront organisées dans les escales.

Les médecins que ce voyage intéresse sont priés de se faire connaître dès que possible, sans engagement de leur part, en écrivant à la *Section des Voyages de Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

Un plan du navire, ainsi qu'une brochure détaillée, actuellement en préparation, seront envoyés gratuitement à toute personne qui en fera la demande.

INFORMATIONS

(SUITE)

Les délégués des étudiants aux conseils des universités. — Le *Journal officiel* du 13 février publie le *décret* suivant daté du 7 février :

Article premier. — Les articles 2 et 3 du décret du 26 juillet 1922 relatif à l'adjonction aux conseils des universités des délégués des étudiants sont remplacés par les dispositions suivantes :

Art. 2. — Les étudiants français et les étudiants sujets ou protégés français de chaque faculté, école, institut ou établissement régulièrement immatriculés désignent au scrutin secret les deux étudiants adjoints au conseil de l'université pour les affaires disciplinaires. Ils désignent en outre quatre suppléants.

Tout étudiant ne peut voter qu'une seule fois à chaque élection.

Les suppléants sont appelés à remplacer les délégués :

1° Lorsque les délégués sont empêchés ou refusent de siéger ;

2° Lorsqu'ils donnent leur démission ;

3° Lorsqu'ils terminent leurs études avant l'expiration de leur mandat.

Tout étudiant étranger de chaque faculté, école, institut ou établissement régulièrement immatriculé, déféré devant le conseil de l'université, peut demander au doyen ou au directeur de désigner pour l'assister à titre consultatif, devant le conseil, un étudiant inscrit, majeur, n'ayant encouru aucune peine disciplinaire, appartenant au même établissement et autant que possible de la même nationalité que l'étudiant traduit devant le conseil.

Art. 3. — Sont éligibles les étudiants inscrits, majeurs, de nationalité française, n'ayant encouru aucune peine disciplinaire et qui auront fait leur déclaration de candidature dans des conditions qui seront réglées par un arrêté ministériel.

Ce décret est suivi d'un *arrêt ministériel* que voici :

Article premier. — Le scrutin pour l'élection des étudiants qui, en exécution du décret du 26 juillet 1922, modifié par le décret du 7 février 1934, sont adjoints au conseil de l'université pour le jugement des affaires disciplinaires concernant les étudiants, a lieu, pour chaque faculté, institut, école ou établissement, dans le premier trimestre de l'année universitaire. La date en est fixée par le recteur huit jours francs au moins à l'avance et peut être différente pour chaque établissement. Le scrutin est ouvert de treize à dix-huit heures.

Cette décision est portée à la connaissance des intéressés par voie d'affiche.

Les élections doivent être terminées le 25 décembre.

Art. 2. — Les déclarations de candidature seront reçues au secrétariat de chaque établissement et faites personnellement par les intéressés. Chacune d'elles comportera les indications nécessaires à la vérification de l'éligibilité du candidat.

Elles devront être faites au secrétariat au moins deux jours francs avant les élections.

Art. 3. — Les doyens et directeurs d'établissements pourront fixer le lieu de l'élection, soit dans la faculté, soit dans tout autre établissement.

Art. 4. — Chaque étudiant présente, au moment du vote, son livret individuel ou à défaut sa carte d'étudiant et appose sa signature sur une feuille d'émargement.

L'étudiant inscrit sur son bulletin :

1° Les noms des deux délégués ;

2° Les noms des quatre suppléants.

Si un bulletin contient moins de six noms, les deux premiers noms inscrits sont pris comme délégués, les suivants comme suppléants.

Art. 5. — Le bureau de vote comprend :

Le doyen ou directeur (ou un membre du personnel enseignant délégué par lui), président.

Un membre du personnel enseignant désigné par le doyen ou directeur.

Un étudiant choisi par le doyen ou directeur, de préférence parmi les délégués ou suppléants sortants.

Des scrutateurs peuvent être adjoints au bureau par le président pour le dépouillement des votes.

Art. 6. — Les délégués et suppléants sont élus à la majorité relative des votants. En cas d'égalité des voix, est élu l'étudiant le plus anciennement inscrit ; si l'ancienneté est la même, est élu l'étudiant le plus âgé.

Art. 7. — Les résultats des élections sont proclamés par le président et affichés dans chaque établissement.

Art. 8. — Pour l'année scolaire 1933-1934, les élections auront lieu dans le trimestre qui suivra la publication du présent arrêté et conformément aux dispositions de l'article premier ; les suivantes auront lieu dans le premier trimestre de l'année scolaire 1935-1936.

Bulletin chirurgical des accidents du travail, publié sous la direction de M. FAUQUEZ, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, directeur des services médicaux des institutions d'assurance et de prévoyance du Comité des Forges de France, 7, rue de Madrid, Paris (8e).

Lire dans le numéro de janvier 1934 :

R. MOREAUX. Contribution à la séméiologie des troubles vertigineux vestibulaires.

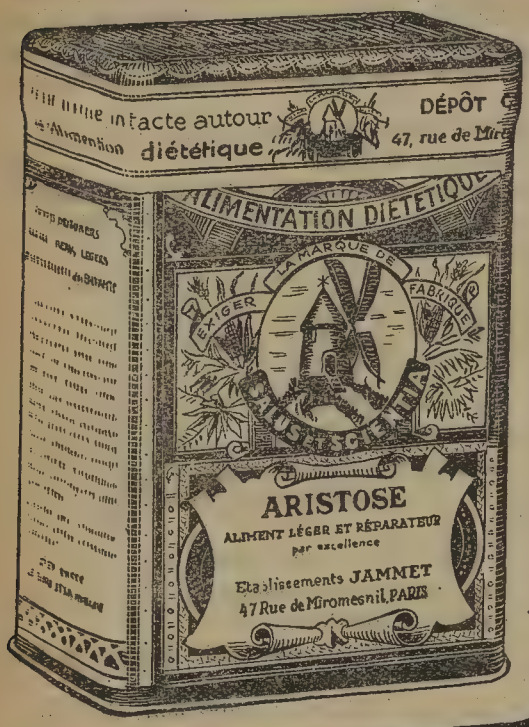
R. FAUQUEZ. Quelques considérations sur la révision. L'avenir des néphrectomisés.

Les fonctions gastro-duodénales. Moyens d'exploration, par J. DIMITRESCO-POPOVICI, médecin de l'hôpital Régina Elisabeta de Bucarest, ancien assistant étranger à la Faculté de Médecine de Paris. Préface de Félix RAMOND. — Un volume de 250 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des

Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET, rue de Miromesnil, 47, PARIS

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 21 FEVRIER 1934. — N° 15.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Acidothérapie aminée et épigastralgies de cause non ulcéreuse (action de l'histidine), par M. J. LENORMAND.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de médecine de Paris. — Société des chirurgiens de Paris. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès de la marge de l'anus (fin).

LE DEUIL DE LA BELGIQUE

La nouvelle de la mort tragique du roi Albert Ier plonge la Belgique dans le plus douloureux des deuils.

Celui qui dans l'Histoire incarnera l'honneur, la loyauté et les plus nobles vertus n'est plus.

Les Français n'oublient pas ce que leur patrie doit au Roi Chevalier et à son héroïque pays.

Les médecins de France se souviennent avec admiration et gratitude de la Royale infirmière qui se consacrait avec tant de dévouement aux blessés de l'hôpital de la Panne.

Très respectueusement ils s'inclinent devant la douleur de S. M. la Reine Elisabeth, de la famille royale et de toute la nation belge.

A nos confrères de Belgique nous adressons l'expression très profonde de notre fraternelle sympathie.

Leur deuil est le nôtre.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve théorique anonyme.* — Questions données : « Artère splénique. — Occlusions intestinales aiguës dans l'appendicite. »

Médecine opératoire. — Séance du 14 février. — Questions données : « Ligature de l'artère sous-clavière (en dehors des scalènes). — Désarticulation médio-tarsienne (dite de Chopart). »

MM. Galtier et Couvelaire, 7; Cordier, 6; Chabrut, 7; Blondin (Sylvain), 5; Gérard-Marchant, 9; Gosset, 8; Audouin, 6; Merle d'Aubigné, 7; Dessaint, 5.

Séance du 15 février. — Questions données : « Ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter. — Désarticulation du poignet. »

MM. Garaier, 6; Padovani, 7; Patel, Iselin, Lecœur et Guillot, 6; Sauvage, 7; Aurousseau, 8; Sicard et Mouchet, 9.

— *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1934-1935.* — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1934-1935, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 16 avril 1934) : internes entrant effectivement en 4e, 3e et 2e année, le mercredi 21 mars 1934, à 13 h.; internes en-

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

trant effectivement en 1re année, le jeudi 22 mars, à 15 h.; externes en premier, le vendredi 23 mars, à 15 h.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mai 1934) : ceux de 6e année (externes ayant concouru en 1928), le vendredi 13 avril 1934, à 15 h.; ceux de 5e année (externes ayant concouru en 1929), le samedi 14 avril, à 15 h.; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1930), le mardi 17 avril, à 15 h.; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1931), le jeudi 19 avril, à 14 h. 15; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1932), le lundi 23 avril, à 14 h. 15; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1933), le jeudi 26 avril, à 14 h.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 15 février 1934. — Questions données : « Examen clinique d'un diabétique. — La coxalgie tuberculeuse à la troisième période (période des luxations et des abcès). »

MM. Challiol, 26; Vincent, 14; Gout, 15; Simonin, 24; Combes, 19; Bouvier, 16; Bibas, 24; Mlle Debay, 20; MM. Zarachovitch, 16; Beauchef, 22.

Séance du 17 février. — Questions données : « Diagnostic de l'angine diphtérique. — Causes, signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux du rectum. »

MM. Duret, 20; Broutman, 21; Gillet, 28; Rossignol, 14; G. Picard, 16; Le Roy, 9; Horeau, 15; Lefebvre, 20; Soullard, 18; Bourdin, 15.

Hôpitaux de province. — Marseille. — Après concours, M. le docteur Jacques Dor a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux.

— Toulouse. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Médan, Lazorthe, Roché, Tamalet, de Brux, Lestrade, titulaires, et de MM. Dupla, Astorg et Gény, provisoires.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille les 15 et 16 mars 1934.

S'inscrire auprès du directeur de l'inscription maritime à Marseille.

Médaille des épidémies. — La médaille d'or est décernée à M. le docteur Pebrier, à Ligugé (Vienne), mort victime de son dévouement.

Union médicale latine (Umfia). — L'Umfia a tenu son assemblée générale; après le rapport du secrétaire général, le président Dartigues a exposé les détails de la vie de l'UMFIA qui compte maintenant 5.000 membres parlant cinq langues : l'espagnol, le français, l'italien, le portugais et le roumain.

L'UMFIA qui reçoit l'apport des jeunes gens avec la jeune UMFIA poursuit maintenant la Reconnaissance d'utilité publique.

Diverses questions furent ensuite étudiées, notamment celle du latin, langue universelle, celle des prix de l'UMFIA, enfin celle de l'organisation d'une croisière médicale au Canada.

Association professionnelle des journalistes médicaux français. — Bureau pour 1934 : président, M. J. Noir; vice-présidents, MM. R. Molinéry et J. Minet; secrétaire, M. A. Garrigues; secrétaire adjoint, M. J. Crouzat; trésorier, M. L. Mathé; conseil d'administration, MM. P. Boudin, Camescasse, Darras et G. Lemoine.

La Caisse mutuelle de retraites des journalistes médicaux français a son bureau ainsi composé pour 1934 : président, M. J. Minet; vice président, M. R. Molinéry; secrétaire, M. A. Bouland; secrétaire adjoint, M. J. Crouzat; trésorier, M. A. Garrigues; administrateurs, MM. Paul-Manceau, Poumailloux et H. Signoret.

Société de médecine de Paris. (Communiqué.) — Vœu. — Dans sa séance du 9 février 1934, la Société de médecine de Paris a décidé à l'unanimité de joindre ses protestations à celles de l'Académie de médecine, relativement aux nouvelles dispositions fiscales « qui, d'une part, paraissent inapplicables, et qui, d'autre part, sont contraires à l'esprit même de solidarité sociale et humaine de la profession qui ne saurait à aucun titre être assimilée aux professions commerciales ».

Association d'enseignement médical des hôpitaux. — *Conférences du dimanche.* — Programme pour le deuxième trimestre 1933-1934 :

25 février : M. Paul Sainton. La prophylaxie et la thérapeutique du goitre (projections).

4 mars : M. L. Babonneix. Les encéphalites aiguës infantiles (projections).

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Paul Blum, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, assistant de l'hôpital Saint-Louis, fera une leçon le jeudi 22 février, à 10 h., à l'amphithéâtre Fournier, hôpital Saint-Louis, sur le sujet « Thyroïde et syphilis ».

Congrès de la colibacillose des infections et des intoxications d'origine intestinale. — Ce Congrès aura lieu à Châtelguyon, les 23 et 24 septembre 1934, sous la présidence du professeur Paul Carnot. Les présidents des différentes sections sont les professeurs Castaigne, Loeper, Villaret et Heitz-Boyer.

La liste des rapporteurs sera publiée d'ici peu.

Il est signalé que ce Congrès, qui avait été primitivement annoncé pour les 20 et 21 mai 1934, a été reporté à une date ultérieure, après entente entre les présidents du Congrès de la colibacillose et de celui du lymphatisme, afin d'établir une plus grande distance entre ces deux Congrès, et de laisser, par suite, plus de facilités aux congressistes qui désireraient assister à ces deux réunions scientifiques.

Le secrétaire général du Congrès de Châtelguyon est le docteur Pierre Baime, Société des Eaux minérales, Châtelguyon. Le secrétaire administratif est M. V. Juin, même adresse. Prière de s'adresser à eux pour tous renseignements.

L'hypertension permanente de l'adulte et son retentissement artériel, par J. Lenègre, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris. — Un volume in-8° de 88 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Fds de PHARMACIE dit "PHARMACIE DU CADUCÉE"
4, Bd St-Germain. M. à p. 250.000 fr. (pt ét b.)
mat. march. en sus. Cons. 45.000 fr. Adj. 2 Mars 1934 à 14 h. 30. Et. SIMON, not. 26 Bd St-Michel.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millord, Paris (16e)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie — 10, Rue Crillon — PARIS

PHANODORME
procure un sommeil paisible et réparateur suivi d'un réveil euphorique

non toxique, aucune action nocive sur l'appareil rénal ou respiratoire, ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20

BAYER

Renseignements et demandes d'échantillons :
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

« DÉPOT GÉNÉRAL : »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE ET SON TRAITEMENT (1)

Par le docteur VALORY.

L'auteur de cette mise au point a déjà eu l'occasion de publier plusieurs fois, et notamment dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 24, 1931, les résultats vraiment très intéressants qu'il a obtenus, dans le traitement de l'insomnie, par l'emploi systématique de l'allylisopropylacétylcarbamide. Il fait tout d'abord remarquer que l'on divise schématiquement les médicaments hypnogènes en sédatifs, en hypnogènes vrais et hypnogènes analgésiques. Parmi les premiers, il faut citer surtout le cratoegus, la valériane et le sédobrol, dont on sait les excellents effets dans tous les symptômes hypernerveux ; aussi bien chez les enfants que les adultes ou les vieillards, ce bouillon bromuré est toujours admirablement toléré. Parmi les seconds, il y a le chloral et le somnifène : ce dernier est aujourd'hui classique ; sous forme de gouttes, il permet de donner à chaque malade la dose qui lui est utile ; sous forme d'injections intramusculaires, il peut être administré aux patients qui ne veulent rien absorber par voie buccale ; sous forme d'injections endoveineuses, il donne des résultats absolument remarquables dans le *delirium tremens* (Ramond, Laporte et Quénée) et Pasgrimaud en a rapporté justement, dans le *Concours Médical* du 8 mars 1931, une observation tout à fait typique ; on a aussi utilisé le somnifène endoveineux dans l'éclampsie (Laffont, Houel, Blottière), dans l'état de mal épileptique (Rimbaud, Boulet, Chardonneau), dans le tétanos (Marcel Labbé, Polonski, Grognot), etc. Parmi les hypnogènes analgésiques, on doit ranger l'opium et ses dérivés, la morphine et surtout le pantopon, et aussi l'allonal. L'éloge du pantopon n'est plus à faire : il est aujourd'hui employé partout, aussi bien en médecine qu'en chirurgie et c'est encore à lui qu'on a recours pour les grands agités chez qui le somnifène donne également des résultats très nets, et chez les cancéreux où certains avec Abbal (thèse de Montpellier, 1922) préfèrent l'allonal qui ne contient aucun toxique du tableau B et qui ne présente aucune action nocive sur les principaux appareils. Très maniable, très facile à prendre, l'allonal, à la dose d'un à quatre comprimés pro die, donne toute satisfaction au médecin et au malade. Mais ce dernier médicament est encore un barbiturique, dont l'action est parfois trop énergique ; le sédormid ou allylisoprophylacétylcarbamide n'est pas un barbiturique, c'est un hypnogène doux et progressif qui agit bien, à la dose d'un à trois comprimés, et qui semble avoir des propriétés sédatives toutes spéciales qui le font conseiller, dans l'anxiété (voir en particulier le travail de Tibi, *Courrier Médical*, 14 juin 1931). Bien plus, il semble, d'après l'étude de Degueldre (*Liége Médical*, 3 juin 1931), que non seulement le sédormid apporte aux anxieux et aux névrosés un sommeil réparateur, mais encore qu'administré à des malades souffrant de névralgies variées, il détermine, avec le sommeil, un soulagement constant (l'auteur cite trois cas typiques de zona). Toutefois, comme le fait justement remarquer Godard (*Concours Médical*, 9 juin 1931), le sédormid est surtout un très bon hypnogène, doux, progressif, d'action constante, qui donne un sommeil calme, physiologique, suivi d'un réveil tout à fait parfait de bien-être. De l'avis unanime du corps médical, le sédormid est le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 51, déc. 1932.

LIVRES NOUVEAUX

Les gaz toxiques. Physiologie, toxicologie, protection, thérapeutique (1), par L. DAUTREBANDE, professeur à la Faculté de médecine de Liége.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à la *Physiopathologie respiratoire ;* elle est plus spécialement d'ordre médical.

La seconde partie, à l'étude des gax toxiques ; elle contient des *Notions de chimie et de physique sur les gaz*, qui sont complètes bien que n'ayant pas été délibérément poussées.

La troisième partie, essentiellement pratique, contient la *Prophylaxie* et le *Traitement.*

Cette monographie est basée sur des travaux personnels du professeur Dautrebande, et tient compte dans une large mesure des travaux étrangers. Son grand intérêt scientifique et pratique consiste en ce que la question, contrairement au plan suivi dans des travaux récents sur le même sujet, est envisagée ici à la fois au point de vue de la physiologie et de la chimie. C'est ainsi que dans le chapitre consacré à la Prophylaxie (détection de certains gaz toxiques), l'auteur ne sépare jamais les renseignements fournis par la chimie de ceux fournis par la physiologie, car si la détection d'un corps peut fréquemment emprunter la voie chimique, elle peut fréquemment aussi s'appuyer sur la physiologie et à ce titre même participer à la prophylaxie.

Cette monographie intéresse à la fois la protection des individus contre les toxiques de guerre et les gaz industriels. C'est dire qu'elle s'adresse à un public très étendu : physiologistes et médecins surtout appelés à jouer un rôle de plus en plus actif dans la protection industrielle et dans l'organisation défensive du pays, chimistes qui, s'ils rencontrent dans cet ouvrage des notions de chimie un peu élémentaires, y trouveront par contre des développements importants sur la physiopathologie de l'appareil respiratoire, indispensables pour le développement de leurs travaux.

L. G.

De la sensibilisation (2), par E. GUILLAUME, Médecin-Commandant.

Dans ce travail, l'auteur s'est préoccupé de montrer combien plus vaste qu'on ne l'admet communément lui apparaît le domaine de la sensibilisation, et dans quel sens peuvent s'orienter les recherches qui voudront en pénétrer la nature.

Dans la première partie (Sensibilisation anaphylactique et sensibilisation d'immunité), il expose une hypothèse physico-chimique de la sensibilisation, qui lui permet de concilier les théories émises pour expliquer l'infection et l'immunité.

La dernière partie (Pathogénie des maladies infectieuses) est une application de cette hypothèse à quelques cas particuliers.

On trouvera dans le dernier chapitre une interprétation générale des actions thérapeutiques.

Ce livre s'adresse donc, non seulement aux biologistes, mais encore à tous les médecins soucieux des problèmes de pathologie générale.

L. G.

(1) In-8 de 372 pages avec 125 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 136 pages avec figures dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ACIDOTHÉRAPIE AMINÉE ET ÉPIGASTRALGIES DE CAUSE NON ULCÉREUSE (ACTION DE L'HISTIDINE)

Par M. JACQUES LENORMAND,

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris (Hôtel-Dieu).

Au cours de nos premiers essais de traitement aminé des syndromes gastro-duodénaux, en octobre 1932, nous avons constaté que l'action sédative des amino-acides, *loin d'être spécifique de la crise ulcéreuse*, s'étendait à des épigastralgies d'origines diverses.

Voici une série d'observations de malades traités soit par une solution mixte d'histidine et de tryptophane, soit uniquement par l'histidine.

OBSERVATION I. — M. Lat..., 29 ans. *Ptose et douleur solaire chez un hypersympathicotonique.* — 18 *octobre* 1932. 1° Le malade que nous traitions depuis février 1932 était venu nous consulter pour des douleurs épigastriques, datant de 6 ans, survenant d'une façon capricieuse, sans aucune périodicité. Pesanteur, parfois brûlures gastriques, somnolence, éructations par salves après chaque repas. Douleur dans la fosse iliaque droite.

Fatigue, endolorissement général, céphalées.

Examen radioscopique du 15 février. — Ptose gastrique, douleur solaire, région appendiculaire indolore.

2° Signes de déséquilibre vago-sympathique. Légère exophtalmie, palpitations, bouffées de chaleur, dermographisme excessif. R. O. C. exagéré (94-64). Emotivité.

Le 18 octobre 1932, on commence une série de 20 injections intra-dermiques de 0,2 cc. d'une solution mixte d'histidine et de tryptophane.

8 *novembre* 1932. Douleurs gastriques moins fréquentes mais aussi vives. Nouvelle série de 20 piqûres, cette fois d'*histidine* à 5 p. 100. Disparition complète des douleurs qui, depuis, ne sont pas réapparues. Parallèlement atténuation des troubles vaso-moteurs.

11 *décembre* 1933. — Le malade va bien, se plaint seulement d'être fatigué.

OBS. II. — M. Len.., 36 ans. *Douleurs gastriques sans étiologie définie.* — Brûlures gastriques, sans périodicité, survenant surtout à la suite de surmenage, d'écarts de régime, d'excès tabagiques.

Rhume des foins, soigné en juin 1932 par les acides aminés : sédation simultanée du rhume des foins et des douleurs gastriques.

Depuis, quelques épigastralgies calmées rapidement par la solution d'histidine.

OBS. III. — M. F... Henri, 28 ans. *Dyspepsie hypersthénique d'origine appendiculaire.* — 5 *décembre* 1932. — Depuis le début de 1929, brûlures gastriques survenant 1 à 2 heures après chaque repas. Parfois un vomissement. Répétition capricieuse des douleurs. Amaigrissement de 3 kilogs en 2 mois. Endolorissement de la fosse iliaque droite.

Examen radioscopique : estomac de dimension normale, spasme du pylore sans retard global de l'évacuation gastrique, douleur au bas-fond cœcal.

Série de 12 piqûres de la sol. d'histidine et de tryptophane : atténuation des douleurs épigastriques à la quatrième injection.

Le malade ne souffre plus mais continue à maigrir. Intervention le 14 mars : ablation d'un appendice enflammé.

OBS. IV. — M. W..., René. *Dyspepsie hypersthénique-Périviscérite d'origine appendiculaire.* — 6 *juin* 1933. — Nous est adressé par le professeur Carnot pour traitement par les amino-acides.

En 1924, appendicectomie à la suite de quatre crises aiguës.

En 1931, assez brusquement apparaissent des douleurs tardives survenant à 6 heures du soir, à 1 heure du matin et résistant au régime, aux antispasmodiques, aux poudres inertes. Chaque nuit, le malade souffre tellement qu'il se fait une injection de morphine.

En juillet 1932, rémission de quelques mois.

Fin octobre 1932, rechute.

Depuis trois mois, douleurs particulièrement intenses, siégeant à l'épigastre, irradiant vers la colonne vertébrale, enserrant les hypochondres et seulement calmées par la morphine.

Pas de vomissements ni de melœna.

Pas d'ictère.

Examen. — Palpation de la région vésiculaire indolore.

Tubage gastrique : pas d'hyperchlorhydrie : *duodénal* : rien d'anormal.

Ex. radiologique. — En juin 1932 et en mai 1933 : hyperkinésie gastrique, bulbe un peu écrasé et rejeté sur la gauche sans image d'ulcus.

Agglomération d'anses intestinales (côlon et iléon) dans l'hypocondre droit, indiquant une périviscérite.

Vésicule normale après ou sans ingestion de tétraiode.

8 *juin*. Début du traitement par les acides aminés. Le malade, *du jour au lendemain*, cesse presque complètement de souffrir et abandonne la morphine.

Durant toute la série de piqûres, malgré l'élargissement de son régime, le malade ne ressent plus, de temps en temps, que de vagues douleurs. Cette amélioration dure jusqu'au début de septembre, malgré la cessation du traitement, en juillet.

2 *septembre*. Réapparition des douleurs. Régime. Morphine.

Fin septembre. Prescription d'une nouvelle série de piqûres.

Nous sommes depuis sans nouvelles du malade.

OBS. V. — M. B..., Adrien, 25 ans. — *Dyspepsie de cause indéterminée.* — 12 *juin* 1933. Depuis 8 mois, trois heures après le repas, douleur épigastrique avec renvois acides, baillements. La nuit, hoquet.

Radiographie du 1er juin 1933. Rien d'anormal en dehors d'une hypersécrétion durant l'examen. Série d'injections d'histidine et de tryptophane.

Deux jours après le début du traitement, une impression de pesanteur remplace la sensation de brûlure, puis disparaît à son tour. Le malade va bien, prend du poids et passe de bonnes nuits.

Depuis, le malade a reçu deux nouvelles séries de piqûres nécessitées par la réapparition de douleurs ; celles-ci sont calmées dès la reprise du traitement.

OBS. VI. — Mme Dec..., 73 ans. — *Aérophagie et spasme du pylore.* — Depuis janvier 1933, à la suite d'une grippe, amaigrissement et asthénie de plus en plus accentuée.

Fin avril, apparition de douleurs à la région épigastrique et de nausées 4 à 5 heures après les repas. Constipation opiniâtre.

La malade est venue nous consulter en mai. Le toucher rectal et la restoscopie ne montrent rien d'anormal.

L'examen radioscopique : aérophagie, spasme du pylore, ptose de l'angle colique droit et du transverse, dolicho-méga-côlon sigmoïde.

Du 3 au 12 juin, chaque jour injection intradermique de 0 cc. 2 de la solution d'histidine et de tryptophane. Ce traitement ne donne aucun résultat, la malade continue à

maigrir et souffre de plus en plus après les repas. Du 28 juillet au 6 août, nouvelle série de piqûres, cette fois à la dose de 0 cc. 5. Après la 5e injection, l'amélioration s'affirme de plus en plus, les crises douloureuses diminuent de fréquence et d'intensité, il y a reprise des forces, de l'appétit et du poids.

L'amélioration persiste pendant les vacances. En octobre, réapparition de douleurs, cette fois généralisées à l'abdomen. Nouvelle série d'acides aminés : amélioration.

Obs. VII. — Mme Ch..., Alice, 40 ans. — *Dyspepsie d'origine vésiculaire.* — *29 juin* 1933. Antécédents de coliques hépatiques avec selles décolorées. En 1920, douleurs gastriques qui disparaissent après l'ablation de l'appendice. Après cette intervention, ictère.

En 1924, pyélonéphrite gravidique. Les épigastralgies réapparaissent et sont alors attribuées à une ptose gastro-intestinale.

En 1932, exagération des douleurs. Elles surviennent 3 heures après les repas et se répètent sans périodicité bien nette. Périodes de subictère.

Examen radiologique en juin 1933 : ptose gastrique avec une motilité active normale de l'estomac. Aucune déformation permanente des contours gastriques et duodénaux. Douleur de la région vésiculaire. Après l'injection de tétraiode, la vésicule est visible, ses contours sont normaux. Pas d'image de calculs.

Dès la première piqûre d'acides aminés, faite le 20 juin, la malade est améliorée. Les douleurs épigastriques disparaissent. Seule persiste la sensibilité cystique que le traitement permet de dissocier des brûlures de « l'estomac biliaire ».

Après plusieurs mois de calme, la malade a souffert à nouveau de l'estomac en novembre. Nouvelle série d'acides aminés, nouvelle sédation immédiate.

Obs. VIII. — Mme Lén..., Jeanne, 56 ans. — *Dyspepsie d'origine vésiculaire.* — *4 juillet* 1933. Début il y a 2 ans. Digestions pénibles. Douleurs survenant 5 à 6 heures après les repas principaux, à type de « tiraillements », de brûlures siégeant à l'épigastre, irradiant aux lombes et accompagnées d'un endolorissement diffus de l'abdomen.

Assez souvent éructations et régurgitations acides, mais pas de vomissements.

Douleur fixe dans l'hypochondre droit avec poussées de léger subictère et selles un peu décolorées.

Constipation. Appétit plutôt exagéré. Amaigrissement de 10 kilogr. depuis le début des troubles digestifs.

A la palpation : sensibilité de tout l'abdomen avec prédominance de la douleur à l'épigastre et à la région sous-hépatique.

L'examen radioscopique montre un estomac de replissage tonique et de configuration normale avec une poche à air augmentée de volume. Le bulbe duodénal est dévié en dedans, la deuxième portion du duodénum est coudée en un angle à ouverture interne dont la branche supérieure est accolée au foie. Douleur immédiatement en dehors et au-dessous du bulbe.

Série de piqûres d'acides aminés à partir du 7 juillet. Les douleurs épigastriques disparaissent rapidement.

Obs. IX. — Mme Bos, 29 ans. — *Dyspepsie d'origine vraisemblablement vésiculaire. Syndrome d'allure angineuse.* —*4 juillet* 1933. 1° Soignée depuis quatre ans pour troubles digestifs. Douleurs semi-tardives sans vomissements, mal calmées par les divers antispasmodiques et poudres. Parfois douleur dans l'hypochondre droit avec subictère et poussée fébrile. A la palpation douleur des régions épigastrique et vésiculaire. Il semble qu'en cette dernière on perçoive une tuméfaction arrondie, lisse et ferme.

2° Douleur de la région parasternale gauche, douleur constrictive et transfixiante irradiant parfois au cou et à l'épaule gauche avec engourdissement du bras de ce même côté. Cette douleur apparaît aussi bien à l'effort qu'au repos et que dans le décubitus. Elle dure quelques minutes, s'accompagne d'angoisse, de palpitations, d'alternative de rougeur et de pâleur de la face, de dyspnée.

L'examen clinique et radiologique du cœur et de l'aorte est normal. La T. A. est de 10-7.

Il ne semble pas y avoir de coïncidence entre les crises douloureuses de l'hypochondre droit et le syndrome angineux.

Sous l'influence du traitement aminé commencé le 4 juillet, atténuation puis disparition des douleurs épigastriques et angineuses.

Obs. X. — Mme d'A... — *Dyspepsie d'origine colitique. Rhume des foins.* — *1er juillet* 1933. Vient nous consulter pour rhume des foins. Depuis quelques années troubles gastro-intestinaux qui persistent malgré l'appendicectomie et ne sont améliorés que par un régime hydrocarboné sévère. A un examen radiologique, autrefois pratiqué, pas d'image d'ulcus, signes banaux de ptose.

Sous l'influence des acides aminés, non seulement sédation rapide du coryza saisonnier, mais disparition des brûlures gastriques. La malade élargit son régime et abandonne les « pansements » digestifs. Quelque temps après la fin du traitement, réapparition des troubles gastro-intestinaux, qui cèdent à une deuxième série de piqûres. Celle-ci terminée, nouvelles douleurs et crise de diarrhée. La malade n'a pas repris le traitement aminé, son médecin lui ayant assuré que l'injection intradermique de deux centigrammes d'histidine était nocive.

Obs. XI. — M. M... — *Dyspepsie d'origine neuro-végétative. Dysenterie amibienne.* — *22 septembre* 1933. 1° Depuis une quinzaine d'années, brûlures épigastriques d'apparition capricieuse, sans horaire fixe, sans ébauche de périodicité. Pas d'hématémèse ni de vomissement.

2° Depuis 6 ans seulement, dysenterie amibienne, contractée au Maroc et soignée par l'émétine et le stovarsol. Selles fréquentes pendant un an puis coliques intestinales sans diarrhée et rebelles aux médications de l'amibiase.

Examen radiologique : hypertinésie gastrique, spasmes pylorique et jéjunal dont on ne trouve pas l'explication en une affection gastrique, duodénale, appendiculaire ou vésiculaire radiologiquement décelable.

Traitement aminé commencé le 23 septembre et qui est poursuivi au Maroc.

Le 19 novembre 1933, le malade nous donne de ses nouvelles. Les brûlures gastriques, beaucoup moins vives qu'autrefois, s'espacent de plus en plus. Il persiste, très atténuées, quelques douleurs hypogastriques. L'appétit est excellent et l'état général s'est beaucoup amélioré. Le malade va commencer une troisième série d'injections d'acides aminés.

Obs. XII. — Dr S..., 28 ans. — *Dyspepsie de cause indéterminée.* — *Décembre* 1933. — Le docteur S..., qui souffrait depuis quelques mois de brûlures épigastriques d'horaire et de répétition échappant à toute règle, nous dit avoir essayé notre traitement et n'avoir plus souffert après une seule injection intra-dermique d'acides aminés.

Obs. XIII. — Mlle B..., Marguerite, 21 ans. — *Dyspepsie se manifestant surtout avant les règles.* — *21 décembre* 1933. Depuis 1928, brûlures gastriques survenant 2 à 3 heures après les repas avec pyrosis et parfois vomissements ne calmant pas la douleur. Ces douleurs, de durée variable, se répètent sans aucune périodicité. Les périodes d'accalmie

sont plus ou moins longues, parfois de 2 ou 3 jours, parfois de 1 mois. Les règles sont presque toujours annoncées par une recrudescence des symptômes gastriques. Elles sont peu abondantes et irrégulières.

Aucun antécédent, aucun signe d'affection appendiculaire ou vésiculaire.

Examen radiologique : aucun signe d'ulcus gastro-duodénal. On note seulement une douleur solaire et une déviation vers la ligne médiane du canal duodéno-pylorique par suite de l'aérocolie droite.

La malade, qui souffrait depuis une huitaine de jours, est complètement soulagée dès la première piqûre de 0,5 cc. d'histidine faite le 22 décembre. Elle ne souffrira plus qu'un seul jour, le 8 janvier 1934, et l'apparition des règles ne sera annoncée par aucun phénomène douloureux.

Obs. XIV. — Mme L..., Sonia, 30 ans. — *Dyspepsie sans cause apparente. — 22 décembre* 1933. Depuis 6 mois, souffre presque chaque jour. Aussitôt après le repas, douleur à type de brûlure, siégeant surtout à la partie haute du creux épigastrique, mais diffusant à tout l'abdomen. Durée : une demi-heure. Jamais de vomissement. Constipation.

Aucun antécédent, ni signe d'affection vésiculaire ou appendiculaire. Règles régulières.

Image radiologique gastro-duodénale normale. L'estomac est simplement refoulé vers la ligne médiane par une aérocolie gauche.

Traitement par l'histidine commencé le 22 décembre. Aucune amélioration durant les trois premières piqûres. Dès la quatrième, atténuation des douleurs. La malade ne souffrira plus journellement. De temps en temps, à l'occasion d'un écart de régime, réapparition de douleurs, très rarement aussi violentes qu'autrefois et siégeant surtout sur le cadre colique.

Obs. XV. — M. C..., Constantin, 38 ans. — *Douleurs dues à une périgastrite.* — Observation communiquée par le docteur Delalande. Gastroentérostomie faite autrefois à Saint-Antoine. Réintervention sur la bouche d'anastomose en juin 1931 : pas de trace d'ulcus.

Le malade continue à souffrir. Troisième intervention en décembre 1931 : libération d'adhérences périgastriques. Depuis réapparition des douleurs, complètement calmées dès la troisième piqûre d'acides aminés. La sédation persiste pendant toute la durée du traitement (25 piqûres). Cinq jours après la fin de la série, le malade se plaint à nouveau de douleurs épigastriques.

Obs. XVI. — M. P..., Joseph, 46 ans. — *Dyspepsie d'origine typhlo-appendiculaire. — 13 janvier* 1934. Début il y a 3 ans. Douleurs très violentes, « à se rouler par terre », à l'épigastre, irradiant en ceinture et survenant vers 4 heures de l'après-midi et vers 1 heure du matin. De temps en temps une accalmie relative d'une dizaine de jours.

Les vomissements, autrefois continuels, ont disparu après une appendicectomie pratiquée en octobre 1932. Un examen radiologique pratiqué quelque temps auparavant avait montré un cæcum volumineux et des signes d'appendicite chronique.

Pas d'antécédents hépato-biliaires. Constipation. Examen radioscopique du 13 janvier 1934 : estomac dilaté. Alternatives de périodes d'inertie et d'hyperkinésie gastriques. Aucun signe d'ulcère G. D.

Dès la première injection d'histidine, le malade souffre moins et passe une nuit calme. Légère crise douloureuse nocturne le jour de la troisième piqûre. Après la quatrième injection les douleurs ont complètement disparu.

En résumé, les 15 observations précédentes nous montrent l'action plus ou moins accusée, mais certaine et souvent remarquable, de l'acidothérapie aminée, de l'histidine en particulier, sur des douleurs épigastriques indépendantes de l'ulcère. Toute méthode thérapeutique a des échecs. Voici deux cas de douleurs « amino-résistantes » :

Obs. XVII. — M. Tin..., 37 ans. — *Dyspepsie apparue après une appendicectomie et peut-être liée à une périviscérite ? — 3 août* 1933. A la suite de plusieurs crises douloureuses de la fosse iliaque droite, appendicectomie en mars dernier.

Trois semaines après, apparition de douleurs constrictives de l'épigastre d'abord accompagnées de vomissements et apparaissant 2 heures après les repas. Constipation.

L'examen radiologique ne montre aucun signe d'ulcère gastrique ou duodénal.

Un traitement de 22 piqûres d'injections aminées n'a apporté aucun soulagement au malade.

Obs. XVIII. — Mme Mo..., 50 ans. — *Dyspepsie d'origine peut-être utéro-salpingienne. — 24 octobre* 1933. Depuis dix ans, douleur gastrique continue avec ballonnement, nausées. Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse, pas de melœna. Tendance à la constipation. Tous ces troubles sont continus, peu améliorés par le régime, les alcalins. Amaigrissement de 2 kilogr. depuis 2 mois.

Soignée pour métrite depuis 1921.

Point douloureux peu accusé sus-ombilical. Douleurs dans les fosses iliaques.

Examen radiologique : spasme prépylorique persistant pendant la première partie de l'examen, bulbe normal.

Le traitement par les acides aminés, aussitôt prescrit, semble, durant le premier mois, avoir amélioré l'état digestif de la malade. Elle ne souffre plus toute la journée, mais seulement après le repas. Malgré la continuation du traitement, les douleurs réapparaissent aussi vives et aussi continues qu'autrefois.

De ces observations, sauf des deux dernières, se dégage la conclusion suivante. Que les épigastralgies soient d'origine ulcéreuse ou qu'elles soient dues à une autre cause, elles cèdent de la même façon aux acides aminés, en particulier à l'histidine. Dans les deux cas, l'action du traitement est rapide, parfois immédiate, dans les deux cas les sédations ne sont le plus souvent que temporaires, nécessitant des « cures d'entretien » plus ou moins espacées.

Dès qu'elle fut formulée par Weiss et Aron (1) la théorie de la carence aminée, cause de l'ulcère, nous parut hypothétique (2). Nous avions, depuis plusieurs mois, observé l'action des acides aminés en pathologie digestive, action assez générale pour ne pas y voir, dans le cas particulier de l'ulcère, l'effet d'une thérapeutique « pathogénique » ou « spécifique ». Les injections d'acides aminés, il est vrai, empêchent la production de l'ulcère expérimental qui ne manque pas

(1) En ce qui concerne les travaux de MM. Weiss et Aron se rapporter surtout à la thèse du Dr Aron, Strasbourg 1933 : Recherches sur l'ulcère expérimental et sur le rôle des acides aminés dans son évolution. Application au traitement des ulcères G. D.

(2) J. Lenormand : Traitement des douleurs gastriques et duodénales par les acides aminés. *Paris Médical*, n° 23, 10 juin 1933, p. 518. — J. Lenormand (Rapport de M. Pierre Duval) : A propos du traitement des ulcères gastriques et duodénaux par les acides aminés. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*, n° 22, 24 juin 1933, p. 970. — J. Lenormand : Traitement des ulcères gastriques par les acides aminés. Communication au *Ier Congrès Français de thérapeutique*, 24 octobre 1933.

d'apparaître après dérivation du duodénum dans l'ilion terminal. Cela ne veut pas dire que la carence aminée, conséquence de cette dérivation, soit la cause de l'ulcère. La carence aminée n'intervient pas, après simple gastro-entérostomie, dans l'apparition de l'ulcère jéjunal qui, lui aussi, peut guérir par les amino-acides.

La cicatrisation de l'ulcère humain, parfois observée, peut trouver son explication en une action pharmaco-dynamique nullement « spécifique » des acides aminés. Nous avons expérimenté ces derniers avec des résultats heureux, non seulement dans les épigastralgies, mais dans le rhume des foins (1), les vomissements banaux de la grossesse, dans l'angine de poitrine et certains syndromes circulatoires (2). L'effet des acides aminés dans des affections aussi disparates s'explique en réalité par un mécanisme commun. Ce sont des substances à tropisme nerveux qui ont une action remarquable sur le système sympathique. D'après nos observations cliniques, certains acides aminés calment les plexus irrités, freinent les crises de tachycardie, dilatent les vaisseaux spasmés (3) et abaissent la tension artérielle. Peut-être la sédation des douleurs gastriques et duodénales, la cicatrisation de l'ulcère, sont-elles dues également à une hypersécrétion de mucus. L'étude du suc gastrique recueilli par tubage fractionné, après une injection d'acides aminés, semblerait le montrer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1934)

Apparition simultanée, à la suite d'injections intra-veineuses de chlorure de calcium, d'œdème et d'une augmentation du chlore globulaire. — MM. Gougerot, Dagos et Albeaux-Fernet. Malade atteinte de pemphigus. Traitée par les injections intra-veineuses de chlorure de calcium, ayant présenté des œdèmes importants. Ces œdèmes rétrocédèrent avec le régime déchloruré, mais reparurent à la suite de nouvelles injections de chlorure de calcium, sans qu'il y ait eu apport nouveau de chlorure de calcium alimentaire.

Mort subite au cours d'une convalescence d'une scarlatine. — MM. Mironesco, Nicolesco, Podeano. Dans ce cas, l'autopsie montra des lésions de myocardite qui semblaient être la cause de la mort. M. Costeodat est d'avis que dans ce cas, il s'est agi de paralysie brusque des centres vaso-moteurs bulbaires.

Deux cas de polynévrite à prépondérance sensitive à la fin d'un traitement par sels d'or. — MM. Alajouanine, Mauric et Fauvert. Dans un cas, douleurs rebelles et intensives pendant six mois. Dans un autre cas, signes plus discrets. Les auteurs apportent à l'appui de leur communication une classification des troubles nerveux observés au cours des traitements auriques.

Intérêt pratique de la ponction sous-occipitale. — M. Basch. C'est le moyen le plus simple de prélever le liquide céphalo-rachidien, en particulier chez les syphilitiques en traitement. On n'observe aucun phénomène de méningisme, qui se rencontrent souvent après la ponction lombaire.

Beaucoup d'auteurs estiment, en répondant au présentateur, que la ponction lombaire comporte plus d'inconvénients que les ponctions sous-occipitales.

Tassements et effondrements vertébraux dans la maladie osseuse de Paget. — MM. Weissmann, Netter et Lasserre. Observations de maladie osseuse de Paget dans lesquelles la radio montre des tassements ou effondrements d'un ou plusieurs corps vertébraux, se comportant comme des vertèbres de cire.

Ces lésions ne s'accompagnent presque jamais de signes de compression médullaire. Il semble cependant qu'on doive leur rapporter quelques cas de paraplégies chez des pagétiques.

5 ans d'évolution d'une tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax bilatéral chez une diabétique. — MM. Labbé, Boulin et J. Besançon. Malade atteinte de coma diabétique ; il y a 5 ans, à l'occasion d'une tuberculose bilatérale, excavée. Traitement par le pneumothorax bilatéral simultané et traitement énergique du diabète. Amélioration des lésions pulmonaires. C'est là un cas très favorable.

Coma diabétique insulino-résistant. — MM. Labbé et Boulin. Cas de coma diabétique ayant guéri sous l'action de l'insuline, en 48 heures, à la suite duquel se développa une insulino-résistance suraiguë qui aboutit à une rechute mortelle du coma. La cause de cette insulino-résistance paraît être un abcès dont le malade était porteur.

Un cas de syndrome de Chauffard-Still chez l'enfant. — MM. Françon, Bosonnet, Robert et Gerboy. Garçon de 8 ans présentant une polyarthrite chronique invalidante, s'étant constituée en deux poussées s'accompagnant d'adénopathies et de splénomégalie : Wassermann négatif ; arrêt de développement physique ; Constatation de dystrophies dentaires, permettant d'incriminer l'hérédo-syphilis. Bons effets de la chrysothérapie.

Homogénie banale, premier stade de leucémie aiguë. — MM. Merklen, Gouvelle, Kabaker. Femme traitée pour processus homogénique sans caractères spéciaux. Au bout de 25 jours, apparition d'une leucémie mortelle en 13 jours. Cette observation a paru évoluer en deux stades : le premier, homogénique, comportant un pronostic bénin ; le deuxième, leucémique, à pronostic fatal.

Un cas d'hémiplégie encéphalitique. — MM. Urechia et Elekes (Cluj).

Rhumatisme vertébral de la région cervicale avec paralysie amyotrophique du plexus brachial. — MM. Urechia et Bumbacercu (Cluj).

Sur un cas isolé de typhus bénin. — MM. A. Lemierre, F. Layacri et Pham Huu Chi. Observation d'une jeune femme habitant la banlieue de Paris, qui fut atteinte d'une affection fébrile caractérisée par un début brusque, une

(1) J. Lenormand (Rapport de M. Aubry) : Un nouveau traitement du rhume des foins. *Soc. de Laryngol.*, séance du 3 juillet 1933. — J. Lenormand : Acidothérapie aminée et rhume des foins (d'après 29 cas traités) ; *Presse Méd.*, n° 57, 19 juillet 1933, p. 1141.

(2) Paul Halbron et Jacques Lenormand : Action de certains acides aminés sur quelques phénomènes circulatoires ; *Soc. de Biol.*, Paris, 8 juillet 1933. — Paul Halbron, Jacques Lenormand et Pierre Dartigue : Traitement de l'angine de poitrine par certains acides aminés. *Presse Méd.*, 14 octobre 1933, n° 82.

(3) Nous avons, avec le Dr P. Halbron, observé ce fait dans la maladie de Raynaud.

température en plateau à 39°-40°, pendant 9 jours, qui tomba rapidement le 10e jour, pour revenir à la normale le 12e ; par l'apparition, le 8e jour : 1° d'un exanthème maculeux localisé d'abord à l'abdomen, puis ayant envahi en 24 heures la région lombaire, les flancs, les membres, la paume des mains et la plante des pieds ; 2° d'un syndrome méningé avec légère lymphocytose rachidienne. L'exanthème et le syndrome méningé disparurent en 48 heures.

La réaction de Weil-Félix se montra positive à 1/1.000 le 12e et le 19e jours ; elle était encore positive à 1/500 le 32e jour, longtemps après la guérison, puis devint négative un mois plus tard.

En raison des résultats de la réaction de Weil-Félix, les auteurs pensent qu'il s'est agi d'un cas de typhus murin. On sait que des cas de typhus bénin, d'origine murine, ont été signalés par A. Netter en 1916, 17 à Paris, et que le professeur Brumpt a décelé la présence du virus typhique dans le cerveau de rats capturés à Paris et dans les environs.

Sur un cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne observé à Paris. — M. A. Lemierre. Observation d'un homme qui, au cours d'un séjour à la campagne, aux environs de Milan, fut piqué à l'abdomen par deux tiques venues de son chien. Douze jours après, il présenta les symptômes d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne caractéristique : début brusque par des frissons, une élévation subite de la température, des courbatures ; puis température à 39° pendant six jours, apparition dès le 2e jour d'un exanthème maculeux d'un rouge violacé, presque purpurique, ayant envahi les téguments et y compris la paume des mains et la plante des pieds ; phénomènes douloureux intenses : arthralgies, myalgies ; absence d'adynamie et de stupeur. La température s'abaissa graduellement et revint à la normale le 14e jour.

En raison de l'indocilité du malade, il n'a pas été possible de pratiquer pendant la convalescence la réaction de Weil-Félix. Mais les piqûres de tiques initiales, dont les cicatrices encore fraîches étaient nettement visibles pendant la maladie elle-même, non moins que les symptômes si spéciaux présentés par le patient, ne permettent guère de douter qu'il ne se soit agi d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne contractée en Italie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 20 janvier 1934)

Réactions cutanées à la tuberculine et réaction de fixation du complément dans la démence précoce et diverses autres affections mentales. — M. F. Baldi donne les premiers résultats de ses recherches concernant les rapports entre les réactions cutanées à la tuberculine et la réaction de fixation du complément effectuées comparativement chez les déments précoces et chez des sujets atteints d'autres maladies mentales.

Sur les 182 malades étudiés, il fait remarquer que de fortes réactions cutanées à la tuberculine ont été observées dans plusieurs cas d'épilepsie et même dans un cas de démence sénile et que la fixation du complément a été positive chez quelques épileptiques, fortement positive dans un cas de psychose paranoïde, dans un autre cas de psychose sur fond alcoolique et dans deux cas de délire hallucinatoire chronique avec affaiblissement mental.

Tous ces faits autorisent à conclure que ni les réactions allergiques à la tuberculine, ni la réaction de fixation du complément ne fournissent d'argument décisif en faveur de la nature tuberculeuse de la démence précoce.

Etude de la dispersion dans le système nerveux du lapin, du virus rabique des rues inoculé dans un nerf périphérique. — M. S. Nicolau et Mme L. Kopciowska inoculent le virus rabique des rues dans le nerf sciatique droit des lapins. Ces animaux sont sacrifiés entre le 3e et le 12e jour après l'infection. Des émulsions de cerveau et de nerf sciatique gauche (opposé à l'inoculation), sont introduites sous la dure-mère d'animaux neufs. On peut se rendre compte, de la sorte, que la dissémination du virus rabique des rues introduit dans un nerf périphérique, se fait de manière explosive, simultanément dans le système nerveux central et périphérique. Cette dispersion du germe (septinévrite) est précoce, puisqu'elle a lieu avant l'apparition de tout symptôme morbide (7 à 8 jours).

Sur le séro-diagnostic de la leishmaniose viscérale. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard. La déviation du complément par les sérums suspects mis en présence d'un sérum réactif a été recherchée depuis six mois sur quatre malades et sur dix chiens, elle a toujours fourni des résultats positifs dans les cas où l'existence de l'infection avait été démontrée par la ponction de la rate ou du foie. La nouvelle méthode s'est d'autre part montrée toujours plus sensible que la formo-opacification et la réaction à l'uréastibamine.

Etude de l'élimination de l'iode après ingestion de di-iodotyrosine. — MM. P. Sainton, F. Kayser et E. Anschel concluent qu'après ingestion de di-iodotyrosine, une partie de l'iode ingéré est éliminée par les urines ; l'élimination commence au bout de 2 heures, atteint son maximum vers la 3e ou la 4e heure qui suit l'ingestion, décroît ensuite régulièrement et cesse au bout de 36 heures. Malgré des variations individuelles sensibles, il semble que l'élimination de l'iode soit plus forte chez le sujet sain que chez le Basedowien. A la suite d'une ingestion unique, le Basedowien élimine 35 % d'iode, le sujet sain 47 % ; à la suite d'ingestions répétées, le Basedowien élimine 40 % d'iode, le sujet sain 60 %. Chez les sujets soumis pendant 15 jours à l'ingestion quotidienne de 0,10 gr. de di-iodotyrosine, l'élimination de l'iode est en général plus faible pour les sujets à métabolisme basal élevé que pour ceux dont le métabolisme basal ne dépasse pas 30 %.

Valeur et signification de la « microculture non repiquable » dans la recherche du bacille de Koch dans le sang. — MM. A. Saenz et L. Costil relatent des expériences concernant la recherche de la bacillémie tuberculeuse par la méthode de Lœwenstein, mettant en garde contre des causes d'erreur fréquentes et importantes qui dérivent de la grande ubiquité des bacilles acido-alcoolo-résistants saprophytes. Ils ont pu déceler des bacilles paratuberculeux dans l'eau physiologique, dans l'eau distillée et dans l'eau de robinet.

Les microcolonies non repiquables recueillies par raclage des tubes de milieu ensemencés avec du sang, sont le plus souvent constituées par de simples amas de cadavres de bacilles acido-résistants apportés par les divers liquides employés pour le traitement préalable des produits ensemencés.

Ils pensent que dans les recherches concernant l'isolement du bacille de Koch à partir du sang, il ne faut tenir compte que des microcolonies cultivables par réensemencement et de celles qui se montrent tuberculigènes pour le cobaye ou le deviennent après passage sur cet animal.

Recherches bio-chimiques sur le rôle du placenta. — MM. Levy-Solal, Jean Dalsace, Mlle C. Gutman ont cherché à étudier comment se comportent certaines substances constituantes du plasma lorsqu'elles passent de la mère à l'enfant à travers le placenta.

L'extrait sec du plasma maternel est, par rapport à celui de l'enfant, plus élevé de 31 p. 100.

La teneur en cendres du plasma de l'enfant dépasse de 16 p. 100 celle du plasma de la mère.

Il y a toujours deux fois et demie plus de graisses dans le plasma de la mère que dans celui de l'enfant.

Les différences entre les teneurs en protéides sont beaucoup moins importantes que pour les graisses.

Il n'y a donc pas un simple équilibre de part et d'autre d'une membrane très perméable, et ces dosages montrent que le placenta a un rôle actif dans le maintien de l'individualité biologique de la mère et du fœtus.

Les hormones de grossesse traversent-elles le placenta ? — MM. Levy-Solal, Paul Walther et Jean Dalsace ont étudié, au moyen de la réaction de Friedmann, le passage des hormones de grossesse à travers le placenta. Le sang de toutes les accouchées donne une réaction positive, ainsi que les produits de broyage du placenta.

Par contre, la réaction a été négative sur 30 échantillons de sang du cordon (bout placentaire). Elle n'a été positive que dans 2 cas d'albuminurie grave de la mère (1 placenta albuminurique typique).

Ces recherches sont à rapprocher du fait que toutes les cuti-réactions connues sont négatives chez le nouveau-né.

M. Nattan-Larrier. — Les recherches par les produits de broyage du placenta ne présentent pas d'intérêt, car il se fait, dans ces cas, un mélange des sangs maternel et fœtal. Chez les albuminuriques enceintes, il faut noter qu'il y a souvent libre communication entre les vaisseaux de la mère et du fœtus.

Sur la présence d'éléments accélérateurs du cœur, dans le sympathique cervical du chien.— L'existence de fibres accélératrices dans le sympathique cervical des mammifères est depuis longtemps controversée. Excitant, précédemment, chez le cheval, le sympathique qui, chez cet animal, est facilement séparable du vague, MM. L. Jung, R. Tagand et M. Pierre ont obtenu une accélération dans 30 p. 100 des cas. Ils viennent de poursuivre leurs investigations chez le chien.

Chez cet animal, les deux éléments : vague et sympathique, sont étroitement fusionnés en un cordon unique. La difficulté est résolue en interrogeant, dans la région cervicale, le gros nerf total, après section du seul pneumogastrique au-dessous du point où il se sépare du sympathique, c'est-à-dire vers l'entrée de la poitrine. Dans ces conditions, une accélération marquée du cœur a été constante 5 fois sur 10, presque toujours accompagnée d'une faible élévation de la tension artérielle. Seules, de nouvelles expériences pourront permettre d'interpréter les résultats, et de savoir si l'accélération, quand elle paraît, est sous la dépendance de fibres motrices, ou si elle est de nature réflexe, par intervention de fibres sensitives récurrentes.

Sur la bacillémie du cobaye tuberculeux.— M. L. Nègre. Les bacilles de Koch isolés par la méthode de Loewenstein des lésions tuberculeuses d'un cobaye, inoculé avec le pus d'une adénite bacillaire de l'homme et sacrifié trois mois plus tard, présentent les caractères d'un bacille tuberculeux de type humain. Au même moment, le sang de ce cobaye, inoculé sous la peau d'autres cobayes ne les tuberculise pas. Mais, si on traite certains des cobayes inoculés avec le même sang par des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch, on voit apparaître chez eux des lésions tuberculeuses et on peut isoler de celles-ci des bacilles présentant les mêmes caractères que les bacilles obtenus par la même méthode des filtrats de cultures tuberculeuses.

Caractères respectifs des bacilles tuberculeux isolés au même moment des crachats et du sang d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire. — M. J. Beerens. Chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire, les bacilles tuberculeux suivant qu'ils ont été isolés des crachats ou du sang au même moment ne présentent pas les mêmes caractères. Les bacilles qui ont été obtenus des crachats se comportent comme un bacille de type humain. Ceux qui ont été isolés du sang par la méthode des injections d'extrait acétonique de bacilles de Koch se sont présentés sous la forme de colonies rugueuses (de type humain) et de colonies lisses dont les propriétés pathogènes sont les mêmes que celles des bacilles isolés par la même méthode des lésions des cobayes inoculés avec des filtrats tuberculeux.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 janvier 1934) :

Sur un dérivé ferrique de l'adrénaline probablement de nature quinonique. Préparation chimique et action cardio-rénale expérimentale sur le lapin. — MM. J. Paviot, P. Arloing, A. Morel, A. Josserand et Badinand ont tenté d'apporter une contribution à la connaissance d'une cause humorale encore hypothétique, capable de déterminer des hypertrophies dites primitives du cœur.

Ils se sont adressés à un dérivé ferrique de l'adrénaline dont ils indiquent le mode de préparation et qu'ils désignent sous le nom d'adrénoferrine.

La toxicité de ce produit est 4 fois moins forte que celle de l'adrénaline. Son injection au lapin ralentit considérablement le cœur dont le choc systolique est sensiblement augmenté.

L'action prolongée de l'adrénoferrine provoque une dilatation du cœur sans hypertrophie myocardique. Il n'y a pas d'athérome aortique, mais on trouve dans le rein des inflammations de type nodulaire avec hyperazotémie constante.

Il est possible que, dans la physiologie pathologique de l'homme, il puisse exister de semblables dégradations quinoniques de l'adrénaline, qui aboutiraient à des effets analogues à ceux décrits ici sur le lapin.

Etude anatomique des lésions rénales observées chez les lapins normaux et chez les lapins traités par l'adrénoferrine et par l'adrénaline. — MM. F. Arloing, A. Josserand et Levrat ont, à la suite de Leiter, constaté l'existence chez le lapin normal, au niveau du rein, de lésions cunéiformes à base corticale. Ces lésions de néphrite spontanée se résument à cette infiltration inflammatoire interstitielle avec tubuli altérés et glomérules indemnes. Cette néphrite spontanée ne provoque généralement aucune azotémie.

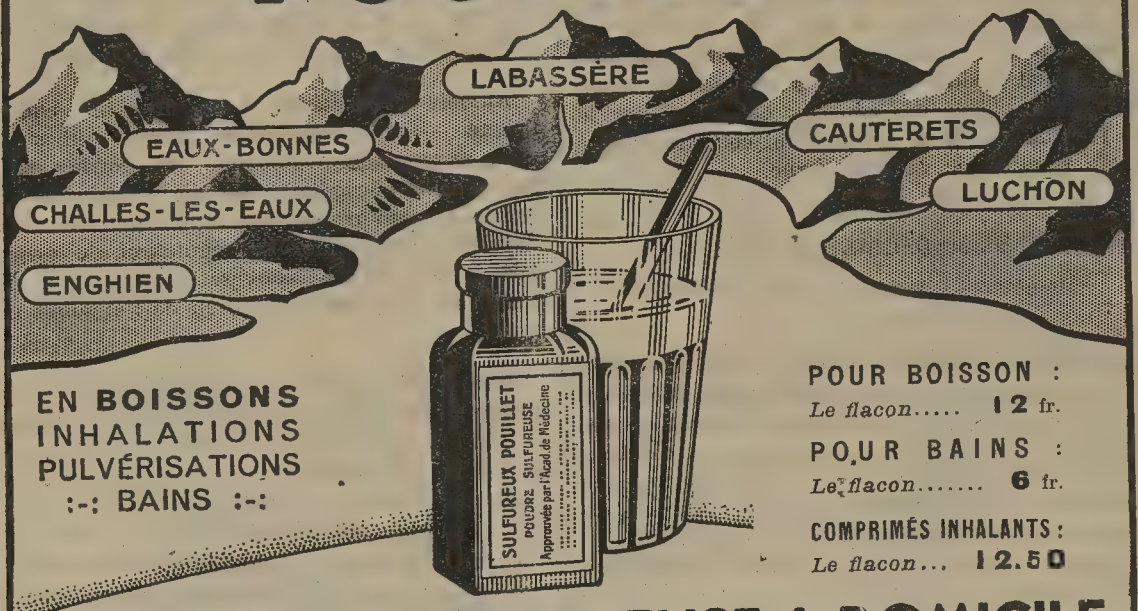
Sur les lapins traités par l'adrénoferrine ou par l'adrénaline, 64 p. 100 et 30 p. 100 présentent seuls ou associés aux lésions spontanées précédentes, des îlots inflammatoires en nodules répartis au hasard dans le rein, mais surtout à l'union d la corticale et de la médullaire.

Ces lésions nodulaires entraînent une azotémie relativement forte, et ceci de façon constante.

(séance du 27 janvier 1934)

L'antitrypsine du sérum sanguin au cours des transplantations des glandes endocrines. —MM. V. Passek et M. Rubinstein. La résorption des glandes endocriniennes transplantées soit à l'homme, soit à l'animal, est suivie d'une augmentation du pouvoir antitryptique normal du sérum. L'augmentation de la propriété antifermentative du sérum sanguin marche de pair avec la résorption des glandes et

SULFUREUX POUILLET



EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 6 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE ENTÉRITE
GASTRALGIE *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

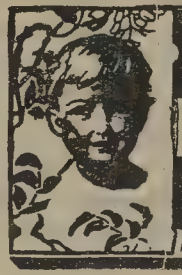
VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

R. C., 133, Aubenas.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul[d] Ornano PARIS

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

Épilepsie!!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

doit être attribuée à l'introduction des ferments protéolytiques et autolytiques des organes transplantés.

Les sérums sanguins prélevés *après la greffe* (index antitryptique augmenté) peuvent neutraliser l'action toxique des urines.

Action des injections intraveineuses d'acide chlorhydrique sur les protides, les lipides, la réserve alcaline et les graisses du rein chez le chien. — MM. Ch. Achard, J. Verne, M. Bariéty et E. Hadjigeorges. Le traitement acidifiant modifie l'état histochimique des graisses du rein, en diminuant l'importance des enclaves colorables par le soudan et le bleu de Nil, et en augmentant celle des enclaves donnant la réaction de Feulgen-Verne.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 8 décembre 1933)

Tumeurs malignes et venin de cobra. — M. Taguet présente en son nom et en celui de M. Monoelesser (de New-York), des malades qu'ils ont traités pour des cas de tumeurs malignes par les injections sous-cutanées à distance ou péritumorales de venin de cobra. Ils montrent notamment des malades ayant actuellement plus de trois ans de traitement. Dans une deuxième catégorie de sujets, ils présentent des tumeurs traitées par les injections locales qui sont en voie de régression.

Chirurgie esthétique du pavillon de l'oreille. — M. Bourguet présente deux adultes et un enfant de 4 ans qui avaient des pavillons décollés, mais plissés. Il a diminué la profondeur de la conque, ce qui a suffi à ramener les oreilles dans leur direction normale.

Diagnostic radiologique des tumeurs malignes osseuses. — M. Nemours-Auguste présente quelques clichés pour montrer combien est difficile le diagnostic de tumeur osseuse et de la variété de la tumeur, par la radiographie seule.

L'examen aux rayons X doit toujours être accompagné d'un examen clinique minutieux et d'un examen histologique. Ce n'est que par la mise en œuvre de tous ces procédés qu'un diagnostic peut être suffisamment précis pour permettre le choix de la thérapeutique chirurgicale, ou radiothérapique, ou curiethérapique, employées seules ou en association.

Difficultés du diagnostic radiologique des tumeurs malignes osseuses. — M. Carle Roederer. La radiographie, sauf dans le cas de sarcome condensant et dans celui du kyste osseux solitaire, n'apporte qu'un élément accessoire dans le diagnostic des tumeurs osseuses. La difficulté de discrimination est surtout grande entre certaines lésions inflammatoires et les tumeurs malignes, et ceci, d'autant que quelques ostéosarcomes évoluent au début avec légère température, gonflement, rougeur de la peau, comme les ostéites subaiguës. Quant à l'ostéite fibreuse elle-même, malgré des caractères différentiels bien particuliers, elle peut rappeler certains sarcomes lysants avant que ceux-ci ne soient extériorisés en broussaille. La tumeur à myéloplaxes prête encore bien davantage à l'erreur. C'est la biopsie, à laquelle on doit souvent avoir recours, et la clinique qui doivent dominer l'examen radiologique.

(séance du 28 décembre 1933)

Le radio-diagnostic de la goutte. — M. Mathieu-Pierre Weil, après avoir rappelé les divers aspects radiologiques qu'il a précédemment décrits des arthropathies goutteuses, signale que les pertes de substance que révèle la radiographie ne sont pas dues à la précipitation urique, comme on le pense couramment, mais à la nécrose fibrinoïde. Or, ce processus lui est commun avec le rhumatisme. Par ailleurs, des lésions ostéo-cartilagineuses peuvent tardivement se développer, aboutissant à des aspects que, seules, croyait-on, certaines formes de rhumatisme étaient susceptibles d'engendrer. Le radio-diagnostic de la goutte se heurte à des difficultés qu'il importe de bien connaître.

Anxiété et asthénie. Leur intrication endocrino-sympathique. — M. Léopold-Levi, s'appuyant sur 12 observations de syndromes d'anxiété, transformés par une opothérapie neuro-énergétique, étudie l'intrication « anxiété et asthénie » qui trouve son explication dans la synergie endocrino-sympathique. La régulation du sympathique, du fait de cette opothérapie, se traduit par la disparition de l'asthénie et la transformation de l'angoisse en *joie de vivre*.

Contribution à l'étude diagnostique des syndromes de surélévation diaphragmatique. Inhibition diaphragmatique. — MM. A. Tardieu et Ch. Guilbert rapportent deux observations de surélévation semi-diaphragmatique par paralysie du phrénique de nature infectieuse chez des tuberculeux, syndrome qui s'oppose au mégadiaphragme, surélévation idiopathique et congénitale du diaphragme.

Ce syndrome, déjà décrit par Sergent chez un sujet atteint de lobite tuberculeuse, se traduit par des troubles gastriques précoces, avec dyspnée post-prendiale et parfois vomissements, aérogastrocolie, et par des troubles pulmonaires variables (pachypleurite, scissurite, etc.) parfois assez discrets pour passer inaperçus avant l'exploration radiologique. Les réflexes de Paillard et de Hess sont abolis du côté malade et, radiologiquement, la surélévation du diaphragme s'accompagne du signe de Kienück. L'étiologie toxique (alcoolisme, saturnisme) est souvent associée à l'origine infectieuse, tuberculeuse le plus généralement.

Transfusion du sang et transfuseur électrique. — M. Bécart présente un film sonorisé montrant la technique de la transfusion du sang réalisée à l'aide de son transfuseur électrique. Il insiste sur l'extrême simplicité de la méthode et le grand intérêt qu'il y a à pouvoir réaliser, grâce à elle, l'injection rythmique du sang, particulièrement utile dans l'état aigu hémorragique et le schock.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 15 décembre 1933)

Appendicite à symptomatologie uniquement gauche malgré la présence du caecum dans la fosse iliaque droite. — M. Pierre Laurent fait un rapport sur un travail de M. Chureau (de Châtillon-sur-Seine), concernant un enfant de onze ans qui présentait, sur un caecum prolabé et mobile, un appendice long, dont la pointe, fixée contre le méso-sigmoïde, était renflée en massue et perforée au niveau d'un gros calcul stercoral. Le rapporteur étudie les variétés anatomiques d'appendices gauches : inversion viscérale avec dextrocardie ; ectopie gauche de l'hémi-côlon droit par absence de torsion du gros intestin qui reste à gauche du mésentère ; ectopie gauche du caeco-appendice par flottement vers la gauche, au-dessous de la racine du mésentère. Au point de vue clinique, on peut distinguer : 1° les appendicites avec irradiations douloureuses gauches, mais signes objectifs normaux ; 2° les formes avec symptomatologie aberrante complète, dont le diagnostic est parfois impossible. Il faut toujours penser à l'appendice en situa-

LIPOÏDES H.I

EXTRAITS ÉTHÉRO-ALCOOLIQUES IMPUTRESCIBLES ET PURIFIÉS DES ORGANES.

GYNOCRINOL

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

Hypoovaries, Ménopauses naturelle et opératoire, Stérilité, Sénilité, etc.

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE.

Fatigues cérébrales, Sénilité précoce, Stérilité, Ménopause masculine, Asthénies, etc..

ADRÉNOL TOTAL

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE SANS ADRÉNALINE

Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde, Convalescences, Asthénies des hypertendus, etc.

R. Jaugray

POSOLOGIE :
6 à 9 pilules par jour.

LABORATOIRE ISCOVESCO – 107, rue des Dames, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE
AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES
Absorption facile et rapide
Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE
LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus,
Ne ferme pas le rein, ne provoque pas de verliges.
Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE
COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT
Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéo-muqueuse
Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE
MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNESIENNE
prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale
ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la
Sté Ame Des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "
45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

tion anormale et ne pas hésiter, en cas de doute, à pratiquer une intervention exploratrice précoce qui peut sauver le malade.

Sarcome de l'estomac (lymphocytome). Résection en bloc de l'estomac, du mésocôlon transverse et du transverse. — M. Luquet fait un rapport sur une observation de M. Lefort (de Paris) concernant un homme de 22 ans qui présentait une grosse tumeur de l'estomac et du mésocôlon transverse. L'auteur pratiqua une résection en bloc de l'estomac, du mésocôlon transverse et du transverse ; puis fixa à la peau, en canon de fusil, les deux extrémités du côlon restant. Le malade guérit opératoirement. La tumeur enlevée était un lymphocytome.

Un cas d'iléus biliaire guéri. — M. Flahaut (de Cholet) communique l'observation suivante. Une femme présente, il y a deux ans, un iléus biliaire : calcul dans la fin du grêle ; ablation par incision transversale ; vidange du grêle ; fermeture complète ; guérison sans incident. L'examen clinique confirme la nature biliaire du calcul. Huit mois plus tard, intervention pour cancer de l'angle droit du côlon : libération, extériorisation et ablation avec fixation à la peau du transverse et du caecum ; fermeture secondaire ; guérison.

Deux cas de chirurgie du sympathique. 1° Gangrène des orteils par endartérite oblitérante sénile. Douleurs suraiguës et permanentes. Résection de la fémorale au tiers moyen. Guérison. — 2° Crises de cystalgie essentielle, douglassite chez une femme ayant subi plusieurs interventions abdomino-pelviennes. Résection du nerf présacré. Guérison. — M. Thévenard communique ces deux observations. Dans le premier cas, au cours de la sympathectomie péri-artérielle, l'artère fémorale, perméable mais athéromateuse, se déchira ; résection de l'artère à son tiers moyen. Disparition immédiate de la douleur. Guérison. Le second cas concerne une femme qui avait subi plusieurs opérations conservatrices des organes génitaux pelviens, puis une hystérectomie abdominale subtotale. Dans la suite, douleurs violentes de cystalgie sans lésions des voies urinaires et de douglassite. Résection du nerf présacré. La disparition des douleurs est immédiate et définitive.

Néoplasme du côlon descendant et de la sigmoïde. — M. Victor-Pauchet, à propos de ce cas de cancer réséqué en deux temps : d'abord caecostomie, puis, secondairement, résection du côlon avec abouchement bout à bout, indique le procédé qu'il emploie dans ces cas pour fermer le ventre ; en particulier, il ne met aucun point de suture sur la peau.

Greffe totale homoplastique d'un vaste lambeau cutané. — M. Dufourmentel présente une enfant de sept ans dont la presque totalité du cuir chevelu avait été brûlée en juin dernier. Après quatre mois, la plaie ne montrait aucune tendance à se cicatriser. Le 1er décembre, un vaste lambeau cutané comprenant toute l'épaisseur de la peau, et provenant d'une opération de mastopexie, fut appliqué sur le crâne de l'enfant après vérification des groupes sanguins de l'enfant et de la femme opérée. Malgré un curieux incident survenu le 16e jour, la greffe a tenu en totalité et la cicatrisation est presque complète. L'état général est considérablement amélioré depuis la suppression de la vaste plaie qui existait antérieurement.

Les arthrites traumatiques sacro-lombaires. — M. Raphaël Massart communique deux observations de malades qui présentaient des fractures partielles des apophyses articulaires sacro-lombaires. Ces malades souffraient depuis des années de douleurs accompagnées de troubles nerveux. Elles ont pu être soulagées par la résection des apophyses fracturées et par une greffe ankylosante d'Albee.

Assemblée générale. — Allocation du Président sortant : M. Laurence. Allocution du Secrétaire général : M. Charles Buizard.

Elections. — Le Bureau de la Société est ainsi composé pour 1934 :

Président : M. Hautefort ; Vice-Président : M. Peugniez ; Secrétaire général : M. Buizard ; Secrétaire général adjoint : M. Massart ; Secrétaires des séances : MM. Canonne et Masmonteil ; Trésorier : M. Burty ; Trésorier adjoint : M. Gasne ; Archiviste : M. Dufourmentel.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 19 décembre 1933)

A propos d'ostéosynthèses (présentation de malades). — M. Vincent.

Influence du climat sur les états hépato-biliaires. — MM. Parturier, Fauqué et Nénon.

Ulcère de la petite courbure, avec grande hématémèse : transfusions, ligature des vaisseaux de la petite courbure et gastro-entérostomie. — MM. Courty et Delerue.

(séance du 9 janvier 1934)

Au sujet de l'intoxication par les barbituriques. — M. Paget indique une méthode de recherche des barbituriques dans le liquide céphalo-rachidien, qui peut rendre de gros services pour établir la pathogénie d'un « coma-toxique », et pour identifier rapidement une intoxication par le véronal ou par toute autre barbiturique.

Il précise ensuite les bases de la thérapeutique, récemment proposée, par la strychnine. Il importe de tenir compte de la dose ingérée, que l'on peut situer avec une approximation suffisante par l'étude des coefficients d'élimination.

Les psychoses colibacillaires. — M. Lepoutre.

Les lésions pleurales constituent-elles un facteur de prédisposition dans l'étiologie de certaines épilepsies ? — MM. Le Grand, Lamelin, Aujoulat, Piet, Herbaux et Gamelin.

Ulcère variqueux géant, guéri par la méthode ambulatoire. — M. Lamoril.

Action fixatrice de l'eau des extraits injectables de foie. Leur utilité dans la déshydratation du nourrisson par gastro-entérite aiguë prolongée. — M. A. Bernard et Mlle Cl. Pernet.

Hygiène du nerveux, par le docteur J.-A. Chavany, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Institut municipal d'Electro-Radiologie. Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de E. Schulmann, médecin des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-8° de 98 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Topografia medica del Concejo de Tapia de Casariego (Oviedo), por el médico Dr Don Valentin Fernandez y Fernandez. Grand in-8° de 112 pages avec une carte, ouvrage couronné par l'Académie nationale de Médecine, 1931 (prix Garcia Röel), à Madrid, chez Julio Cosano, Torija 5.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 21 février. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Loeper, Tanon, Et. Bernard. — M. Gomes de Matos. Cavernes et cancer du poumon. — M. Lenglet. Etude thérapeutique des grandes dyspnées. — M. Altérescu. Causes de la persistance de la fièvre typhoïde dans les grands centres urbains. — M. Delian. Les résultats des vaccinations par le B C G dans les trois dernières années en France.

Jeudi 22 février. — Jury : MM. Bezançon, président ; Laignel-Lavastine, Philibert, Vallery-Radot. — M. Giraud. Etude comparative des sels d'or, solubles et insolubles, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Aussaye. Etude du traitement de la mélancolie par l'hématoporphyrine.

Samedi 24 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; J.-L. Faure, Lenormant, Wilmoth. — M. Frappier. Essai d'électrodiagnostic par l'emploi des courants alternatifs à haute fréquence variable. — M. Reinoso. Considérations générales sur la chirurgie esthétique. — Mme Brinon-Cherbuliez. Anesthésie de base au Soncryl sodique par injection intra-veineuse. — M. Hauttemont. A propos d'un cas inédit de contusion du pancréas.

Jeudi 22 février. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Lesbouyries, Robin. — M. Cosson. Bacillurie tuberculeuse et tuberculose rénale chez les carnivores domestiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DE LA MARGE DE L'ANUS [1]

FORMES CLINIQUES

1° Formes topographiques. *a*) Abcès strictement *sous-cutané ;*

b) Abcès strictement *sous-muqueux*, dont la variété la plus élevée en hauteur réalise : l'*Abcès intra-mural :*

— Soupçonné par les signes fonctionnels (cf. forme phlegmoneuse),

— Reconnu par le *Toucher rectal.*

Masse latéro-rectale, plus ou moins haute, bombant dans la lumière rectale.

Il doit être traité précocement (si on n'intervient pas, danger de *périproctite aiguë*, souvent gangréneuse chez les obèses, albuminuriques ou diabétiques).

2° Formes symptomatiques. — *a*) Nous avons vu la *forme phlegmoneuse ;*

b) Il existe une *forme subaiguë*, à évolution presque froide :

Se traduisant par une *simple pesanteur*, une *tuméfaction progressive ;*

Evoluant insidieusement vers la *rupture* suivie de *fistule persistante.*

3° Formes étiologiques. — a) *Abcès mixte.* Par association des *pyogènes banaux* ou *bacille de Koch* (abcès chaud développé sur un petit nodule tuberculeux latent) ;

Très fréquent au niveau de la marge de l'anus ;

Evolue vers la *fistule* persistante qui prend bientôt tous les caractères de la fistule tuberculeuse.

b) *Abcès tubéreux.* — Développé sur une *glande sudoripare périanale.*

Cliniquement, on ne peut en séparer l'*abcès furonculeux*, dû à l'infection d'un appareil pilo-sébacé (élimination d'un bourbillon).

c) *Abcès phlébitique.* — Réalisé par la suppuration d'une hémorroïde atteinte de *phébite variqueuse.* Les premiers signes sont ceux d'une fluxion hémorroïdaire, puis les signes inflammatoires apparaissent.

COMPLICATIONS

1° *L'une précoce et peu fréquente :*

L'*Abcès de la fosse ischio-anale :*

— Par *migration* vers la profondeur d'une suppuration sous-cutanéo-muqueuse ;

— Ou par *lymphangite aigë* partie d'une petite suppuration de la marge ;

Annoncé cliniquement :

Par les douleurs pulsatiles ;

Par l'atteinte de l'état général.

Reconnu au début par le *Toucher rectal* combiné au palper superficiel :

Empâtement profond et douloureux, latéro-rectal.

Doit être traité précocement pour éviter :

— *Les propagations* vers la peau, le rectum, la fosse ischio-anale du côté opposé, l'espace pelvi-rectal supérieur.

— *Les accidents généraux d'infection.*

2° *L'autre tardive et fréquente :*

La fistule sous-cutanéo-muqueuse :

— Soit *borgne externe ou complète :* après les abcès du tissu celulaire ;

— Soit *borgne interne :* à la suite des abcès phlébitiques ;

— Les *abcès tubéreux* ne laissent jamais de fistule.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est généralement facile et ne se pose pas avec les *affection locales* secondairement infectées.

L'*examen local* permettra de trouver parfois la cause de l'abcès. On ne manquera pas de pratiquer l'*examen bactériologique* du pus.

L'*examen général* s'efforcera de dépister la tuberculose, dont on connaît la fréquence.

TRAITEMENT

I. Abcès sous-cutanéo-muqueux. — Le traitement se propose :

a) De guider la cicatrisation de l'abcès de telle sorte *qu'il ne persiste pas de fistule.*

b) De *respecter l'appareil sphinctérien.*

1° *Anesthésie générale* (ou rachianesthésie si contre-indication).

2° *Inciser l'abcès :* incision qui doit être : *radiaire, de bout en bout.*

3° *Rechercher les prolongements* à la sonde canelée : vers le haut : sous-muqueux ; vers le bas : sous-cutanés, afin d'ouvrir jusqu'à la limite des décollements.

4° *Traiter les parois* par excision, curettage, ou destruction au thermocautère.

5° *Panser « à plat ».*

6° Surveiller attentivement et longuement la cicatrisation et faire des pansements minutieux.

II. Abcès intra-mural. — S'il existe un prolongement intra-mural :

— Dilater l'anus sous anesthésie générale.

— Inciser l'abcès sur toute sa longueur.

S'il est compliqué de collection péri-anale :

L'inciser largement par l'extérieur en respectant l'appareil sphinctérien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 13, p. 226.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA

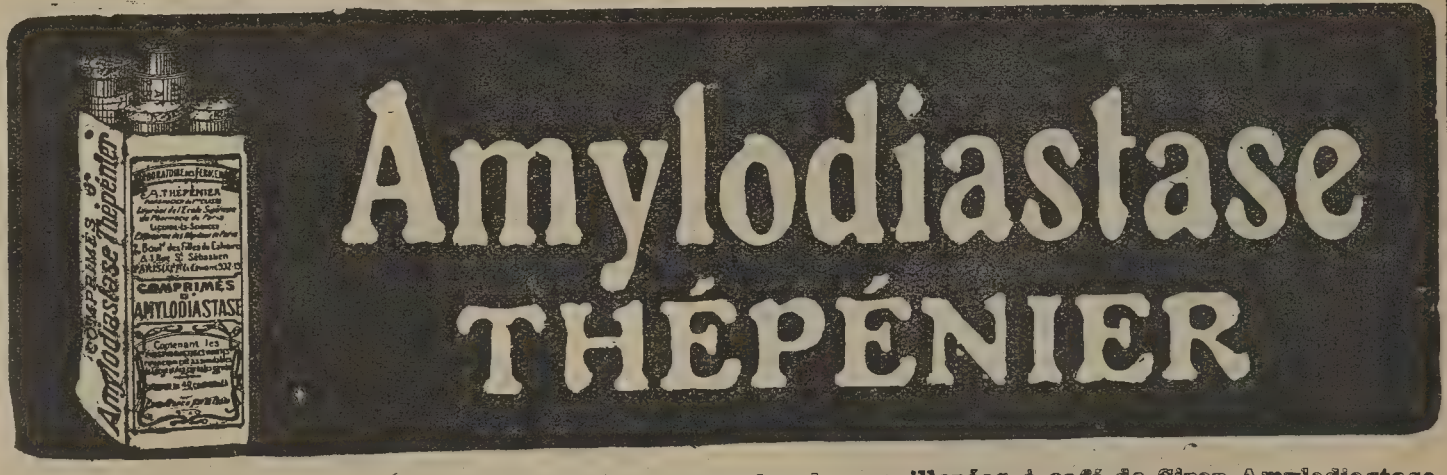
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

R. C. Seine 36.923

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en GÉLULES CAPSULES MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie

LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS

122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 24 FEVRIER 1934. — N° 16.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Chimie du lait, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de thérapeutique. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
CHRONIQUE
Le XIVe Salon des médecins, par R. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 20 février 1934. — Questions données : « Signes cliniques de la pneumonie lobaire aiguë. — Anatomie pathologique et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

MM. Morhange, 17; Sikorav, 20; Hanoun, 18; Martron, 17; Dechaume-Moncharmont, 23; Mourrier, 14; Grossiort, 28; Lagaillarde, 18; Greene, 27.

Séance du 21 février. — Questions données : « Signes et évolution du rétrécissement mitral pur. — Etiologie, signes et diagnostic du tétanos. »

MM. Lajouanine, 15; Claisse, 24; Escarre, 19; Chareire, 23; Rouchy, 27; Thomas, 18; Mlle Pascalis, 19; MM. Brumpt, 27; Dupuy, 26.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commerce. — *Au grade de commandeur.* — M. Henry Dalby, industriel à Paris. M. Dalby est le directeur des laboratoires de spécialités pharmaceutiques Astier. Nous sommes heureux de lui adresser nos très vives félicitations.

ALLIANCE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE FRANÇAISE. — Réunion du 3 février 1934 (Bordeaux). — M. Claoué a présenté une série de films scientifiques concernant en particulier le sang d'un paludéen, les lois des réflexes, la syphilis (évolution clinique et traitement). Le film de Jean Painlevé sur la Daphnie a intéressé tous ceux qui savent que les sciences médicales sont intimement liées aux sciences naturelles et biologiques.

Enfin, le docteur Claoué a exposé la nécessité pour le Corps médical de s'intéresser aux questions de techniques sociales médicales et en particulier à la comptabilité des hôpitaux.

Un dîner réunit ensuite sous la présidence du professeur Réchou les jeunes qui discutèrent des sujets suivants après l'allocution d'usage du docteur Henri Fischer, secrétaire général :

1° Le rôle des concours dans l'avenir du jeune médecin;
2° La comptabilité des hôpitaux;
3° L'Ordre des médecins.

Prochaine réunion le 7 avril, à 18 h. 30, au cinéma de l'Intendance, à Bordeaux.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (XVIe). Tél. Kléber 75-31.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Ce bal qui avait été ajourné aura lieu jeudi 8 mars (Mi-Carême). Les cartes délivrées pour le 1er février restent valables.

COURS DE PRATIQUE LARYNGOLOGIQUE ET PHONIATRIQUE. — Dix leçons sur les « Maladies de la voix » seront données du lundi 16 avril au samedi 21 avril 1934, à l'hôpital Bellan, 7, rue du Texel, Paris (XIVe), sous la direction du docteur Jean Tarneaud, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire national de musique.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Ce cours, essentiellement pratique, comprendra deux leçons par jour, à 9 h. et 17 h. 30, accompagnées de démonstrations et d'examen de malades.

Droit d'inscription : 250 fr.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser au docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (XVIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE. (Professeur : M. Léon BINET.) — M. Ch. Richet, agrégé, commencera ses conférences le lundi 5 mars 1934, à 17 h., au grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : « Chaleur animale. Sécrétion rénale. Fonctions de relation. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Charles Lombard (de Mons, Belgique), Constant Carlier (de Bruxelles), Edouard Jacob (de Rotheux), Denis Coulon; G.-C. Louis Vintras, ancien médecin de l'hôpital français de Londres, décédé à l'âge de 69 ans; il était le fils du docteur Achille Vintras, fondateur de l'hôpital de Londres; Félix Paoli et Armand Lanzenberg (de Paris).

CHRONIQUE

LE XIVe SALON DES MÉDECINS

Le quatorzième Salon des Médecins, ouvert du 18 au 25 février, est plus important encore que les précédents ; il y a, en effet, 50 exposants et 200 œuvres de plus que l'an dernier ; la Belgique, l'Italie et la Suisse y sont aussi représentées.

Le Cercle de la Librairie, où il avait lieu d'habitude, a cédé la place à la Maison de France ; ici, la lumière est excellente, et toutes les œuvres bien en valeur.

Guidé par le très affable P. Mallet, secrétaire organisateur du Salon, fonctions dans lesquelles il remplace le regretté Rabier, nous avons à loisir admiré les envois.

Comme chaque année, les paysages sont nombreux et remarquables ; citons les marines de Lucien de Gennes, les paysages de Wilborts et de Janet, les aquarelles de Mme Brouardel, trois vues de Venise par Rendu, deux paysages de Christophe : *Nord* et *Midi*, très évocateurs.

Arrêtons-nous devant les superbes fusains et les trois eaux-fortes de Milis ; ce sont les portraits des professeurs Hayem (le fondateur du Salon), J.-L. Faure, Bezançon, Marcel Labbé, Grégoire, Hartmann, Achard et Sébileau, et devant trois charmants portraits aux trois crayons par de Hérain.

Voici encore, parmi les paysages : cinq toiles de Jeanne Vidy, cinq autres du professeur Moure, quatre de Corniou, trois de Lévy-Blum, neuf de Frogier aussi pleines d'atmosphère que celles qu'il exposa précédemment, une vue pittoresque de la place de la Concorde par Flandrin, les trois solides paysages si différents (Tolède, Lyon, Annecy) qu'expose Mme Genet (de Lyon), enfin, de Hallé, deux charmantes toiles représentant le Pont-Marie et le Pont-Neuf.

Un nu très enveloppé de Mlle Lefèvre, les sanguines de Mocquot, la très intéressante tête de Romanichelle qu'expose, sous le pseudonyme de Mawig, le docteur Wignolle, le curieux village méridional exposé par Cattan, sont parmi les meilleurs envois.

La sculpture est aussi admirablement représentée que par le passé ; d'abord par Villandre, qui expose une énorme tête en bronze de Clemenceau, destinée à un ensemble architectural, et le buste (extraordinaire de vie) du docteur Dartigues ; puis par les deux excellents marbres de J. Brouardel, les charmants bronzes de Forel (de Morges), *Crucifixion*, panneau de bois sculpté et peint de Paille, *le Réveil*, bronze de Sabouraud ; la curieuse *Vierge au serpent* et le buste du docteur Jousset de Bellesme, par sa fille.

L'émouvante exposition rétrospective de dix médailles et plaquettes du regretté professeur Hayem nous retient longuement ; nous admirons ensuite les deux médailles gravées par Villandre, et un très beau relief en bronze (son portrait), et nous terminons notre très agréable visite par la section des Arts décoratifs, sompteusement représentés par les reliures décoratives, sobres ou ingénieuses, et toujour originales, de Mlle Bousquet et de Mlles S. et Y. Moineau.

R. L. S.

N. B. — Le Salon des Médecins est ouvert, de 10 h. à 12 h., et de 14 h. à 18 h. 30, jusqu'au 25 février inclus, à la Maison de France, 101, avenue des Champs-Elysées.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 28 février. — Jury : MM. Baudouin, président ; Léon Bernard, Clerc, Loeper. — M. GUTTMANN. Etude des infections du névraxe, avec atteinte prédominante du neurone périphérique. — M. PEAUCÈS. L'élimination de la bilirubine au cours des différents ictères. — M. LE LOUPP. Les accidents des barbituriques.

Jeudi 1er mars. — Jury : MM. LEMAÎTRE, président ; Tanon, Halphen, Joannon. — M. MERENFELD. Amygdalectomie à chaud dans les phlegmons amygdaliens. — M. GUINARD. Etude des méningites morbilleuses. — Mlle KERBOUL. Phénomènes de périodicité en biologie et en médecine. — M. MARTINEZ. La médecine précolombienne au Mexique. — Mlle WASSERSTROM. Architecture et hygiène des nouveaux groupes scolaires.

Mercredi 28 février. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lemerre, Maignon, Panisset, Vergé. — M. RÉGNIER. Influence des saisons sur les manifestations. — M. MOLAS. Bactériophage et traitement de la maladie du jeune âge chez les chiens.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

LENIFORME

2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

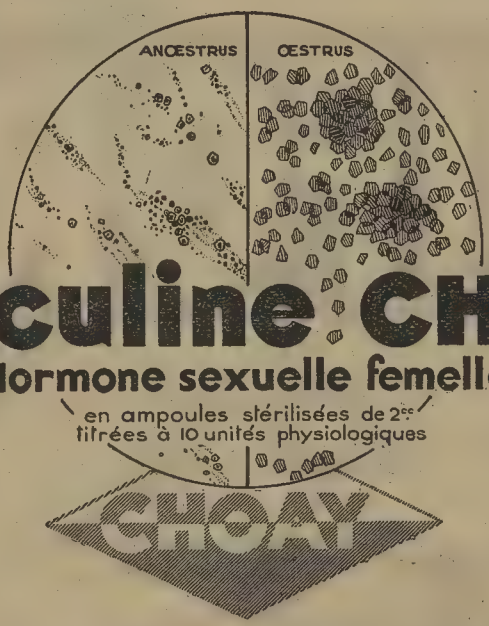
CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES



Folliculine CHOAY

Hormone sexuelle femelle

en ampoules stérilisées de 2cc titrées à 10 unités physiologiques

LABORATOIRES CHOAY — 48, rue Théophile Gautier — PARIS (XVIe)

LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hrs.

LITT. ÉCHon — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique appliquée (1), par Jacques CARLES, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des Hôpitaux. — Collection Testut.

En pratique courante, diagnostic et thérapeutique sont étroitement liés ; l'un ne peut aller sans l'autre. Toute thérapeutique instituée sans un diagnostic aussi précis que complet devient de l'empirisme vain et parfois dangereux.

Pour marquer cette connexité étroite, l'exposé du traitement de chaque affection est toujours précédé dans ce livre du rappel concis de toutes les notions indispensables pour le diagnostic. De nombreuses figures aident à compléter à ce point de vue la documentation nécessaire au lecteur.

En 12 chapitres, y sont successivement étudiées la thérapeutique des *maladies infectieuses*, des *affections parasitaires*, des *maladies de la nutrition* et des *glandes à sécrétion interne ;* des *maladies du sang*, du *cœur*, des *vaisseaux*, des *reins ;* des *affections gastro-intestinales, hépatiques, spléniques, broncho-pleuro-pulmonaires*, de la *tuberculose*, du *système nerveux* et de la *peau*, enfin le traitement des *empoisonnements.*

Le livre se termine par un chapitre d'application : *Comment rédiger une ordonnance ?*

Par intrication des notions essentielles de diagnostic et des applications thérapeutiques qui en découlent, cet ouvrage cherche à être aussi clinique, aussi vécu que possible.

Son but est d'apporter au médecin une aide immédiate pour ses difficultés journalières, et à l'étudiant des notions fondamentales pour sa pratique future.

L. G.

Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Etude médico-chirurgicale* (2), par Louis TIXIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et Charles CLAVEL, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

La question du traitement chirurgical des grandes gastrorragies d'origine ulcéreuse n'a pas encore trouvé de solution à laquelle se rallie la totalité ni même la majorité des chirurgiens. A quoi tient donc cette incertitude de la thérapeutique ?

On connaît bien, mais de façon séparée, les causes, les lésions, les symptômes des grandes hémorragies gastro-duodénales. Mais trop souvent, il paraît impossible, en présence d'une série donnée de symptômes, de conclure avec certitude à telle lésion, à telle cause précise dont la thérapeutique serait évidemment indiquée par la logique.

Etudiant les cas de grandes hémorragies gastro-duodénales dont les observations complètes sont rapportées dans la littérature, ainsi que l'analyse des échecs, les auteurs ont acquis cette conviction que les causes d'insuccès proviennent d'erreur d'indication, d'erreur de technique, d'erreur dans le choix de l'opération. Mais la complication hémorragique doit demeurer au niveau de l'estomac, comme pour bien des organes, une impérieuse indication chirurgicale. Seulement, il faudra distinguer les cas. C'est là précisément le but de ce livre. Vouloir opérer systématiquement tous les malades qui présentent de grandes gastrorragies, c'est courir à de graves déboires : il faut choisir, parmi eux, ceux qui ont dans l'estomac ou le duodénum une lésion précise, cliniquement diagnosticable, donnant lieu à l'hémorragie par un mécanisme connu et auquel on pourra opposer une thérapeutique logique.

Utilisant leurs observations personnelles ainsi que les observations publiées, en cas d'échec, etc., les auteurs arrivent à déterminer des groupes anatomo-cliniques de gastrorragies qui auront chacun leurs indications thérapeutiques médicales ou chirurgicales bien précises. Ils proposent une classification anatomo-clinique, ils en indiquent les bases. — Chaque catégorie donne lieu à une étude très complète (pronostique, clinique et thérapeutique) ; l'ouvrage est complété par un exposé des techniques. — Chaque chapitre est suivi d'une bibliographie.

L. G.

Perméabilité cellulaire et problème du cancer (1), par le docteur W. KOPACZEWSKI.

Ce livre résume les recherches expérimentales sur le cancer, que l'auteur poursuit depuis 14 ans. Le point de départ de la conception de l'auteur est la constatation, faite par lui en 1920, de l'abaissement très accentué de la tension superficielle du sérum des rats sarcomateux. En se souvenant que tout abaissement de la tension superficielle conduit à une fécondation ou à une accélération de la croissance cellulaire, fait connu depuis les recherches de Lœb, et que, de plus, un faible abaissement de la tension superficielle d'un milieu conduit à l'accentuation de la perméabilité des couches limitantes cellulaires (terme que l'auteur propose pour remplacer celui de la membrane cellulaire), ce qui se traduit par l'augmentation de la toxicité de certains alcaloïdes et glycosides introduits dans ces milieux, M. Kopaczewski a émis l'idée, en 1923, que le processus de la néoformation doit être déclenché par des facteurs variés, mais tous augmentant la perméabilité de la couche limitante cellulaire. Il apporte dans son travail toute une série d'arguments logiques, et une large base expérimentale à l'appui de cette conception, à laquelle, pour employer les termes du professeur H. Vincent, qui l'a présentée à l'Académie de Médecine tout récemment, « on ne contestera ni l'originalité, ni l'importance ».

L. G.

Sang gitane (2), par Raymond ESCHOLIER

Sang gitane. Encore une belle édition des Laboratoires Deglaude. Après la « Princesse palatine », cette truculente charge de Paul Reboux dont on se souvient certainement, c'est un manuscrit de Raymond Escholier que se sont assurées cette année les Editions Deglaude.

Un nouveau livre de Raymond Escholier est toujours un plaisir délicat promis au lecteur. Promesse tenue ! Ornée de dessins denses, précis, décoratifs de Malaga Grenet, c'est une histoire des faiblesses de la chair, sous le ciel clair de Grenade, au pied de l'Alhambra et sur les pentes de l'Albaycin. Vous pénétrerez dans les sentiers les plus secrets de la fameuse demeure des Gitanes, et vous verrez comment la vieille Reine, issue de mariages fraternels, pharaoniques, préfère la mort de son enfant, l'extinction de sa race si particulière à la honte d'une souillure du sang gitane....

P. S. Cet ouvrage est exclusivement réservé aux médecins et leur est adressé à titre gracieux sur demande dans la limite des exemplaires disponibles.

(1) In-16 de 1182 pages avec 231 figures dans le texte. — Prix : 120 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un volume de 240 pages avec 56 figures dont 16 en hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 raisin de 166 pages avec 30 tables des données numériques dans le texte. — Paris, Le François.

(2) Editions Deglaude. — Imprimé par Draeger, 19, rue Coëtlogon, Paris.

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS _ LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS _ PARIS-15e

LABORATOIRES R. HUERRE & Cie
Successeurs de VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens
PARIS — 12, boulevard de Bonne-Nouvelle, 12 — PARIS

Produits Organiques VIGIER

Le mode de préparation des **Capsules organiques VIGIER** laisse à ces médicaments toute l'activité de la substance fraîche, sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de diminuer sa valeur

CAPSULES OVARIQUES VIGIER
à 0 gr. 20 de substance ovarienne pure

Capsules de Corps thyroïde Vigier
à 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 20

CAPSULES
Orchitiques, surrénales, hépatiques, pancréatiques, de thymus, spléniques, prostatiques, mamelliques, eupeptiques (Muqueuse intestinale), rénales, galactogènes (Placenta), thyrovariques, thyrorchitiques, polycrinandriques, polycrinogynes

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT
est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

REVUE GENERALE

CHIMIE DU LAIT

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Nous étudierons successivement :

I. — Les *propriétés chimiques du lait* en général ;
II. — Sa *composition quantitative* ;
III. — Ses *propriétés biochimiques* ;
IV. — Les *variations de ses composants normaux* ;
V. — Ses *caractères d'aliment équilibré* ;
VI. — Les *conséquences d'ordre chimique de sa contamination par les saprophytes* ;
VII. — Les *données chimiques de sa sécrétion* ;
VIII. — Les *données chimiques de sa digestion chez le nourrisson.*

I. — PROPRIETES CHIMIQUES (1)

Aliment complet, il contient, en plus de l'eau, qui représente les 9/10e de son poids et qui fait de lui l'aliment aqueux par excellence (Ch. Porcher) :

Des *protides*, dont, surtout, la caséine ;
Un *lipide* : le beurre ;
Un *glucide:* le lactose ou sucre de lait ;
Des *substances minérales* ;
Des *matières extractives.*

Toutes ces substances sont en suspension, en pseudo-solution ou en solution vraie dans un liquide: le *lacto-plasma* (2).

A. **Protides.** — Ils sont au nombre de trois :

1. Une caséine : la *caséine* ou, mieux, le *caséinogène* ;
2. Une albumine : la *lactalbumine* ;
3. Une globuline : la *lactoglobuline.*

I. — La **Caséine** est une substance albuminoïde appartenant au groupe des hétéroprotéides et à la famille des phosphoprotéides ou paranucléoprotéides.

Les hétéro *protéides* sont des substances qui se décomposent facilement en une substance de nature albumineuse et une autre, de nature variable, mais non albumineuse, constituant le *groupe prosthétique du protéide.* Ils forment quatre familles, parmi lesquelles les phosphoprotéides ou *paranucléoprotéides*, résultant de la combinaison d'une substance albumineuse et de paranucléines, phosphorées comme les nucléines, dont elles possèdent la plupart des réactions, mais dont elles diffèrent en ce que, soumis à l'hydrolyse, l'acide nucléinique donne, tandis que l'acide paranucléinique ne donne pas, de bases xanthiques ou pyrimidiques.

Pour 100 grammes, la caséine du lait de vache renferme :

52 de carbone ;
22 d'oxygène ;
16 d'azote ;
7 d'hydrogène ;
0,85 de phosphore ;
0,76 de soufre.

De ses propriétés, quelles sont celles qui intéressent le médecin ?

1° Son *acidité.* Elle se comporte, en effet, comme un acide faible ;

2° Son *insolubilité dans l'eau* ;

3° Le fait qu'*elle existe, dans le lait, sous forme de combinaison calcique, le caséinate de calcium, qui, lui-même, forme avec le phosphate tricalcique* (Porcher) *un complexe colloïdal* ;

4° *Sa précipation par les acides.* Les acides à action plus énergique que la caséine, et particulièrement l'acide lactique, provenant de la fermentation du lactose sous l'influence du ferment lactique contenu dans les poussières atmosphériques (v. plus loin), le précipitent en agissant de trois façons principales, d'ailleurs associées :

Ils déplacent la caséine, qui passe de la forme salifiée neutre (caséinate de calcium) à l'état d'acide libre insoluble ;

Ils transforment en phosphate de soude monobasique, de réaction acide, le phosphate de soude bibasique, grâce auquel elle se maintenait à l'état colloïdal ;

Ils transforment en phosphate bicalcique le phosphate tricalcique auquel elle est combinée.

Sous l'influence des acides, la caséine précipite sous forme de flocons blanchâtres, faiblement rétractiles, englobant les globules gras. Même précipitation par addition, soit de chlorure de sodium, soit de sulfate de magnésium ;

5° *Sa coagulation par la présure.* — La *présure* est un extrait de caillettes de veaux ou de chevreaux. Lorsqu'on l'ajoute à du lait chauffé à 37°-40°, celui-ci commence par s'épaissir et par s'opacifier, puis on y voit apparaître de petits flocons qui, bientôt, se soudent les uns aux autres. Il se prend alors en une masse spongieuse, le *caillot*, avec des alvéoles et des travées. De par le phénomène de la *synérèse*, celles-ci se rétractent, expriment le sérum qui se trouvait dans celui-là, le *lacto-sérum* ou *petit-lait*, liquide transparent qui contient la plupart des sels du lait, le lactose et, en plus de la lactalbumine et de la lactoglobuline, une albumine spéciale (v. plus loin).

Dans les conditions habituelles, cette coagulation, qui consiste en une *floculation*, précède immédiatement l'attaque de la caséine par le ferment protéolytique du suc gastrique. Quel en est le mécanisme ?

Elle est le fait d'un ferment spécial contenu dans la présure, et qui existe tout formé dans l'estomac du nourrisson : le *lab-ferment*, dit encore *caséase* ou *chymosine*. En présence des sels de calcium, cette dias-

(1) Cf. A.-B. MARFAN. Traité de l'allaitement, Paris 1930, 4e édition, in-8°. — Ch. PORCHER. La sécrétion lactée, *Dictionnaire de physiologie.* — ARTHUS. *Précis de chimie physiologique*, in-18, Paris, 1932. — A. DESGREZ. *Chimie médicale*, in-18, Paris, 1921.

(2) Quand les particules d'un système dispersé sont :

a) plus grandes que 0,1 μ, on dit que la liqueur est une *suspension* si les particules sont solides, ou une émulsion si elles sont liquides ;

b) ont de 0,1 μ à 5 μμ (1) de diamètre, elle est dite *solution colloïdale* ou *pseudo-solution* ;

c) ont diamètre inférieur à 5 μμ, elle est dite *solution vraie*, dont il existe deux types :

solution *ionique*, quand les corps dissous sont des électrolytes ;

solution *moléculaire*, quand les corps dissous ne sont pas des électrolytes. (Cf. ARTHUS, *loco citato*, p. 381.)

(1) Le μμ est le millième du μ.

tase dédouble la caséine (ou plutôt le caséinogène) en deux nouvelles matières protéiques (Hammarsten, Arthus et Pagès) :

Une protéose, qui reste dissoute dans le lacto-sérum (*lacto-sérum protéose*) ;

Une albumine qui, sous l'influence des sels de chaux, se précipite (*caséum ou paracaséine*) ;

6° Le fait que, *parmi les acides aminés constituants de la caséine s'en trouvent plusieurs indispensables à la nutrition et au développement :* tryptophane, d'autant plus utile que l'organisme est incapable d'en faire la synthèse : il y en aurait 6 % dans les albumines du lait de vache, 12 % dans celles du lait de femme ; arginine, histidine, lysine, en plus faibles quantités.

7° *Les différences entre la caséine du lait de vache,* à laquelle s'applique la description précédente, *et la caséine du lait de femme,* qui précipite difficilement par les acides et par la présure de divers animaux : avec la première, production de grains très fins ; avec la seconde, coagulation lente et incomplète. Comme la présure retirée de l'estomac humain coagule mieux le lait de femme que la présure d'origine bovine (de Toni et Montevani), il est probable que, dans ces actions, interviennent des questions de spécificité (Marfan).

II. — Privé de toute sa caséine, le lait renferme encore deux autres substances albuminoïdes : la **lactalbumine** et la **lactoglobuline,** qui possèdent les propriétés générales, la première, des albumines, la seconde, des globulines. Elles sont, pour la plupart des auteurs, identiques à l'albumine et à la globuline du sérum sanguin, opinion contestée par Duclaux. En elles se réfugie, beaucoup mieux que dans la caséine, la notion de spécificité, car elles sont, au point de vue protéique, mieux le reflet du milieu intérieur : le sang, que ne peut l'être la caséine (Ch. Porcher). On a enfin signalé la présence, dans certains laits, d'une albumine spéciale : l'*opalisine.*

B. **Lipides.** — Nous en distinguerons quatre groupes.

I. — Les glycérides résultent de la substitution d'un ou de plusieurs restes d'acide monoatomique à un ou plusieurs oxhydriles OH du glycérol (ou glycérine). Selon que cette substitution porte sur un, deux ou trois oxhydriles, on obtient un *mono,* un *di* ou un *triglycéride.*

Les graisses de l'organisme sont constituées par un mélange de :

1. — Certains *triglycérides : trioléide, tripalmitide et tristéaride,* résultant de l'union d'une molécule de glycérol avec trois molécules d'acide oléique, palmitique et stéarique, avec élimination de trois molécules d'eau, selon la formule suivante, propre à la tristéaride :

$$\begin{array}{lcl} CH^2OH & C^{18}H^{36}O^2 & CH^2(C^{18}H^{35}O^2) \\ CH\ OH & + C^{18}H^{36}O^2 = & CH\ (C^{18}H^{35}O^2) \\ CH^2OH & C^{18}H^{36}O^2 & CH^2(C^{18}H^{35}O^2) \end{array}$$

Glycérol + 3 m. d'acide stéarique = Tristéaride.

2. — Des *triglycérides mixtes,* dans lesquels une molécule de glycérol est unie à des résidus d'acides gras différents : distéaropalmitide, distéarooléide, oléopalmitostéaride, etc.

Agitées fortement avec de l'eau, les graisses se divisent en une infinité de globules tout petits, qui, en se répandant dans le liquide, lui donnent un aspect laiteux. Il se produit ainsi une *émulsion,* qui, d'ailleurs, n'est point permanente : abandonnés à eux-mêmes, les globules ne tardent pas à se réunir pour former une couche graisseuse à la surface de l'eau. Si, à celle-ci, on substitue une solution alcaline étendue, l'émulsion est *stable* ou *permanente* les globules gras demeurent suspendus dans le liquide, sinon indéfiniment, du moins longtemps.

Soumises à l'action de la vapeur d'eau surchauffée, des bases minérales ou de lipases, elles se dédoublent en acides gras et glycérol : c'est la *saponification,* qui tire son nom de ce fait que, quand on met en présence graisses et bases minérales : soude, par exemple, l'acide mis en liberté s'unit à celle-ci pour former un stéarate, un palmitale, un stéarate de soude, c'est-à-dire un savon.

II. — Les lécithines (phosphoglycérides) sont essentiellement des glycérides phosphorés et azotés. Celle qu'on trouve dans les tissus animaux est la lécithine stéarique, qui est un distéaro-glycéro-phosphate de choline.

III. — Les *stérides* sont des lipides dont l'alcool est un stérol. Un des plus importants est le *cholestérol* (cholestérine), substance ternaire soluble dans les solvants des glycérides et appartenant à la série terpénique.

IV. — Les lipochromes ou lutéines sont des corps non azotés qui accompagnent les graisses naturelles. Leur constitution est encore inconnue.

Ceci étant donné, on peut dire que les substances grasses du lait sont constituées essentiellement par des glycérides, accessoirement, par des phospho-glycérides et des cholestérides.

Les *glycérides* s'y trouvent à l'état d'*émulsion.* Vient-on, en effet, à examiner une goutte de lait au microscope, on y découvre (Löwenhoeek) d'innombrables globules à contours nets, limités par une ligne mince et brillante, de diamètre variant de 2 à 20 μ et qui, étant plus légers que le lacto-sérum, tendent à monter à sa surface pour former la *crème.* Dans les conditions naturelles, cette montée n'est jamais complète ni immédiate : sous l'action de la centrifugeuse, elle se fait plus rapidement et plus complètement. On peut l'empêcher en pulvérisant le lait, soumis à une forte pression, contre une surface résistante : grâce à cette *homogénéisation,* les globules restent indéfiniment à l'état d'émulsion.

Ces globules sont constitués, principalement par les triglycérides ordinaires :

Tripalmitides	63 %
Trioléides	25 %
Tristéarides	3 %

accessoirement, par quelques autres triglycérides

Tributyride	4 %
Tricaproïde	3 %
Tricapride	2 %

Le lait renferme encore :

De la *lécithine :* 0,40 p. 1.000 environ ;

Du *cholestérol :* 0 gr. 20 pour le lait de femme, 0 gr. 04 pour le lait de vache ;

Un *pigment,* qui donne au beurre sa couleur et qui a été, soit considéré comme un lipochrome, soit identifié au carotène.

C. **Glucide.** — Le lait en contient un : le *lactose* ou *sucre de lait,* bioside de formule $C^{12}H^{22}O^{11}$.

De ses propriétés, plusieurs méritent d'être connues :

1° *Il existe dans le lait à l'état de solution moléculaire ;*

2° *Il réduit la liqueur de Fehling ;*

3° *Il dévie à droite la lumière polarisée ;*

4° *Il ne fermente pas directement par la levure de bière ;*

5° *Sous l'influence de la chaleur, combinée à celle des acides étendus et, dans l'intestin, d'un ferment spécial, la lactase, il se dédouble, par fixation d'eau, en deux hexoses :*

$$\underset{\text{Lactose}}{C^{12}H^{22}O^{11}} + H^2O = \underset{\text{Glucose}}{C^6H^{12}O^6} + \underset{\text{Galactose}}{C^6H^{12}O^6}$$

6° *Le ferment lactique le transforme en acide lactique dit de fermentation*, dépourvu de pouvoir rotatoire : le ferment, flottant dans l'air, arrive toujours à souiller le lait abandonné dans un récipient non stérilisé et non couvert : le lactose diminue, l'acidité du lait augmente et, bientôt, la caséine se précipite.

$$\underset{\text{Lactose}}{C^{12}H^{22}O^{11}} + H^2O = \underset{\text{Acide lactique}}{4C^3H^6O^3}$$

7° *Certains schizomycètes lui font subir une fermentation à la fois alcoolique et lactique.* Pour l'acide lactique, nous venons de voir la formule qui rend compte de cette transformation. Quant à la fermentation alcoolique, elle s'effectue en deux temps :

$$\underset{\text{Lactose}}{C^{12}H^{22}O^{11}} + H^2O = \underset{\text{Glucose}}{C^6H^{12}O^6} + \underset{\text{Galactose}}{C^6H^{12}O^6}$$

$$\underset{\text{Glucose}}{C^6H^{12}O^6} = 2\ \underset{\text{Alcool}}{C^2H^6O^2} + 2\ \underset{\text{Acide carbonique}}{CO^2}$$

Ainsi s'obtiennent le *képhyr* et le *koumis*, préparés, le premier, avec du lait de vache, le second, avec du lait de jument ;

8° *Injecté dans les veines, il passe directement dans les urines* (Dastre). Il n'est donc pas assimilable tel quel. Pour être absorbé, il faut que l'intestin l'ait dédoublé en glucose et en galactose ;

9° *Il se forme dans la glande mammaire, aux dépens du glucose sanguin ;*

10° *Les lactoses des différents laits sont identiques* (Denigès), fait d'ailleurs contesté par Béchamp et Esbach.

D. **Substances minérales.** — Ce sont surtout :

1° Des **Sels,** pour la plupart à l'état de solution ionique ou moléculaire, et dont l'ensemble s'oppose, par son apparence complexe, à deux autres « gros constituants » du lait : les lipides, à l'état d'émulsion, les protides, à l'état colloïdal (Ch. Porcher).

Ce sont :

Des *phosphates* mono et bipotassique, bi et tricalcique, bimagnésien.

Le phosphate tricalcique se présente sous forme de grains dont le diamètre a 2 μ (Duclaux) et qui, au microscope, forment un pointillé noir entre les globules de lait (lactoconies) ;

Des *carbonates* de calcium, de magnésium, de potassium et de sodium ;

Des *chlorures* de magnésium, de potassium, de sodium, de même que

Les *citrates* alcalins ou alcalino-terreux, à la dose de 1 gr. 50 pour le lait de vache, à une dose inférieure pour le lait de femme ; pour M. Vaudin, ils faciliteraient la dissolution du phosphate tricalcique. En tout cas, « l'acide citrique est un élément tout à fait caractéristique, puisque, pour ce qui concerne le régime animal, on ne le trouve que dans le lait » (Ch. Porcher). Dans le lait abandonné à lui-même, l'acide citrique est détruit par une action microbienne attribuée, par les uns, au bacille lactique, par les autres, aux bactéries protéolytiques.

La présence de *sulfates* est discutée.

2° Des **Métaux** et **Métalloïdes,** dont les plus importants sont :

Le *fer*, très peu abondant (2 milligr. par litre) (Ed. Lesné, Clément et Zizine) ;

Le *phosphore*, qui fait partie constituante de certains composés organiques : caséine, lécithines, et inorganiques : phosphates alcalins ou alcalino-terreux ;

Le *calcium*, surtout sous forme de phosphate tricalcique combiné à la caséine ;

Le *soufre*.

On trouve encore des *traces* de fluor, de bore (Bertrand et Agulhon), d'aluminium, d'iode, de manganèse, de silice, de zinc.

3° Des **Gaz** : 3 %, représentés surtout par l'acide carbonique, qui semble intervenir pour maintenir les phosphates en solution, et à la présence duquel est due la *mousse* du lait lors de la traite, accessoirement, par de l'azote et de l'oxygène.

E. **Matières extractives.** — Ce sont des acides aminés (v. plus haut) ; des corps puriques : acide urique, guanine, hypoxanthine, xanthine ; des corps appartenant au groupe guanidine : créatine et créatinine ; de l'urée ; de l'urobiline (Desmoulières et Gautrelet).

F. **Lactoplasma.** — C'est un liquide dans lequel nagent des globules de deux sortes : les uns, gros (de 2 à 5 μ) : globules de lait, les autres, petits : granulations de phosphate tricalcique. Il contient (Arthus, Porcher) :

En solution vraie : le lactose et l'urée, les chlorures, les sels alcalins, l'acide citrique et ses sels ; les phosphates bicalcique et bimagnésien, les deux premiers à l'état de solution moléculaire, les autres, à l'état de solution ionique ; des électrolytes relève la conductivité du lait ; au lactose, appartient le rôle principal dans l'indice de réfraction du lacto-sérum ;

En solution colloïdale : les albumines : lactalbumine, lactoglobuline, dont les solutions, optiquement stables, homogènes, n'ont aucune tendance à floculer, caséinate de chaux, et certains phosphates (bi, tricalcique et trimagnésien mélangés) ; mais, tandis que la lactalbumine et la lactoglobuline affectent un état colloïdal moléculaire, le complexe caséinate de chaux phosphate de chaux se présente sous l'état colloïdal micellaire, les seconds étant seuls perceptibles à l'ultra-microscope.

Ajoutons, avec Ch. Porcher, que :

1° Le phosphate de chaux est uni au caséinate de chaux : dans ce complexe colloïdal, c'est sans doute le second, normalement très stable, qui protège l'autre ;

2° Il convient de diviser les laits en *albumineux* et *caséineux*, représentés, ceux-là, par les laits de femme et d'ânesse, celui-ci, par le lait de vache ;

3° L'albumine protège à son tour le complexe caséinate de chaux, phosphate de chaux et entrave l'action de la présure : tandis qu'à un lait caséineux répond un caillé ferme et compact, le lait albumineux donne, sous l'action de ce ferment, un caillé mou, difluent, fragmenté ;

4° La présence, dans le lait, d'une forte proportion de substances colloïdes, fait comprendre pourquoi la sécrétion lactée ne peut se déverser dans l'acinus que par éclatement de la cellule. Cette opération est nécessaire, étant donné la présence, dans la cellule mammaire arrivée à maturation, de composés non dialysables : globules gras, colloïdes organiques ou minéraux.

En somme, le lait est à la fois (Ch. Porcher) :
Une émulsion ;
Une solution colloïdale (ou pseudo-solution) ;
Une solution vraie.

M. le Prof. Porcher divise les divers éléments du lait en deux catégories :

Gros composants : eau, matières grasses, hydrocarbonées, protéiques, salines. Quel est, abstraction faite de la première, leur élément principal ?

Pour la matière grasse, les glycérides à acides gras volatils.

Pour la matière hydrocarbonée, le lactose.

Pour les matières protéiques, la caséine « que l'on ne rencontre que dans le lait, et qui affecte sensiblement la même constitution, quelles que soient les espèces envisagées ».

Pour les matières salines, l'acide citrique.

Petits composants, « qui se trouvent dans le lait en quantité souvent très faible, laquelle ne s'oppose pas cependant à leur identification, mais rend difficile, pour ne pas dire impossible parfois, leur mesure exacte ». Les principaux sont, parmi les éléments minéraux, les sulfates, et, parmi les éléments organiques, les phosphatides, dont la lécithine et la cholestérine, les composants azotés non protéiques : urée, acides aminés, dérivés de la purine et de la guanidine ; parmi les éléments métalloïdiques ou métalliques, l'aluminium, le bore, le cuivre, le fer, l'iode, le lithium, le manganèse, le silicium, le zinc.

II. — COMPOSITION QUANTITATIVE

Elle a été longtemps discutée, et, dans les ouvrages classiques, on trouvait, il y a quelque trente ans, des divergences considérables. C'est ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, que le taux des protéines par litre dépassait, pour les uns, 20 grammes, et, pour les autres, atteignait à peine 13 à 14. Les perfectionnements de la technique ont maintenant mis d'accord chimistes, physiologistes et pédiatres et l'on peut, aujourd'hui, considérer les chiffres suivants comme normaux, sous réserve des variations physiologiques que nous étudierons plus loin en détail, en même temps que les variations portant sur les qualités de chacun des composants du lait : glucides, lipides, protides, sels, extrait sec, eau, et sur ses propriétés biologiques :

Pour 1 litre.	Lait de femme.	Lait de vache.	Lait d'ânesse.
Protides....	13	33	16
Glucides....	70	50	65
Lipides.....	36	38	11
Sels.....	4	8	4,50
Extrait sec..	124	130	100

III. — PROPRIETES BIOCHIMIQUES

Le lait contient :

1° Des *diastases* ou *enzymes,* dont le caractère essentiel est de provoquer, à doses infinitésimales (infiniment petits chimiques de G. Bertrand), des transformations chimiques infiniment grandes, sans subir elles-mêmes de modifications quantitatives ou qualitatives ;

2° Des *enzymoïdes* (M. Arthus), substances voisines des diastases, dont elles diffèrent surtout en ce que nous ignorons la nature des phénomènes qu'elles produisent : on peut en rapprocher la substance qui se trouve à l'origine de la réaction de Bordet ;

3° Des *vitamines* (K. Funk).

A. **Diastases.** — Ce sont :

1° L'*amylase* (Béchamp, 1883, Bouchut, Moro, Spolkeaini, Nobécourt et Sevan), qui liquéfie, puis saccharifie l'amidon.

Plus abondante dans le lait de femme que dans le lait de vache ou d'ânesse, elle est, en partie tout au moins, sécrétée par l'épithélium mammaire. Sa présence explique (Marfan) deux faits depuis longtemps connus : le premier, c'est que les nourrissons élevés au sein assimilent les bouillies mieux et plus tôt que les enfants élevés au lait de vache (Tarnier) ; le second, c'est que les nourrices font facilement digérer les premières bouillies en donnant le sein tout de suite après (Bouchut) ;

2° La *lipase* (Marfan et Ch. Gillet, 1900), capable de dédoubler les graisses neutres en acides gras et glycérine. Beaucoup plus active dans le lait de femme que dans le lait de vache, elle est fournie (Beumer) par le parenchyme mammaire ;

3° Un *ferment capable de coaguler le lait de vache dans les mêmes conditions que la présure* (Pozerski) ;

4° D'autres, *capables de transformer la caséine en albumose et en peptone* (*galactases*) ; leur existence est contestée, comme celle du *ferment dédoublant le salol* et de la *réductase ;*

5° Des *peroxydases,* capables de colorer en bleu la teinture de gaïac, qu'elles oxydent en présence de l'eau oxygénée (Arnold, 1881, Dupouy, Raudnitz, Marfan et ses élèves, Spolverini, Cassin, Rochette).

Peu abondante dans le lait de vache cru et frais, où elle existe à l'état diffus, faisant corps (Gillet) avec les matières protéiques, elle se retrouve surtout dans le colostrum. Dans le lait de femme normal, elle se caractérise, lorsqu'on la recherche à l'aide d'un tube à essai, par l'apparition d'un disque jaune orangé. Elle semble provenir des leucocytes (Marfan et Ch. Gillet).

La réaction que nous venons d'indiquer manque-t-elle, il y a sans doute insuffisance de la nourrice. Est-elle colostroïde, elle semble indiquer, chez celle-ci, une infection générale qui ne retentit pas sur la sécrétion mammaire ; elle peut varier d'un sein à l'autre (Marfan).

6° Une *catalase,* capable de dédoubler l'eau oxygénée (Loew). Elle est très abondante dans le lait de femme et particulièrement dans les lipides.

B. **Enzymoïdes.** — Les principales seraient l'*alexine* (Pfaundler et Moro, Nattan-Larrier) ; la *kinase* (Hougardy) ; des *iso-agglutinins* ayant les mêmes pro-

priétés que celles du sang de la nourrice ; des *principes d'origine thyroïdienne :* le myxœdème du nourrisson privé de corps thyroïde ne devient, en effet, manifeste qu'au moment du sevrage (Bourneville).

La *réaction de Bordet*, appliquée au lait, montre qu'il existe dans cette humeur des albumines spécifiques. Le sérum des animaux auxquels on a fait, à quelques jours d'intervalle, plusieurs injections de lait de vache, précipite ce lait, non un autre (Bordet, Uhlenluth, Wassermann, Schütze et Moro). Cette réaction, très sensible et très résistante, est due à la formation d'anticorps (Bordet) différant, non seulement avec chaque espèce animale, mais encore avec chaque variété d'albumine : caséine, lactalbumine, lactoglobuline.

C. **Vitamines.** — Si on laisse de côté la vitamine E, antistérile, on peut dire qu'il en existe quatre variétés principales, que nous envisagerons uniquement par rapport au lait.

Facteur A. — *Propriétés physico-chimiques.* — Lipo-soluble, il résiste à la chaleur : aussi la stérilisation du lait aux températures utilisées par l'industrie ne l'attaque-t-elle pas. Il résiste moins à l'oxydation. Certains auteurs tendent à l'identifier au carotène (provitamine A).

Origine. — On le trouve dans le beurre, le jaune d'œuf, les végétaux frais, la carotte, le chou.

Il est très abondant dans le lait, surtout si l'alimentation de la nourrice contient une quantité suffisante de cette vitamine. Le lait de vache en contient un peu plus que le lait de femme. Il y en a peu dans le lait condensé, très peu dans le lait sec, moins encore dans le babeurre (Debré et Busson). Comme il fait corps avec la matière grasse, il y en a beaucoup dans le beurre et peu dans le lait écrémé. L'intestin du nourrisson assimile parfaitement celui qui se trouve dans le lait de femme, moins bien, celui que contient le lait des autres mammifères (Daniels). Il intervient dans la vie et la croissance des tissus, et, particulièrement, des épithéliums (Debré et Busson).

Facteur B. — *Propriétés physico-chimiques.* — Hydrosoluble, thermostabile, il résiste mal à la dessication, aux fermentations, à l'oxydation, au vieillissement. Il se laisse entraîner par les moindres précipités (Simonnet).

Origine. — Le — ou plutôt — les facteurs B se trouvent surtout dans la levure de bière, les germes des céréales, le jaune d'œuf, les viscères, les légumes et fruits verts, le riz non décortiqué.

Il se trouve en quantité suffisante dans le lait, où il adhère à la caséine et au lactose.

Propriétés biologiques. — Sa présence est indispensable à la digestion et à l'assimilation des trois variétés d'aliments : glucides surtout (Mme Randoin et H. Simonnet), mais aussi protides et lipides (Lecoq). Il faut en ajouter d'autant plus à l'alimentation que celle-ci est plus riche en glucides.

On admet aujourd'hui que, dans ce facteur B, il faut distinguer :

Un facteur antibéribérique ou antinévritique, dénommé, selon les auteurs, B, B^1, F, B, P. ;

Un facteur antipellagreux B^2, G ou P. P. ;

Un facteur « d'utilisation nutritive, d'entretien et de fonctionnement » (Mad. Randoin et Lecoq), qu'il y a peut-être lieu de confondre avec la vitamine B^3 de Williams et Waterman et avec la vitamine « de croissance et d'utilisation cellulaire », appelée par Funk et Dubin vitamine D, par d'autres B^2 ou G.

Facteur C. — *Propriétés physico-chimiques.* — Hydrosoluble, il est peu résistant aux causes de destruction : réactions du milieu, temps, chaleur et, surtout, oxydation.

Origine. — Il est contenu dans tous les *aliments frais :* végétaux, dont le chou, fruits, dont le citron et l'orange, viandes fraîches.

Il manque complètement dans le babeurre et dans les laits stérilisés industriellement à 110° ou homogénéisés.

Il est peu abondant dans le lait sec, surtout préparé au Spray.

Il existe en quantité suffisante dans le lait : 1° maternel ; 2° bouilli cinq minutes ; 3° stérilisé à domicile dans un appareil genre Soxhlet ; 4° condensé sucré, préparé à une température ne dépassant pas 80°, où il se conserve environ quatorze mois (Lesné et ses élèves) ; 5° pasteurisé, à condition que la pasteurisation n'ait été effectuée qu'une fois.

Facteur D. — *Propriétés physico-chimiques.* — Lipo-soluble, thermostabile, peu résistant à l'oxydation, il appartient au groupe des stérols, sans s'identifier, toutefois, au cholestérol ; il dérive d'une substance normalement inactive et que l'irradiation transforme en facteur D antirachitique.

Origine. — Il est contenu dans les huiles de poisson (foie de morue), le beurre de cacao (chocolat), le beurre de la noix de coco. Il fait défaut dans le lait de femme et n'existe qu'en petite quantité dans le lait de vache.

La richesse d'un lait en vitamines A, B et C varie avec la quantité de vitamines contenues dans les aliments : pour qu'elles soient excrétées, il faut qu'elles aient été introduites, par l'intermédiaire des aliments, dans l'organisme maternel. C'est ce qui résulte de nombreuses expériences : le lait fourni par des vaches au pâturage en renferme beaucoup plus que celui des animaux nourris au fourrage sec, qui, comme on sait, en renferme très peu (Hart, Steenbock, Ellis). Inversement, une femelle laitière soumise à un régime stérilisé fournit un lait carencé en vitamines et nocif pour les jeunes (Lesné et ses élèves). Le régime de la nourrice doit donc, de toute nécessité, comporter une quantité suffisante d'aliments crus. Quant au facteur D, il suffit, pour qu'il apparaisse dans le lait, qui, normalement n'en contient que des quantités infimes, qu'on fasse ingérer à la nourrice de l'huile de foie de morue, ou qu'on l'expose aux rayons ultra-violets (Ed. Lesné et ses collaborateurs). S'agit-il de femelles laitières, on arrivera aux mêmes résultats par l'introduction, dans leur régime, de certains aliments (carottes, trèfles) et par une hygiène bien comprise, avec vie au grand air et insolation. Notons enfin que ce facteur antirachitique ne s'accumule pas dans l'organisme des nourrissons,

puisque, bien qu'ayant absorbé du lait provenant de femelles ayant ingéré de l'huile de foie de morue, ils font ultérieurement du rachitisme lorsqu'on les soumet à un régime rachitigène (Hess et Weinstock).

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1934)

Action des rayons infra-rouges, visibles et ultra-violets sur l'alexine hémolytique (complément) et spectre d'absorption du sérum de cobaye. — MM. M. PAIC et P. HABER.

Sur les propriétés de la toxine tétanique rendue hypertoxique (hypertoxine). — MM. René LEGROUX et Gaston RAMON.

Sur la transformation du virus rabique fixe en virus des rues. — M. S. NICOLAU et Mme L. KOPCIOWSKA.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1934)

Le deuil de la Belgique. — En ouvrant la séance, M. Siredey, président, prononce l'allocution suivante, écoutée debout par les membres de l'Académie.

« Mes chers collègues,

« Le deuil cruel et imprévu qui vient de frapper brutalement une nation amie, est aussi pour la France un deuil national.

La médecine française à laquelle Leurs Majestés les Souverains de Belgique témoignaient un si bienveillant intérêt, le ressent douloureusement.

En son nom et en celui de notre Compagnie, j'adresse à nos associés et correspondants belges, à l'Académie royale de médecine de Belgique, et à toute la nation amie, l'expression de notre profonde tristesse.

En signe de deuil, je vous prie de vous recueillir quelques instants. »

La séance est levée pendant cinq minutes.

A la reprise, on entend les communications suivantes :

Considérations sur l'intoxication par les barbituriques d'après une pratique hospitalière de quatre années. — MM. OLMER et AUDIER.

Le titrage des hormones préhypophysaires dans l'urine humaine ; son intérêt pratique dans l'exploration fonctionnelle des glandes endocrines. — M. Max ARON.

500 gastrectomies pour ulcères de l'estomac et du duodénum. — M. ABADIE.

Elections. — On procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la 2e division (chirurgie).

Les candidats sont ainsi classés : en 1re ligne : MM. Blanco Acevedo (de Montevideo) et Daniel (de Bucarest) ; en seconde ligne ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Bürger (New-York) ; Derach (Bruxelles) ; Dos Santos (Lisbonne) et Verhoogen (Bruxelles).

MM. Blanco Acevedo et Daniel sont élus.

L'Académie a désigné en outre son vice-président, M. Siredey pour représenter l'Académie de médecine à la fondation Carnegie, en remplacement de M. Pierre Bazy, décédé.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1934)

Encéphalite ourlienne sans méningite. — MM. LEMIERRE, LIÈVRE, PHAM HUU CHI. Au cours d'oreillons, apparition de : tremblement intentionnel des mains, spasme oculaire, nystagmus, coma d'où l'homme sortit après une ponction lombaire. Ultérieurement, apparition d'un masque parkinsonien avec paralysie faciale bilatérale, démarche ébrieuse avec tremblement du tronc ; hypoacousie droite. Trois ponctions lombaires révélèrent l'intégrité absolue du liquide céphalo-rachidien. Donc, encéphalite ourlienne pure.

Lésions pulmonaires des intoxications par les barbituriques. — MM. DUVOIR, POLLET et CHAPIREAU. Malade qui, en plein coma, au deuxième jour d'une intoxication barbiturique, présenta à la base du poumon gauche une zone de matité avec souffle tubaire. Une radiographie démontra l'existence d'une opacité arrondie, qui devait être un foyer de condensation hémorragique qu'on rencontre parfois à l'autopsie des barbituriques. L'opacité disparut rapidement.

Ostéite mélitococcique mortelle du sacrum. — M. SOULEYRE (de Bône). Malade atteinte de sciatique et de mélitococcie. Apparition d'une tuméfaction à la partie inférieure du ventre. Evacuation par ponction de 2 litres de pus ; fistule intarrissable, mort. Donc arthrite sacro-iliaque avec nécrose du sacrum de nature mélitococcique.

Compression lente de la veine cave supérieure. Rétablissement de la circulation par dilatation des veines cervico-thoraciques. — MM. MARTIN, FIOCCONI et ROUESSÉ. Homme porteur d'une circulation veineuse collatérale cervico-thoracique énorme. Le diamètre des cordons veineux atteignait 2 cm. Cette circulation drainait le sang de la veine cave supérieure comprimée par une tumeur volumineuse. Grâce à cette circulation collatérale, le malade éprouvait peu de troubles fonctionnels.

Myasthénie progressive traitée par l'opothérapie cortico-surrénale. — MM. ROCH, DEMOLE et DUCHOSEL (Genève). Homme de 19 ans atteint de myasthénie pseudo-paralytique progressive, soumis à l'opothérapie cortico-surrénale. Transformation heureuse rapide de l'état général, qui se maintient.

Rôle de l'hypophyse dans l'hypertension artérielle. Bons résultats de la radiothérapie. — M. DROUET (Nancy). Deux observations établissant la réalité de l'hypertension hypophysaire. Rôle de l'hypophyse démontré par rétrécissement du champ visuel. Présence dans l'urine de l'hormone spéciale, disparition de l'hypertension.

Deux cas d'aleucie hémorragique. — MM. FIESSINGER, P. MERKLEN, BROUET. Ces cas se distinguent en ce qu'ils sont survenus l'un après un ictère catarrhal, l'autre après une varicelle. C'est à la fin de ces deux affections qu'apparut le syndrome hémorragique. A signaler dans ces cas le retard du temps de la coagulation et l'allongement du temps de saignement, la disparition rapide du chiffre des leucocytes.

Conductivité des sérums chez l'homme normal et chez le néphrétique. — M. P. MERKLEN, Mme BLANQUET, MM. CHAUMERLIAC et ADNOT (Strasbourg). La conductivité élec-

trique mesure la quantité totale des ions d'une solution électrolytique. Or, quel que soit le sérum observé, sa conductivité électrique, ramenée à 18°, est constante. Indépendamment des concentrations en urée, chlore, soude, il arrive toujours aux reins une quantité d'ions analogue et invariable.

Splénomégalies hépatolytiques et ictérigènes. — MM. FIESSINGER, P. MERKLEN, BROUET. Splénomégalie volumineuse s'étant traduite pendant trois ans par 17 poussées d'ictère hépatique franc. On pratique une splénectomie. Rate pesant 650 gr. et présentant des lésions de sclérose diffuse à type de fibro-adopie. Au niveau du foie : sclérose insulaire d'allure récente, sans angiocholite chronique, ni cirrhose annulaire. Les auteurs croient à la précession des altérations spléniques.

Troubles vaso-moteurs des extrémités au cours de maladies digestives. — MM. FERRABOUC et JUDE. Apparition du syndrome de Raynaud au cours d'affections digestives diverses. Les auteurs admettent la pathogénie réflexe du syndrome vaso-moteur et admettent l'existence d'un déséquilibre vago-sympathique.

Oxalémie des cardiaques. — MM. LOEPER et TONNET. On trouve souvent chez les cardiaques des chiffres élevés d'oxalémie. Or, à côté des troubles siégeant dans l'intimité des tissus et résultant de l'asphyxie, il faut penser aux modifications siégeant au niveau du cœur même, le myocarde produisant une quantité exagérée d'acide oxalique. Il y a donc auto-intoxication du cœur lui-même.

Crises vasculaires et fièvre typhoïde. — MM. LOEPER, MAHOUDEAU et LESCURE. Présence dans l'urine et dans le sang des typhiques d'une substance du groupe de l'imidazol, voisine de l'histamine, surtout dans les fièvres typhoïdes graves, qui peut causer les troubles vasculaires observés. Cette substance dériverait de la paroi intestinale altérée et nécrosée. La diazo-réaction d'Ehrlich est peut-être due à des imidazols.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1933)

Présentation de malade. — M. FILDERMAN présente les observations de tous ses neuf malades atteints d'artérite oblitérante (Buerger compris), qu'il a traités par l'hémocrinothérapie ovarienne ou pancréatique. Six malades sont présents. L'un d'eux avait subi, après les autres traitements usuels, l'irradiation profonde des surrénales ; ce n'est qu'après échecs de ces traitements qu'on avait décidé l'amputation de la jambe. Il y avait gangrène de deux orteils et une manchette de gangrène de 8 centimètres de hauteur au-dessus des malléoles. Ce malade a guéri, n'ayant perdu que deux orteils. Six autres malades ont tiré de la méthode des avantages plus ou moins grands, mais évidents, avec augmentation rapide des oscillations au Pachon.

Les effets sédatifs des stations pyrénéennes sont-ils dus à la radioactivité des roches ? — M. F. MAIGNON rapporte son autoobservation au cours d'un séjour à Luchon pendant lequel il a suivi le traitement. Il étudie uniquement l'action sur l'état général qui s'est traduit chez lui par de la bradycardie (le pouls est passé de 72 à 62), des contractions spasmodiques de la vessie et de l'intestin, autrement dit par des phénomènes d'excitation du parasympathique. Il relate en outre une diminution de l'aptitude au travail intellectuel et musculaire. Il signale une action antagoniste de l'eau de Vittel Hépar observée sur lui-même et deux autres personnes.

L'auteur ne pense pas que les phénomènes constatés soient dus au soufre, et il se demande s'ils ne doivent pas être attribués à la radioactivité. Ce sont surtout les personnes qui prennent des bains d'eau la plus radioactive et non sulfureuse, qui présentent les phénomènes les plus marqués. D'autre part, certains de ces effets s'observent sur des sujets qui ne suivent pas le traitement, mais qui vivent néanmoins dans une ambiance riche en émanation radioactive dégagée par les roches.

L'auteur se demande si les effets sédatifs nerveux bien connus des stations pyrénéennes (Pau, Bagnères-de-Bigorre) ne relèveraient pas de la même influence.

De l'emploi de l'association atropine-ésérine en thérapeutique digestive. — M. F. MOUTIER signale qu'un grand nombre de troubles digestifs répondent à des dystonies vago-sympathiques, complexes morbides où se trouvent associés nausées, pesanteurs, aérophagies, spasmes divers d'une part, brûlures épigastriques, battements aortiques, hyperesthésie solaire, palpitations, d'autre part. A de tels syndromes, tels qu'on les observe notamment dans les gastrites, les ptoses, certaines gastro-entérites, quelques colites, s'opposent avec succès l'atropine et l'ésérine, associées à parties égales ou non, l'une paralysant, l'autre excitant le parasympathique.

Action des poudres dites inertes sur l'intestin isolé. — M. H. BUSQUET constate que les poudres utilisées comme topique protecteur dans les cas d'affections gastro-intestinales sont considérées comme dépourvues de toute influence sur les actes moteurs du tube digestif.

Cette croyance est inexacte en ce qui concerne le sous-nitrate de bismuth, le carbonate de bismuth, le kaolin, le talc et le carbonate de calcium. Ces substances ajoutées au liquide de Thyrode dans lequel se contracte un fragment d'intestin produisent une augmentation notable du péristaltisme.

En dehors de cet inotropique positif, les sels de bismuth et surtout le kaolin augmentent la durée de survie du fragment d'intestin. Le renforcement des contractions que produisent les substances insolubles s'exerce, pour le kaolin par un mécanisme purement physique. Pour les sels de bismuth, il est possible qu'une faible quantité de métal passe à l'état de composé soluble et provoque ainsi l'augmentation du péristaltisme ; en effet, de très petites doses d'azotate de bismuth (sel soluble) produisent la même action inotropique qu'une dose beaucoup plus forte de carbonate ou de sous-nitrate de bismuth.

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1934)

Sur les apozèmes ou consommés de légumes et de céréales. — M. A. CHALLAMEL donne trois formules : une pour adultes, une pour bébés, la troisième comme *apozème déchloruré*.

Il attache à cette dernière formule une importance primordiale, car nulle part on ne voit formulé un *consommé de légumes sans sel*.

Voici cette formule :

Pommes de terre : 120 grammes ;
Carottes : 60 gr. ;
Navets : 40 gr. ;
Poireau : un ;
Lentilles *décortiquées* : une cuillerée à soupe ;
Riz : une cuillerée à soupe ;
Flocons d'avoine : une cuillerée à soupe ;
Laitue *ou* cerfeuil *ou* cresson *ou* céleri (en bonne quantité, selon la saison et le goût du malade).
Pas de sel ;

Pas de beurre ;
Eau : 2 litres.
Faire réduire à un litre par ébullition prolongée.
Passer en pressant à fond.

Colibacilloses et eaux de la Preste. — M. Baron.

De l'emploi des vitamines A et D dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. R. Jacquot et G. Donato, faisant état de la propriété calcifixatrice de l'ergostérol irradié (vitamine D) et de la valeur antiinfectieuse du carotène (vitamine A), les auteurs ont, depuis près de 3 ans, essayé cette double vitaminothérapie chez les tuberculeux pulmonaires. Ils ont utilisé une solution huileuse doublement titrée au point de vue biologique (Vitadone) et ont obtenu des résultats encourageants conformes aux données expérimentales.

Ils ont constaté :

1° Une élévation du taux de la calcémie, de la cholestérolémie et de phosphorémie ;

2° Une rénovation sanguine (hémoglobinique et globulaire) ;

3° Un abaissement de la courbe de séro-floculation à la résorcine.

L'état général des malades accuse une amélioration parallèle, qui a d'heureuses répercussions sur les lésions pulmonaires.

MM. R. Jacquot et G. Donato mentionnent, en effet, des cas chroniques où cette revalorisation de l'organisme a entraîné, à la longue, des effacements cavitaires et des processus scléro-cicatriciels visibles sur films, ainsi que la disparition progressive et totale des bacilles dans les crachats.

Un grand méconnu, le courant continu. — M. Ch. Schmitt.

Des abcès à retardement, consécutifs aux injections sous-cutanées ou intramusculaires. — M. Lop (de Marseille) rappelle combien fréquents sont les abcès à la suite d'injections, en particulier de cacodylate de soude, de certains sels de quinine, d'huile camphrée, de sérum sucré, de sérum artificiel, de certains sels de bismuth. Il estime qu'on pourrait éviter ces abcès en tenant compte des précautions suivantes :

Rejet des vieilles ampoules et études sérieuses de la qualité du verre des ampoules.

Préserver et guérir par les vaccins fermentés. — M. Alex Komis (d'Athènes).

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(séance du 24 novembre 1933)

Crises oculogyres. Troubles psychiques. Etat de mal épileptique. Opacification de l'épiphyse. Tumeur ou encéphalite. — MM. Euziére, Viallefont, Vidal et Fassio ont observé un malade entré à l'hôpital dans un état stuporeux qui dura une huitaine de jours. Un peu plus tard, il présente des crises oculogyres qui se renouvellent à intervalles variables et qui s'accompagnent de troubles psychiques à forme anxieuse. A plusieurs reprises ce malade présente des crises comitiales au cours desquelles il réalisa un spasme de torsion du tronc et de la tête vers le haut et la droite, et il réalisa un état de mal durant plusieurs jours, dont le pronostic paraissait fatal. Actuellement il est dans un état satisfaisant, présentant de temps à autre des crises oculogyres alternant avec des crises comitiales. L'examen systématique a montré une opacification de la région épiphysaire pouvant faire penser à une tumeur et rapprochant ce malade de celui de Guillain, Mollard et I. Bertrand.

Cet exemple montre bien les rapports entre crises oculogyres, comitialité et troubles psychiques.

A propos d'une observation de neuro-mélitococcie cérébrale. Discussion du diagnostic. — MM. L. Rimbaud, M. Janbon et P. Passebois rapportent l'observation détaillée d'un malade qui présenta, 4 ans après le début d'une fièvre ondulante, le tableau symptomatique suivant : manifestations épisodiques (amaurose transitoire, absences, vertiges, amnésie transitoire) ; syndrome mental particulier (euphorie, indifférence affective, diminution de la mémoire) ; hypoacousie labyrinthique ; réaction méningée (xanthochromie et réaction cyto-albumineuse, sans traduction clinique) ; enfin, absence de signes neurologiques objectifs.

Ils exposent les raisons pour lesquelles, malgré l'absence de confirmation sérologique, ils considèrent l'ensemble syndromique réalisé comme lié à la fièvre de Malte : « Syndrome encéphalo-méningé tardif de la neuro-mélitococcie ».

Cas complexe de dérangement interne du genou. — MM. Riche, Mourgue-Molines et Lonjon ont observé consécutivement à un traumatisme du genou l'association d'une lésion méniscale (ménisque en anse de seau) et d'une ostéochondrite disséquante.

Ils signalent la rareté de cette association, dont ils n'ont trouvé dans la littérature médicale que quatre autres cas. Ils pensent que leur observation apporte une contribution à la théorie traumatique de l'ostéo-chondrite disséquante.

A propos d'un gros cancer du rein. — MM. Truc, W. Arnal et Caderas rapportent l'observation d'un gros cancer du rein apparu chez une jeune fille de 24 ans. L'affection débuta par une hématurie, mais la malade ne fut examinée complètement au point de vue urologique que deux ans plus tard, alors que le cancer était énorme. Néphrectomie par voie parapéritonéale latérale. Suites normales. Les auteurs insistent sur la nécessité de considérer l'hématurie comme un signal d'alarme devant commander l'examen urologique ; 2° sur les avantages de la voie parapéritonéale latérale dans les gros cancers du rein.

Ascite cirrhotique vidée dans la plèvre. — MM. Puech et Ratie présentent l'observation d'un malade atteint d'une ascite cirrhotique qui s'est vidée brusquement dans la plèvre droite. L'autopsie montre, dans l'hémidiaphragme correspondant, 3 petits pertuis qui paraissent d'origine congénitale. L'apparition brutale de l'évacuation trans-diaphragmatique du liquide ascitique semble devoir être expliquée par l'existence d'une périhépatite dont les adhérences ont été brusquement distendues au moment de la complication.

Un cas de paralysie générale infantile. — MM. Euziére, Viallefont, Vidal et Bert relatent l'observation d'une enfant de 12 ans atteinte de paralysie générale ; l'affection a réalisé en quelques mois un état démentiel avec gâtisme. La pyrétothérapie (injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux, puis impaludation), associée au traitement par le stovarsol, n'a provoqué aucune atténuation du syndrome neuro-psychiatrique ; seul le syndrome huméral fut influencé : l'intensité initiale des réactions humorales disparut après l'impaludation. La mère de la petite malade a succombé à une syphilis cérébrale ; par contre, le père, qui avait contracté la syphilis un an avant la naissance de sa fille, et qui n'a jamais été traité, ne présente aucune manifestation pathologique d'ordre nerveux (liq. C.R. absolument normal).

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes — PARIS (17e)
G. CHENAL — PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens
NÉOLYSE et néolyse radioactive
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

"CALCIUM-SANDOZ"
(Gluconate de Ca Sandoz)
Injectable à doses efficaces sans inconvénients,
par la voie intramusculaire et la voie veineuse

Ampoules de 2 cc., 5 cc. et 10 cc.	Tablettes chocolatées	Comprimés effervescents	Poudre granulée
(solution à 10 %)	(dosées à 1 gr. 5 de gluconate de Ca)	(dosés à 4 gr. de gluconate de Ca)	
Une ampoule tous les jours ou tous les 2 à 3 jours.	3 à 6 par jour.	2 par jour.	3 cuillerées à café par jour.

FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes. 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

A. GUERBET & Cie PHARMACIENS
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22, Rue du Landy, St-Ouen, près Paris
R. C., 225.781 B

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

(séance du 8 décembre 1933)

Un cas d'ophtalmoplégie externe, progressive, bilatérale et totale (présentation de malade). — MM. Euzière, Viallefon, Vidal et Fassio.

Un nouveau cas de neuro-mélitococcie cérébrale. Exploration lipiodolée du canal rachidien. — MM. Janbon et Armand.

Sur la nature des composés azotés dosés par l'indice de polypeptidémie. Polypeptides ou « azote aminé combiné » ? — MM. P. Cristol et A. Puech.

(séance du 15 décembre 1933)

L'amygdalectomie totale bilatérale immédiate retardée dans les cellules suppurées périamygdaliennes. — MM. Ferracol et Sagols exposent les résultats de leur pratique ancienne dans les phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs : incision simple et amygdalectomie totale bilatérale dès le retour de la température à la normale, et après fixation du bilan fonctionnel et sanguin.

L'amygdalectomie unilatérale immédiate est réservée aux cas compliqués.

Deux cas d'ophtalmie par poils de chenille des pins. — H. Villard et Ch. Dejean.

Abcès pulmonaire fermé guéri médicalement. — MM. Cazalas, Ratie et J. Balmes.

Splénomégalie bilharzienne avec hématémèse. — MM. Puech, Harant et Ratie. Observation d'un noir guadeloupéen ayant un passé intestinal sans diagnostic parasitologique et ayant présenté trois ans après son départ des Antilles des hématémèses, de la splénomégalie, de l'éosinophilie et des œufs de S. Mansoni dans les selles. Les auteurs rapprochent ce cas de la splénomégalie égyptienne imputée au même parasite.

Leucosarcome du corps ciliaire. — MM. E. Delord et Ch. Dejean.

A propos du diagnostic de l'appendicite aiguë. Du danger des injections sous-cutanées de sérum dans la région abdominale. — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac. Chez un enfant de 6 ans opéré 48 heures avant pour division de la voûte palatine, se réalisa un syndrome local typique d'appendicite aiguë : douleur, hyperesthésie, contracture. Une injection de sérum avait été faite dans la fosse iliaque droite quelques heures avant.

Cette cause une fois connue fit rejeter l'intervention jugée un moment nécessaire. Tout rentra dans l'ordre le lendemain.

Les auteurs attirent l'attention sur ces inconvénients des injections sous-cutanées dans la région iliaque droite, qui peuvent réaliser un syndrome local typique d'inflammation de la séreuse sous-jacente.

Camptodactylie et maladie de Raynaud. — M. J.-M. Bert.

La plastique laryngée après décanulement. — MM. Terracol, J. Galavielle et Azémar.

(séance du 22 décembre 1933)

Ophtalmoplégie nucléaire d'origine syphilitique. — MM. Puech et Dejean. Un malade de 55 ans est atteint d'ophtalmoplégie bilatérale mixte, c'est-à-dire intéressant à la fois la musculature intrinsèque et extrinsèque des yeux, mais limitée à la 3e paire. Son évolution très lente, indolore et progressive, l'absence de tout autre symptôme d'encéphalite et même de toute autre atteinte nerveuse, sa bilatéralité, le caractère partiel et parfois asthénique du ptosis gauche, dictent le diagnostic lésionnel de *polio-encéphalite chronique limitée aux noyaux pédonculaires du nerf moteur oculaire commun*. La présence de leucoplasie buccale et d'une réaction de Bordet-Wassermann fortement positive indiquent l'origine syphilitique.

Un nouveau cas de maladie de Basedow héréditaire. — MM. J. Euzière, J. Vidal, H. Viallefont et R. Lafon ont observé un jeune homme de 22 ans atteint d'hyperthyroïdie manifeste, sans goitre, dont la mère et la grand'mère maternelles sont atteintes d'une maladie de Basedow très nette. Ils versent ce nouveau cas au dossier de l'hérédité rare, mais certaines, de la maladie de Basedow.

Maladie de Basedow fruste révélée par un larmoiement. — M. H. Viallefont a observé une femme de 48 ans qui se plaignait simplement de larmoiement. L'examen local ne décelant rien de particulier et le traitement local restant sans effet, l'auteur rechercha les signes de la maladie de Basedow ; il trouva un tout petit goitre, du tremblement, de la tachycardie et un métabolisme basal de 20 %. A propos de ce cas exceptionnel, l'auteur montre la nécessité de l'examen général du sujet, même pour le spécialiste.

A propos des parotidites post-opératoires, de leur pathogénie, de leurs complications et de leur traitement. — MM. Massabuau, A. Guibal et J.-M. Bert présentent deux observations personnelles avec, dans les deux cas, paralysie faciale transitoire et fistulisation dans le conduit auditif externe. Ils insistent sur ces complications, leur mécanisme, leurs variétés cliniques et leur pronostic.

PRATIQUE MÉDICALE

LES CREVASSES DU SEIN (1)

Par le docteur Richard Kohn.

Affection bénigne, qu'il ne faut pas négliger de crainte qu'elle ne devienne maligne.

Les crevasses du sein ont fait le désespoir de beaucoup de praticiens ne sachant comment concilier les devoirs de l'allaitement naturel avec les difficultés auxquelles ils se trouvent alors aux prises. Prévenir la crevasse par la réglementation des tétées et l'attouchement des bouts de sein avec un mélange glycérine-alcool est bien. La guérir dans le minimum de temps lorsqu'elle est constituée, et sans interruption de l'allaitement, n'est pas moins méritoire. Pour cela, analgésier la lésion en dehors des tétées par des applications de Percaïnal, onguent anesthésique très puissant et d'action durable, l'allaitement pouvant ainsi se poursuivre, pas de rétention lactée avec ses risques de mammite et d'abcès. L'aération du sein, l'héliothérapie et l'actinothérapie modérées sont de bons moyens d'activer la cicatrisation, qui sera presque toujours obtenue dans l'espace de 7 ou 8 jours par un traitement bien conduit, où l'application insensibilisante de Percaïnal ne joue pas le rôle le moins important.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 13 avril 1933, n° 15.

Etude clinique de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine, par G. Goiffon. — Un volume de 102 pages (Collection, Médecine et Chirurgie pratiques, N° 53). — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOUVEAU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CHRONIQUE

ET DE LA DOULEUR SOUS SES DIVERSES FORMES

PAR LA CRÉSOPIRINE

des Professeurs G. CARRIÈRE et E. GÉRARD

Une nouvelle médication du rhumatisme et de la douleur sous ses diverses formes a fait l'objet d'une Communication des professeurs G. CARRIÈRE et E. GÉRARD, à la Société de thérapeutique de Paris.

Il s'agit de l'acide acétyl ortho-crésotinique, vulgairement dénommé Crésopirine pour appeler sa constitution.

La Crésopirine est un homologue supérieur de l'aspirine; il présente du fait de constitution moléculaire les mêmes propriétés que l'aspirine et que le salicylate de soude.

Découverte et étudiée au point de vue pharmacodynamique par le professeur E. GÉRARD, professeur de pharmacologie, elle fut expérimentée, aux points de vue clinique et thérapeutique, dans la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, par le professeur CARRIÈRE.

Ces deux auteurs insistent sur le fait que la Crésopirine présente sur le salicylate de soude le plus grand avantage de ne jamais provoquer de phénomènes d'intolérance : bourdonnements d'oreilles, maux de tête, etc..., et sur l'aspirine, celui de ne jamais irriter l'estomac et de provoquer beaucoup moins de transpiration.

Très bien supportée par l'organisme, grâce à son faible coefficient de toxicité, la Crésopirine peut être donnée à des doses élevées pendant un temps assez long, sans aucun inconvénient.

Une médication qui présente les mêmes avantages, sinon supérieure au salicylate de soude et à l'aspirine sans en offrir les mêmes inconvénients, paraît retenir toute l'attention.

Laboratoires STÉNÉ, 4, Place des Vosges, à PARIS (4e)

CONGRÈS

Congrès international du lymphatisme (La Bourboule, 9 et 10 juin 1934). — Sous le haut patronage de MM. les Ministres des Travaux publics et de la Santé publique.

A La Bourboule, le samedi 9 et le dimanche 10 juin 1934, se tiendra le Congrès international du Lymphatisme, sous la présidence de MM. Marfan, Nobécourt, Lereboullet et Castaigne ; la vice-présidence de MM. Mouriquand, Villaret, Lemaitre, et avec le patronage de MM. Carnot, Desgrez, Rathery, Durand-Fardel, Benhamou, Creyx, Duhot, Piery, Santenoise, Serre, Flurin, Gardette, Joly, Marcombes, Mazeran et Moncorgé.

Les samedi 9 et dimanche 10 juin auront lieu les séances scientifiques, le matin et l'après-midi, dans la salle du Théâtre du Casino municipal.

Le samedi 9 juin, à 19 h. 30, Banquet offert aux membres titulaires et associés du Congrès, par le Comité d'organisation du Congrès (Salle des Fêtes du Casino municipal).

Le dimanche 10 juin, de 17 à 19 heures, excursion offerte par la Station thermale de La Bourboule. A 21 heures, réception de clôture du Congrès au Casino municipal.

Le lundi 11 juin seraient organisées des excursions en auto-car.

Des communications pourront être faites par les membres titulaires, avec l'agrément du Bureau du Congrès, sur le Lymphatisme en général et les sujets traités par les rapporteurs. La cotisation des membres titulaires, docteurs en médecine, est fixée à 100 francs ; ;elle donne droit au vol;ume des Rapports.

Tout membre titulaire aura la faculté d'être accompagné par une personne de sa famille (femme ou fille mineure non mariée), en l'inscrivant comme membre associé, dont la cotisation est fixée à la somme de 50 francs.

Les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, sauf la thèse, et les internes des hôpitaux des villes où siège une Faculté ou une Ecole de médecine, pourront s'inscrire comme membres titulaires étudiants, dont la cotisation sera réduite à la somme de 50 francs.

Toute personne s'intéressant à l'Hygiène et à la Protection de l'enfance pourra, avec l'agrément du Bureau du Congrès, s'inscrire comme membre adhérent, dont la cotisation est fixée à la somme de 80 francs. Les membres associés, étudiants et adhérents, ne reçoivent pas le volume des Rapports.

Des facilités de parcours (50 % de réduction) seront consenties par les Compagnies de chemins de fer français. Durant le Congrès, les membres titulaires et associés seront, dans leurs hôtels, les hôtes de la station de La Bourboule.

Toutes les demandes d'inscription, accompagnées du montant de la cotisation, devront être adressées à M. le docteur Diffre, Trésorier du Congrès, Cie des Eaux Minérales de La Bourboule, 10 *bis*, rue de Châteaudun, Paris.

Une Exposition de produits pharmaceutiques spécialisés, d'appareils médicaux et d'hygiène, se tiendra au Casino municipal de La Bourboule, au cours du Congrès.

Liste des rapporteurs et des sujets des rapports. — MM. Cohen (Belgique) : la lutte contre le lymphatisme en Belgique. — Comba (Italie) : le lymphatisme chez l'enfant en Italie. — Gorter (Pays-Bas) : Les relations du lymphatisme avec d'autres états morbides. — Martinez-Vargas (Espagne) : idée générale du lymphatisme. — Alan Moncrieff (Grande-Bretagne) : le lymphatisme, points de vue britanniques. — Moro (Allemagne) : lymphatisme et diathèse exsudative. — Suner (Espagne) : diagnostic différentiel des états lymphatiques. — Taillens (Suisse) : le lymphatisme existe-t-il ? Que faut-il entendre par cette expresssion ? — Titu Gane (Roumanie) : lymphatisme et autres états morbides de l'enfance. — Anglada (La Bourboule) : traitement du lymphatisme à La Bourboule. — L. Caussade (Nancy) : recherches de laboratoire sur le lymphatisme. — Et. Chabrol (Paris) : les eaux arsénicales dans la cure du lymphatisme. — R. Cruchet (Bordeaux) : psychisme du lymphatique. — R. Debré (Paris) : les adénopathies trachéobronchiques, non tuberculeuses, de l'enfant. — J. Gate (Lyon) : le lymphatisme dans le domaine dermatologique. — V. Gillot (Alger) : lymphatisme. — J. Halle (Paris) : résultats observés à l'Hôpital G. Lacoste à La Bourboule. — Et. Leenhardt (Montpellier) : l'enfant lymphatique nerveux. — F. Lemaitre (Paris) : adénopathies et infections de l'anneau de Waldeyer. — P. Lereboullet (Paris) : les états thymo-lymphatiques. — Ed. Lesné (Paris) : réactions lymphatiques chez les hérédo-syphilitiques. — A. Marfan (Paris) : essai d'une conception du lymphatisme. — L. Merklen (Nancy) : lymphatisme et éducation physique. — G. Mouriquand (Lyon) : étiologie, pathogénie et thérapeutique générale du syndrome lymphatique. — P. Nobécourt (Paris) : lymphatisme des muqueuses. — D. Olmer (Marseille) : diagnostic différentiel du lymphatisme. — R. Pierret (Lille) : l'œil chez le lymphatique. — L. Reverchon (Lille) : nez et fosses nasales du lymphatique ; évolution et morphologie chez lui du massif facial supérieur. — P. Rohmer (Strasbourg) : lymphatisme et alimentation. — G. Giraud (Montpellier) : traitement hydro-minéral du lymphatisme.

Le Ve Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française se tiendra à Lyon, du 19 au 21 juillet 1934.

Président : Professeur Nicolas (Lyon) ; Vice-Présidents : professeur de Cedercreutz (Helsingfors) ; professeur Favre (Lyon) ; professeur Jersield (Copenhague) ; docteur Lespinne (Bruxelles) ; professeur J. Peyri (Barcelone) ; professeur Rabello (Rio-de-Janeiro) ; docteur Ravaut (Paris) ; professeur Spillmann (Nancy). Secrétaire général : docteur Carle (Lyon). Secrétaire général adjoint : docteur Jean Lacassagne (Lyon). Trésorier : professeur agrégé Gate (Lyon).

Rapports : 1° *Etiologie et traitement du lupus érythémateux.* — Rapporteurs : professeur Du Bois (Genève) ; professeur Gougerot et docteur Burnier (Paris) ; professeur Petges (Bordeaux).

2° *Diagnostic du bubon chancrelleux.* — Rapporteurs : professeur S. Covisa (Madrid) ; docteur Jersield (Copenhague) ; docteurs Lacassagne et Lebeuf (Lyon).

3° *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.* — Rapporteurs : docteur Dekeyser (Bruxelles) ; professeur Margarot (Montpellier) ; docteur Milian (Paris).

Aucune communication ne sera acceptée si elle n'a pas trait au sujet même des rapports.

Au cours de ce Congrès aura lieu une cérémonie où sera remise au professeur Nicolas la médaille offerte par ses amis, ses collègues et ses élèves.

La cotisation est de 150 francs. Toutefois, pour les membres de l'Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, la cotisation est réduite à 100 francs.

La cotisation des membres associés (femmes, enfants, étudiants) est fixée à 50 francs.

Les inscriptions sont reçues par M. le professeur agrégé Gate, 24, rue Sainte-Hélène, à Lyon.

Le montant des cotisations doit être envoyé à l'adresse suivante : Lyon, C/c. 83-88, 5e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, 24, rue Sainte-Hélène, Lyon (2e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

AMIDAL **Poudre, Comprimés, Cachets, Dragées** Une à deux cuillerées à soupe ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour.	Entérites aiguës ou chroniques. Entérocolites. — Dysenteries. Toutes les diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIE **Ergostérol irradié — Vitamine D** **(Extrait concentré de vitamines A. B. et C.)** Une cuillerée à café avant chacun des trois repas.	Carence et pré-carence. Troubles de la croissance. Rachitisme. Déminéralisation.
GENESERINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux à trois granules ou dragées ou XX gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. — Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.
GENATROPINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule injectable par jour.	Hyperchlorhydrie. Spasmes digestifs. — Vomissements. Coliques. — Diarrhée.
GENOSCOPOLAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Quatre à huit granules ou quarante à quatre-vingts gouttes par jour, en 2 ou 3 reprises. Une ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GENHYOSCYAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 ou 3 fois par jour entre les repas de préférence. Une ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements et syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GENOSTRYCHNINE **POLONOVSKI & NITZBERG** ou **Ampoules, Gouttes, Granules** **GENOSTHÉNIQUES** (Cacodylate de Génostrychnine et de Génésérine.) *Deux granules* ou XX gouttes à chacun des 3 repas. Une ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Anémie. Neurasthénie. Surmenage. Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE **POLONOVSKI & NITZBERG** en comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 par jour) ou ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs. 4 Ctgrs de Génomorphine = 1 Ctgr de Morphine.	La douleur. L'anxiété. — L'agitation. Les dyspnées spasmodiques. La démorphinisation.

LABORATOIRE DES PRODUITS " AMIDO "

A. BEAUGONIN, *Pharmacien*, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS

ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

R.C., 221.839, S.

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE-INCOLORE PROPRE-INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 28 FEVRIER 1934. — N° 17.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

48, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de kyste hydatique multivésiculaire de l'orbite (avec 2 fig.), par M. le professeur A. Cange (d'Alger).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de biologie. — Société de neurologie. — Société de médecine d'Alger.

PRATIQUE MÉDICALE

NOTES POUR L'INTERNAT

Gangrène sénile.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 22 février 1934. — Questions données : « Symptômes des névrites alcooliques. — Diagnostic des hémorragies gastriques. »

MM. Faugeron, 25; Arnous, 27; Coulombeix, 17; Tempier, 16; Picquard, 25; Fauvet, 27; Lévy (Jean), 19; Krug, 21; Le Roy et Huguier, 25.

Séance du 23 février. — Questions données : « Examen clinique d'un syphilitique à la période secondaire. — Les abcès chauds du sein, sans le traitement. »

MM. Tallet, 16; Boulenger, 12; Jacquot, 19; Paillas, 23; Boquet, 19; Glénard, 20; L'Hirondel, 24; Lefebvre, 23; Nabert, 25; Goutner, 20.

Séance du 24 février. — Questions données : « Zona ophtalmique. — La fracture fermée de l'humérus à la partie moyenne. »

MM. Gerbeaux, 17; Sacquépée, 26; Aschkenasy, 25.

— Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Turiaf, Vildé, Le Roy (A.), 72.
M. Grossiord, 70.
MM. Leconte (A.), Kaplan, Grenet, Cauchoix, 69.
M. Mathey, 68 1/2.
MM. Bonamy, Fauvet, Cochemé, 68.
M. Mignot, 67 1/2.
MM. Pêcher, Trotot, Arnous, Nabert, Derieux, 67.
Mlle Courrier, 66 1/2.
MM. Aschkenasy, Gautier, Adle, Krug, 66.
MM. Offret, Sikorav, 65.
MM. Beauchef (R.), Huchet, Brault, Ménétrier, Nouaille, 64.
MM. Dupuy, Tanret, Lefebvre (J.), Salleron, Gillet, Tissot, Brumpt, Lévy (Jean), 63.
M. Greene, 62 1/2.
M. Ledoux-Lebard, Mlle Lorsignol, MM. Dechaume-Moncharmont, Payet, Mathivat, Boyer (Jean), Forget, Negreanu, 62.
M. Monsaingeon, 61 1/2.
MM. Debidour, Flourens, Vignalou, Osenat, Ortholon, Charousset, Simon (Gaston), Chambon, Guénin, 61.
M. Bouwens van der Boyen, 60 1/2.
MM. Challiol, Chareire, Cordebar, Mlle Marcelot, MM. Morin, Vincent (Pierre), Picard (Georges), 60.
MM. Hector, Bonnet (Georges), Meyer (Jean), Broutman, Lortat-Jacob, Velez, Desmonts, Ollier, Lafon, 59.
MM. Huguier, Martrou, Faugeron, Rouchy, Marchak, Simonin, Franchel, Chenebault, 58.
MM. Hertz, Delaître, Tallet, 57 1/2.
M. Picquard, Mlle Debay, MM. Wimphen, Boyé (Pierre), Mlle Jomier, M. Sacquépée, 57.
Externes en premier. — MM. Aussannaire, Ghozland, 57.
MM. Laurence, Audry, 56 1/2.
MM. Soullard, Claisse, Gaquière, Molinéry, Jamain, Cauvy, Chassagne, 56.
M. Vincent (Philippe), 55 1/2.
M. Salvanet, Mlle Bonnefant, M. Le Picard (Jean), Mlle Ferrieu, MM. Morhange, Faliu, Tiffeneau, Cuvéreaux, Piton,

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Logeais, Hofmann, Streusand, Dreyfus, Mlle Duss, M. Lewi, Mlle Casalis, 55.

Epreuve supplémentaire pour les trois premiers le mercredi 28 février 1934, à 20 h. 30, salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires. Il sera procédé également à la nomination de dix internes provisoires dans les conditions fixées par le règlement.

Ce concours qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale aura lieu le mercredi 21 mars 1934, à 9 h. du matin, à l'hôpital.

Traitement des internes : 4.000 fr., nourris, logés, chauffés, éclairés.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'histologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1934 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur René Monnet, médecin expert au centre de réforme de la Seine.

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. (Au titre étranger.) — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Joseph-Alexandre Rivière (de Paris) (Anglais).

Au grade d'officier. — M. le docteur Charles Jarvis (Anglais), ancien interne des hôpitaux de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Artaud et Balcam (de Paris), Billout (d'Autun), Calazel (de Foix), Cazaillet (de Pons), Henry (de Tunis), Jacoulet (de Vierzon), Lecomte (de Rouen), Machenaud (de Rochefort-sur-Mer), Pichouron (de Penvénan), Querneau (de Morlaix).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Curel (de Saint-Saturnin-les-Apt), Faugeron (de Paris), Laugé (d'Oran), Orsini (de Lambesc), Ort (de Longjumeau), Sans (d'Elbeuf).

MARINE. — Le prix du capitaine Foullioy, pour l'année 1933, a été décerné à M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts, du port de Brest, pour son mémoire intitulé : *Fréquence et étiologie de la tuberculose au port de Brest.*

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Jean Trillot, reçu au concours de médecins des asiles de 1933, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le docteur Izac, appelé à un autre poste.

— Mme le docteur Collet, reçue au concours de 1933, est nommée médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement de Mlle le docteur Morel, appelée à un autre poste.

UNE NOUVELLE ASSOCIATION AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL. — L'Association professionnelle des secrétaires médicaux diplômés est uniquement composée de secrétaires spécialement éduqués et aptes à collaborer avec les membres du Corps médical. Celui-ci, soucieux de la défense de ses intérêts, se doit de s'adresser au siège social de l'Association, 358 *bis*, rue de Vaugirard, à Paris (XVe), pour s'adjoindre le ou les collaborateurs ou collaboratrices dont il a besoin.

Insomnies
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

VOYAGE AUX ÉTATS-UNIS ET AU CANADA. — Le Comité des voyages et congrès de l'*Univers médical* annonce ses quatrième et cinquième voyages aux Etats-Unis et au Canada.

Les départs auront lieu respectivement les 18 juillet et 18 août sur le *Montcalm* et l'*Empress of Australia*, deux des plus beaux paquebots du Canadian Pacific. Le départ du 18 août permettra aux médecins d'assister au Congrès international des médecins de langue française de l'Amérique du Nord et au XXIIIe Congrès de médecine française qui auront lieu à Québec, du 27 au 30 août.

Ces voyages d'un prix très réduit présenteront, comme les précédents voyages, un double intérêt touristique et scientifique.

Tous renseignements à l'*Univers médical*, 24, rue Caumartin, Paris (VIIIe). Tél. Opéra 82.73.

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. (BRUXELLES, 5-7 août 1935.) — Ce Congrès aura lieu sous la présidence du docteur J. Schoemaker (de la Haye). Les vice-présidents sont les professeurs J. de Moor (Bruxelles) et Ide (Louvain); secrétaire général : docteur G. Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles. Questions à l'ordre du jour :

I. *Les gastrites.* — Rapporteurs : MM. A. F. Hurst, W. Zweig, Konjetzny, Parchoud, Berg, F. Moutier, G. Lion.

II. *Les colites ulcéreuses graves non amibiennes.* — Rapporteurs : MM. Gallart-Monès, Snapper, Lardennois, Donati, Dall'Acqua, Dustin, Wimtrup et Goiffon.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort du docteur Bousquet, agrégé du Val-de-Grâce, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, membre correspondant national de l'Académie de médecine.

C'était une des figures les plus connues d'Auvergne où, durant 40 ans, il fut un chirurgien émérite, un éducateur hors ligne. Pendant plus de 30 ans professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, il en était le directeur dès 1893.

C'était un maître éminent, dont les ouvrages furent fort appréciés. Au surplus, extrêmement dévoué aux œuvres professionnelles, il laissera le souvenir d'un homme chez qui la droiture, la fermeté, la bonté comptaient parmi les qualités dominantes.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Charles Dupré, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de la Madeleine, à Bourg (Ain); François Charon (de Paris); Chandelux, professeur agrégé, ancien chargé de cours à la Faculté de médecine de Lyon, décédé à l'âge de 86 ans.

REMERCIEMENTS

Nos directeurs, les docteurs François et Louis Le Sourd, ont été très touchés par les nombreuses marques de sympathie qu'ils ont reçues à l'occasion du décès de leur frère M. Auguste Le Sourd, archiviste paléographe. Ils prient leurs confrères et amis de bien vouloir trouver ici l'expression de leur affectueuse gratitude.

Les rythmes et la vie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, A.-M. CHANOZ, J. MONCHANIN, G. RICHARD, J. GUITTON, F. MENTRE, H. DUPRAT, H. CARDOT, R. BIOT. Editions du Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques. Dépôt général : Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon. Chèque post. : Lyon 388-25. — Un volume in-12, 264 pages. Prix net : 15 fr.; franco, 16 fr. 50. Etranger, 18 fr.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES — Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

La Phytine Ciba

est un excellent galactogène. Nombreuses sont les jeunes mères qui, grâce à elle, ont pu mener à bien l'allaitement de leur enfant

En cas de Rachitisme,
LE FORTOSSAN
et surtout
LE FORTOSSAN IRRADIÉ
constituent son traitement héroïque

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND
109-111, Boulevard de la Part-Dieu - LYON
300

SÉRUM ANTI-HÉMORRAGIQUE
DES DOCTEURS DUFOUR & LE HELLO

ANTHEMA

HÉMORRAGIES
HÉMOPHILIE

HÉMOSTASE
BIOLOGIQUE
PRÉOPÉRATOIRE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC Frs & USINES DU RHÔNE 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE PARIS 3e

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE
DES
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION
DE LA
DOULEUR
dès la 3e injection.

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE MULTIVÉSICULAIRE DE L'ORBITE

Par M. le professeur M.-A. CANGE (d'Alger).

« Jamais deux sans trois », énonce un vieux dicton populaire dont nous venons de trouver la confirmation dans une toute récente intervention motivée, cette fois encore, par un kyste hydatique de l'orbite. Notre dernier article paru dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 janvier 1934 était à l'impression quand, le 31 octobre dernier, nous avons opéré un nouveau cas d'hydatidose orbitaire. Dix cas en quinze ans ! Ce chiffre n'a pourtant rien de bien surprenant. De fait, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, de même qu'il y avait autrefois, pour l'infection charbonneuse, des « champs maudits », il y a de nos jours encore, pour l'infection échinococcique, des « terres hydatiques » et l'Algérie se place en bon rang parmi celles-là, si l'on en juge par le nombre des travaux que les praticiens de ce pays ont consacrés à cette affection et par le nombre des thèses soutenues sur ce sujet devant la Faculté de Médecine d'Alger. Depuis 1910, date de sa création, c'est-à-dire depuis 24 ans, 19 thèses ont eu pour objet l'étude des kystes hydatiques des diverses régions et de presque tous les organes. D'autre part, la localisation orbitaire du kyste hydatique a cessé d'être considérée comme une curiosité pathologique. Depuis 1740, date à laquelle J. L. Petit a fait connaître le premier cas, d'ailleurs discuté, de kyste hydatique de l'orbite, — d'aucuns ont voulu y voir un sarcome kystique — leur nombre s'est considérablement accru. Même, en reportant sur Schmidt l'heureuse fortune d'en avoir donné, en 1802, la première démonstration authentique, il est établi aujourd'hui par des chiffres éloquents que la statistique s'en est singulièrement enrichie.

Ainsi, la localisation dans l'orbite avait cessé d'être « illusoire », comme l'avait affirmé autrefois Mackenzie. Dans son remarquable *Traité des Tumeurs de l'œil et de l'orbite* (1904), le Pr Lagrange en avait rassemblé 71 cas, chiffre que le Pr Teulières élevait à 150 en 1927 et que Morard, dans sa thèse inaugurale, portait à 202, en 1931. Depuis, grâce à des recherches personnelles plus étendues, poursuivies en collaboration avec notre élève Morard et surtout à la documentation de notre excellent collègue et ami le Professeur Dévé, dont les consciencieux et lumineux travaux ont contribué si puissamment à l'étude de l'échinococcose, nous avons pu en rassembler 282 cas.

Une connaissance plus exacte de l'affection, la facilité des interventions chirurgicales apportant leur contrôle opératoire, des moyens modernes d'information scientifique ont permis d'élargir notablement sur ce sujet le domaine de nos connaissances.

OBSERVATION. — N... R..., originaire de Berrouaghia, âgé de 32 ans, entré salle Panas le 10 octobre 1933.

Il y a trois ans, il a constaté dans la région orbitaire gauche, en bas et légèrement en dehors, pour la première fois, la présence d'une tumeur du volume d'une noisette, de sorte qu'il attribue à celle-ci une brusque apparition. Et cependant, il reconnaît lui-même avoir, bien avant sa découverte, éprouvé une certaine gêne de la motilité oculaire, notamment dans le regard en bas.

Pendant un an, la tumeur s'accroît progressivement, jusqu'à atteindre le volume d'une grosse noix, qu'elle a sensiblement conservé depuis. Cette augmentation de volume s'est effectuée sans manifestation douloureuse ni phénomènes inflammatoires ; seuls, quelques tiraillements pénibles accompagnaient les mouvements extrêmes de l'œil ; en outre, le malade notait une baisse continue de l'acuité visuelle.

A son entrée à l'hôpital, on constate les lésions suivantes :

La paupière inférieure gauche est le siège d'un relief arrondi dont la saillie régulière et uniforme efface le sillon orbito-palpébral inférieur. La peau a conservé sa coloration, sa souplesse et sa mobilité normales.

FIG. 1.

Avant l'opération. Quinze jours après l'opération.

A la palpation, on perçoit une tumeur de surface lisse, du volume et de la forme d'un gros marron d'Inde ; elle repose en bas sur le plancher orbitaire, bombe en une saillie hémisphérique dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et repousse le globe oculaire vers l'arcade sourcilière, déterminant ainsi une exophtalmie légère et une déviation de la cornée en haut et en dedans. Cette tumeur tendue, mais nettement fluctuante, se transillumine par l'éclairage de contact. Il s'agit donc d'une collection à contenu translucide.

Indépendante de la paroi orbitaire inférieure, elle en est séparée par un sillon dont la largeur s'accroît quand on la mobilise vers le haut, en même temps que, dans le cul-de-sac conjonctival, son relief s'accuse davantage. De même, elle est indépendante de l'œil : elle ne suit aucun de ses mouvements.

La mobilité du globe se trouve nettement entravée : l'abduction est totalement abolie, l'adduction a conservé son amplitude habituelle ; l'élévation (15°) et l'abaissement (5°) sont notablement limités.

L'œil a conservé son apparence normale ; le segment antérieur ne présente aucune modification, l'iris est mobile, non adhérent et réagit bien à la lumière. La papille légèrement décolorée possède des vaisseaux un peu grêles. L'acuité visuelle se trouve réduite à 2/50. Il existe un astigmatisme myopique inverse de 1^d50, indiqué par la skiascopie et confirmé par le Javal : (méridien horizontal -3^d, méridien vertical -2^d, Javal $125° \pm 1^d50$). Même avec l'emploi de verres correcteurs V = 4/50.

Examens de laboratoire. — Weinberg négatif.
1 éosinophile sur 100 leucocytes.

Précipitation de Fleig Lisbonne négative.
Casoni franchement positif.

L'examen général ne permet de découvrir aucune autre localisation d'échinococcose. Tous les organes apparaissent indemnes, ils ne sont d'ailleurs le siège d'aucun trouble fonctionnel.

Intervention. — Le malade a été opéré le 31 octobre 1933. Incision de 5 centimètres au niveau de la partie culminante de la tumeur, à 5 millimètres au-dessus du sillon palpébral inférieur et parallèlement à lui. On arrive ainsi sur la poche, dont on libère l'hémisphère antérieur aussi profondément que possible. A ce moment, on la ponctionne avec un fin trocart. Il s'en écoule seulement 3 cm^3 de liquide eau de roche, mais sans que la tumeur s'affaisse manifestement. On en conclut que la présence de vésicules filles a sans doute obstrué l'ouverture du trocart. Puis on procède à l'injection d'une solution de formol à 1 p. 100, injection arrêtée dès son début par la tension de la poche, qui aussitôt atteint un degré beaucoup plus élevé qu'auparavant. En outre, particularité importante et qui confirme notre hypothèse, la solution formolée ne ressort pas. L'adventice repérée est alors incisée sur le trocart. Sa face interne apparaît luisante, comme lavée. L'enveloppe du kyste ouverte, on trouve la membrane hydatique, friable, d'aspect porcelainé, qui se déchire facilement sous la traction de la pince ; par la brèche, de nombreuses vésicules filles se répandent dans l'ectocyste. On les extrait à la curette mousse après un formolage consciencieux. On en compte jusqu'à 75 de diverses dimensions, les plus petites du volume d'une tête d'épingle, les plus grosses des dimensions d'un grain de raisin. Après un nouveau nettoyage à la gaze imbibée de solution formolée suivant les recommandations de Dévé, on marsupialise par quelques points en U. On rétrécit enfin les lèvres de la plaie. Drainage.

Les suites opératoires furent des plus régulières. Au premier pansement la plaie a bon aspect ; aucune sécrétion ne s'écoule par l'orifice des drains ; il existe simplement un peu d'œdème mou, non douloureux, de la paupière inférieure. Six jours après l'intervention, l'ablation des drains et des fils permet le parachèvement de la cicatrisation.

On constate alors, fait déjà remarqué dès la fin de l'intervention, de grands progrès du côté de la motilité oculaire : l'abduction a repris une amplitude presque normale ; elle arrive maintenant à 40° — l'abaissement, limité à 5° avant l'opération, peut atteindre 60°. Même amélioration dans l'excursion du globe en haut. A noter également que le champ visuel qui, avant l'intervention, montrait un très léger rétrécissement concentrique, avec une encoche en haut et en dedans, a repris sa forme et son étendue normales. La skiascopie donne un méridien horizontal eumétrope, un méridien vertical myope (<—1°) ; donc à l'astigmatisme inverse a succédé un léger astigmatisme direct $\pm 0{,}75$, par conséquent physiologique.

La papille, à l'examen ophtalmoscopique, semble quelque peu décolorée avec des vaisseaux encore grêles : en somme, aucune modification appréciable du fond d'œil. L'acuité visuelle est réduite à 3,5/50.

Des examens de laboratoire ont été pratiqués à plusieurs reprises après l'opération et à quelques jours d'intervalle. On a trouvé une faible éosinophilie : 2 p. 100 puis ensuite 4 p. 100. La précipito-réaction de Fleig-Lisbonne et le Weinberg sont demeurés négatifs. Le Casoni s'est montré très fortement positif.

Le malade a quitté le service trois semaines plus tard, dans l'état indiqué sur la photographie.

Telle est, relatée avec ses caractères cliniques essentiels, et complétée par les résultats des investigations biologiques, cette nouvelle observation de kyste hydatique de l'orbite. Elle n'est pas faite pour modifier les conclusions générales que nous avons précédemment formulées, mais elle comporte néanmoins un certain nombre de précisions et d'enseignements complémentaires que nous allons rapidement mettre en relief.

Il s'agit d'un indigène du sexe masculin, vivant de la vie des champs, arrivé à l'âge moyen de la vie, et dont la tumeur s'est localisée du côté gauche, constatations qui corroborent les données généralement admises, relatives à l'influence du sexe, de l'âge et du milieu, ainsi que la prédilection pour le territoire vasculaire irrigué par la carotide primitive gauche. Nous avons rappelé, toujours d'après la théorie classique, les raisons de cette localisation élective dans l'orbite gauche ; mais n'a-t-on pas le droit d'être surpris de constater qu'elle fait défaut dans les cas aujourd'hui nombreux de kystes hydatiques du cerveau puisque « la localisation primitive se fait indifféremment dans l'hémisphère droit et dans l'hémisphère gauche. En revanche, les kystes secondaires affecteraient plutôt le côté droit que le côté gauche et dans le tiers des cas seraient bilatéraux » (P. Lombard).

Du point de vue de sa STRUCTURE, ce kyste a présenté deux particularités concernant : *a*) l'épaisseur de l'adventice ; *b*) la nature du contenu.

Dans tous les cas de kystes hydatiques opérés par nous précédemment, nous avions presque toujours rencontré une membrane adventice mince ; dans ce dernier cas, au contraire, elle était plutôt fibreuse, comme nous avons pu le constater en la sectionant à l'aide des ciseaux. Rien n'est d'ailleurs plus variable que l'épaisseur de cette adventice : certains auteurs la considéraient comme d'une ténuité extrême, tandis que d'autres l'ont trouvée tellement dense qu'elle communiquait à la tumeur la dureté du fibrome ; et l'erreur clinique n'a été reconnue qu'au cours de l'intervention.

La plupart des kystes qu'il nous a été donné d'observer étaient des kystes univésiculaires (1). Le liquide, eau de roche, se trouvait totalement dépourvu d'éléments figurés. Pourtant, dans une observation (M... L., Obs. VII) il s'en est échappé 7 vésicules filles, « les unes grosses comme un pois, les autres comme une tête d'épingle ». Dans l'observation VI, nous avons noté la présence d'une vésicule fille du volume d'un pois et l'examen microscopique du liquide a décelé l'existence indiscutable d'un seul crochet. Dans une troisième observation, enfin, nous avons rencontré une vésicule fille solitaire. Mais dans notre dernier cas d'échinococcose orbitaire, reproduit en tête de cet article, la poche était littéralement bourrée de vésicules secondaires, pour ainsi dire agglutinées entre elles, les unes libres, d'autres attachées encore à la paroi de la vésicule mère, remarquables par leurs différences de volume, et surtout par leur nombre considérable (Fig. 2). Assurément, et d'autres observations que les nôtres en font foi, il n'est pas rare

(1) Voir notre classification des kystes hydatiques dans le tableau du précédent article paru dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 janvier 1934.

de rencontrer une, deux, quatre ou six vésicules filles. Mais exceptionnels sont les cas de kystes hydatiques de l'orbite — toujours de volume réduit — qui en renferment un nombre aussi élevé que celui qui fait l'objet de ce travail. Waldhauer en a trouvé « 16 grosses et 1 petite », Tavignot « une vingtaine », et Lawrence « une quantité suffisante pour remplir une demi-tasse à café ». Dans le cas de Westphall on en a compté 90, mais il s'agissait d'un kyste biloculaire crânio-orbitaire, de sorte que notre observation, avec ses 75 vésicules secondaires, peut être considérée comme le cas « record » des kystes hydatiques multivésiculaires à localisation exclusivement orbitaire.

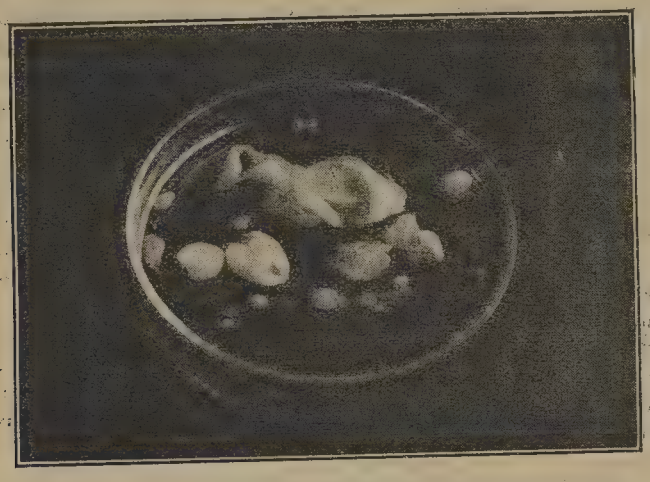


FIG. 2. — La poche principale, flétrie, les vésicules-filles et le sable hydatique.

Les RÉACTIONS BIOLOGIQUES, dans cette dernière observation, ont établi : l'existence d'un Casoni franchement positif, l'absence d'éosinophilie, la négativité du Weinberg. Il faut y ajouter, en outre, l'épreuve de Fleig-Lisbonne ou *précipito-réaction* hydatique qui est restée muette. On a cependant proclamé la valeur et la simplicité de cette dernière recherche de laboratoire ; en réalité, elle a donné des résultats excessivement variables suivant les auteurs. Signalons ce détail : c'est la première fois, à notre connaissance, qu'elle a été pratiquée pour un kyste hydatique de l'orbite.

Nous pouvons condenser maintenant dans un tableau d'ensemble les données fournies par le laboratoire dans nos dix observations personnelles.

Enumération.	Eosinophilie.	Weinberg.	Casoni.
1918.....	+.9 %	—	
1919.....	+.8 %	—	
1923.....	—.2 %	—	
1924.....	—.1 %	—	
1925.....	—.1 %	+	
1926.....	— 2 %	—	—
1931.....	—.2 %	—	—
1933 a.....	+.6 %	—	—
b.....	+.5 %	+	+
c.....	—.1 %	—	+

Avant tout commentaire, rappelons les notions clasiques relatives au kyste hydatique envisagé d'une façon générale. Elles nous enseignent :

1° Que ces réactions (Weinberg et éosinophilie) sont le plus souvent associées, concordantes, toutes deux positives ;

2° Que les cas où l'on note, des deux côtés, des résultats négatifs sont l'exception ;

3° Que lorsque ces réactions sont discordantes, « dissociées », c'est le plus souvent l'éosinophilie qui fait défaut ;

4° Enfin, que l'éosinophilie et le Weinberg peuvent apparaître après l'intervention chirurgicale.

Eh bien, ces conclusions ne cadrent pas, tant s'en faut, avec les résultats que nous avons obtenus. De fait, nous avons trouvé :

1° Que 1 fois seulement sur 10, Weinberg et éosinophilie ont été simultanément positifs ;

2° Que dans la moitié des cas les recherches ont été, toutes deux, négatives ;

3° Que dans 4 cas où les réactions se sont montrées *dissociées*, l'éosinophilie s'est affirmée positive 3 fois et le Weinberg 1 fois seulement. J'ajouterai cependant que, dans ce dernier cas, la réaction de Weinberg fut si franchement positive que le Dr Béguet, chef de service à l'Institut Pasteur d'Alger, qui s'était chargé personnellement de cette recherche, s'est montré très affirmatif, qu'il se déclara absolument sûr de sa technique et d'une confiance entière dans le résultat, à telle enseigne qu'il voulut assister à l'opération pour en recueillir *de visu* la confirmation ;

4° Nous n'avons malheureusement pas recherché systématiquement, et dans tous les cas, les modifications qu'ont pu introduire dans les réactions biologiques les interventions chirurgicales. Dans les observations où cette étude a été poursuivie, nous avons noté : *a*) que le Weinberg n'en avait pas été influencé ; *b*) que la proportion des éosinophiles, normale auparavant, s'était élevée après l'opération et, sans doute, à cause d'elle (Obs. VIII, 1933, a : de 5% à 25 % — Obs. X 1933, c : de 1 % à 4 %). Dans notre dernière observation, la réaction de Casoni est demeurée franchement positive ; même elle apparût alors plus précoce et plus nette. Et cela n'est pas fait pour nous surprendre. Nous avons indiqué déjà dans le précédent article, que ce test présentait cet avantage de s'affirmer même dans les cas de kystes morts ou suppurés ; mais un autre avantage qui n'est pas négligeable résiderait dans sa persistance quasi-indéfinie affirmée par Dévé qui l'a retrouvée, aussi nette que la première fois, 14, 15 et 20 ans après une ablation radicale et sans qu'un examen approfondi ait révélé, en un point quelconque de l'économie, l'existence d'un kyste secondaire ou récidivé, cliniquement et radiologiquement reconnaissable. Botteri, cité par Dévé, l'aurait encore trouvé positif après une période de 22 ans. Ces particularités soulignent la valeur de la réaction de Casoni pour le diagnostic immédiat et rétrospectif du kyste hydatique. Quant à nous, bien que le nombre de nos essais soit encore restreint, nous sommes enclins à lui accorder une réelle valeur.

Dans la SYMPTOMATOLOGIE de notre dernière observation nous relèverons seulement les deux manifestations suivantes concernant :

a) La déformation de la sphère oculaire ;

b) Les altérations du tractus neuro-rétinien appréciables à la fois par les troubles fonctionnels et par l'examen ophtalmoscopique.

La déformation du bulbe résultant de la compression exercée par la tumeur s'est traduite ici par un astigmatisme myopique *inverse* qui, après l'extirpation, s'est transformé en un astigmatisme physiologique *direct* de 0d75, l'œil sous l'influence de son élasticité ayant repris sa forme normale.

Quant aux lésions ophtalmoscopiques, elles rentrent évidemment dans le cadre de l'atrophie papillaire sans lésions évidentes de névrite intra-oculaire antécédente. La papille décolorée, à bords nets, à vaisseaux grêles n'a présenté aucune modification appréciable au cours du peu de temps pendant lequel nous avons pu suivre notre opéré. Seul, le champ visuel a paru s'être légèrement agrandi sans que l'acuité visuelle se soit relevée.

De notre Intervention découlent également des enseignements opératoires précieux.

Si dans les cas de kystes univésiculaires l'opération est d'une remarquable simplicité, elle devient autrement laborieuse lorsqu'il s'agit de kystes multivésiculaires. Dans les premiers, la ponction de la poche, l'évacuation complète de son contenu permettent ensuite l'extraction facile de la membrane hydatique. Cela devient aussi élémentaire que l'ablation des gros kystes de l'ovaire d'autant plus aisés à opérer qu'ils sont plus volumineux parce qu'ils sont uniloculaires et que, vidés de leur contenu, ils s'affaissent, tel un ballon dégonflé, facilitant ainsi la ligature du pédicule. Il en est autrement dans les cas de kystes abondamment fertiles. Alors, il importe de procéder à une ouverture à la fois large et prudente de l'ectocyste, d'extraire la membrane hydatique dont l'accouchement est rendu d'autant plus délicat qu'elle est elle-même distendue par des vésicules filles plus nombreuses et plus volumineuses, et surtout de veiller à ce qu'il ne reste dans le foyer opératoire aucune production susceptible de donner naissance à un réensemencement et à une récidive. De là découle la nécessité de recourir, ainsi que nous l'avons indiqué, à des formolages répétés et à une exploration méticuleuse de la cavité, de ses recoins, de ses diverticules. Le côté le plus instructif peut-être de ce travail sera précisément d'avoir montré que l'intervention ne présente pas toujours la simplicité et l'élégance que nous lui avions précédemment attribuée. Aux écueils opératoires habituels et bien connus résultant du voisinage d'organes importants comme le globe oculaire, ses muscles, ses filets nerveux sensitifs et moteurs, son cordon sensoriel, viennent s'ajouter parfois des difficultés inattendues tenant aux caractères de la paroi kystique et à la nature de son contenu.

Diabète et insulinémie, par Jean La Barre, chargé de cours à l'Université de Bruxelles, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique. Préface du professeur E. Zunz. — 1 volume de 284 pages, avec 45 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

Leçons sur l'alimentation. Physiologie. Régime, par Gioviani Lorenzini, professeur de Chimie biologique à la Faculté de Médecine de l'Université Royale de Milan. — Un volume de 325 pages. — Prix : 36 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 3 février 1934)

Sur l'action sensibilisante des filtrats de cultures de bacilles de Koch en bouillon glycériné — MM. A. Boquet et G. Sandor démontrent que, contrairement aux protéides bacillaires, dont l'action préparante se limite aux substances homologues, les filtrats phéniqués de bouillon de culture du bacille de Koch, injectés par voie péritonéale, sensibilisent les cobayes aux protéides intacts d'origine bacillaire et aux antigènes thermostabiles de la tuberculine brute. La sensibilité ainsi produite ne débute qu'après une période d'incubation de longue durée. Elle persiste pendant plus de 8 mois. Mais, que l'on emploie des protéides bacillaires non dénaturés ou de la tuberculine, les réactions dermiques obtenues chez les animaux sensibilisés par les filtrats diffèrent des réactions allergiques habituelles par la précocité de leur apparition et par l'importance des phénomènes inflammatoires, exsudatifs et souvent hémorragiques, qui se manifestent au cours des premières heures de leur évolution.

L'intérêt de cette forme particulière de l'hypersensibilité anaphylactique s'augmente du fait qu'elle est polyvalente, en ce sens qu'elle s'applique également, presque avec la même intensité, aux protéides d'origine animale contenus dans le bouillon.

Tension superficielle comparée des sérums maternel et fœtal. — M. L. Grimard-Richard. La tension superficielle du sérum des femelles de cobayes pleines est la même que celle des cobayes normaux, mais la tension superficielle du sérum des fœtus est toujours moins élevée que celle de la femelle qui les porte. Ce fait s'explique facilement par la différence de la composition du sang maternel et du sang fœtal.

Recherche du « treponema pallidum » dans les ganglions lymphatiques périphériques des souris syphilisées expérimentalement. — MM. C. Levaditi, R. Schoen, A. Vaisman et P. Haber. La technique de l'examen des coupes imprégnées à l'argent, suivant le procédé de Dieterlé, appliqué à la recherche du *Treponema pallidum* dans les ganglions lymphatiques périphériques de souris syphilisées expérimentalement, fournit des résultats infiniment supérieurs à ceux obtenus par l'emploi de l'ultramicroscope. Grâce à l'imprégnation argentique, il est possible de déceler des quantités parfois considérables de tréponèmes en quelques minutes, alors qu'il faut des heures d'observation ultra-microscopique pour découvrir quelques rares parasites dans les mêmes glandes lymphogènes.

Quelques observations sur les variations biologiques du virus tuberculeux « in vivo ». — MM. J. Valtis et F. van Deinse décrivent six expériences, au cours desquelles ils ont assisté à une évolution *in vivo* dans l'organisme du cobaye du virus tuberculeux, présent dans divers produits pathologiques sous une forme, probablement assimilable aux éléments filtrables de ce virus. Quand ces formes, non cultivables en soi, et dénuées de virulence, évoluent vers la virulence, soit sous l'influence d'un traitement des cobayes par l'extrait acétonique de bacille de Koch, soit spontanément, ils passent par un premier stade cultivable sous forme de colonies crémeuses, correspondant à des lésions purement ganglionnaires, chez le cobaye. A un stade plus avancé, on obtient des colonies sèches et ce stade correspond aux lé-

sions organiques caséeuses. Les cultures ainsi obtenues se comportent comme celles, issues de cobayes inoculés avec du filtrat tuberculeux et traités par l'extrait acétonique.

Sur la transmission humorale, chez le chien, des stimulations des nerfs du foie. — MM. Léon Binet, René Gayet et Mlle Denise Quivy signalent que la stimulation électrique des nerfs du foie chez le chien libère dans le sang une substance sympatico-mimétique, dont l'effet se manifeste par la contraction de la membrane nictitante sensibilisée et par l'accélération du cœur énervé.

L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans l'obésité. — MM. Marcel Labbé et Boulin ont pratiqué chez cinq obèses l'épreuve d'hypoglycémie insulinique. Les résultats se sont montrés très voisins de ceux que l'on observe chez les sujets normaux : l'injection intra-veineuse de 12 unités d'insuline a déterminé en effet chez ces malades un abaissement de la glycémie de 60,4 % en moyenne, alors que chez le sujet normal, ce taux est ordinairement de 51 % environ. Il est à noter que la glycémie minima n'a été atteinte qu'au bout de 61 minutes en moyenne, alors que chez le sujet normal, la chute est achevée au bout d'une quarantaine de minutes.

Sur quelques modifications sanguines dans les états dépressifs. — M. R. Targowla a observé chez les petits anxieux asthéniques, comme dans les grands états d'anxiété pure, une formule leucocytaire de mononucléose avec tendance à la leucopénie, s'associant à l'anémie. Ces faits se distinguent des psychoses de type confusionnel qui s'accompagnent d'hyperleucocytose avec polynucléose ; ils se rapprochent des états parkinsoniens post-encéphalitiques dans lesquels on trouve la même mononucléose sanguine.

Election d'un membre titulaire. — M. Ramon est élu par 58 voix sur 66 votants.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 11 janvier 1934)

Mouvements anormaux unilatéraux de l'épaule à type d'agitation motrice d'origine congénitale. — MM. H. Schaeffer et R. Bize présentent une jeune fille de vingt-quatre ans, dont l'épaule droite est agitée de secousses rapides, irrégulières, intéressant surtout les rotateurs externes et les abducteurs de l'épaule. Du même côté, il existe un hémisyndrome pyramidal discret et un syndrome cérébelleux très fruste. Les mouvements se distinguent nettement de ceux de l'hémiballisme, de la chorée chronique, de l'hémiathétose, des myoclonies, de l'instabilité motrice. Ils se rapprochent de ceux du syndrome de Benedickt et des lésions de la partie supérieure du noyau rouge. Dans le cas présent, on peut signaler, comme facteurs étiologiques, un traumatisme obstétrical et un terrain vraisemblablement hérédo-syphilitique. Les auteurs proposent le terme d' « omotachyséismie ».

MM. Lhermitte, André Thomas, Guillain, Krebs, Souques, Baudouin engagent une discussion sur la terminologie des mouvements involontaires de cet ordre et sur la définition des myoclonies.

Résultat fonctionnel d'opérations orthopédiques dans une paralysie infantile des membres inférieurs. — M. André Thomas, M. et Mme Sorel présentent une jeune fille, qui était complètement immobilisée au lit, depuis l'âge de trois ans, par une paralysie infantile qui avait atteint les deux membres inférieurs. Cette jeune fille présentait de gros troubles trophiques des membres inférieurs. A la suite d'une arthrodèse du genou et du pied, la marche est possible sans canne, et les troubles trophiques ont disparu. Il faut noter que la paralysie complète du quadriceps n'empêche pas la marche et que ce muscle paraît suppléé par le tenseur du *fascia lata*.

Méningiome supra-sellaire. Opération. Guérison. — MM. Guillaume, Alajouanine et Thurel présentent un cas de méningiome supra-sellaire, qui a débuté par des crises comitiales et par l'amaurose. Le symptôme dominant était un état confusionnel très intense. La ventriculographie permettait de diagnostiquer une tumeur médiane qui se développait surtout vers la gauche. La radiographie montrait une légère déformation de la petite aile du sphénoïde et du *tuberculum sellæ*.

La tumeur a pu être enlevée après une section large du pôle frontal.

Les troubles psychiques ont paru s'aggraver pendant les deux mois qui ont suivi l'opération. Puis ils se sont améliorés rapidement, et ils ont maintenant disparu.

M. Cl. Vincent remarque que le méningiome du *tuberculum sellæ* ne présente pas toujours son type habituel, tel que l'a décrit Cushing, mais peut évoluer à la manière du méningiome olfactif.

M. de Martel note l'absence de toute concrétion supra-sellaire visible sur la radiographie.

MM. Lhermitte, Baruk soulignent l'intérêt du syndrome psychique et de sa disparition à la suite de la libération du lobe frontal gauche.

Adénome chromophobe de l'hypophyse. Evolution des troubles menstruels et du diabète insipide. — MM. de Martel, Alajouanine, Thurel et Guillaume présentent une femme, qui a déjà fait l'bjet d'une communication en mai dernier. Cette femme avait perdu la vue en moins de trois mois par lésion chiasmatique, et, bien que les règles eussent été parfaitement conservées jusqu'au moment de l'opération, il s'agissait d'un adénome chromophobe de l'hypophyse, qui put être cureté. La malade guérit, mais les règles, qui se produisirent encore cinq jours après l'opération, cessèrent ensuite complètement. De plus, pendant l'opération, apparut une polydipsie intense, qui fut suivie de polyurie après un décalage de vingt-quatre à trente-six heures. Le diabète insipide semble avoir été déterminé par une lésion de la région infundibulaire ; cependant il s'est montré très nettement influencé par les injections de lobe postérieur d'hypophyse. Un traitement bismuthique (malgré l'absence de toute syphilis) l'a atténué. La radiothérapie le fait disparaître progressivement.

M. Cl. Vincent a opéré une malade qui avait également un adénome chromophobe malgré la persistance des règles ; mais celles-ci ont continué après l'opération. Une autre malade, atteinte d'adénome chromophobe et aménorrhéique, a vu disparaître ses règles quatre ans après l'opération. Il en a été de même chez une acromégale.

Tumeur angiomateuse et calcifiée insérée sur le plancher du IVe ventricule. Ablation. Guérison. — MM. Marcel David, G. Loisel, C. Ramirez et M. Brun présentent une malade chez laquelle l'intervention leur a permis d'enlever avec succès une tumeur insérée sur toute l'étendue du plancher du quatrième ventricule. Cette tumeur était composée de deux portions : une portion inférieure charnue, du volume d'une grosse noisette, très adhérente à l'étage bulbaire du plancher ; une portion supérieure calcifiée, semblable à une dent, étendue de la face dorsale de la protubérance à la valvule de Vieussens. Après section du ver-

mis, la tumeur put être désinsérée du plancher à la pince électrocoagulante, et la valvule de Vieussens fut incisée sans qu'il s'ensuivît de troubles graves de la respiration et du pouls. Les suites opératoires furent simples, et la malade est actuellement guérie.

Histologiquement, il s'agit d'un angiome capillaire. Ces angiomes capillaires du quatrième ventricule sont rares ; ils doivent être distingués des hémangioblastomes du type Bailey et Cushing, beaucoup plus fréquents.

Cl. Vincent a rapporté le premier cas français de tumeur de ce type enlevée avec succès. Les observations analogues restent très rares.

Un cas anatomo-clinique de tumeur de la moitié inférieure du quatrième ventricule évoluant depuis longtemps sans distension ventriculaire importante. — MM. J.-A. Chavany, M. David et M. Roizès. Une femme de trente-huit ans a présenté, il y a six ans, les premiers signes d'une hypertension intracranienne, qui se sont accentués notablement depuis deux ans, et qui ont pris une allure aiguë il y a deux mois. La stase papillaire est bilatérale. L'histoire clinique est celle d'une tumeur de la fosse cérébrale postérieure. La ventriculographie ne décèle pas la distension ventriculaire attendue. Trépanation décompressive sous-temporale. Mort trois jours après l'intervention. A l'autopsie, on trouve une tumeur de type épendymome de Cushing (glioblastome isomorphe de del Rio Hortega), qui oblitère seulement la partie bulbaire du quatrième ventricule, laissant perméables les trous de Luschka, ce qui explique l'absence de distension ventriculaire. Il est difficile d'incriminer l'intervention comme cause du décès, car de telles tumeurs ont souvent des issues fatales brusques sans aucun acte opératoire préalable. Les tentatives d'extirpation sont très graves, d'après Cushing, qui a obtenu dans un cas une survie de plusieurs années, en utilisant, comme les auteurs, la simple décompressive sous-temporale.

Hémi-hypertrophie du corps de type congénital, totale et pure, associée à un dolicho-côlon. — MM. G. Guillain et P.-R. Bize rapportent un cas d'hémi-hypertrophie du corps, d'origine congénitale, de type total, c'est-à-dire portant, non seulement sur les membres, la tête, le tronc, les fesses, mais encore sur l'œil, la langue, le voile du palais, le pharynx, le sein et les organes génitaux externes du même côté ; cette inégalité de développement intéresse l'os et les parties molles, non seulement en largeur, mais encore en longueur, mais sans asymétrie dans le degré d'ossification et dans l'évolution des points d'ossification. Cette malformation est pure, c'est-à-dire indépendante de tout nævus cutané ; il s'y associe, du même côté, une hémi-hypotonie articulaire, une légère diminution de la force musculaire, et de l'hypothermie. Mais surtout, il y a association de malformations coliques qui réalisent un dolicho-côlon subtotal et surtout un méga-dolicho-côlon sigmoïde.

Cette coexistence d'hémi-hypertrophie et de mégadolicho-côlon n'a pas encore été signalée.

Histopathologie de la syringomyélie traitée par les rayons X. — MM. J. Lhermitte, Nemours-Auguste et J. Trelles. L'irradiation rœntgénienne constitue la meilleure thérapeutique contre la syringomyélie.

Depuis 1906, époque à laquelle furent réalisés les premiers essais, cette méthode a prouvé son efficacité. On a pu, cependant, prétendre que l'irradiation pouvait déterminer quelques lésions de la moelle, si l'on n'y prenait garde. Lhermitte et Beaujard, en 1907, ont déjà fait la critique de cette assertion, qui se fonderait uniquement sur une mauvaise expérimentation.

Les auteurs rapportent aujourd'hui un cas de syringomyélie cervicale typique chez une femme de quarante-cinq ans, qui fut traitée par la radiothérapie et très grandement améliorée. Malheureusement, cette patiente succomba à une septicémie secondaire à un phlegmon analgésique des gaines des fléchisseurs de la main, après avoir subi deux séries d'irradiations.

La moelle montre ici une discrète gliomatose dans la région cervicale irradiée, et une prolifération névroglique beaucoup plus accusée dans la région dorsale, qui échappa à l'irradiation. D'autre part, on peut constater l'absence absolue de tout phénomène réactionnel d'ordre vasculaire ou méningé.

Dans ce fait, on peut remarquer aussi la prolifération des acini mammaires du côté malade, associée à l'hypertrophie fibreuse du mamelon.

Etude radiologique de la selle turcique dans les tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire (Travail du service du docteur Cl. Vincent). — MM. P. Puech et Stahl projettent une série de clichés et de schémas sur les tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire.

Pour les adénomes de l'hypophyse, ils mettent en relief les différences anatomiques et radiologiques qui existent entre les selles d'adénomes chromophobes et les selles d'adénomes acidophiles.

Les selles d'adénomes chromophobes sont des selles agrandies dans tous leurs diamètres, à parois atrophiques, à orifice supérieur élargi. Elles se détruisent plus vite que les selles d'adénomes acidophiles.

Les selles d'adénomes acidophiles sont différentes : au ballonnement sous l'effet de la pression intrasellaire, s'ajoutent des modifications propres à l'acromégalie. Les parois sont plus épaisses, les apophyses clinoïdes sont plus longues et plus épaisses, le tubercule de la selle très anormalement saillant forme *un bec entre les deux nerfs optiques. Ce bec acromégalique* est en majeure partie lié à la proéminence du sinus sphénoïdal agrandi. Il contribue à *rétrécir en avant l'orifice supérieur de la selle* qui, en général, est plus fermé que dans les adénomes chromophobes. Ces particularités se retrouvent à l'intervention.

Dans les *adénomes hypophysaires dits de transition*, la selle turcique est du type acromégalique. Du point de vue neuro-chirurgical, il est important d'apprécier, chez les acromégales, avant intervention par voie endocranienne sous-frontale, l'ouverture de la selle, et en particulier le degré de proéminence du bec acromégalique. Celui-ci peut apporter une gêne considérable à l'abord de l'adénome par cette voie et sa résection peut n'être pas sans risque, en raison surtout de la présence du sinus sphénoïdal.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(séance du 10 novembre 1933)

Paralysie spontanée du nerf phrénique chez un tuberculeux pulmonaire. — MM. Levi-Valensi (A.) et Torner (M.). Observation d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse à prédominance de lobite supérieure droite chez lequel l'examen radiologique permit d'objectiver tous les signes d'une paralysie du nerf phrénique droit sans association sympathique.

Pathomimie chez une mauresque. — MM. Montpellier et Chiapponi. Jeune mauresque de 25 ans, suivie durant 8 mois, pour des placards érythémato-bulleux disséminés. Très bel exemple de lésions provoquées sur une maladie manifestement pithiatique.

Hémiplégie syphilitique apparue trois mois après un chancre. — M. Loubeyre (M.). Observation ayant trait à un adulte jeune, ne présentant aucun épisode pathologique

antérieur et frappé brusquement trois mois après un chancre d'une hémiplégie qui guérit sous l'influence du traitement antisyphilitique.

Sciatique et cancer du pancréas. — MM. Benhamou (Ed.), Huguenin (R.) et Daen (J.) rapportent l'observation d'une femme de 53 ans, soignée pendant 8 mois pour une lombo-sciatique rhumatismale et qui entra à l'hôpital parce que les douleurs s'étaient accentuées et que le membre inférieur gauche commençait à présenter de l'impotence fonctionnelle. L'examen clinique montra une tuméfaction dans le triangle de Scarpa ; et le toucher vaginal, ainsi que le toucher rectal permirent de délimiter une tumeur dure, volumineuse, de la région ischiatique. L'examen radiographique confirma la présence d'une tumeur qui avait détruit la branche montante du pubis et de l'ischion gauche. Cet examen radiologique montra en outre des images de métastases vertébrales au niveau de la 5e lombaire et de la première sacrée.

L'apparition de deux métastases claviculaires permit un examen histologique qui fit conclure, non à un ostéo-sarcome primitif de l'ischion, mais à des localisations osseuses multiples d'un épithélioma cylindrique. Un nouvel examen radiologique avec barytage de l'estomac autorisa le *diagnostic probable de cancer latent de la queue du pancréas à début sciatalgique.*

A propos de deux cas de syndrome d'Adams-Stokes. — M. Levi-Valensi (A.). Les formes paroxystiques du pouls lent permanent ; les faux aspects de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète.

Observation d'une malade atteinte d'aortite et qui présentait des vertiges de cause inexpliquée, mais que l'observation prolongée permet de rattacher à un syndrome d'Adams-Stokes méconnu, la bradycardie (avec dissociation auriculo-ventriculaire complète) ne se manifestent que certains jours.

D'autre part, à propos de cette observation et d'une autre inédite, C. V. insiste sur les faux aspects de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète que peuvent imposer certains tracés électriques ou mécaniques enregistrés au cours de dissociation complète lorsque les ventricules, battant au rythme autonome les oreillettes par hasard, une fréquence à peu près double ou triple de ce rythme.

MM. Montpellier, Mme et M. Bartoli, Chiapponi relatent l'observation d'un cancéreux (malade du professeur agrégé Duboucher), qui a bénéficié d'une vaccinothérapie anticancéreuse dans des proportions vraiment surprenantes. Ils signalent que ces premiers travaux concernant la thérapeutique du cancer par des extraits néoplasiques seront rapportés dans la thèse inaugurale du Dr Caillaud (janvier 1934, Alger).

L'ethmoïdite (1), par Patrick Watson-Williams et Eric Watson-Williams (de Bristol).

Les monographies oto-rhino-laryngologiques internationales publiées par M. Vernet (Paris), L. Ledoux (Bruxelles), Aloni (Lyon), Portmann (Bordeaux) et Sourdille (Nantes) nous apportent une monographie de Patrick et Eric Watson-Williams consacrée à l'ethmoïdite. La question est étudiée sous toutes ses faces, anatomie, pathogénie, formes cliniques et traitement. La monographie est abondamment illustrée. Un résumé en anglais termine cet excellent exposé.

(1) Les Presses universitaires de France, 49, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

PRATIQUE MÉDICALE

LA PYRÉTOTHÉRAPIE EST-ELLE UTILE EN PHTISIOTHÉRAPIE?

On peut dire avec le professeur Léon Bernard (1) qu'une tuberculose accompagnée de fièvre même « légère doit toujours être considérée comme active » et que « plus une tuberculose est fébrile, plus elle doit être considérée comme grave ». Cela nous explique l'échec des méthodes d'immunisation active de la tuberculose par les tuberculines qui ont l'inconvénient de provoquer de fortes réactions focales avec des poussées hyperthermiques souvent élevées. Jousset (2) qui, sous le nom d'Allergine, emploie des toxines solubles extraites du bacille de Koch, reconnaît « qu'il se produit chez le tuberculeux une sorte de réveil, de réactivation des foyers malades qui a aussi son utilité, mais qui pourrait être dangereuse si ces foyers étaient trop étendus, en sorte que l'utilisation de l'Allergine comme médicament exige certaines précautions et veut, avant tout, que le malade ne soit pas trop gravement atteint. Cela est esentiel ».

« Primum non nocere », dit avec raison le vieux proverbe latin. Les méthodes prétendues spécifiques qui peuvent réussir dans certains cas, sont des armes à deux tranchants, souvent plus nuisibles qu'utiles.

Comme le dit très bien le professeur Leuret de Bordeaux (3) : « Quand nous voyons, spontanément ou par thérapeutique, guérir un tuberculeux pulmonaire, il le fait par sclérose et enkystement de ses lésions. Or, dans ce travail d'enkystement, seule méthode encore connue de guérison, la congestion péri-focale répétée, puis chronique, joue un rôle essentiel. Le rôle du thérapeute, dans l'état actuel de la science, doit être de la provoquer et de l'entretenir, mais sans faire éclater le foyer. Ailleurs, une congestion violente d'un foyer tuberculeux (testicule, genou, etc...) est sans gravité ; mais dans le poumon, éponge vasculaire, le danger d'une telle réaction locale est très différent ». Réservons donc le traitement dit spécifique par les tuberculines, ainsi que l'héliothérapie, les rayons ultra-violets, etc..., toutes les méthodes, en un mot, qui sont pyréto-thérapiques, aux tuberculoses externes, dites chirurgicales, où elles ne peuvent qu'exercer une action favorable sur l'évolution des lésions. Mais dans une tuberculose pulmonaire, surtout si elle est évolutive, méfions-nous des méthodes de pyrétothérapie trop énergiques.

Comme nous l'avons démontré dans une communication au Congrès de l'Association française pour l'Avancement des Sciences à Liége en 1924, et au congrès de thérapeutique de Paris en 1933, la médication phytothérapique nous apporte dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, des agents qui, tout en présentant une activité thérapeutique aussi énergique que les agents chimiques, ont l'avantage d'être dénués de toute toxicité et d'être parfaitement tolérés par tous les sujets dans la plupart des formes cliniques de la bacillose pulmonaire. C'est ainsi que se comporte dans toutes nos observations cliniques et celles de tous nos confrères français ou étrangers qui ont expérimenté cette méthode, l'extrait injectable d'Orchis Mascula (4) employé en injections intra-musculaires.

(1) Léon Bernard. Les Eléments de pronostic chez le tuberculeux pulmonaire, *Journal Méd.*, janvier 1913, p. 330.

(2) Jousset. Traitement de la Tuberculose par l'Allergine, *Monde Médic.*, 15 octobre 1930.

(3) Leuret. Etude critique du traitement de la Tuberculose pulmonaire, *Clinique et Laboratoire*, 20 janv. 1927.

(4) L'Extrait d'Orchis Mascula (Angiolymphe) a été mis à notre disposition par le Laboratoire du Dr Roux.

Le docteur Frisch (1), assistant de la clinique médicale universitaire du professeur Ortner, de Wien, n'a observé avec ce produit végétal « des réactions générales ou de foyer que très exceptionnellement et jamais de façon brusque ; le produit fut supporté presque toujours par les cas toxiques et fortement fébriles sans réaction ». Un médecin hongrois qui a également employé ce médicament avec succès, le docteur Paranyi (2) déclarait « qu'il n'a certainement rien de commun avec la tuberculine et les remèdes analogues ; c'est un remède purement végétal qui ne provoque aucun phénomène secondaire et doit agir en renforçant les moyens de défense de l'organisme contre l'infection.

Ces constatations cliniques faites par nous-même et tous les auteurs qui ont expérimenté le produit sont confirmées par de nombreuses expériences « in anima vili » en cours de publication, que nous a communiquées notre ami le docteur vétérinaire Lepinay. Ce dernier a expérimenté le produit à doses massives sur plusieurs espèces animales, il n'a jamais observé d'élévation de température supérieure à *six dixièmes de degré* et le lendemain de l'injection, les animaux parurent complètement normaux et mangèrent comme d'habitude.

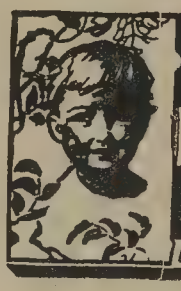
Nos observations cliniques et celles de nos confrères signalent d'une façon constante, dans la majorité des cas fébriles, un abaissement progressif de la température et la disparition des symptômes toxiques, tels que l'anorexie et les sueurs nocturnes. L'augmentation du poids est également très rapide, parallèlement on constate le recul des divers symptômes respiratoires (toux, dyspnée, expectoration). Tout dernièrement, chez une jeune fille de 17 ans, malade depuis deux ans, ayant maigri de 8 kilos, traitée au préalable sans grand résultat par les sels d'or et présentant une lésion évolutive du sommet du poumon droit avec température de 38°2 le soir, nous avons obtenu, au bout de douze injections, le retour de l'appétit avec augmentation du poids de 2 kilos, la disparition de la fièvre vespérale et en même temps une amélioration très nette, vraiment surprenante de l'état pulmonaire.

De cette étude forcément rapide, nous pouvons conclure :

1° La pyrétothérapie par les agents physiques, les tuberculines ou la chimiothérapie, si elle peut être utile dans les tuberculoses locales ou certaines formes de tuberculose

(1) FRISCH. *Wiener Klin. Wochens.*, Wien, 15 juin 1922.
(2) PARANYI. *Ars Médici*, Wien, n° 2, 1924.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE ENTÉRITE
GASTRALGIE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
R. C., I 33, Aubenas.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul[t] Ornano, PARIS

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

CURE DE DIURESE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

NÉVROSES INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

pulmonaire, ne peut être généralisée sans danger à toutes les formes de bacillose pulmonaire.

2° La phytothérapie, qui, au contraire, ne provoque que des réactions thermiques nulles ou à peu près insignifiantes, peut être employée sans danger dans toutes les formes même évolutives de tuberculose pulmonaire.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

GANGRÈNE SÉNILE

C'est le type des gangrènes par *artérites chroniques ;* les travaux modernes se sont efforcés de préciser les phases de début et les symptômes de cette affection et de montrer les rapports de la gangrène sénile avec certaines gangrènes juvéniles.

C'est une gangrène par *endartérite* avec *oblitération de tout un territoire artériel ;* le *spasme périphérique* et *l'endophlébite* jouent un rôle important.

L'*infection* et le *terrain* règlent le pronostic et permettent de poser les *indications opératoires.*

CLINIQUE

Début. — C'est l'apparition d'une plaque de gangrène, plus ou moins étendue, des extrémités, qui attire l'attention et amène le malade à consulter.

Cependant, l'affection évolue en *deux phases* cliniques :

A. Phase préoblitérante.

B. Phase d'oblitération.

A. **phase préoblitérante.** — Le plus souvent retrouvée par *l'interrogatoire.*

Il s'agit en général de sujets *polyscléreux,* aux temporales sinueuses, qui se plaignent de *troubles sensitifs* plus ou moins anciens.

Deux périodes dans ces troubles : *a*) troubles intermittents ; *b*) troubles continus.

a) Troubles intermittents : où le *spasme* joue un grand rôle ; ils sont provoqués par le froid, l'humidité, la fatigue, l'effort.

1° Douleurs intermittentes unilatérales, plantaires, du mollet, caractères variables : α) *cryesthésie* pénible et rebelle ; β) sensations de *brûlures ;* γ) *névralgies ;* δ) *engourdissement.*

2° Claudication intermittente. — *Caractéristique ;* à la douleur s'ajoute, aux efforts, de l'impotence du membre. A l'occasion de marche un peu longue, brusquement, une crampe douloureuse oblige le malade à s'arrêter ; la douleur calmée, la reprise de la marche peut amener la reproduction des phénomènes.

Tous ces troubles s'atténuent par le *repos* et la *chaleur ;* notons la sensibilité extrême au froid.

b) *Troubles continus : plus tardifs.*

Les douleurs sont continues : le malade souffre *même au repos,* et ces douleurs de décubitus, d'une acuité violente, annoncent l'imminence de la gangrène.

Si l'on examinait le malade à cette phase initiale, on noterait des signes d'artérite oblitérante. L'étude de la perméabilité artérielle permettrait de faire le diagnostic de cette artérite et d'instituer un traitement, propre à retarder l'apparition de la gangrène.

B. **Phase oblitérante.** — Nous prendrons comme type de description la *gangrène limitée à un orteil.*

SPh. — 1° *La gangrène.* — Débute le plus souvent au niveau du gros orteil, face dorsale, plus ou moins près de l'ongle, par :

a) Une petite *plaque, livide, violette, puis noire ;*

b) Une *phlyctène* qui crève, sèche et laisse une escarre.

c) A la suite d'un traumatisme avec *lésion cutanée* qui se transforme.

Aspect des lésions :

α) L'*orteil :* la gangrène s'étend à tout l'orteil, qui devient *noir, dur, sec* et *racorni, sonore* sous le stylet, *froid, insensible* au contact et à la piqûre.

β Le *pied* est *pâle,* avec traînées de lymphangite, *blafard,* avec quelques marbrures bleuâtres, légères, discrètes, *œdémateux, froid* avec *hypoesthésie : anesthésie douloureuse ;* ce gros pied blanc lisse ou tacheté devient rougeâtre en position déclive (érythrose de déclivité).

γ) La *jambe :* amyotrophie du mollet et quelques troubles trophiques ; peau sèche, écailleuse ; pigmentation par places ; troubles de la sensibilité (pfs dissoc., syringom.).

2° *L'examen du système vasculaire* est particulièrement intéressant.

A. *Grosses artères.* — a) *pouls :* à la pédieuse est *aboli.*

b) *Pachon :* par une étude *segmentaire* et *comparée,* on note l'*abolition des oscillations* et le *cône de gangrène,* classique, inconstant.

c) On fera l'*épreuve du bain chaud* ou du *réchauffement.*

C. *Petites artères et circulation cutanée.* — Par les épreuves classiques de *Moscowicz, Cosasesco,* — étude de l'*angle de capacité circulatoire* de *Buerger.*

SF. Les douleurs sont *vives,* ôtant tout sommeil, jusqu'à l'apparition du sillon d'élimination.

SG. — *L'état général est touché :* l'insomnie, l'amaigrissement avec léger subictère, l'albuminurie, un léger état fébrile témoignent de l'altération de l'état général.

Evolution de la gangrène. — Elle est fonction de l'étendue de l'oblitération et de l'état du malade plus ou moins résistant à l'infection. (*A suivre.*)

Le Formulaire Astier (1)

Un nouveau volume, le sixième, vient prendre place dans la collection du *Formulaire Astier,* qui s'est classé en tête des ouvrages de ce genre.

Cette 6e édition, toujours conçue sur le même plan, est digne de ses devancières : chacun des chapitres a été revu et corrigé afin d'y faire figurer les nouvelles médications, les améliorations de technique, les perfectionnements de méthodes dignes d'être signalés au praticien.

Parmi les nouveaux chapitres, on remarquera celui consacré aux « Maladies Tropicales », dont l'importance a nécessité le groupement sous une même rubrique ; celui des « Asphyxies accidentelles et des gaz de combat », dont on ne peut nier l'intérêt d'actualité.

Le volume, présenté sous une élégante couverture en peau souple, est honoré d'une Préface du professeur Balthazard, ancien Doyen de la Faculté de médecine de Paris, et sera certainement le bienvenu auprès du jeune médecin aussi bien que du praticien expérimenté.

(1) Sixième édition 1934. Un volume de 200 pages relié peau. — Prix : 30 fr. — Librairie du *Monde médical,* 42, rue du Docteur-Blanche, Paris, et chez Vigot frères, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVÉRINE	0,03
DE CODÉINE	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE	0,035

CALMANT DE LA TOUX
SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN. — COMAR & Cie, *20, Rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

CHOLECYSTITES — LITHIASES BILIAIRES

et toutes variétés de

PYELO-NEPHRITES :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15

(du Juniperus Oxycedrus.)

Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.

Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 3 MARS 1934. — N° 18.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Chimie du lait (fin), par M. L. BABONNEIX.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de médecine militaire française.
LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME
NÉCROLOGIE
Le professeur Bousquet, par M. A. HERPIN.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (admissibilité). — *Epreuve écrite.* — Questions données : Série A. « Symptômes, formes et diagnostic des purpuras. » — Série B. « Accidents sériques. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT ETIENNE. — Un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 4 juin 1934, à 8 h. 30, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Ce concours aura lieu devant un jury médical présidé par un membre de la Commission administrative des hospices; il se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 25 mai, à 18 h.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Nomination à trois places d'internes vacantes à l'hôpital Saint-Michel : deux dans le service de gastro-entérologie, une dans le service de chirurgie.

Entrée en service le 1er mai. Les demandes doivent parvenir avant le 31 mars.

Ecrire à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, pour recevoir renseignements et feuilles spéciales.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours de médecin des asiles publics d'aliénés, qui devait s'ouvrir le lundi 16 avril 1934, est reporté au mardi 17 avril 1934.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. (Professeur : M. F. RATHERY.) — M. le professeur F. Rathery fera son cours de clinique thérapeutique tous les jeudis, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Policlinique et thérapeutique appliquée à la salle de consultation du service par le professeur F. Rathery :

Mardi et vendredi, à 11 h. 15 : Diabète et maladies de la nutrition. Rhumatisme.

Mercredi, à 11 h. 15 : Maladies médicales des reins.

COURS DE PERFECTIONNEMENT. — I. *Les thérapeutiques nouvelles.* — Dix conférences qui auront lieu le dimanche, à 10 h. 30, à partir du 4 mars 1934, à l'amphithéâtre des cours de la Pitié (ces conférences seront libres), avec la collaboration de MM. les professeurs Gougerot, Debré, de M. le docteur Lian, agrégé, de M. le docteur Hamburger, médecin des hôpitaux, de MM. Cambessedès, Doubrow, Moline, Mollaret, Sigwald.

II. *Les maladies du rein.* — Cours de perfectionnement, du 11 au 28 juin 1934. Leçons théoriques et exercices de laboratoire.

III. *Le diabète sucré.* — Cours de perfectionnement, du 15 au 27 octobre 1934. Leçons théoriques et exercices de laboratoire.

Le premier cours de perfectionnement aura lieu le 4 mars. M. le professeur Rathery : « Le traitement de la fièvre typhoïde. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. Nobécourt commencera le cours de clinique médicale des Enfants le lundi 5 mars 1934, à 9 h.

Des cours de revision de médecine et de clinique des enfants seront donnés du 4 au 14 avril et du 17 juillet au 2 août 1934.

— M. le professeur Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, fera, sur l'invitation du Conseil de la Faculté de médecine de Paris, une conférence le mercredi 7 mars, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté.

Objet de la conférence : « Le phénomène de la lyse transmissible. »

— ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le professeur Roussy continuera pendant le semestre d'été ses leçons sur les questions d'actualité anatomo-pathologique.

Ces leçons auront lieu le mardi, à 17 h., à l'amphithéâtre d'anatomie pathologique.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés. Clinique Parrot.) — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 7 mars, à 10 h. 30, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. L'enseignement des stagiaires commencera le vendredi 2 mars.

Tous les matins, à 10 h., visite dans les salles de médecine et les nourriceries.

Un cours de perfectionnement aura lieu à Pâques, du mercredi 21 mars au samedi 31 mars; un autre sera fait en juillet 1934.

BAL DE LA MÉDECINE. — Le bal de la médecine, qui avait été renvoyé une première fois au jeudi de la Mi-Carême, vient d'être encore ajourné en raison du deuil de la Belgique.

Il est fixé définivement au samedi 12 mai

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Camille Wolf (de Saint-Denis), Emile Coste (de Bouillargues), Roger Granel (de Nîmes); le médecin commandant Chr. Zoeller, professeur au Val-de-Grâce.

Le professeur BOUSQUET

(de Clermont-Ferrand).

Avec le professeur Bousquet, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Clermont, disparaît, à 82 ans, un grand honnête homme, un des maîtres de la chirurgie d'avant-guerre, auteur estimé de traités demeurés classiques, un maître incomparable qui honora grandement la médecine française.

A peine sorti du collège, il s'engageait, à 18 ans, au 1er chasseurs d'Afrique, pour la guerre de 1870, comme, vers la fin de sa carrière, à 62 ans, il tint à faire son devoir de Français pendant la grande guerre.

En 1874, il entre au Val-de-Grâce ; sorti le premier de sa promotion, il passe brillamment l'agrégation de chirurgie et est nommé professeur en 1880.

En 1885, professeur d'obstétrique, puis de clinique chirurgicale, à l'Ecole de médecine de Clermont, il en devient directeur en 1893.

Il avait été l'élève, puis l'ami de tous les grands maîtres de la chirurgie du moment ; collaborateur de Poulet et de Ricard, ami aussi de Pasteur, de Duclaux et d'Emile Roux, il fut, dans sa région, l'initiateur de la grande chirurgie et des méthodes pastoriennes.

Correspondant national de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, il consacra, pendant de longues années, toute son activité à la direction de son école, dont il sut faire une des plus brillantes de France.

Il possédait toutes les qualités qui font les grands maîtres : si son enseignement était particulièrement brillant ainsi que sa maîtrise opératoire, il considéra toujours que ses élèves constituaient une famille dont il était le chef écouté et aimé.

Il sut leur donner une empreinte telle que la vie de tous en fut définitivement marquée : au même titre que leur instruction, leur éducation professionnelle était son souci constant : il fallait travailler, mais encore fallait-il le faire dans la voie qu'il avait toujours suivie pour son compte ; il voulait avant tout en faire des hommes et des hommes d'honneur ; il fut le « patron » dans tout ce que ce terme comporte de noblesse, de générosité, de grandeur.

Sa sollicitude s'étendait à tous ceux qui touchaient de près ses élèves : il en est peu parmi eux qui ne lui doivent la guérison ou le soulagement d'un père, d'une mère, d'un proche, sinon d'eux-mêmes. Et il se dévouait ainsi, sacrifiant tout, avec une simplicité et un dévouement tels qu'on n'en peut rencontrer que dans les familles les plus unies et tels qu'on n'en peut attendre que de ceux qui ont de leur devoir la haute idée qu'il en avait.

Il en est également peu parmi ces centaines d'élèves qui ne lui doivent le secours moral, le conseil judicieux toujours paternellement donné ; aussi, dans toutes les circonstances importantes de leur vie se tournaient-ils tout naturellement vers lui et s'en trouvaient-ils toujours bien.

Ainsi il suivait les siens dans tout le cours de leur vie, aussi bien familiale que professionnelle, et il s'employait à les maintenir dans la voie qu'il leur avait tracée.

Sa manière paraissait un peu rude parfois ; mais s'il les châtiait, c'est qu'il les aimait, comme le meilleur des hommes et des maîtres qu'il était, d'autant plus exigeant qu'ils lui étaient plus chers.

Il prenait part à leurs peines, comme il partageait leurs joies, et le grand bonheur de sa vie fut toujours de se retrouver parmi ceux dont, à 82 ans, il était toujours le « patron » et dont l'affection et la reconnaissance qu'ils lui devaient ne s'étaient jamais démenties.

Qu'il repose en paix avec la conscience du devoir noblement accompli.

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

INFIRMIÈRES, triplez vos gages sans quitter votre emploi. — Très sérieux, C. I. F., 62, rue la Boëtie, Paris.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS

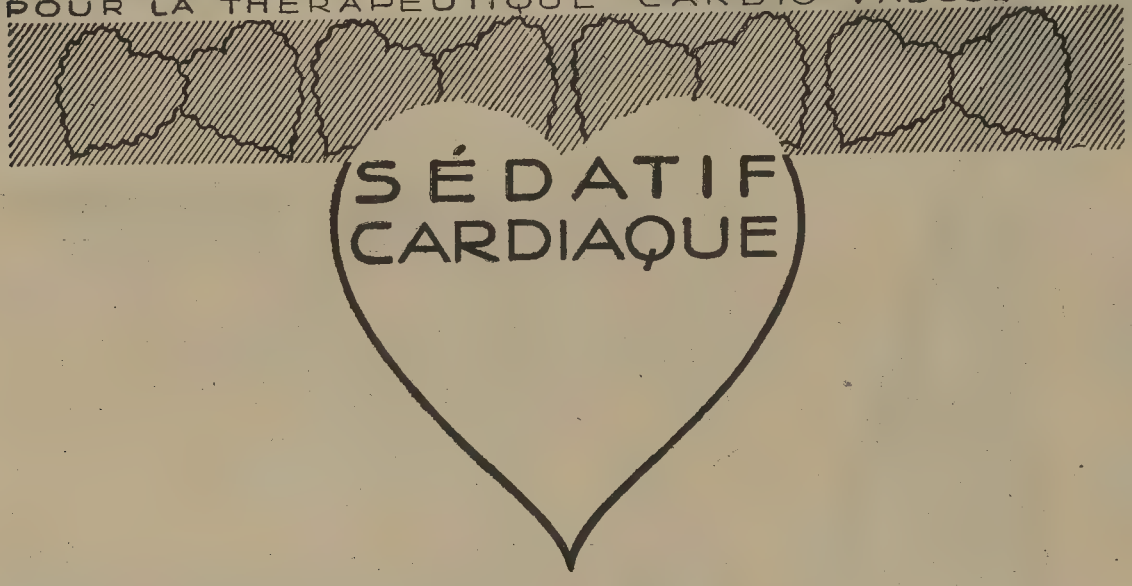
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

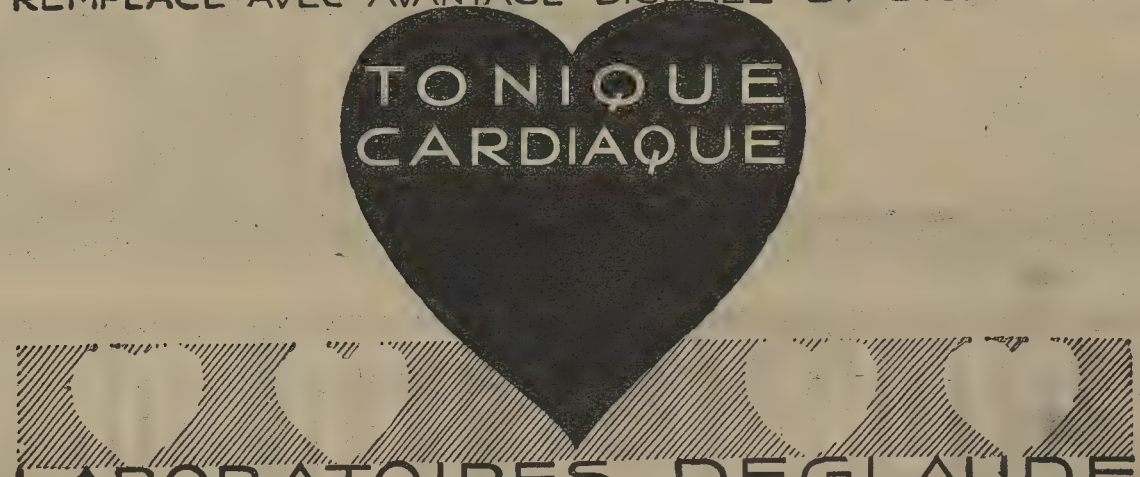
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE

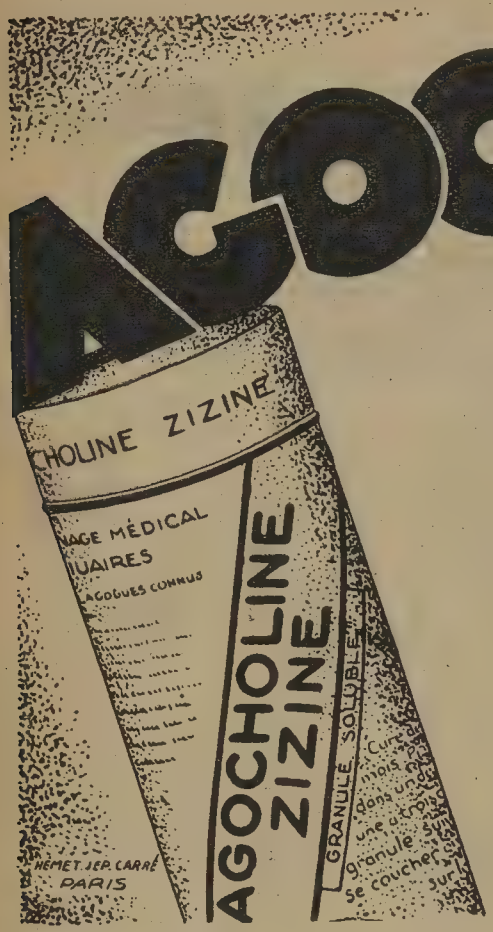
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTOSPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS VIe

---

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

R. C., 221.839, Seine.

REVUE GENERALE

CHIMIE DU LAIT [1]

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

IV. — VARIATIONS DE SES COMPOSANTS NORMAUX (2)

Les unes sont de cause inconnue, les autres relevant, au contraire, d'influences parfaitement déterminées.

Les premières (G. Patein et Deval, Lassablière, Raimondi) retentissent sur le taux des lipides et du chlorure de sodium, lequel augmenterait toutes les fois que le lactose diminuerait, de manière à rétablir l'équilibre osmotique (Porcher) (V. plus loin).

Parmi les secondes, il faut surtout citer (Marfan) :

L'âge du lait. — Le lait des premiers jours diffère de celui qui est sécrété après les premiers mois. Il semble qu'au fur et à mesure que la sécrétion vieillit, il s'enrichisse en glucides et en lipides, pour s'appauvrir en protides et en sels, surtout calciques.

L'heure de la tétée. — Les tétées du matin et du soir fournissent un lait plus riche en glucides, plus pauvre en protides et en lipides que celles de l'après-midi (Barbier et Boinot). La concentration en beurre s'élève dans le milieu de la journée.

La phase de la tétée. — La richesse en lipides augmente du commencement à la fin (Vernois et Becquerel), tandis que la chaux et le lactose (Palmegiani) suivent une marche inverse. La caséine atteindrait son maximum au milieu de la tétée (H. Barbier).

L'espacement des traites. — Est-il régulier, les taux butyreux tendent à s'égaliser. Est-il irrégulier, la matière grasse diminue si on espace les traites, et augmente si on les rapproche (Porcher).

Le sein. — Sein droit et sein gauche ne fournissent pas toujours un lait de même composition, cette différence étant sans doute en rapport avec l'inégalité de volume des deux glandes (Variot et Lassablière, Finizio) ; mêmes résultats chez la vache, dont le lait varie selon les différents quartiers.

La période de la lactation. — A la fin, on trouve moins de lactose.

L'influence de l'alimentation. — Riche, elle accroît, pauvre, elle diminue la sécrétion mammaire dans tous ses éléments, chimiques ou biologiques (vitamines). On admet aussi : 1° qu'une nourriture riche en graisse augmente la richesse du lait en beurre, et 2° sans que cela soit bien prouvé, qu'une nourriture riche en protides augmente la sécrétion totale et, quelquefois, la quantité de lipides. En réalité, la question est beaucoup plus complexe qu'on ne l'a admis jusqu'à ce jour (Porcher).

La race. — Il y a des races de vaches (jerseyaise, parthenaise), dont le lait contient beaucoup de beurre (vaches beurrières), d'autres, dont le lait contient beaucoup de caséine (vaches fromagères).

La *rétention*, sur laquelle a beaucoup insisté Ch. Porcher. Elle s'accompagne d'une diminution marquée de lactose, les autres composants du lait étant moins touchés, et d'une augmentation du chlorure de sodium, ayant pour conséquence une diminution de la résistance électrique. Ces données expliquent un certain nombre de faits observés chez les femelles laitières, et, en particulier, pour la femme :

Les modifications de la sécrétion lactée survenant à l'occasion d'une nouvelle grossesse : cette sécrétion étant volontairement diminuée, il y a rétention ;

Les modifications de même ordre survenant à l'occasion des règles, au cours desquelles on donne moins et moins souvent à téter à l'enfant ;

L'inégalité de volume des seins, qui entraîne une grande différence dans la composition du lait sécrété : la rétention faisant défaut dans le sein qui fonctionne le plus et atteignant son maximum dans l'autre ;

Le sevrage, qui aboutit également à la rétention ;

Les modifications de la composition chimique au cours des diverses maladies et qui sont uniquement dues à la rétention.

L'espèce. Toutes réserves faites sur la valeur des documents numériques, lesquels « ne représentent souvent que des moyennes d'un petit nombre de laits individuels et, conséquemment, ne donnent pas ou suffisamment pas l'image réelle de la moyenne de composition dans l'espèce envisagée » (Ch. Porcher), on peut dire qu'il existe, selon les espèces, des différences considérables dans les diverses variétés de laits. Bornons-nous à étudier ici les trois plus intéressantes à connaître pour le médecin d'enfants.

Lait de femme. — Il ne contient que peu de *protides* (13 grammes), et encore sont-ils représentés surtout par la lactalbumine et par la lactoglobuline (lait albumineux) ; quant à la caséine, elle ne précipite que difficilement par les acides, sous forme de flocons légers nageant dans un liquide louche ; la présure y détermine la production d'un caillot peu abondant, peu dense et très faiblement rétractile ; quant au lacto-sérum, opalescent, il contient une grande quantité de protéines que fait coaguler la chaleur. La quantité de *glucides* est considérable, et pourtant, le lait de femme ne subit pas aisément la fermentation lactique. Des *lipides*, les plus importants sont la graisse neutre (oléine), sous forme de gros globules, la lécithine et le cholestérol ; les acides gras volatils y sont rares. Une certaine réaction (réaction d'Umikoff) (1) y est constante, tandis qu'elle fait défaut dans le lait de vache et dans celui des herbivores. Les *sels* y sont rares. Le *phosphore* et le *fer* y figurent sous forme de combinaisons organiques. Il contient des *lactoconies* rares et volumineuses.

Lait de vache. — Il contient beaucoup plus de *protides* (33 gr.), représentés surtout (75 à 85 %) par de la caséine (lait caséineux) qui, sous l'influence de la présure, coagule facilement, le caillot étant volumineux et compact. Les *glucides* y sont moins abondants que dans le lait de femme ; ils subissent aisément la fermentation lactique.

Les *graisses*, en proportion très considérable, pauvres en oléine, riches en acides gras volatils, d'ailleurs différents, au moins en partie, de ceux qu'on trouve dans le lait de femme (les acides palmitique et oléique de celui-ci étant, dans celui-là, remplacés par l'arachique et le dioxystéarique), y figurent sous forme de *globules* peu volumineux. S'il est pauvre en lécithine et en céphaline (0 gr. 75 des deux pour 1.000), il est riche en *matières minérales :* phosphate tricalcique surtout, mais il ne contient pas de fer. Les *lactoconies* y sont petites et nombreuses. La réaction d'Umikoff y est

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 16, p. 275.

(2) Ed. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE. De la sécrétion lactée et du rôle du lait modifié ou pollué après la traite dans le déterminisme de divers états pathologiques. *Rapport au IIIe Congrès international de pathologie comparée.* — Ch. PORCHER, Le lait. *Dictionnaire de physiologie.*

(1) Coloration rouge violet par addition d'ammoniaque et par chauffage à 60°.

négative. Ajoutons que les amino-acides ne sont pas les mêmes pour le lait de vache que pour le lait de femme.

Lait d'ânesse. — Il se rapproche du lait de femme par sa teneur en protides, glucides et sels. Il s'en éloigne par sa pauvreté en lipides. Les acides y produisent un précipité floconneux. L'addition de présure y détermine un caillot peu volumineux, léger et peu rétractile. Le lacto-sérum est trouble. Il subit aisément la fermentation lactique.

Quelle que soit leur cause, ces variations peuvent porter sur ses composants chimiques ou sur ses propriétés biologiques.

A. **Composants chimiques.** — Tous les éléments du lait peuvent subir des variations considérables et parfois nocives pour le nourrisson (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée).

Lipides. — Les chiffres moyens sont sujets à de telles oscillations, le taux butyreux d'un même lait pouvant varier de 10 à 100 grammes et au delà, qu'on a été amené à « considérer le décousu de la courbe butyreuse chez une femelle laitière en bonne santé » comme un fait normal et à opposer à la quasi-fixité de la partie dégraissée du même lait (Porcher), d'où la nécessité de n'utiliser qu'un lait de mélanges, produit moyen, et de composition relativement fixe.

Mêmes variations qualitatives, le lait de vache, étant plus riche en acides gras que le lait de femme (v. *supra*), est moins bien assimilé par le nourrisson, dont les selles contiendront des savons calcaires et des acides gras abondants qui entravent la digestion des protides et favorisent la production de résidus non digérés (Marfan).

Que la graisse du lait soit trop abondante ou trop rare, le résultat est le même : apparition de phénomènes pathologiques variés.

Protéines. — Elles sont, elles aussi, sujettes à variations quantitatives, beaucoup moins considérables, toutefois, que pour les lipides, les oscillations du taux de la caséine à l'état normal étant relativement petites.

Plus importantes sont les différences qualitatives concernant le caillot : elles expliquent les troubles que, donné pur ou en trop grande quantité, le lait de vache produit chez le nourrisson. Inversement, les protéines adaptées à l'organisme de ce dernier, comme celles qu'il trouve dans le lait maternel, sont très bien assimilées. Hâtons-nous d'ajouter que, bien dosé, comme on l'obtient par mélange du produit de la traite de plusieurs animaux, et convenablement coupé, le lait de vache donne, en pratique, de bons résultats.

Glucides. — Leur taux dans le lait, qui, normalement, offre une certaine fixité, s'écarte-t-il sensiblement des chiffres normaux, alors apparaissent des accidents.

Sels minéraux. — On a souvent essayé d'enrichir le lait en sels minéraux en les administrant, par doses élevées, à la nourrice. Tous ces essais ont échoué (Kolda), la sécrétion lactée restant relativement indépendante des modifications sanguines et le lait gardant, jusqu'aux limites de l'intolérance, sa composition spécifique. De même, en clinique, il est exceptionnel que tel ou tel composé minéral donné en excès à la nourrice (abstraction faite, peut-être, du chlorure de sodium) (Ed. Lesné), passe dans son lait, et, en particulier, les observateurs qui avaient cru obtenir un enrichissement du lait en phosphore par l'administration de fourrages enrichis en lécithines ou de lécithines médicamenteuses, se sont assurément trompés (Jensen). Pour Ch. Porcher, le taux des chlorures, dont le but principal est, on l'a vu, d'assurer l'équilibre osmotique du lait, reste remarquablement fixe dans les conditions normales : il ne subit de grandes oscillations qu'en cas d'infection ou de rétention mammaire.

Eau. — Variable avec la race, la dilution aqueuse est toujours suffisante dans un lait naturel et non modifié. Dans quelques cas rares, l'eau peut être en quantité, soit insuffisante : il s'agit alors d'allaitement artificiel mal dirigé, soit excessive, ces laits pauvres en éléments nutritifs pouvant être fournis aussi bien par la femme que par la vache.

B. **Propriétés biologiques.** — Nous avons déjà étudié les diastases, les enzymoïdes et les vitamines. Rappelons donc seulement que :

1° L'existence, dans tous les laits, d'albumines spécifiques capables de jouer le rôle d'antigènes explique les accidents déterminés par l'injection, et même, quoique à un moindre degré, par l'ingestion de lait (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée).

2° La richesse d'un lait en vitamines A, B et C varie avec la quantité de vitamines contenues dans les aliments : pour qu'elles soient excrétées, il faut qu'elles aient été introduites, par l'intermédiaire des aliments, dans l'organisme maternel. C'est ce qui résulte de nombreuses expériences : le lait fourni par des vaches au pâturage en renferme beaucoup plus que celui des animaux nourris au fourrage sec, qui, comme on sait, en renferme très peu (Hart, Sternbock, Ellis). Quant au facteur D, il suffit, pour qu'il apparaisse dans le lait qui, normalement, n'en contient que des quantités infimes, qu'on fasse ingérer à la nourrice de l'huile de foie de morue, ou qu'on l'expose aux rayons ultra-violets (Ed. Lesné et ses collaborateurs). S'agit-il d'une femelle laitière, on arrivera aux mêmes résultats par l'introduction, dans son régime, de certains aliments (carottes, trèfles) et par une hygiène bien comprise, avec vie au grand air et insolation. Notons enfin que ce facteur antirachitique ne s'accumule pas dans l'organisme des nourrissons, puisque, bien qu'ayant absorbé du lait provenant de femelles ayant ingéré de l'huile de foie de morue, ils font ultérieurement du rachitisme lorsqu'on les soumet à un régime rachitigène (Hess et Weinstock).

V. — LE LAIT, ALIMENT EQUILIBRE (1)

« Le lait est un aliment merveilleusement équilibré — tant au point de vue physico-chimique que biologique — où tous les constituants se trouvent assemblés en heureuse proportion, ceci dans le but d'assurer le meilleur développement des jeunes organismes auxquels il est destiné. » (R. Lecoq.)

L'*équilibre physico-chimique* « apparaît essentiellement sous la dépendance des cristalloïdes : lactose et sels dissous, avec prédominance du chlorure de sodium. Pour le sérum sanguin : $\Delta = -0{,}55$, chiffre qui est atteint théoriquement par une solution contenant au litre 104 gr. 2 de lactose ou 9 gr. 35 de chlorure de sodium. Ces solutions étant isotoniques, une fraction de 104 gr. 2 de lactose pourra se substituer à une même fraction de 9 gr. 35 de chlorure de sodium, ou inversement, sans que l'équilibre osmotique en soit influencé. Les rapports de ces deux cristalloïdes dans le lait peuvent donc varier, mais leur quantité totale est déterminée par la loi de l'isotonie. C'est ce que formule la loi de Porcher : toutes les fois que, sous l'influence d'un trouble passager ou durable de la sécré-

(1) Raoul Lecoq. *Le lait envisagé comme aliment complet et biologiquement équilibré*, Paris 1931, in-8° de 31 p.

tion mammaire, le taux du lactose vient à baisser, on voit celui du chlorure de sodium s'élever pour assurer la régulation osmotique que la diminution du lactose devait rendre déficiente. C'est du reste sur ces observations que Mathieu et Ferré se sont fondés pour établir ce qu'ils appellent la constante moléculaire simplifiée (ou C. M. S.) « qui permet de déceler avec une quasi-certitude le mouillage des laits. » (R. Lecoq.)

L'*équilibre biologique* des divers constituants du lait n'est pas moins bien assuré. En effet :

a) Dans leurs expériences sur certains laits synthétiques (laits artificiels V et F), Mme Randoin et M. R. Lecoq n'ont pu assurer l'entretien et le développement normal de leurs animaux qu'en associant aux autres éléments : protides, lipides, substances de lest, vitamine B, une proportion de lactose définie, et peu susceptible de variation : vient-on à l'augmenter ou à la diminuer, même légèrement, des troubles morbides apparaissent chez les animaux. Qu'en conclure, si ce n'est que « lorsque le glucide de la ration est le lactose, l'équilibre alimentaire de cette ration ne peut être réalisé que dans des limites étroites ?... Or, ces conditions très strictes d'équilibre se trouvent normalement réalisées dans les laits de vache et de femme, et tout laisse supposer qu'il en est de même dans les autres laits » (R. Lecoq).

b) L'équilibre des substances minérales du lait « apparaît, lui aussi, assez strict. C'est, en effet, en déséquilibrant le rapport phosphore-calcium du mélange salin d'Osborne et Mendel que Peppenheimer a réussi à produire du rachitisme expérimental chez le rat, la ration étant, bien entendu, privée du facteur de fixation calcique » (R. Lecoq).

c) Si toutes les vitamines connues se trouvent dans le lait, elles n'y sont jamais en excès (R. Lecoq) et, peut-être même, existe-t-il entre elles un certain équilibre.

VI. — CONSEQUENCES CHIMIQUES DE LA CONTAMINATION PAR DES SAPROPHYTES

La contamination du lait par les saprophytes a pour conséquence des phénomènes de *fermentation* et de *putréfaction*, qui s'effectuent dans un ordre invariable.

1° *Fermentation lactique*. Abandonné à lui-même, le lait frais se modifie rapidement : sa réaction devient acide, sa saveur, aigrelette, puis il « tourne », autrement dit, il se coagule, cette coagulation étant liée à la transformation du lactose en acide lactique, qui coagule la caséine avec dégagement d'acide carbonique (v. *supra*). Toutes les ménagères savent que cette fermentation peut, lorsqu'elle est latente, être rendue patente par le chauffage, qui permet à la coagulation de s'effectuer avec une quantité moindre d'acide lactique.

La transformation du lactose en acide lactique est le fait de microbes, les *ferments lactiques* (Pasteur), dont il existe de nombreuses variétés (Duclaux) et au sujet desquels les spécialistes discutent encore : ce sont surtout les diverses variétés de *Bacterium coli*, dont le *Bacillus lactis aerogens*, identifié aujourd'hui au pneumo-bacille, l'*entérocoque*, le *streptocoque commun du lait*.

Commencée par ces germes, la destruction du lactose est achevée par le *Bacillus acidi paralactici* de Kosaï. Cette fermentation est favorisée, comme chacun sait, par la chaleur et par le temps orageux, cause de dépression atmosphérique (Trillat).

2° *Fermentation butyrique*. — Elle serait due au bacille butyrique de Pasteur, ou, plutôt, à un anaérobie strict, le *Bacillus lacto-propyl-butyricus non liquefaciens* d'H. Tissier et Gashing.

3° *Destruction des acides*. — Pour que les bactéries protéolytiques puissent agir, il faut que le milieu ne soit pas acide. C'est la tâche à laquelle s'emploient les champignons : *Oïdium lactis*, *Rhizopus nigricans*, et les levures, qui font disparaître les dernières traces des acides produits aux dépens du lactose (H. Tissier et Gashing). Les mêmes germes commencent aussi l'attaque des protides, en même temps qu'ils sécrètent de l'ammoniaque qui neutralise les acides et permet ainsi au bacille paralactique, dont la végétation s'arrête dès que l'acidité atteint 4 à 5/000, de reprendre toute son activité.

4° *Transformation des protides*. — L'action des microbes protéolytiques, qui interviennent en dernier lieu, se poursuit des semaines et des mois. Secondée par certains ferments lactiques, elle consiste en :

1° Une coagulation de la caséine, grâce au ferment spécial ;

2° Une liquéfaction du caillot par un autre ferment semblable à la trypsine (*caséase* de Duclaux), aboutissant à la production d'une peptone dite *caséone*.

Elle est le fait de microbes aérobies appartenant, les uns au groupe du *Bacillus subtilis*, les autres, à celui du *B. mesentericus vulgatus*, très répandus dans la nature, qu'on trouve surtout, le premier, dans le foin, le second, dans les matières des hommes et des animaux, et qui donnent des spores résistant à une température de 100°. Les protéoses ainsi produites sont elles-mêmes transformées en divers produits : amino-acides (leucine, tyrosine), urée, ammoniaque et dérivés ammoniacaux, acides gras et, finalement, acide carbonique, eau, oxygène et azote. A ces transformations contribuent certains microbes, dont, surtout, le *bacillus foecalis alcaligenes* de Petrusehki, qui ne peuvent entrer en action que si les protides ont déjà été hydratés.

5° *Transformations de la matière grasse*. — Elles consistent surtout en transformation suiffeuse et en rancissement. La première est due à une oxydation que favorise la lumière solaire, la seconde, à un dédoublement du beurre en glycérine et acides gras, dû à des lipases sécrétées par certains champignons. Glycérine et acides gras sont eux-mêmes disloqués par les bactéries et les moisissures.

A ces questions est liée celle des *maladies du lait* : laits colorés, laits filants, laits amers, tous dus à leur contamination par des microbes spéciaux, et dont l'ingestion peut occasionner des gastro-entérites aiguës.

VII. — DONNEES CHIMIQUES DE LA SECRETION DU LAIT

Dès le quatrième mois de la grossesse, les glandes mammaires sécrètent un liquide, le *colostrum*, qui, quatre ou cinq jours après l'accouchement, fait place au *lait*.

Le colostrum. — Nous étudierons seulement sa *composition*, assez différente de celle du lait. Il contient, surtout au début, peu de caséine et de lactose, une quantité variable de graisse, les vitamines A, B, C, D, et beaucoup de sels minéraux. Le colostrum humain est particulièrement riche en amylase et en peroxydase.

Le lait. — Envisageons de même successivement ici:

1° *L'origine des éléments qu'il contient.*

Eléments figurés. Les globules gras sont sécrétés par l'épithélium mammaire, que cette sécrétion soit holocrine, mérocrine ou, plutôt, holo-mérocrine ; quant aux leucoytes, ils proviennent des vaisseaux, par diapédèse.

Principes chimiques. Les uns : eau, sels, dont surtout le chlorure de sodium, peut-être acides aminés, lactalbumine et lactoglobuline, viennent directement du sang et sont filtrés ou concentrés par l'épithélium mammaire, qui joue d'ailleurs, dans cet acte, un rôle capital (Porcher). Les autres : caséine, lactose, matières grasses, phosphates, sont fournis par ce même épithélium, aux dépens de matériaux fournis par le sang, et, plus particulièrement, pour les éléments caractéristiques, aux dépens de ceux qui en sont, chimiquement, les plus voisins : la mamelle fait du lactose avec du glucose, de la caséine, avec les gros peptides et les acides aminés (Cary) qui lui sont apportés par le sang et l'acide phosphorique qui, sans doute, provient des lipoïdes (Meigs). Elle fait ses corps gras aux dépens des éléments constitutifs des graisses : acides gras et glycérine, qui lui sont amenés par le sang, peut-être (Meigs) lipoïdes phosphorés.

En ce qui concerne l'origine de certains autres éléments, comme l'acide citrique, notre ignorance est absolue.

Principes biologiques. Des diastases, les unes proviennent, les autres ne proviennent pas de l'épithélium mammaire : à celles-ci appartient surtout la peroxydase. Les vitamines, elles non plus, ne sont pas sécrétées par lui.

2° *Les causes qui agissent sur la sécrétion.* Il en est trois principales :

Le *système nerveux*, comme le montre l'influence qu'exercent sur elle certaines actions réflexes ; succion, certains états émotifs ou psychopathiques ;

Certaines *hormones* émanant d'organes éloignés : ovaires surtout ; inversement, la glande mammaire semble exercer une action d'arrêt sur les fonctions ovariennes : l'allaitement ne suspend-il pas la menstruation ?

L'*alimentation*, dont l'action est très complexe, tant sont nombreux les intermédiaires entre le point de départ et le point d'arrivée : sucs digestifs, foie, sang, plasma interstitiel, et qu'il faudrait étudier, non seulement dans sa quantité, comme on l'a fait longtemps, mais encore et surtout dans ses qualités structurales, qui dominent aujourd'hui l'étude des problèmes de la nutrition (Ch. Porcher) ;

3° *Les variations de la sécrétion lactée.* On admet qu'une bonne nourrice donne environ un litre de lait par jour. Ce chiffre peut être largement dépassé sous l'influence des succions réitérées. Il peut, d'autre part, être fourni à la rigueur par un seul sein. La fonction mammaire est donc essentiellement malléable (Bouchacourt). Ce qui le prouve encore, c'est qu'elle peut être prolongée au delà d'un an, moyenne pour la France.

Cette sécrétion peut être augmentée ou diminuée par diverses causes.

4° *Son retentissement sur l'organisme de la femme qui allaite*, qu'il porte sur :

Les *organes génitaux :* suppression des règles ;

Les *fonctions digestives :* augmentation de la faim et de la soif, ayant pour conséquence l'absorption d'une plus grande quantité d'aliments et de boisson ;

L'*appareil circulatoire :* élévation légère de la tension artérielle, diminution de la densité du sang (Bar et Daunay), par dilution du plasma, augmentation du nombre des leucocytes, surtout polynucléaires (G. Vitry), hypocalcémie, contrastant avec l'augmentation de cholestérine et de léci-thine ;

Les *échanges nutritifs : déminéralisation* (G. Vitry) ;

Les *fonctions hépatiques :* augmentation des fonctions glycogénique et adipopexique, glycosurie alimentaire, peut-être attribuable (Marfan) à un abaissement du seuil de l'élimination rénale du sucre, lactosurie, parfois glycosurie vraie, témoin d'un état pathologique, capable de provoquer des convulsions chez le nourrisson ;

Le *système nerveux :* douleurs occupant les dernières vertèbres dorsales, apparaissant vers la fin de la lactation et calmées, soit par la médication martiale, soit par le port d'une ceinture abdominale ou par la tétée dans le décubitus latéral.

5° *L'élimination, par le sein, de diverses substances*, qu'elles soient d'origine :

Alimentaire. Certaines plantes qui entrent dans l'alimentation des nourrices ou des femelles laitières communiquent au lait un goût amer. Telles sont, entre autres : l'absinthe, les feuilles d'artichaut, les fleurs de châtaignier, le laiteron des Alpes, les fanes de pommes de terre, les pousses de sureau. D'autres : ail, colza, cresson, drèches, lin, oignon, panais, poireau, pommes de terre germées, tourteaux de navette, surtout s'ils renferment des produits spéciaux (croton), s'ils sont putréfiés ou falsifiés, varaire, lui donnent une saveur et une odeur désagréables. D'autres encore : feuilles de betterave (Decherf, Pinard, Tollemer, citrouille, fenugrec (Velu), gratiole, rhubarbe, tithymale, feuilles de vigne, donnent au lait des propriétés purgatives très marquées. On a cité des cas d'empoisonement par le lait de vaches qui avaient ingéré de l'aconit, du colchique, de l'euphorbe, de la prêle des marais, et même du chou-navet. Les feuilles de genévrier, de noyer, de troëne, de chêne, d'aulne, de laurier-cerise, d'alfa fraîche, ont encore été incriminées. Tous les végétaux ayant subi un début de fermentation sont suspects, que leur action nocive soit due à l'apparition, dans le lait, de produits toxiques (glycérides à acides gras volatils) ou à l'ingestion, puis l'élimination par le lait de bactéries virulentes (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée). Certains végétaux colorés colorent le lait : en rouge : cactus, gaillet, garance ; en jaune : carotte, rhubarbe, safran ; en bleu : buglosse, hyacinthe, indigo, jonc fleuri, mercuriale, polygonum, sainfoin : ces diverses colorations n'apparaissent

qu'après un certain temps d'exposition à l'air. N'oublions pas, enfin, que l'alcool ingéré par la nourrice passe dans le lait (Nicloux), ce qui explique les troubles nerveux : agitation, convulsions, insomnie, observés chez les nourrissons dont la maman s'adonne à l'éthylisme, et bien que le lait n'en contienne que de faibles doses ;

Médicamenteuse : les unes minérales : arsenic, qui passe dans le lait en quantité notable (Brouardel et Pouchet), donnée que doit retenir la thérapeutique de l'hérédo-syphilis, chlore, brome et iode, dont l'élimination est proportionnelle à leur poids atomique (Kolda), fer et mercure, qui s'éliminent à trop petites doses et trop irrégulièrement pour exercer la moindre action (Sigales et Dupouy), fait discuté par Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée, pour qui le traitement indirect de l'hérédo-syphilis par le lait mercurialisé, déjà conseillé par Garnier au XVIIe siècle, semble légitime ; les autres, organiques, qu'on peut, elles aussi, diviser en deux groupes. Dans l'un, auquel appartiennent l'antipyrine, la quinine, l'acide salicylique et ses dérivés, l'élimination par le lait est assez faible pour qu'on puisse les prescrire aux nourrices. Dans l'autre, comprenant l'atropine et ses isomères, les barbituriques, le chloral, le chloroforme, l'éther, l'opium, l'urotropine, l'élimination peut être assez considérable pour qu'on s'en abstienne chez la nourrice, ou, du moins, qu'on ne les prescrive qu'avec une extrême prudence.

Le lait des vaches qui ont absorbé de l'huile de foie de morue contient la vitamine D (Lesné et Vagliano).

Les purgatifs appartenant au groupe de l'anthraquinone : aloès, cascara sagrada, rhubarbe, scammonée, séné, absorbés par la nourrice, confèrent à son lait des propriétés purgatives. Il en est de même pour l'huile de ricin. Le copahu communique à celui-ci son odeur si spéciale ; il n'agit donc que par son essence, comme, d'ailleurs, bien d'autres médicaments ingérés par la mère (anis, fenouil, térébenthine, asa foetida, anthemis arvensis) ;

Pathologique : les acides et sels biliaires se trouvent dans le lait des femmes atteintes de jaunisse, en proportions assez considérables pour que son absorption puisse déterminer, chez le nourrisson, des vomissements. De même, il semble bien, quoique ces faits soient contestés par certains auteurs (Ed. Lesné et Mlle Germaine Dreyfus-Sée), que le lait d'une femme brightique ou éclamptique contienne des substances chimiquement mal définies, mais capables de provoquer, chez le nourrisson, des troubles nerveux : spasme de la glotte, convulsions ; digestifs : diarrhée, ictère grave ; circulatoires : cyanose et œdème.

La glande mammaire préside encore à l'élimination de *substances diverses* produites dans l'organisme de la nourrice :

Toxines diphtérique et tétanique, dont le lait renferme de petites quantités ;

Anticorps (Ehrlich), particulièrement fixés sur la lactoglobuline, et dont, surtout, les antitoxines tétanique, produisant expérimentalement l'immunité passive (Brieger et Ehrlich, Ikeda, Romer et Much), et diphtérique (Ehrlich et Wassermann, Roux et L. Martin), sans qu'on puisse affirmer que l'absorption d'un tel lait confère l'immunité ; pour MM. Debré, Ramon, Lévy-Solal et Thiroloix, les voies placentaire et mammaire varieraient en sens inverse, celle-ci étant utilisée par les animaux à placenta perméable, celle-là étant surtout développée chez la femme ;

Agglutinines : de la fièvre typhoïde, qui passe du lait de la mère au sang du nourrisson (Achard, Widal et Sicard, Landouzy et Griffon, Castaigne, Courmont et Cade) en subissant une diminution notable ; du micrococcus melitensis, du bacille de Bang, etc.

On a admis que les anticorps de la coqueluche (Neumann) et de la rougeole (Pétényi) passent de la mère au nourrisson. Mais rien ne prouve que le passage se fasse par le lait, puisque l'immunité ainsi réalisée s'observe chez des nourrissons élevés au lait de vache.

N'empêche que, d'une manière générale, un état réfractaire peut être transmis, par le lait, de la mère au nourrisson. Qu'il soit dû aux anticorps du colostrum (Leclainche) ou du lait, il explique l'immunité du nourrisson contre un grand nombre d'infections et établit, une fois de plus, la supériorité de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel (Mlle G. Dreyfus-Sée).

Les troubles digestifs légers qu'on observe chez le nourrisson, lors de la réapparition des règles chez la nourrice, sont sans doute liés à l'élimination, par la glande mammaire, de produits, d'ailleurs mal définis.

VIII. — DONNEES CHIMIQUES DE LA DIGESTION DU LAIT CHEZ LE NOURRISSON

Trois phases : *buccale*, *gastrique* et *intestinale*.

En principe, la salive n'intervient pas, puisqu'elle ne contient pas d'autres ferments que la ptyaline et que le lait ne renferme pas d'amylacés. En réalité, déglutie, elle retarderait la coagulation de la caséine par la présure, et donnerait un caillot subissant plus facilement l'action de l'HCl, si bien qu'indirectement, elle favoriserait la digestion des protides (Allaria).

Dans la digestion gastrique, il convient, avec le professeur Marfan, de distinguer des actes chimiques et des actes moteurs. Nous ne nous occuperons que des premiers.

Le suc gastrique du nourrisson contient :

1° Des *composés chlorés*, qui se combinent à la caséine pour constituer des composés chloro-organiques qui, à la fin de leur transformation, dégagent de l'HCl libre ;

2° Des *ferments solubles* : un agissant sur les graisses, deux agissant sur la caséine, l'un, la présure, pour la coaguler, l'autre la pepsine, pour dissoudre et peptoniser le coagulum.

Transformation des albumines. — La *caséine* est donc, en premier lieu, coagulée par la présure (syn. : ferment lab., chymosine) qui existe toute formée dans l'estomac du nourrisson, tandis que, chez l'adulte, elle n'y existe qu'à l'état de proferment (Hammarsten, Arthus et Pagès). Le caillot, qui nage dans le petit lait, est dense, volumineux, riche en graisse, s'il s'agit de lait de vache, formé, au contraire, de flocons légers, ténus, pauvres en graisse, s'il s'agit de lait de femme. Ajoutons, avec le professeur Marfan, que le caillot de lait de vache tend à prendre les mêmes caractères que celui du lait de femme s'il est bouilli, pasteurisé, stérilisé, ou même seulement coupé d'eau. Cette coagulation, dont nous avons déjà exposé le mécanisme (cf. p. 275), demande un quart d'heure pour s'accomplir. Dès qu'elle est achevée, le petit lait, contenant une protéose soluble, passe dans l'intestin ou

est résorbé sur place. Quant au caillot, il est liquéfié et peptonisé par la pepsine qui n'agit, comme on sait, qu'en milieu acide, cette opération s'effectuant plus rapidement et plus complètement pour le lait de femme que pour le lait de vache.

La *lactalbumine* et la *lactoglobuline* passent, avec le petit lait, dans l'intestin grêle.

Transformations des graisses. — La plus grande partie est dédoublée dans l'estomac, grâce, principalement, à la lipase qu'il contient dès la naissance, accessoirement, à la lipase du lait. Le reste séjourne longtemps dans cette cavité, à l'état d'émulsion.

Autres éléments du lait. — Dissous dans le petit lait, le *lactose* passe tel quel dans l'intestin grêle, de même que les *sels* et l'*eau* du lait.

Digestion intestinale. *Actes chimiques.* Arrivé dans l'*intestin*, le chyme lacté y est soumis à l'action de trois sucs :

Intestinal, qui contient plusieurs ferments :

Les uns agissant sur les *hydrates de carbone*, et qui sont surtout l'*invertine* et la *lactase*, dédoublant, la première, la saccharose en glucose et *lévulose*, la seconde, le lactose en glucose et galactose ; l'*amylase* et la *maltase* (v. plus loin) ;

Un agissant sur les *protéines* : l'*éropsine*, qui achève la dislocation des albumoses, peptones et polypeptides, d'une part, de la caséine, de l'autre, en amino-acides, dont la leucine et la lysine ;

Pancréatique, activé par la sécrétine, qui renferme lui-même trois ferments ;

Trypsine, provenant de l'activation, sous l'influence de l'entérokinase contenu dans le suc intestinal, du trypsinogène, lequel existe dès la naissance, et qui, agissant en milieu neutre ou alcalin, opère la dégradation des protéines, cette dégradation s'opérant, schématiquement, en trois temps : 1° protéoses ; 2° polypeptides ; 3° amino-acides, et étant beaucoup plus complète pour le lait de femme que pour le lait de vache ;

Amylase, qui liquéfie l'empois d'amidon et le transforme en dextrine, et celle-ci en maltose, *seulement à partir du quatrième mois ;*

Maltase, qui dédouble une molécule de maltose en deux de glucose ;

Lipase, qui, « en liaison » avec la bile, émulsionne et dédouble une partie des graisses du lait ;

Bile, qui a pour rôle, entre autres :

a) D'augmenter l'action de certains ferments pancréatiques (amylase, lipase) ou intestinaux (lactase) ;

b) De favoriser la digestion de certains sucres ;

c) De contribuer à la digestion des graisses ;

d) De précipiter, pour les redissoudre, albumines et peptones.

Nous pouvons maintenant étudier les résultats de la digestion du lait.

Dans l'*intestin grêle*, il y a finalement :

Pour les *protéines*, absorption directe, par l'épithélium, de la lactalbumine et de la lactoglobuline du lait de femme, absorption de la caséine sous forme d'amino-acides, qui se combinent, en partie, dans la paroi intestinale, en partie dans le foie pour reconstituer des polypeptides dont l'organisme se servira pour construire des albumines spécifiques ;

Pour le *lactose*, dédoublement partiel en glucose et galactose qui, absorbés par la muqueuse intestinale, se rendent au foie pour s'y déposer sous forme de glycogène ; fermentation microbienne pour le reste, d'où production d'acides s'opposant aux putréfactions d'origine protéinique ;

Pour les *graisses*, dédoublement partiel en glycérine et en acides gras qui se combinent aux alcalis pour former des savons solubles : glycérine, savon et acides gras sont absorbés par la muqueuse intestinale. Quant au reste, il échappe à l'action de la lipase et se retrouve dans les selles.

D'après le professeur Marfan, dans le duodéno-jéjunum s'exercerait l'action des sucs intestinal, pancréatique et de la bile, tandis que dans l'iléon, prédomine l'action de la lactase et de l'érepsine.

Dans les premières portions du *gros intestin*, la paroi absorbe l'eau, les sels et une partie des produits de digestion venant de l'intestin grêle. Ceux qui ne sont pas absorbés et qui sont de nature protéique deviennent la proie des microbes qui leur font subir une putréfaction très marquée, s'il s'agit d'enfants nourris au lait de vache, à peu près nulle, s'il s'agit d'enfants au sein.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1934)

Propriétés biologiques du virus syphilitique contenu dans les syphilomes résiduels des animaux prémunis. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et Mlle R. SCHŒN.

Association du radical cinnamique et du cuivre dans le traitement de la lèpre. — MM. FERON et André LANCIEN.

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1934)

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la mort de S. M. Albert Ier, roi des Belges, membre associé de l'Académie des sciences morales et politiques.

La séance est levée en signe de deuil.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1934)

Notice. — M. Jean CHARCOT lit une notice nécrologique sur M. Paul RICHER, membre titulaire, récemment décédé.

Rapports. — M. LESAGE lit son rapport sur l'*hygiène de l'enfance* en 1933.

M. MEILLÈRE donne lecture d'un rapport sur les demandes en autorisation *d'eaux minérales.*

La margarine et l'hygiène alimentaire. — M. HUGOUNENQ, chargé d'un rapport sur la margarine et l'hygiène alimentaire, lit son exposé et demande à l'Académie de prendre en considération le vœu suivant :

« L'Académie : Considérant que certaines margarines déterminent chez certains sujets des troubles digestifs ;

Considérant que ces troubles sont indubitablement dus à des conditions défectueuses de fabrication et de purification ;

Considérant que certaines fabriques échappent à la surveillance et au contrôle prévus par la loi ;

Considérant d'autre part que la margarine est un succédané du beurre qui ne renferme cependant pas tous les éléments du beurre naturel (vitamines et graisses d'acides gras spéciaux) ;

Emet le vœu :

« Que tous les établissements sans distinction traitant des matières grasses d'origine animale destinées à l'alimentation, soient soumis à la surveillance et à l'exercice ainsi qu'à toutes les obligations légales en vue de protéger la santé publique. »

Ce vœu mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Le typhus murin. — M. Charles Nicolle adresse un important travail, d'où il résulte que l'existence du typhus murin chez les rats de la région parisienne reste toujours à démontrer.

Dix années d'application de l'anatoxine diphtérique à la vaccination antidiphtérique. — M. G. Ramon. La vaccination antidiphtérique au moyen de l'anatoxine, mise en œuvre au cours de ces dix dernières années, en France et dans de nombreux autres pays, a permis de réduire très sensiblement la morbidité et la mortalité par diphtérie.

Les résultats déjà obtenus, les progrès réalisés ces derniers temps par la méthode (augmentation de la valeur immunisante de l'anatoxine) entraînent la conviction de voir disparaître la diphtérie, par la pratique systématique et généralisée de la vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique.

Présentation d'un appareil à transfusion du sang. — MM. Henry et Jouvelet.

Action d'une eau faiblement minéralisée sur les éliminations rénales à l'état normal et pathologique. — MM. Flandin, Barrat et Nepveux.

Un cas de mutilation dentaire préhistorique. Extraction des incisives inférieures. — M. Baudouin.

L'Académie procède ensuite à un vote pour l'adjonction de six membres à la section vétérinaire, conformément au règlement, en vue de présentations.

Sont élus : MM. Levaditi, Roger, A. Pettit, Brumpt, Camus et Coutière.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance annuelle du 24 janvier 1934)

M. Albert Mouchet, président sortant, prononce le discours d'usage.

M. Gaston Picot, secrétaire annuel, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1933.

Eloge de Félix Lejars par M. Robert Proust, secrétaire général. (Voir *Gaz. des Hôp.*, N° 9, p. 150.)

Proclamation des prix décernés par la Société. — (Voir *Gaz. des Hôp.*, N° 8, p. 130.)

(séance du 31 janvier 1934)

M. Mouchet, président, prononce l'éloge funèbre de M. Pierre Bazy.

M. Mouchet, président sortant, cède le fauteuil à M. Georges Labey.

Ostéomyélite traitée par les larves de mouche. — M. Ombrédanne expose les résultats que lui a donnée cette méthode appliquée dans six cas. Ces résultats encourageants sont favorisés par une mise à plat rigoureuse et la cicatrisation des plaies se fait avec une particulière netteté.

Kystes hydatiques du poumon. — M. Braine rapporte les résultats obtenus par deux chirurgiens athéniens.

Ulcus géant en selle de l'estomac. — M. Georges Labey présente la pièce opératoire et les remarquables radiographies de ce cas opéré par résection avec plein succès.

Dilatation du jejunum dans les perforations gastro-duodénales. — M. Y. Delagenière (Le Mans) considère que cette dilatation constatée au cours de la laparotomie comporte un sombre pronostic.

Epispadias. — M. Gautier (Angers), dans un cas d'épispadias avec incontinence a réalisé une plicature vésico-urétrale, avec succès.

Pseudarthrose du col du fémur. — M. Mathieu, en cas de pseudarthrose grave, considère que la meilleure méthode est la résection arthroplastique de la hanche, lorsque l'opération restauratrice a échoué. Onze cas ont été opérés avec succès, sans mortalité opératoire. Des radiographies illustrent ces cas.

M. Alglave a obtenu de bons résultats de la résection de la tête fémorale.

M. Sorrel est d'avis qu'en certains cas, cette opération peut être entreprise relativement précocement.

M. Roux-Berger considère que la résection précoce de la tête avec abaissement du trochanter donnerait peut-être des résultats meilleurs que les traitements actuellement classiques de ces fractures (plâtre, enchevillements).

Guérison « spontanée » d'épithélioma du sein. — M. Roux-Berger rapporte un travail de M. Papadopoulos (Athènes) qui après une biopsie pour néoplasme du sein, observa un phlegmon gangréneux qui détruisit toute la région, amenant la guérison de la malade.

Présentation de radiographies :

M. Roux-Berger, dans un cas d'embolie ancienne de l'iliaque primitive droite, put mettre en évidence l'oblitération artérielle par radiographie après injection intra-aortique de thorotrast. Résection des iliaques et de la fémorale superficielle à droite. La malade cessa de souffrir. On pratiqua secondairement une amputation de la jambe droite. Mais une embolie gauche survint, la résection du caillot fut pratiquée, mais de nouvelles embolies survinrent et la malade finit par mourir.

M. Pierre Duval a pratiqué une artériectomie iliaque et fémorale pour gangrène des orteils. Décès au bout de quelques jours, malgré une amputation de cuisse.

Présentation de malade :

M. Moulonguet. Fistule broncho-cutanée guérie par électro-coagulation.

M. Monod considère qu'il s'agit d'une bonne méthode, mais qu'il ne faut pas l'utiliser précocement, de crainte de récidive.

(séance du 7 février 1934)

Anesthésie à l'Evipan sodique. — M. Robert Monod a déjà donné 112 anesthésies à l'évipan sodique. Ce corps, injecté à dose non toxique par voie intraveineuse, donne une anesthésie immédiate de 20 à 25 minutes. Cet anesthésique s'est, dans ces conditions, montré sans aucun danger. Il est

l'anesthésique parfait pour les actes de petite chirurgie, et s'associe de façon idéale au protoxyde d'azote.

L'auteur montre le rôle important de la *coramine* et de la *lobéline* sur le centre inspiratoire.

M. MOURE estime qu'on ne doit jamais inciser de phlegmons cervicaux ou pharyngés sous anesthésie générale.

M. BROCQ a eu un incident par ce procédé.

M. LENORMANT a, de l'évipan, une très bonne impression.

M. CAPETTE insiste sur l'importance capitale d'une injection extrêmement lente.

Appareillage pour fractures de jambe de réduction difficile. — M. MATHIEU, après avoir rappelé l'appareil de Lambret, puis les modifications qu'il y apporta avec Quénu, présente son appareil actuel, utilisant l'instrumentation de Kirshner.

A M. SORREL, M. Mathieu répond que cette méthode est certainement très supérieure à l'extension continue simple.

M. DESPLAS partage cette façon de voir.

Hématome intracérébral. — M. MOULONGUET rapporte une observation de M. Jean Lauwereyns (Valenciennes), qui guérit son malade par évacuation simple de l'hématome.

Un cas de kyste du ménisque interne du genou. — MM. SORREL et BENOIT communiquent cette observation relativement rare. Ménisectomie. Guérison. L'auteur rapproche les kystes méniscaux des kystes juxta-articulaires par dégénérescence kystique du tissu fibreux.

Résultats éloignés d'une synovectomie partielle pour hydarthrose chronique. — M. BRAINE rapporte cette observation de M. R. Bernard, qui n'a eu qu'à se louer de la voie d'abord transrotulienne. M. Braine défend plutôt la voie latérorotulienne.

M. SORREL se dit partisan de la section transversale de la rotule.

M. MADIER a fait deux synovectomies par incisions latérales et a obtenu de beaux résultats.

M. ALGLAVE, comme M. Sorrel, estime que les indications de la synovectomie pour tuberculose sont exceptionnelles.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1934)

A propos du traitement radiothérapique des arthrites gonococciques. — MM. JAME, TOURNIAIRE et PASSA présentent un malade qui fut atteint de pyarthrose gonococcique du coude gauche, non améliorée par la vaccinothérapie, ni par la sérothérapie intra-articulaire et que la radiothérapie guérit en un mois d'une façon totale.

Les auteurs attirent l'attention sur le traitement des arthrites gonococciques par les rayons X, qui amène une sédation rapide de la douleur, atténue l'infiltration péri-articulaire et permet la mobilisation précoce de l'articulation.

M. PICOT relate un cas analogue et précise les conditions du traitement.

M. PAITRE se félicite du résultat et pense que la méthode doit être vulgarisée auprès des médecins et des chirurgiens.

M. DIDIÉE souligne que, si la méthode est classique pour les radiothérapeutes, elle ne semble pas, auprès des médecins traitants, avoir la place qu'elle mérite.

Un cas de rupture complète du tendon quadricipital. — MM. DU BOURGUET et DUBAU ont observé une rupture complète du tendon quadricipital par contraction musculaire, au ras du bord supérieur de la rotule chez un sujet de soixante ans. L'intérêt de cette observation réside dans l'as-

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS
Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

CONSTIPATION SPASMODIQUE
CARBATROPINE
CHARBON ATROPINÉ
LABORATOIRE MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

De Trouette-Perret

l'**Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE CINNAMATE DE BENZYLE CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE, TRAITEMENT ADJUVANT DES TUBERCULOSES MÉDICALES ET CHIRURGICALES

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Pas de contre-indications

Aucune réaction

De **1** à **2** ampoules par jour ou tous les **2** jours. Séries de **15** à **20** injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques*, PARIS : :

pect de stupeur tissulaire des bouts supérieurs du quadriceps effilochés et ne saignant pas et dans le rétablissement de la continuité du tendon qui a été réalisé en fixant le crural à la base de la rotule après suture directe ostéo-tendineuse aux crins perdus. Résultat fonctionnel parfait.

A propos d'un cas d'apophysite tibiale antérieure. — MM. MONOT et ROUQUET observent chez un homme de vingt ans un empâtement douloureux de l'apophyse tibiale datant de deux ans. Sur la radiographie, le noyau apophysaire est séparé. Le diagnostic porté est apophysite tibiale, maladie d'Osgood-Schlatter.

M. PAITRE fait remarquer que la maladie de Schlatter n'est ni une apophysite inflammatoire ni un retard d'ossification, mais une épiphyséonécrose comparable à l'ostéochondrite disséquante de Kœnig et à la maladie de Koehler.

A propos d'une guérison d'eczéma et d'asthme par l'auto-curo-thérapie. — M. DANCENIS rapporte un cas dans lequel la méthode a non seulement amélioré l'eczéma, mais encore a fait disparaître des crises nocturnes d'asthme et a amené une amélioration sensible de l'état général.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME

RÉUNION DU 5 FÉVRIER 1934

Le 5 février a eu lieu à Cochin, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale, une réunion de la Ligue française contre le Rhumatisme. Elle était organisée par M. le professeur Mathieu et M. Fl. Coste, médecin des Hôpitaux.

Le compte rendu détaillé de cette très intéressante réunion sera publié dans la *Revue du Rhumatisme*.

M. le professeur Mathieu a d'abord présenté un rhumatisant dont les déformations avaient été considérablement réduites par des applications de plâtres successifs. A son sujet, il étudie les indications des traitements chirurgicaux ou orthopédiques dans le rhumatisme chronique.

M. Coste présente, à son tour, un certain nombre de malades, très bien choisis tant par les problèmes étiologiques qu'ils posaient que par les résultats thérapeutiques obtenus.

Ont pris part aux discussions : MM. Lacapère, Lafont, Leveuf, Ménétrel, Roederer, Trèves, Weissenbach, M.-P. Weil.

La prochaine réunion aura lieu aux Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur Nobécourt, le 10 mars, à 10 heures du matin. L'après-midi du 10 mars, la Ligue française contre le Rhumatisme tiendra sa réunion générale à l'Hôtel Chambon (95, rue du Cherche-Midi, Paris), à 18 h. 30.

MM. les membres de la Ligue internationale (abonnés aux *Acta*) peuvent envoyer leur cotisation au Trésorier (3, avenue du Président-Wilson), qui se chargera de la faire parvenir au Secrétariat international.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies d'estomac. Pratique journalière et vécue (1), par le docteur DE LA PRADE (de Nice).

L'auteur nous présente un livre sur les maladies d'estomac, conçu d'une façon toute différente des livres habituels. Au lieu d'écrire un traité didactique — ou trop court et alors trop élémentaire, ou complet et alors trop volumineux et où le praticien se perd — il a eu l'idée de raconter sa propre expérience au cours de 25 ans de spécialisation digestive, de montrer comment, *dans la pratique de tous les jours*, se présente le malade d'estomac, comment on fait un diagnostic simple, méthodique et précis, et comment on soigne.

Ce malade, nous le savons, est très, très fréquent ; les troubles dont il se plaint sont variés et souvent d'aspect complexe et protéiforme ; l'auteur en donne la description sous forme d'observations vécues, vivantes en quelque sorte, tirées directement de son fichier. De plus, chose nouvelle et essentiellement originale, il a pu, grâce à son expérience vaste et prolongée, nous offrir *des tableaux statistiques numériques* portant sur les diverses variétés de maladies d'estomac, ce qui en réalité est du plus haut intérêt, puisqu'on sait ainsi la fréquence ou la rareté de chaque variété.

Après avoir lu ce livre, le praticien de médecine générale, pour lequel il a été écrit surtout, aura une conception exacte et nouvelle de la pathologie gastrique, qui joue dans son activité professionnelle un rôle important.

Le gastro-entérologue trouvera lui-même dans ce livre des documents intéressants et originaux, notamment sur la discrimination des différentes formes de dysgastrie, et sur leur importance et leur fréquence ; aucun ouvrage de pratique médicale n'a encore publié ainsi des tableaux d'ensemble réels et vécus où toute la pathologie gastrique se montre à la fois, et dans sa réalité et dans sa vie propre.

Cet ouvrage est le travail consciencieux d'un médecin qui a beaucoup vu de gastriques, qui les a étudiés avec un sens clinique très averti, et avec les procédés les plus modernes d'examen, et qui les a suivis dans le temps.

L. G.

(1) In-8 de 524 pages avec 144 figures dans le texte et 19 planches hors texte (31 radiographies, 4 gastrophotographies). — Prix : 100 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 6 mars. — Jury : MM. Brindeau, président ; J.-L. Faure, Lereboullet, Vaudescal. — M. JALLER LÉVY. La doctrine du mouvement et son application dans la science médicale. — Mlle ZAÏRA NANU. Considérations sur la conduite à tenir dans la présentation du front. — M. MENEUX. Les résultats du traitement des broncho-pneumonies infantiles à la crèche médicale de Nantes.

Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Laignel-Lavastine, Bezançon. — M. ARAGER. Dégénérescence maligne des gommes et des ulcérations syphilitiques. — M. EVREMIADES. Erythème noueux et syphilis. — M. CLAUDEVILLE. Les chirurgiens de l'armée d'Afrique 1830-1850. — M. J. DUMAS. Etude sur la signification et la valeur sémiologique de la leucocytose éosinophile.

Jury : MM. Cunéo, président ; Sergent, Tiffeneau, Mlle Lévy. — M. DOUCET. Etude du volvulus du caecum. — M. ROBERT. Etude des dangers de l'oléothorax.

Mercredi 7 mars. — Jury : MM. Brumpt, président ; Tanon, Galliard, Joannon. — M. MATHIS. Etude du virus amaril et à la vaccination de la fièvre jaune. — M. CUCULIZA. Syphilis héréditaire larvée dans l'enfance. — M. FICHMAN. Historique de la transfusion sanguine. — M. KHALIFA. La médecine dans l'ancienne Egypte. — M. KLEIN. Rizière et paludisme.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL Phien 46 AVENUE DES TERNES PARIS (17e)

Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

OLÉTHYLE-BENZYLE

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au SUC D'ORANGE
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif – Délicieux
AUBRIOT 56, Boulevard Ornano PARIS

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.
ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se delivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
o gramme 25
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol

Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule / 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 7 MARS 1934. — N° 19.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Qu'est-ce qu'une entorse? par M. le professeur R. LERICHE.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de médecine de Marseille. — Société de médecine d'Alger.
NÉCROLOGIE
Bertherand, par M. le professeur M. LOEPER.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les médecins devront tenir un livre-journal mais ne seront pas tenus de délivrer un reçu.
Modifications à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.
LIVRES NOUVEAUX. — *Le Précis d'anesthésie chirurgicale de M. le professeur Forgue*, par M. P. LANCE.
NOTES POUR L'INTERNAT. — *Gangrène sénile* (fin).
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance supplémentaire du 28 février 1934 pour la première place. — Questions données : « Diagnostic de la paralysie générale au début. — Gangrène des membres par artérite. »

M. Vildé s'étant seul présenté et ayant obtenu la note 30 est classé premier.

— CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — *Chirurgie et accouchements.* — Notes des mémoires :

MM. Baumann, 19; Dufour, 18; Hepp, 17; de Langre et Lepage, 19; Monod, 20; Palmer et Zagdoun, 17.

Epreuve théorique anonyme. — Séance du 1er mars. — Questions données : « Diverticules de l'œsophage cervical. — Artère linguale. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Congé de la Mi-Carême 1934.* — 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 8 mars.

La bibliothèque sera également fermée.

2° Les bureaux du secrétariat seront ouverts aux heures habituelles.

— *Vacances de Pâques 1934.* — Du dimanche 25 mars au dimanche 8 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 9 avril.

La bibliothèque sera fermée du jeudi 29 mars au mardi 3 avril. Réouverture le mercredi 4 avril.

Le secrétariat sera fermé du samedi 31 mars au mardi 3 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours aux heures habituelles.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1934 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de physique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le jeudi 18 octobre 1934 devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris.

— Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes s'ouvrira le mardi 16 octobre 1934 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le poste de directeur de la deuxième circonscription sanitaire maritime au Havre est déclaré vacant.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des asiles

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le mardi 1er mai 1934, à 14 h.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du lundi 12 mars au samedi 31 mars 1934 (sauf dimanches et jours fériés).

GUERRE. — Le Comité consultatif de santé est ainsi composé pour 1934 :

Président. — M. le médecin inspecteur général Dopter.

Membres titulaires. — MM. les médecins généraux inspecteurs Baron, Cadiot, Sacquépée, Savornin; les médecins généraux Lafforgue, Lévy, Lahaussois, Normet, Viala; le pharmacien général Moreau.

Membres consultants. — (Civils.) M. le professeur Roger, MM. Auvray et Walther, M. le professeur Bezançon.

(Titulaires.) MM. les médecins généraux Morvan et Plisson; le médecin-colonel Beyle; le médecin lieutenant-colonel Pilod; le pharmacien lieutenant-colonel Debucquet.

MÉDAILLE DU DOCTEUR GEORGES LAURENS. — Les amis et les élèves du docteur Georges Laurens, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, ont eu la pensée, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître-graveur Dammann.

Toute souscription de 100 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), compte chèques postaux, Paris 599.

UMFIA OU UNION MÉDICALE LATINE. — *Prochaine conférence des Voix latines.* — Le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, membre d'honneur de l'Umfia ou Union médicale latine, qui a voyagé plusieurs fois en Amérique du Sud, fera le lundi 19 mars la conférence qu'il devait faire le 14 février, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, sous la présidence de Son Excellence A. Guani, ministre plénipotentiaire de la légation de l'Uruguay à Paris, une conférence sur l'Uruguay.

On peut trouver des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'Union médicale Latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e); à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris; à la Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris; à la Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris; à l'Académie Goya, 2, rue des Italiens, Paris; à la légation de l'Uruguay, 196, avenue Victor-Hugo, Paris.

— L'Umfia adresse ses félicitations à plusieurs de ses membres qui viennent d'être l'objet de promotions dans la Légion d'honneur. Le docteur J.-A. Rivière, vice-président de l'Umfia, a été promu commandeur ainsi que M. Henri Dalby, directeur général des laboratoires Astier et membre du Comité d'honneur.

MM. Gabriel Petit, membre de l'Académie de médecine, et le professeur Bottu, directeur des laboratoires Bottu, ont été promus officiers de la Légion d'honneur.

CONFÉRENCES MÉDICALES DE L'HÔTEL CHAMBON (95, rue du Cherche-Midi, Paris). — M. le professeur Léon Bernard fera le vendredi 9 mars 1934, à 21 h., une conférence sur *La prophylaxie de la tuberculose chez le nourrisson par la séparation* (avec présentation de film sonore).

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

COMITÉ DES FÊTES DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le Comité des fêtes des étudiants en médecine organise le vendredi 9 mars, à 22 h., un grand bal réservé au Corps médical dans les salons de l'hôtel Lutétia, boulevard Raspail.

Cette fête organisée avec le concours des spécialités pharmaceutiques sera gratuite pour les médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières et étudiants et leur famille sur présentation de leur carte professionnelle.

Au cours de cette fête tous les grands artistes défileront.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Pinard, membre de l'Académie de médecine, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Méry-sur-Seine. Nous adressons à ses gendres MM. Couvelaire, Morax et Fruhinsholz, membres de l'Académie de médecine, l'expression de notre profonde et bien affectueuse sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Paul Lequeux, accoucheur des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ses obsèques ont été célébrées à Sceaux.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MÉDECINS DEVRONT TENIR UN LIVRE-JOURNAL MAIS NE SERONT PAS TENUS DE DÉLIVRER UN REÇU

Le *Journal officiel* du 1er mars 1934 publie le texte de la loi portant fixation du budget général de l'exercice 1934. Remarquons l'article 6, ainsi conçu : « Le dernier paragraphe de l'article 4 de la loi du 23 décembre 1933 est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les professions assujetties au secret professionnel, le livre-journal ne comporte en regard de la date que le détail des sommes encaissées. »

Ainsi disparaît le fameux reçu contre lequel le corps médical, avec ensemble, a élevé une juste protestation.

F. L. S.

MODIFICATIONS A LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892 SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

La Chambre des députés avait adopté et le Sénat vient de voter à son tour, sur le rapport de M. Armbruster, une loi tendant à compléter l'article 16 du titre IV de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

En voici le texte. Il vise l'exercice illégal de la médecine par l'emploi des rayons X.

Article unique. — L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est complété par l'additif suivant :

« 2° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic ou de thérapeutique. »

On remarquera que pour la première fois une loi concernant la médecine fait mention du *diagnostic*, alors que jusqu'ici les législateurs ne se préoccupaient que de la thérapeutique dans la répression de l'exercice illégal.

Iodarsenic ou Dr Guiraud
(Goutte Paidophile)
TOUS ETATS GANGLIONNAIRES • LYMPHATISME • MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Millard, Paris (16e)

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme*
PILULES ET GRANULES

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

sirop "roche"

au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deu et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e

B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

OLÉTHYLE-BENZYLE

QU'EST-CE QU'UNE ENTORSE?

Par M. le professeur RENÉ LERICHE.

Dans n'importe quel livre, ancien ou récent, on ne trouve une réponse précise à cette question. Tout le monde sait de quoi il s'agit quand on prononce le mot. Il semble que cela suffise.

Les uns disent : l'entorse n'a pas de définition anatomique ; c'est l'ensemble des lésions produites dans une articulation quand elle subit un mouvement n'aboutissant pas à la luxation. Les mêmes disent plus loin : la luxation dans l'ordre des lésions est un degré de plus que l'entorse.

Pour d'autres, l'entorse est l'ensemble des lésions que déclenche dans une articulation l'exécution brutale de mouvements allant au delà des limites physiologiques. Et certains ajoutent : « quand toutefois la violence ne va pas jusqu'à briser les extrémités osseuses ».

En somme, le chapitre des entorses est sans frontières précises. Le mot exprime plus un mécanisme qu'un état anatomique. Et Auguste Broca a écrit : « Le problème est insoluble, car on ne meurt pas d'une entorse et, quand, dans un accident, on périt avec une entorse, celle-ci passe inaperçue. »

La question n'est peut-être pas insoluble, mais elle demande à être serrée de près et avec d'autres moyens que l'exploration radiologique ou clinique du squelette.

Il faut tout d'abord la bien poser.

Il est important en premier lieu de préciser que l'existence d'une lésion osseuse ne joue aucun rôle dans l'apparition de ce qui caractérise l'entorse. Le tableau est complet avec une parfaite intégrité squelettique et, si certains arrachements peuvent en assombrir le pronostic, en fait, l'évolution d'une entorse peut être fâcheuse alors que le squelette est primitivement intact.

Donc ce n'est pas l'état de l'os qui déclenche ce qui aboutit en quelques minutes au tableau clinique de l'entorse.

Ce n'est pas non plus évidemment l'état de la synoviale qui commande le tableau clinique. Tout d'abord la synoviale, surtout à la tibio-tarsienne, est très protégée et, quand on se tord le pied en marchant, ce n'est certes pas elle qui supporte le contre-coup du mouvement forcé. D'autre part, les traumatismes de la synoviale donnent de l'hémarthrose et de l'hydarthrose, alors que l'entorse évolue d'habitude sans épanchement. Il me paraît inutile d'insister.

Restent donc les ligaments. En fait, l'idée que nous avons tous, c'est que l'entorse est avant tout le résultat d'un traumatisme ligamentaire, d'une distorsion.

Comment ce traumatisme ligamentaire a-t-il pour traduction presque immédiate de l'hyperhémie locale, de l'œdème, de la douleur, une impotence fonctionnelle presque complète, et plus tard de l'atrophie musculaire, des douleurs et de la gêne fonctionnelle longtemps persistantes ?

Tout le problème est là.

On dit souvent que les ligaments sont tiraillés, arrachés, élongés, partiellement rompus. Evidemment ils peuvent être tout cela. Mais cela n'explique rien et, d'autre part, en règle ils sont intacts : ils ne sont que contusionnés. L'hypothèse de l'élongation, de la rupture partielle ou totale a été faite de chic. Et comme elle paraît vraisemblable on ne l'a jamais ni discutée ni vérifiée. Je ne connais pas dans la littérature de vérification anatomique de l'entorse habituelle du coude-pied, et pour cause.

Profitant de circonstances favorables (plaies des parties molles obligeant à intervenir sur la jambe) j'ai deux fois vérifié les ligaments externes de la tibio-tarsienne. Je les ai trouvés intacts. Les suffusions sanguines ne s'étaient faites que dans le tissu cellulaire.

D'autre part, les faits que je rapporterai plus loin, font la preuve qu'ils ne sont certainement pas rompus ni partiellement ni complètement.

Alors comment se fait-il qu'une contusion ligamentaire plus ou moins violente soit suivie des troubles vaso-moteurs, musculaires et douloureux qui caractérisent l'entorse ?

Personne, je crois, ne s'est jamais posé la question.

Or, il y a quelques années, étudiant le rôle de l'innervation sensitive des articulations et de leur appareil ligamentaire dans la physiologie pathologique des articulations (1), j'ai pu me rendre compte que si l'on injecte de la novocaïne ou des produits similaires au niveau des ligaments d'une articulation atteinte depuis quelques jours d'entorse, la douleur et l'impotence fonctionnelle disparaissent de suite, la marche devient possible, et tous les signes de l'entorse sont supprimés. Je crus tout d'abord que cela ne serait que passager.

Assez rapidement je vis que l'effet des injections anesthésiantes dépassait de beaucoup la durée du phénomène anesthésique et qu'après une ou deux injections, quelquefois trois, la guérison définitive était obtenue... En 1932, j'attirai l'attention sur ces faits avec Fontaine. Depuis lors, j'ai soigneusement observé, la seringue à la main, les entorses que j'ai eu l'occasion de voir. J'ai parfois infiltré les ligaments tibio-tarsiens, une demi-heure après l'accident, alors que déjà l'impotence fonctionnelle était complète, la douleur intense, la région chaude et œdémateuse, plus souvent le soir ou le lendemain, et j'ai eu la satisfaction de voir que les troubles rétrocédaient de suite, que les symptômes de l'entorse disparaissaient en quelques secondes et parfois définitivement ; que s'ils reparaissaient le lendemain ils étaient très diminués et qu'une seconde injection en avait raison.

Bref, *cela prouve que ce que nous appelons entorse, n'est initialement et essentiellement que la conséquence du trouble fonctionnel apporté par le traumatisme à l'appareil nerveux si développé des ligaments articulaires.*

(1) Recherches sur le rôle de l'innervation sensitive des articulations et de leur appareil ligamentaire dans la physiologie pathologique articulaire (*Presse Médicale*, 26 mars 1930, p. 417) et Des effets de l'anesthésie à la novocaïne des ligaments et des insertions tendineuses périarticulaires dans certaines maladies articulaires (*Gaz. des Hôp.*, 1er sept. 1930, p. 1298).

Nous n'avons jusqu'ici considéré les ligaments que comme des dispositifs d'attache solides et résistants.

Cependant Rauber avait, en 1865, montré l'extraordinaire abondance des corpuscules sensitifs autour des articulations. Il en avait compté 15 autour de l'articulation interphalangienne du pouce, 22 autour de la 2e articulation interphalangienne de l'index ; 96 autour de l'articulation du coude, 200 au niveau des articulations des orteils, 60 dans la région tarso-métatarsienne, 11 dans la jointure de la tibio-tarsienne.

Et Sappey a écrit en 1866 : « Les ligaments articulaires sont aussi abondamment pourvus de nerfs que la peau. Quelques-uns même sont plus richement dotés que la peau du tronc et des membres, et pour donner une juste idée des plexus nerveux que nous présentent ces derniers, il faudrait les comparer à la peau des doigts et des orteils ».

Il serait peut-être temps, 68 ans après la description de ce système nerveux périphérique, de lui faire jouer un rôle physiologique et pathologique. Sans doute, les neurologistes parlent bien des sensibilités articulaires quand ils étudient les altérations des sensibilités profondes. Mais nous, chirurgiens, nous ne leur faisons jouer aucun rôle. Les ligaments ne sont pour nous que des éléments mécaniques de contention

Nous devons les considérer désormais comme des porte-nerfs, aussi bien du point de vue de la physiologie que de la pathologie. La fonction « porte-nerf » des ligaments est aussi importante que leur fonction « moyen d'attache ».

Songez en effet un instant à la complexité des mécanismes mis en jeu par le moindre de nos mouvements coordonnés, et vous verrez qu'on marche autant avec l'appareil sensitif péri-articulaire qu'avec les ligaments de contention. A chaque instant, dès que nous faisons le plus petit déplacement dans l'espace, les appareils du mouvement mettent en action des séries de régulations automatiques qui coordonnent la flexion, l'extension, la force de préhension, le pouvoir de maintien, l'inclinaison, tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut pour les relâchements antagonistes.

Le moindre de nos gestes met donc en jeu tout l'appareil sensitif articulaire. Cela se fait sans doute, parce que les corpuscules de Ruffini répartis autour des tendons, dans le périoste, dans les ligaments et surtout dans leur points d'attache, dans les capsules articulaires, sont excités dès que les tractus conjonctifs qui leur servent de support sont tiraillés, tendus ou relâchés. Ce sont vraisemblablement eux qui, par voie réflexe, règlent la juste proportion des actions musculaires et l'harmonie des déplacements osseux.

La pathologie nous permet au reste de voir une partie des retentissements de ce jeu complexe.

Elle nous montre en effet que quand l'appareil centripète d'une articulation est brusquement excité par un traumatisme, ou expérimentalement par une piqûre, bien que les nerfs dont il dépend appartiennent au système de la sensibilité spinale, la réponse motrice se fait tout à la fois sur le muscle strié, d'où la contracture, et sur le muscle lisse, d'où l'hyperhémie en certains endroits, la vaso-constriction dans d'autres. Ce réflexe, dans sa partie motrice, se passe tout à la fois dans le système sympathique et dans le système spinal. Cela peut paraître au premier abord surprenant. Mais en fait c'est assez banal, car il en est ainsi dans l'angine de poitrine, dans l'asthme et dans la péritonite.

Or cette réponse lisso-motrice a une grande importance pathologique. Elle conditionne en effet l'état circulatoire régional et l'état circulatoire des muscles moteurs de l'articulation envisagée.

Il en résulte que quand un traumatisme plus ou moins violent tord ou frappe un ligament articulaire, il se fait instantanément un déséquilibre vaso-moteur régional, un brusque état hyperhémique local qui engendre l'œdème, la douleur, et par suite l'impotence fonctionnelle.

Les signes primaires de l'entorse, ceux qui sont immédiatement réalisés ne sont que la résultante des excitations des corpuscules et des terminaisons sensitives des nerfs ligamentaires.

Du point de vue du mécanisme et du point de vue clinique, *l'entorse est une maladie qui se consomme dans le système nerveux périphérique. Elle n'est,* permettez-moi cette expression, *articulaire qu'en apparence.*

Ne croyez pas — si paradoxal que cela paraisse — que ce que je dis est un jeu de l'esprit.

Depuis 17 ans, je me suis donné la tâche d'étudier *le rôle des sensibilités tissulaires et viscérales dans le déterminisme physiologique et pathologique.* Je crois avoir fait, par l'artériectomie, la démonstration expérimentale que dans l'ordre vasculaire ce rôle était considérable, — et ceci n'est plus guère contesté.

Pour les phénomènes articulaires pathologiques, en voici la démonstration que je poursuis depuis 1928 : l'infiltration novocaïnique de l'appareil ligamentaire d'une articulation soumise au traumatisme qui crée l'entorse, empêche celle-ci de s'installer ou en fait disparaître définitivement les signes.

Une jeune fille se tord le pied, en juin 1930, à la descente d'un tramway. Mécanisme banal d'entorse. L'accident a eu lieu à 3 h. 1/2. Impotence immédiate. Elle arrive à la Clinique de Strasbourg à 4 h. Il y a déjà de l'œdème, de la chaleur locale. L'impotence est considérable. Radiographie immédiate : négative.

Aussitôt infiltration des ligaments externes et internes de la tibio-tarsienne avec, de chaque côté, 3 cc. (une ampoule) de scurocaïne à 1 %, sans adrénaline, dilués dans ce qu'il faut de sérum physiologique pour avoir 10 cc. de liquide. La douleur cesse aussitôt, ainsi que la chaleur locale. Les mouvements deviennent possibles. La malade part 10 minutes après, marchant presque normalement. Elle revient le lendemain. Elle a de nouveau souffert vers 9 heures du soir pendant une heure ou deux ; puis toute douleur a cessé. Le matin elle a encore un peu de gêne, mais plus de douleur. Il n'y a presque plus d'œdème. Nouvelle infiltration. Même disparition instantanée de tout symptôme. Guérison complète et définitive. La « maladie entorse » a donc duré en tout 18 heures.

Cas bénin ? Heureux hasard ? Je dirai : cas habituel.

Je pourrais multiplier les exemples. Cela me paraît inutile. La vérification de ce que je viens de dire peut être faite par tous ceux qui voudront.

On obtient d'ailleurs le même résultat lorsque l'accident date de 24 ou de 36 heures. J'en ai recueilli de multiples cas, et publié quelques-uns avec Fontaine. Vous en trouverez d'autres dans la thèse que M. Etienne Bernard, élève de Roux Berger, a faite sur ce sujet à l'Hôpital Tenon, en 1931 et 1932.

En voici un : Un étudiant en médecine vient me voir il y a 3 semaines. La veille, un dimanche, il s'est tordu le pied en faisant du ski. Depuis il souffre, il boite et il a de l'œdème. Je l'examine le lundi matin : signes typiques d'entorse médio-tarsienne. Pas de lésions radiographiques. Infiltration immédiate. Il suit ma visite sans boiter. Aucune réaction douloureuse consécutive. Je ne le revois que huit jours après. Il n'est pas revenu parce que tout a été terminé après l'injection.

Il en est assez souvent ainsi. Mais fréquemment il y a, quelques heures après l'injection, une réaction assez douloureuse qui représente pour le psychisme du malade l'heure du doute sur l'efficacité réelle d'une méthode qui, au premier moment, est toujours qualifiée de miraculeuse. Puis la douleur passe et la maladie est terminée, ou ce qui en reste cède à une nouvelle injection, *à condition que l'on soit arrivé avant la constitution d'une hydrarthrose.*

Quand en effet, il y a déjà épanchement hydarthrosique, la réaction synoviale qui le conditionne ne cède pas aux injections ligamentaires. On ne saurait s'en étonner quand on en connaît le mécanisme. Je l'ai expliqué autrefois (1). Je n'y reviens pas.

Par contre, si l'on intervient avant l'épanchement secondaire, je veux dire hydarthrosique, celui-ci ne se produit pas.

Quand les accidents d'entorse datent de 3 ou 4 mois, ou même davantage, les résultats sont les mêmes : 1, 2 ou 3 injections suffisent souvent à faire disparaître les douleurs, l'impotence fonctionnelle, à réduire l'œdème. Toujours il y a grande amélioration. Mais s'il y a épanchement, celui-ci persiste.

Ce qu'il y a de particulièrement intéressant dans ce mode de traitement, c'est que l'injection intraligamentaire agit à distance sur les phénomènes musculaires qui accompagnent l'entorse, ce qui montre bien la solidarité de l'ensemble « articulation-muscles ».

J'ai vu en effet sur d'anciennes entorses scapholunaires, en mesurant la force au dynamomètre avant et après l'injection, un gain de force très appréciable. Alors que la main gauche saine donnait 30 au dynamomètre, et la main droite 9 seulement, après l'injection, la main malade donnait 14 par exemple. Deux jours après, une nouvelle injection procurait un nouveau gain.

Je pense donc qu'avec la méthode des injections anesthésiantes intraligamentaires, il nous est désormais possible d'arrêter net le développement des signes cliniques de l'entorse, de réduire à presque rien les conséquences immédiates de l'accident et d'empêcher le développement des séquelles tardives dépendant directement de l'entorse elle-même.

Il est bien évident que si elle est compliquée d'arrachement osseux, en particulier de l'épine tibiale, comme cela se voit si souvent au genou, l'anesthésie ligamentaire ne fera rien sur l'évolution de la lésion osseuse. Mais il est possible qu'en permettant une reprise immédiate de la fonction du membre, elle diminue beaucoup l'impotence ultérieure. Je pense d'ailleurs que quand il y a présomption ou preuve radiographique d'un arrachement osseux, l'intervention immédiate doit être pratiquée (1).

La méthode de traitement que je propose exige, en effet, qu'un diagnostic anatomique aussi exact que possible soit fait en présence d'un traumatisme articulaire. Pour le genou, nous avons parfois tendance à mettre un peu tout sous le nom d'entorse : des déchirures ligamentaires, des lésions méniscales, des ruptures du ligament croisé, l'arrachement des épines tibiales.

Je crois que nous aurions avantage désormais à être plus précis, à réserver le nom d'entorse à ce qui est simplement une contusion ligamentaire, sans destruction anatomique. On me dira que cela n'est guère possible. C'est possible à condition de ne jamais se payer de mots. J'ai soigné un malade pour lequel un éminent orthopédiste avait parlé de rupture partielle avec élongation du ligament interne du genou à cause du siège de la douleur et du type de l'impotence fonctionnelle. Après une injection dans ce ligament, le malade put marcher sans douleur, et le résultat tint 15 jours. Après une seconde injection, il est resté guéri. Il n'avait donc certainement pas eu une rupture ligamentaire.

Je voudrais, en terminant, ajouter que la méthode des injections novocaïniques dans les ligaments trouve son indication dans les suites des opérations articulaires où le mécanisme entorse, c'est-à-dire traumatisme ligamentaire, a joué pendant l'opération et a troublé la reprise des fonctions. Chez les arthrotomisés du genou, qui ont peine à se mobiliser, elle facilite la récupération fonctionnelle, surtout si on les associe à l'injection sous-cutanée d'acécoline.

J'ai vu il y a quelque temps un malade qui, arthrotomisé pour un corps étranger du genou posttraumatique, avait eu, après des suites opératoires parfaites, une impotence fonctionnelle complète. Rien n'y avait fait, ni le soleil, ni le massage, ni les divers traitements médicamentaux antirhumatismaux et antialgiques. Il m'était adressé par son chirurgien et par une compagnie d'assurance pour l'opération sympathique que je croirais utile.

L'opération datait de 7 mois. L'impotence était considérable. Le malade marchait genou raidi, avec des béquilles. Dès qu'il appuyait le pied sur le sol, il éprouvait de violentes douleurs à la face interne du genou. Le membre n'avait aucune force. Le malade

(1) Voir *Presse Médicale*, 26 mars 1930.

(1) LERICHE et DE GIRARDIN. Traitement chirurgical immédiat des entorses du genou avec lésion osseuse radiographiquement visible ou cliniquement décelable. *Journal de Chir.*, juillet 1929, p. 1.

le soutenait avec les deux mains. Il ne pouvait détacher le talon du plan du lit. Il n'y avait pas d'hydarthrose. Son appareil ligamentaire fut largement infiltré par mon aide, le Dr van den Linden, élève de notre collègue de Beule. Le malade put aussitôt rentrer dans la salle sans béquilles. L'impotence fonctionnelle avait cessé. Les douleurs avaient disparu. Les jours suivants, le résultat se maintint. Au bout d'une semaine, le malade se déclara guéri et demanda à rentrer dans son pays, ne sentant plus aucune douleur... 15 jours plus tard, il revint se faire faire une nouvelle infiltration parce que la gêne avait graduellement reparu. Van den Linden en fit 3. Et le malade repartit transformé. Il devait revenir s'il souffrait. Je ne l'ai pas revu.

En somme, nous devons penser désormais que les ligaments articulaires sont le support d'un appareil sensitif très développé, que les troubles de cet appareil interviennent dans un certain nombre d'états articulaires, en particulier dans l'entorse qui est essentiellement une maladie fonctionnelle de l'apparil nerveux ligamentaire et qu'il est possible de guérir celle-ci en quelques instants par une thérapeutique visant seulement la fonction nerveuse des ligaments.

Quand on se promène dans une station de sports d'hiver, on a l'impression que cette acquisition doit être largement divulguée.

Et maintenant, je reprends la question par laquelle j'ai commencé : Qu'est-ce qu'une entorse ?

Je réponds : La conséquence réflexe d'un traumatisme par distorsion de l'appareil ligamentaire d'une articulation.

Et j'ajoute : il nous appartient d'en arrêter net l'évolution par le blocage anesthésique des ligaments périarticulaires sans s'arrêter aux pratiques habituelles qui n'ont pas grande efficacité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 2 février 1934)

Scarlatine puerpérale. — MM. Lemierre et Bernard. Des observations des auteurs (23 cas), il résulte que cliniquement, la scarlatine puerpérale ne diffère pas de la scarlatine vraie : à noter seulement ce fait : la fréquence toute particulière des manifestations streptococciques au cours de la scarlatine puerpérale.

Epidémie hospitalière d'infection herpétique s'étant révélée à l'occasion de ponctions lombaires. — MM. de Lavergne, Kissel et Simonin. Dans une même période, 4 ponctions lombaires pratiquées dans une même salle ont entraîné, 12 heures après, des signes de méningite aiguë suivie d'éruption d'herpès. Ces réactions méningées semblent pouvoir être attribuées au virus herpétique, ce virus s'étant introduit à la faveur d'une pneumonie.

Calcification post-articulaire de l'épaule. — M. Lœderich et Mme Bernard-Pichon. Femme 47 ans souffrant d'une arthrite de l'épaule droite. Apparition brusque d'une douleur avec gonflement de l'épaule et immobilisation absolue. A la radio, constatation d'une nodosité calcifiée du volume d'une noisette siégeant dans le tendon du sous-épineux. Application chaude, traitement salicylé, guérison en 12 jours. Disparition de la nodosité calcifiée. Cette affection peut se guérir sans intervention chirurgicale.

Souffle diastolique intense à irradiation osseuse. Insuffisance aortique. — MM. Berthier et de Font-Reaulx. Souffle extrêmement intense irradiant à l'auscultation des extrémités osseuses du membre supérieur et sur toute la hauteur de la colonne vertébrale : l'insuffisance aortique en l'espèce semble due à une infection subaiguë d'origine amygdalienne.

Episodes méningés tuberculeux curables. — M. Paisseau et Mme Laquerrière, dans 3 cas d'épisodes méningés survenus chez des enfants et terminés par guérison, ont établi par ensemencement et inoculations la présence dans le liquide céphalo-rachidien de bacilles tuberculeux. Peut-être la guérison de la méningite tuberculeuse est-elle moins rare qu'on ne le dit.

Diabète grave et pneumonie. Insuline et sapoïde d'acridine. — Mme Renaud et M. Turiaf. On connaît la fâcheuse influence que l'infection exerce sur l'activité de la médication par l'insuline, celle-ci devenant inefficace au moment où on croit pouvoir compter sur elle. Le sapoïde d'acridine peut être d'un grand secours en faisant évoluer comme une pneumonie bénigne et courte une infection grippale pouvant faire prévoir un pronostic sombre.

Collapsothérapie appliquée au traitement de la tuberculose des diabétiques. — MM. Labbé, Boulin, G. Besançon et Thiéry. Statistique portant sur 45 cas, relative au traitement collapsothérapique de la tuberculose pulmonaire des diabétiques traités par l'insuline. Il en résulte que les résultats encore décevants de la méthode pourront s'améliorer quand elle sera entreprise de façon précoce.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 10 février 1934)

Prédominance du caractère néoplasique central des tumeurs de la queue de cheval. — MM. G. Guillain et I. Bertrand. La queue de cheval étant essentiellement une réunion de racines nerveuses, on pouvait supposer que les néoplasmes primitifs de cette région étaient des neurinomes ou schwannomes identiques aux tumeurs des nerfs périphériques. Nos cas montrent qu'en dehors des neurinomes, on observe le plus souvent des tumeurs à type central (épendymome cellulaire, épendymome myxopapillaire, neuro-épithéliome, médulloblastome).

Le point de départ de ces tumeurs de la queue de cheval à type central est le cône terminal et surtout le filum terminal, qui contient tous les éléments histologiques de la moelle épinière, et qui peut être le point de départ de gliomes variés. La prédominance des épendymomes concorde avec celle que l'on observe sur la moelle elle-même.

Etude comparative des diverses méthodes de culture pour l'isolement du bacille de Koch. — MM. A. Saënz et L. Costil. Dans 4 cas, les tubes ensemencés par la méthode de Hohn sont demeurés stériles, tandis que ceux ensemencés suivant leur procédé ont donné lieu au développement de cultures de bacilles tuberculeux. De plus, leur méthode offre l'avantage d'obtenir une homogénéisation rapide des produits à ensemencer et de supprimer la centrifugation. D'autre part, grâce à leur neutralité, les produits ainsi traités

peuvent être inoculés aux cobayes, chez lesquels ils ne provoquent aucune réaction locale immédiate.

Préparation d'une vagotonine parfaitement exempte d'insuline. — M. D. Santenoise, Mlle G. Fuchs et M. M. Vidacovitch décrivent la technique de préparation d'une vagotonine exempte d'insuline, très soluble dans l'eau distillée, non choquante, très active.

Action de la vagotonine sur le rythme cardiaque. — MM. L. Merklen, R. Grandpierre et M. Vidacovitch ont obtenu chez le chien chloralisé avec une vagotonine débarrassée d'insuline, des ralentissements du rythme cardiaque qui mettent bien en évidence l'action exercée par la vagotonine sur le tonus vagal et — plus tardivement — sur le tonus sympathique.

L'action du cyanure de potassium sur la respiration chez le chien. Centres nerveux respiratoires et zones réflexogènes sino-carotidiennes. — MM. L. Camus, H. Bénard et F.-P. Merklen. L'action stimulante des faibles doses de cyanure sur les terminaisons réflexogènes sino-carotidiennes semble indiscutable, de même que l'action inhibitrice des fortes doses sur les centres. Mais il ne faut pas pousser cette opposition à l'extrême : une dose suffisamment forte de cyanure introduite dans un sinus carotidien circulatoirement exclu et à innervation intacte, peut entraîner un arrêt réflexe de la respiration ; inversement, l'injection vers les centres d'une dose de cyanure légèrement inférieure à celle qui donne de l'apnée, peut déterminer une augmentation d'amplitude et une accélération de rythme de la respiration.

Valeur de la réaction de « Takata-Ara » comme test d'insuffisance hépatique. — MM. G. Hugonot et R. Sohier, dans toutes les affections s'accompagnant de lésions profondes de parenchyme hépatique et d'insuffisance fonctionnelle grave, ont trouvé une réaction positive allant toujours de pair avec une inversion du rapport sérine-globuline et une hypoprotéinémie totale. Dans d'autres maladies s'accompagnant de modifications humorales importantes, la réaction s'est révélée parfois positive, lorsqu'il existait un trouble notable de l'équilibre protéinique, mais dans les cas où l'atteinte hépatique n'était pas nettement établie, le taux des protéines total était normal ou augmenté.

Recherches expérimentales sur l'hormone gonadotrope dans les épithéliomas du col utérin. — MM. L. Cornil et A. Escarras ont recherché l'épreuve de Zondek modifiée suivant la technique de Friedmann-Brouha dans 25 cas d'épithéliomas malpighiens cervicaux. Elle fut trouvée positive 13 fois, dont 10 cas d'épithéliomas baso-cellulaires types ou intermédiaires, à prédominance baso-cellulaire, douteuse 7 fois, dont 4 cas d'épithéliomas intermédiaires à prédominance spinocellulaire, négative 5 fois, dont 4 cas d'épithéliomas spinocellulaires types ou intermédiaires, à prédominance spinocellulaire.

Les épreuves de contrôle dans 10 cas d'épithéliomas extra-génitaux (2 chez l'homme et 8 chez la femme) ne donnèrent qu'un seul résultat douteux (envahissement de la cloison rectovaginale par un cancer du rectum).

Sur le dosage de l'adrénaline dans la glande surrénale fraîche. — MM. L. Binet et G. Weller abordent l'étude des variations du taux de l'adrénaline dans les glandes surrénales fraîches ou desséchées. La méthode qu'ils utilisent ne révèle pas l'existence d'une libération ou d'une formation d'adrénaline au cours de la dessiccation de ces glandes.

Méthode colorimétrique de mesure des polypeptides du sérum. — MM. R. Goiffon et J. Spaey dosent les polypeptides du sérum précipités par l'acide phosphotungstique et que laisse filtrer l'acide trichloracétique ; mais, au lieu de mesurer l'azote sur ces deux filtrants et d'en établir la différence, ils dosent colorimétriquement les noyaux tyrosine de ces polypeptides, grâce au réactif dit des phénols, de Folin et Denis. La méthode est plus rapide et exige moins de sang.

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1934)

Technique de recherche de l'oligoglie ganglionnaire. Importance d'une fixation à la glacière et d'un mordançage à l'acide fluorhydrique. — M. Ivan Bertrand et Mlle Jacqueline Guillain, devant l'insuccès fréquent des imprégnations classiques pour l'oligoglie, ont élaboré une technique histologique dérivée des méthodes d'Hortega et de Penfield avec certaines particularités originales. Ils emploient une fixation au formol bromuré pyridiné à la *glacière*, d'une durée variable suivant les espèces, un mordançage à l'*acide fluorhydrique*. L'imprégnation des éléments oligogliques et microgliques est ainsi particulièrement élective.

Localisation histochimique de la vitamine C dans le cortex-surrénal. — MM. A. Giroud et C.-P. Leblond mettent en évidence histochimiquement la vitamine C dans le cortex-surrénal. C'est la seule partie de la surrénale qui renferme en abondance la vitamine. Elle se trouve en mêmes proportions dans la fasciculée et la réticulée. La glomérulée, zone de cellules au repos, n'en contient pas, au moins à l'état normal. Dans la cellule surrénalienne, la vitamine se trouve localisée dans le protoplasma cellulaire et sans rapport avec les lipoïdes. Peut-être a-t-elle des rapports avec le chondriome.

La mescaline, substance hallucinogène. — MM. H. Claude et M. Ey résument leurs premiers résultats obtenus par l'expérimentation de la mescaline. Les phénomènes psychiques et notamment psychosensoriels sont la conséquence d'un déficit fonctionnel de l'activité psychique dont la formule générale est la substitution des formes psychiques inférieures à l'activité mentale bien adaptée. Les effets physiologiques se révèlent surtout dans le domaine neuro-végétatif (amphotonie à prédominance sympathicotonique). L'activité labyrinthique est peu altérée. Chez les psychopathes, les effets sont très divers. La plupart des malades se comportent différemment dans l'intoxication mescalinique et dans l'activité hallucinatoire spontanée. La mescaline s'est révélée un agent thérapeutique remarquable dans un cas de syndrome de dépersonnalisation.

M. Baudoin demande quel est l'effet de la mescaline sur la tension artérielle.

M. Ey. — L'effet est variable. Il y aurait plutôt une légère augmentation.

M. Lapicque demanderait des épreuves supplémentaires pour être convaincu des effets de cette substance sur le système sympathique.

Vagotonine et syncope adrénalino-chloroformique. — MM. D. Santenoise, L. Merklen, R. Grandpierre et M. Vidacovitch ont effectué sur une cinquantaine de chiens, soit préalablement anesthésiés au chloralose, soit chloroformés sans administration préalable de chloralose, des expériences qui leur permettent de conclure que l'administration préalable de vagotonine parfaitement débarrassée d'insuline crée, lorsqu'elle s'est montrée efficace sur le système nerveux végétatif, un état de résistance tel que l'administration d'adrénaline ne provoque plus de syncope adrénalino-chlo-

roformique. Par contre, l'insuline n'exerce aucun effet protecteur, bien au contraire.

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 février 1934) :

Sur les relations qui existent entre l'ultravirus tuberculeux et les microcultures sur milieu de Lœwenstein. — MM. F. Arloing et A. Dufourt apportent aujourd'hui un ensemble de preuves par lesquelles ils croient pouvoir être autorisés, ainsi qu'ils l'avaient déjà écrit, à considérer que les microcultures vraies obtenues sur milieu de Lœwenstein dérivent de l'ultra-virus tuberculeux, et, lorsqu'elles ont été obtenues par ensemencement du sang, mettent en évidence une ultra-virusémie.

En effet, dans l'ordre expérimental, les auteurs montrent que, si l'on ensemence sur milieu de Lœwenstein, des filtrats de cultures jeunes de bacilles tuberculeux, on assiste au développement de microcultures qui, inoculées aux cobayes, donnent une tuberculose analogue à celle que produit l'ultra-virus tuberculeux retiré de ces filtrats.

Si l'on cultive suivant la méthode de Sanarelli, des filtrats en sacs de collodion inclus dans le péritoine du cobaye, l'ensemencement ultérieur du contenu de ces sacs où l'on a constaté la présence de bacilles acido-résistants issus des filtrats, donne sur Lœwenstein des microcultures, dont l'inoculation au cobaye crée l'infection tuberculeuse classique due à l'ultra-virus.

Enfin, si l'on cultive comparativement sur milieu de Lœwenstein du sang de tuberculeux non filtré et filtré, les cultures obtenues dans l'un et l'autre cas sont, quoique moins abondantes avec le sang filtré, du type de la microculture.

Action d'extraits de rein et de foie de cobayes normaux sur le bacille tuberculeux humain. — MM. F. Arloing et L. Thévenot, au cours de recherches sur la pathogénie et les formes de l'infection tuberculeuse expérimentale du rein chez des animaux de laboratoire, avaient constaté et publié antérieurement la difficulté de la tuberculisation rénale chez le cobaye, même après inoculation directe dans le parenchyme.

Aussi ont-ils été conduits à envisager si la pulpe rénale exerçait une action modificatrice de la virulence du bacille tuberculeux humain après un contact de 15 jours à la glacière.

Dans ces conditions, les bacilles ne semblent guère modifiés dans leur pouvoir pathogène. La tuberculose expérimentale se développe chez le cobaye inoculé avec ce virus de façon à peu près identique, sauf une moindre réaction ganglionnaire et au point d'inoculation, que chez les animaux témoins.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

(séance du 29 novembre 1933)]

Un nouveau cas de gastrite syphilitique interstitielle. — MM. Poinso, Poursines, Capus et Carlin apportent l'observation d'une femme de 43 ans, venue mourir à l'hôpital avec des hémorragies nasales incoercibles. Les antécédents révèlent l'existence d'un passé hémogénique et d'une syphilis chez le conjoint. L'autopsie permet de mettre en évidence un épaississement considérable et blanchâtre de la moitié fundique de l'estomac (sans que la malade ait jamais signalé un syndrome gastrique, en dehors de l'inappétence). L'examen histologique apprend qu'il s'agit d'une sclérose interstitielle hypertrophiante et mutilante, prédominant dans la sous-muqueuse, avec nodules scléreux riches en collogène et à topographie périvasculaire, aspect qui autorise à porter le diagnostic de syphilis gastrique interstitielle. Les auteurs insistent sur la diffusion de cette gastrite et voient là une étape probable de la linite plastique syphilitique.

Tétanie gastrique avec azotémie par manque de sel confondue il y a 8 ans avec une urémie gastrique. — MM. Henri Roger et André Sauvan présentent l'observation d'une tétanie survenue chez une malade atteinte de spasmes pyloriques. La constatation inattendue d'une azotémie de 1 gr. 59 leur fit admettre en 1925, alors qu'on ne connaissait pas les azotémies par manque de sel, une urémie gastrique avec vomissements, tétanie et spasmes pyloriques symptomatiques de l'urémie nerveuse. Il est vraisemblable qu'un certain nombre de cas anciens d'urémie gastrique ont prêté à la même confusion.

Considérations étiologiques, anatomo-cliniques, humorales et thérapeutiques sur deux cas de spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. D. Olmer, Jean Olmer et J. Paillas notent la rareté de la spirochétose à Marseille ; deux malades observés travaillaient sur les quais et étaient abondamment parasités ; au point de vue anatomo-clinique : gravité des deux formes observées, intensité anormale des lésions histologiques du foie dans un des cas ; au point de vue humoral, l'étude parallèle du chlore et de l'urée dans le sang a montré une chloropénie à la fois plasmatique et globulaire qui a persisté alors que l'azotémie revenait à la normale ; au point de vue thérapeutique, cette chloropénie a conduit les auteurs à pratiquer la rechloruration ; d'autre part, un malade qui a guéri a été traité dès le début par des injections d'insuline à forte dose associées à l'ingestion de glucose qui ont paru influencer favorablement l'évolution.

Hyperazotémie extrême au cours d'un paludisme récent. Guérison. — MM. Heckenroth et Alliez.

A propos du traitement des septicémies d'origine optique. — M. Brémond.

Le syndrome paratrigéminal du sympathique oculaire. — MM. H. Roger et Y. Poursines dénomment ainsi l'atteinte des fibres oculosympathiques dans leur trajet sous-arachnoïdien : anastomoses qui du plexus péricarotidien se jettent sur la première branche du trijumeau et sur le moteur oculaire commun. Le syndrome oculosympathique paralytique ainsi réalisé, s'accompagne habituellement d'altération trigemellaire (névralgie anesthésique du V le plus souvent).

Bien que les ouvrages classiques ne fassent pas mention de ce syndrome, on le rencontre assez fréquemment en clinique ; en 18 mois, les auteurs en ont personnellement observé quatre cas.

Il comporte une valeur séméiologique indiscutable ; sa constatation permet de localiser la lésion à la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(séance du 15 décembre 1933)

Nouveau cas algérien de xéroderma pigmentaire avec épithélioma. — MM. Lombard, Montpellier, Bartoli, Chiapponi. Huitième cas de cette affection publié en Algérie. Jeune Kabyle de 10 ans : syndrome assez fruste ; épithélioma spino-cellulaire de la région malaire droite. Ni cholestérine, ni hypersensibilité aux U.V.

L'aorte des paludéens. — MM. Dumolard et Aubry rapportent leurs travaux sur les troubles fonctionnels et lésionnels de l'aorte au cours du paludisme. Ils soulignent que beaucoup d'inconnu persiste encore sur ce sujet, mais que

ces troubles n'en existent pas moins. Au reste, les lésions aortiques dues à l'hématozoaire paraissent assez minimes et sont d'un type anatomique particulier.

Un cas d'une affection cutanée appelée « Bou Fortoutou » par les indigènes. — M. Collignon. Dermatose papulo-prurigineuse curieuse, que les indigènes contractent au contact de certaines plantes des marais. Rarement observée par le médecin, cette affection paraît bien connue de l'Algérien. Etiologie inconnue.

Les Piroplasmoses bovidés. — M. Ed. Sergent. Rappel de cette vaste question intéressant tout particulièrement la médecine vétérinaire de l'Algérie, et que l'Institut Pasteur d'Alger a enrichie de nombreux travaux. Ceux qui s'intéressent au paludisme ne peuvent que tirer profit de ces notions de pathologie comparée.

Infantilo-nanisme palustre. — MM. Aubry, Bertrand, Santucci. Très belle observation d'un cas d'infantilo-nanisme d'origine palustre, remarquablement amélioré par une médication anti-palustre longtemps et patiemment poursuivie.

Abcès du poumon guéri par l'émétine. — MM. Aubry, Bertrand, Castanei. Jeune homme d'une vingtaine d'années, apparemment indemne d'amibiase hépato-intestinale, porteur depuis quatre mois d'un abcès du poumon énorme, que la médication émétinienne guérit rapidement.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'anesthésie chirurgicale (anesthésie générale, rachidienne, locale), (1), par le professeur Forgue.

Malgré des perfectionnements incessants, l'anesthésie reste une des préoccupations majeures de tout chirurgien. Cinquante années de pratique chirurgicale, des recherches personnelles fort importantes sur la rachianesthésie en particulier, confèrent une autorité et une valeur incomparable au précis que vient d'écrire le professeur Forgue. C'est en effet une œuvre de longue haleine que nous apporte l'illustre maître de Montpellier, apportant dans ce labeur la précision et la haute conscience qui lui sont habituelles.

L'ouvrage comprend trois parties. La première est consacrée tout entière à l'anesthésie générale : l'auteur en rappelle tout d'abord les bases physiologiques et montre à ce propos le rôle fondamental que joue le gaz carbonique dans la physiologie de l'acte respiratoire, et les applications pratiques que les travaux modernes en ont tirées (inhalation carbonique pendant et après la narcose). Un chapitre traite ensuite de l'*anesthésie de base*, dont la connaissance marque sans doute une orientation nouvelle de l'anesthésie générale. Sont ensuite passés en revue les différents anesthésiques généraux avec leurs indications respectives, leur mode d'administration, leurs avantages. Les accidents qui peuvent survenir au cours de la narcose sont étudiés avec soin, ainsi que leur traitement. Un chapitre spécial est consacré enfin aux anesthésies extra-pulmonaires (anesthésie rectale par l'avertine, anesthésie intra-veineuse, etc.).

La rachianesthésie occupe la deuxième partie de l'ouvrage : on sait la part que les travaux de l'auteur ont prise dans la diffusion de cette méthode, dont les progrès les plus récents résident, d'une part, dans l'utilisation des solutions hypobares qui permettent de contrôler avec précision la hauteur de l'anesthésie, et d'autre part, l'emploi préventif ou curatif de l'éphédrine qui pare au danger de la crise hypotensive (orage de la vingtième minute.)

Cependant, le mécanisme physiologique de cette anesthésie reste encore plein d'inconnues : il y a des irrégularités dans la hauteur de la zone d'analgésie ; pourquoi même y a-t-il une limitation de cette action analgésiante ? Mais en regard, il faut placer les avantages incontestables de ce mode d'anesthésie, à condition qu'on limite ses indications aux interventions portant sur l'étage sous-ombilical du corps. Sa technique a une grosse importance ; l'auteur nous donne la sienne avec une précision minutieuse, puis indique les avantages et la technique de certains procédés modernes (méthode de Pitkins, rachipercaïnisation telle que la pratiquent Howard Jones et Quarella).

La troisième partie traite enfin de l'anesthésie locale et régionale. Le développement de certaines branches de la chirurgie (neuro-chirurgie, chirurgie pulmonaire) lui donne un regain d'intérêt. Plus encore que pour les autres anesthésies, la posologie de l'anesthésique, la technique de son administration (anesthésie en surface par infiltration, anesthésie de conduction) ont ici une importance primordiale : aussi la technique d'anesthésie de chaque région (crâne, face, cou, thorax, estomac, réduction des fractures et luxations) est-elle exposée avec précision, clarté, et d'excellentes figures viennent en illustrer le texte. Deux chapitres sont enfin consacrés, l'un à l'anesthésie para-vertébrale, l'autre à l'anesthésie épidurale.

Au total, l'ouvrage du professeur Forgue apparaît comme un magistral traité de l'anesthésie chirurgicale, traité qui vient à son heure, puisque dix ans de recherches et de travaux ont amené de profonds changements dans les méthodes d'anesthésie, et qui peut condenser pour la première fois toutes ces acquisitions éparses dans la littérature médicale. Il constitue le *vade mecum* indispensable à tout étudiant en médecine, et, sans aucun doute, il sera souvent le guide éclairé du médecin ou du chirurgien, qui, à la veille d'une intervention, hésite encore sur le choix et les avantages de tel ou tel anesthésique. Car, si dans un grand service d'hôpital, l'anesthésie peut être confiée (et on doit le souhaiter) à un spécialiste de carrière, il ne peut en être de même partout ailleurs. « Nous ne devons point perdre de vue *qu'une anesthésie est une mesure d'urgence* qui peut, dès le lendemain de son installation, s'imposer à un jeune médecin peu outillé, mal aidé, et qu'il doit improviser, pour se tirer de l'épreuve avec le moindre risque. »

PIERRE LANCE.

(1) In-8 de 340 pages avec 92 figures. — Paris, G. Doin et Cie.

BERTHERAND

Eloge prononcé à la Société de thérapeutique par M. le professeur M. Loeper, président.

J'ai la douloureuse mission d'évoquer la mémoire de notre collègue, le Dr Bertherand, de lui apporter l'hommage ému de la Société de Thérapeutique et d'exprimer nos regrets unanimes et notre réel chagrin.

Notre pauvre ami s'est éteint samedi après trois semaines d'une maladie grippale qu'il avait tenue si discrète que beaucoup d'entre nous l'ignoraient ou la croyaient bénigne.

Et cette discrétion, ce désir de ne causer à quiconque un dérangement ou un ennui, étaient bien dans les habitudes et dans le caractère de cet homme prévenant et modeste qui accomplissait si parfaitement et si simplement son labeur quotidien et qui toujours rendit plus de services qu'il n'osait en demander.

Il avait 66 ans et sa vie, digne et bien remplie, fut toute de dévouement, de sagesse et de bonté.

Elève au lycée Condorcet, il y fit des études solides, délaissa les lettres vers lesquelles des amis, aujourd'hui célèbres, l'auraient peut-être voulu entraîner, pour la carrière médicale. Son penchant pour la médecine tenait de famille. Son père, qui était médecin général en Algérie, fut un des promoteurs de l'Ecole de médecine. Il y fonda même la *Gazette Médicale d'Alger*, et laissa parmi ses confrères civils et militaires un nom estimé et presque vénéré.

Bertherand continua la tradition. Interne des hôpitaux en 1896, il prit successivement place chez Thibierge, chez Robin et chez Hutinel.

Sa thèse qui fut une nouveauté, traitait du diagnostic de la tuberculose des jeunes enfants par l'examen des matières vomies. Elle était inspirée d'Hutinel et fut faite dans son service. C'est là qu'il connut Nobécourt et Lesné, qui eurent la douloureuse, mais douce mission de lui apporter l'espérance dans sa dernière maladie.

Peut-être son cerveau médical fut-il surtout modelé par Albert Robin. Il fut en effet l'assistant dévoué, le collaborateur affectueux, et, avec Baudouin, l'ami jusqu'aux derniers jours du vieux maître auquel il avait vraiment voué sa vie médicale.

Comme d'autres, Bertherand quitta Paris dès le début de la guerre. Plus que d'autres, il fit alors tout son devoir. Il voulut, malgré ses fatigues, prendre un service actif et, sans une grave congestion pulmonaire, il partait à son âge pour le front.

A Cognac, à Limoges, il dirigea des centres de médecine ou de vénérologie, reçut la Légion d'honneur, et fidèle à son poste, il consentit à n'être démobilisé qu'en 1919, un des derniers.

Alors il rentre à Paris, reprend ses occupations, sa clientèle, faite d'amis qui l'aiment et qui l'attendent.

La Société de Thérapeutique dont il faisait depuis longtemps partie le désigne comme deuxième secrétaire général. Il apporte dans l'accomplissement de ses fonctions aux côtés de notre ami Leven, cette aménité et cette distinction de manières qui sont les caractéristiques de son esprit et de sa personne.

Nous lui devons bien un souvenir affectueux. Je lui dois moi-même une réelle gratitude que je m'en voudrais de ne point proclamer ici.

Je connaissais Bertherand de longue date, car le hasard des circonstances ou de la clientèle nous avait quelquefois réunis au chevet d'un malade. Qui niera qu'il faisait naître la sympathie et qu'on le voulait mieux connaître, certain de l'estimer plus ?

Et cette occasion me fut offerte dans la préparation du Congrès de Thérapeutique dont il fut un des animateurs, un des principaux artisans.

Là où je pus apprécier non seulement sa profonde connaissance des hommes et des choses, mais son dévouement agissant, son esprit large sans détour ni mesquinerie, sa pondération aussi qui en faisaient un collaborateur inappréciable.

Je le revois, grand et raffiné, un peu voûté et pâle, à cette séance inaugurale où il prit si joliment la parole, dans les couloirs où il se dépensait sans compter. Je le revois il y a 3 semaines à peine, dans cette première séance de l'année où il proclamait les résultats d'un scrutin dont son amitié se réjouissait en secret.

Je le revois encore sur ce lit de repos, presque souriant, les mains jointes, dans ce foyer qu'il avait créé, et dont il aimait la douce intimité.

A cette heure où le dévouement et le désintéressement s'estompent dans le flot montant des nécessités impérieuses de la vie, où la dignité et la probité même se font petites et timides comme si elles avaient perdu de leur noblesse et de leur beauté, il est particulièrement douloureux de voir disparaître une belle figure, un caractère noble et un grand cœur.

Bertherand était tout cela, sans affectation et naturellement. Il laisse à ses collègues et à ses confrères un modèle et un exemple.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
BEATOL
NERVEUX ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE
LABORATOIRES LOBICA G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boulevard Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A.)

le Compral

calme la douleur quelle qu'en soit la cause...

INNOCUITÉ ABSOLUE
TOUJOURS BIEN TOLÉRÉ
PAS D'EFFETS HYPNOTIQUES
NE RENFERME : NI TOXIQUES
NI STUPÉFIANTS, NI ALCALOÏDES

En boîtes de 10 comprimés à 0 gr. 50

LABORATOIRES **LOBRU**
26, rue Vauquelin, PARIS (5e)

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHon — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

Je me suis incliné en votre nom devant la dépouille de notre malheureux collègue, mais je tiens encore, de cette place où nous l'avons vu si souvent, à adresser à sa veuve et à ses enfants notre estime et notre sympathie émue et à redire à cet ami si sûr, à ce collaborateur fidèle, à ce vrai médecin de notre race française un dernier et affectueux adieu.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Vendredi 9 mars. — Jury : MM. Gosset, président ; Proust, Petit-Dutaillis, Sénèque. — M. RIALLAND. Etude des tumeurs à myéloplaxes des os longs.

Jury : MM. Robert Debré, président ; Marcel Labbé, Loeper, Donzelot. — M. CASALIS. Etude du rhumatisme déformant de l'enfance. — M. WAJNRYB. Etude de la périphrénite tuberculeuse.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

GANGRÈNE SÉNILE [1]

Trois cas : I. La gangrène se *limite ;* — II. La gangrène s'*étend ;* — III. La gangrène s'*infecte*.

I. — *La gangrène se limite.* — C'est fréquent ; tout autour de l'orteil apparaît le *sillon d'élimination ;* il est irrégulier, rouge vif, s'élargit et se creuse, à pic du côté de la gangrène, bourgeonnant du côté opposé ; il est *tardif :* il y a accalmie des douleurs et reprise du sommeil. A ce stade on peut intervenir chirurgicalement : à cette lésion limitée correspond une oblitération haute.

a) Opéré : savoir que les *récidives* sont *fréquentes, plus étendues,* que l'on peut observer des *douleurs tenaces* (*névrite* des moignons, causalgie).

b) Non opéré : la chute de l'escarre dure des semaines et la guérison est imparfaite.

II. — *La gangrène s'étend.* — Par *poussées, par à-coups successifs,* remontant plus souvent *sur le dos du pied* que sur la *plante,* remontant sur la jambe. *Même sans infection* elle peut tuer le malade : il *ne peut faire les frais de l'élimination spontanée mais lente d'un gros segment de membre. Si l'on n'opère pas, le malade meurt* de broncho-pneumonie, d'infection urinaire...

C'est dans ces cas, où le niveau de l'amputation est discuté, que l'on peut être amené à faire une *artériographie :* savoir que le *diabète* est une contre-indication ; se servir d'un *produit éprouvé,* se servir d'un appareil spécial réglant l'injection et *radiographier pendant l'injection.*

III. — *La gangrène s'infecte.* — Gangrène humide ; rôle du *diabète,* des *phlébites associées :* le pied devient alors et rapidement rouge, chaud ; il se tuméfie ; il est très augmenté de volume ; les douleurs sont intenses ; le processus gangréneux s'étend rapidement ; des placards noirâtres, des traînées rouges de lymphangite envahissent la jambe et la cuisse ; des marbrures violacées ou bronzées se dessinent sur la peau, avec réseau brunâtre de veinules thrombosées ; des phlyctènes apparaissent, s'ouvrent, laissent écouler un liquide roussâtre d'une odeur infecte extrêmement fétide. L'état général est très alarmant : faciès altéré, langue sèche, adynamie, délire, fièvre élevée, albuminurie. On ampute d'urgence, sinon c'est la mort par septicémie, azotémie, acidose et coma, ictère grave. Le pronostic est toujours grave.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 17, p. 302.

PRONOSTIC

On voit donc que la gangrène sénile est une *maladie à surprises,* et une *maladie grave.*

FORMES CLINIQUES

I. — Nous avons décrit la *gangrène limitée à un orteil.*

II. — Il faut insister encore sur la *gangrène extensive d'emblée,* sans sillon d'élimination, à poussées successives.

II. — La gangrène à *début anormal : cou-de-pied, talon.*

IV. — La gangrène *massive,* étendue d'emblée à un pied, remontant à mi-jambe : début aigu, souvent embolique avec thrombose ascendante, de la poplitée...

V. — Suivant les symptômes : forme *douloureuse, névritique, bilatérale, indolente, œdémateuse, phlébitique,* avec *embolies*...

VI. — SUIVANT LA CAUSE : nous avons pris pour description la gangrène par artérite sénile chez des sujets de 60 ans environ, artério-scléreux, chez qui on voit souvent en même temps, une atteint de l'aorte, une sclérose rénale, une déficience hépatique, etc...

Toujours on recherchera le *diabète :* on sait sa fréquence et sa haute gravité ; la gangrène est plus rapide, évolue vers la G. H. et le coma. L'*insuline* peut modifier le pronostic.

La *syphilis* peut être retrouvée dans certains cas : elle montre comment on peut rencontrer, par suite de l'*endartérite syphilitique,* des *formes de transition* entre les formes juvéniles et la gangrène sénile proprement dite.

DIAGNOSTIC

En général, facile.

A la phase préoblitérante : discuter, névralgie banales, rhumatisme, névrite, varices, troubles médullaires, *algies vasculaires simples.*

A la phase de gangrène :

1° Le mal perforant (diabète, tabès).

2° La gangrène par embolie (anévrisme artériel poplité).

3° Les *engelures :* elles sont caractérisées par un gonflement érythémateux et cyanotique des téguments, avec vives douleurs paresthésiques. Les tissus peuvent par la suite se *crevasser* ou donner des *ulcères torpides.* Certains auteurs en font des tuberculoses cutanées atténuées (P. Chevallier).

4° Les *gelures :* c'est le tableau du *pied gelé ;* se voit à n'importe quel âge ; rôle du *froid humide ;* le *spasme* est là le phénomène *primordial ;* la gangrène serait favorisée par des *anomalies sanguines* (auto-agglutinine).

DIAGNOSTIC DES INDICATIONS OPÉRATOIRES. — I. *La gangrène débute :* savoir *attendre ;* savoir s'*abstenir* de toute intervention ou d'antiseptiques. — EMBAUMEMENTS.

II. *La gangrène est limitée à un orteil, assez bon état général, pas d'infection :* attendre le sillon d'élimination pour abattre les parties sphacélées.

III. *La gangrène est sèche mais assez étendue (talon, avant-pied) : le cas est difficile.* — On doit tenir compte : 1° de l'*état général ;* 2° du *siège de l'oblitération :* l'oscillométrie, les tests de circulation cutanée, l'artériographie.

On aura à discuter le *niveau de l'amputation ; amputer en tissus bien saignants :* 1° amputation basse, économique (Quénu) ; 2° amputation haute, précoce (Lejars).

IV. En cas de *gangrène infectée.* — C'est l'*amputation d'urgence ;* associer l'*insuline* en cas de diabète ; bien soutenir l'état général ; sérum anti-gangréneux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

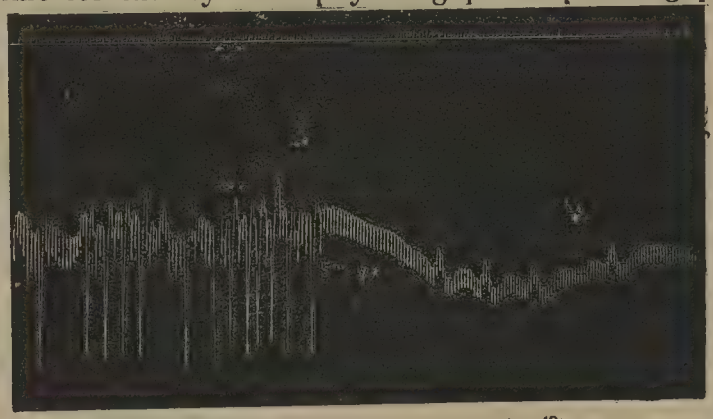
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 10 MARS 1934. — N° 20.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les névralgies faciales. Diagnostic et traitement, par M. le professeur Henri ROGER (de Marseille).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
NÉCROLOGIE
Le professeur Pinard, par F. L. S.
CONGRÈS
Xe Session d'assises médicales de l'assemblée française de médecine générale.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste des candidats admis au concours de l'externat. (V. p. 341.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 7 mai 1934, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 2 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1917.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au samedi 21 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1934.

— *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mardi 8 mai 1934, à midi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Ils devront au préalable déposer les pièces anatomiques prévues par l'article 16 de l'arrêté ministériel du 13 décembre 1927.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 h., tous les jours, jusqu'au samedi 21 avril inclusivement. — Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1934.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — M. le professeur Dautrebande (Liége) a été nommé docteur « honoris causa » de l'Université de Bordeaux.

LÉGION D'HONNEUR. — MARINE. — *Est élevé à la dignité de grand officier.* — M. le docteur Jean Charcot, capitaine de frégate de réserve, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie de marine.

JOURNÉES MÉDICALES BELGES. — En raison du deuil immense qui a frappé la Belgique, le président et les organisateurs des Journées de 1934 ont décidé que les Journées médicales belges n'auraient pas lieu cette année et seraient renvoyées à 1935.

L'ŒUVRE GRANCHER. — La 31e assemblée générale annuelle de l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose aura lieu à l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot (XVe), à Paris, salle de la bibliothèque, le samedi 17 mars 1934, à 17 h., sous la présidence de M. le professeur A.-B. Marfan.

HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — A l'occasion du premier anniversaire de la mort du professeur Hutinel, le professeur Lereboullet fera le mardi 20 mars, à 11 h., à la Clinique Parrot, une leçon sur Victor Hutinel, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif), en dix leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 12 mars 1934, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — *Cours de perfectionnement* du mercredi 21 mars au samedi 31 mars 1934, sous la direction de M. le professeur P. Lereboullet, avec le concours de M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux, de MM. Lelong, Pichon, médecins des hôpitaux, de MM. Baize, Benoist, Bohn, Chabrun, Garnier, chefs de clinique et anciens chefs de clinique, de MM. Gournay et Detrois, chefs de laboratoire, de MM. Saint-Girons et Roudinesco, assistants du service, de M. Aime, électroradiologiste de l'hospice des Enfants-Assistés.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Pouzet (de Privas), décédé dans sa 82e année. Nous prions son gendre, le docteur Daday, médecin chef de l'asile d'aliénés de Charenton, d'agréer l'expression de notre vive sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Simon Spartali (de Paris), Henri Dewailly (de Mons-en-Barœul), Paul Jacquemart (de Bavay), décédé à Cagnes-sur-Mer.

Le professeur PINARD

M. le Professeur Pinard vient de s'éteindre à Méry-sur-Seine, où il naquit le 4 février 1844.

C'est un grand savant qui disparaît. C'est aussi un ardent patriote qui ne cessa, en se faisant le protecteur de l'enfance, de penser à l'avenir de la nation.

M. Pinard fut reçu interne des hôpitaux en 1871, dans la promotion de Raymond, de Paul Reclus, de Landouzy, de Budin, de Paul Championnière et de Ziembicki, le grand patriote polonais.

Il était déjà chevalier de la Légion d'honneur. Sa croix, il l'avait gagnée pendant la guerre, comme aide-major des mobiles du Finistère. Il passe sa thèse en 1874, devient agrégé d'accouchements en 1878. Le 5 juillet 1882, il est nommé accoucheur des hôpitaux et chef de service. Il devait devenir professeur de clinique obstétricale en 1890.

Toute la vie de Pinard, depuis sa jeunesse jusqu'à la fin de son alerte vieillesse, a été consacrée à l'art des accouchements, à la chirurgie obstétricale, mais aussi, et cela demeurera son principal titre de gloire, à la puériculture. C'est lui, je le crois, qui a créé le nom, mais il a surtout créé la chose, et c'est infiniment mieux. Avec une foi d'apôtre, il s'est dévoué à la protection de la première enfance, à la question de l'allaitement maternel. Il condensait ses idées en des formules simples mais frappantes : « L'enfant a droit au lait de sa mère », disait-il.

Une des grandes joies de sa vie fut d'assister à l'inauguration de l'*Institut de Puériculture*, qui consacrait le triomphe de ses idées.

Dans toutes les circonstances de sa vie, Pinard, avec ténacité, s'est attaché à propager et à défendre sa doctrine.

A la clinique Baudelocque, au cours de son enseignement, à l'Académie de médecine, au Conseil supérieur de la Natalité, Pinard, sans se lasser, poursuivit le bon combat.

En 1914, quand il reprit du service pour la seconde fois, n'est-ce pas lui qui assura le ravitaillement de Paris en lait pour les tout-petits ?

Après la guerre, quand il se présenta à la députation à Paris, il fit sa campagne en défendant les petits enfants, en s'occupant de l'éducation physique, en demandant un ministère de la Santé publique. Elu et devenu le doyen d'âge de la Chambre, il fait entendre à ses collègues des paroles de sagesse, de bon sens, et défend encore les enfants.

Depuis 1892, il était membre de l'Académie de médecine ; il en était devenu presque le doyen, puisqu'il prenait rang immédiatement après son vénéré collègue M. Guéniot. Il était grand officier de la Légion d'honneur.

Ces distinctions et le respect dont il était l'objet ne s'adressaient pas seulement au Maître dont la vie ne fut qu'une longue bonne action, mais reconnaissaient aussi les innombrables travaux que nous lui devons.

Rappelons-en quelques-uns : en 1878, c'est le *Traité du palper abdominal*, c'est un travail sur l'anesthésie de la femme en travail. En 1896, son *Traité de l'infection puerpérale*, en collaboration avec Wallich ; en 1899, sa *Clinique obstétricale ;* en 1907, la *Pratique médico-chirurgicale*, en collaboration avec Brissaud et Reclus.

Avec infiniment de tristesse et de respect, nous saluons la mémoire de ce grand homme de bien. A son fils, notre confrère Robert Pinard, à ses gendres, le professeur Couvelaire, le docteur Morax, le professeur Fruhinsholz, tous trois membres de l'Académie de médecine, nous adressons l'expression de notre très profonde et bien affectueuse sympathie.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

SANATORIUM DE GUÉBRIANT. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin directeur du sanatorium de Guébriant (Haute-Savoie). Traitement de début : 40.000 fr. Avantages en nature : le médecin directeur et sa femme sont défrayés de tout. — Adresser son curriculum vitæ à M. le Président de l'Association : Les villages sanatoriums de haute altitude, 1, rue Lincoln, Paris. — Clôture du concours : 25 avril 1934.

A LOUER 6 gr. pièces, 1 vest., sal. de b., 2 cab. toil., 2 ch. domest., 2 cav. gr. balcon plein midi, 144, boulevard Saint-Germain.

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE : 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne PARIS 2e

Insomnies
Toux nerveuse.
BROMÉINE MONTAGU
OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

LENIFORME

2.5 et 10 %

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

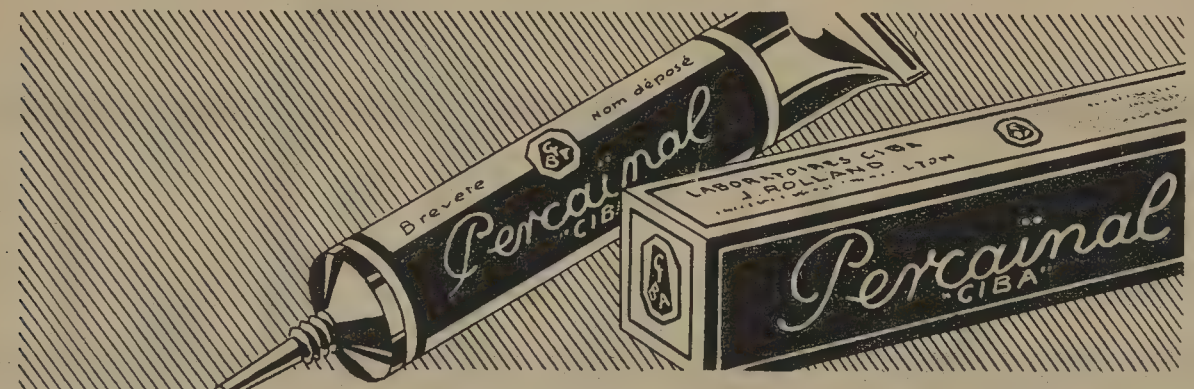
PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

* *



PERCAÏNAL
"CIBA"

Analgésie sûre et prolongée

Eczéma, macérations de la peau, décubitus, herpes zoster, gerçures, crevasses du sein, ulcères de la jambe, ulcérations dues aux rayons X, intertrigo, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, brûlures, etc.

Analgésique et antiprurigineux
Antiphlogistique - Astringent

LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON

316

INFORMATIONS

(SUITE)

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste des candidats admis au concours de l'externat :

1. MM. Joublin, Loiseau, Rochelin, Pinon, Bailly, Bertrand, Mlles Grumbach, Brussaux, MM. Fénelon, Lasry.

11. Moullé, Barbier, Mlles Fuzier, Doumic, MM. Villanova, Blinder, Giraud, Gertzberg, Mlle Franses, M. Froidefond,

21. Mlles Darhovsky, Haller, MM. Cossart, de la Véga, Mlle Dreux, MM. Hardel, Delouche, L'Hirondel, Bolo, Mlle Feder,

31. MM. Pastier, Phéline, Chessebeuf, Hérissé, Coste, Guiu, Hoesli, Mlle Martin de Gimard, MM. Blanquier, Charollais,

41. Mlle Hautant, MM. Sriber, Nicolas, Barry, Etevé, Thamer, Mlle Marcus, MM. Rometti, Radziwiler, Babou,

51. Mathias, Poussier, Richard, Guéron, Mlle Jury, MM. Bourgine, André, Péquignot, Bernard, Prin,

61. Fleury, Mathé, Cohen, Roujon, Debain, Lecœur, Choppy, Stéfani, Lenoël, Bieth,

71. Giret, Aupinel, Marchon, Pateu, Pinchenzon, Alpérine, Perrier, Mlle Tourneville, MM. Danset, Bachet,

81. Vila, Mlle Albulesco, M. Rousseau, Mlles Lefèvre, Wolframm, MM. Letouzé, Pouget, Destarac, Vaissié, Ducamp,

91. Mlle Gauthereau, MM. Marcault, Haguet, Vissian, Pollet, Baudouin, Poissonnier, Pinot, Gandrille, Blanchard,

101. Rousseau, Daris, Bensimhon, Mlles Lécuyer, Ancel, Dunaud-Henry, MM. Bell, Baudon, Gœrens, Geffriaud,

111. Joussemet, Davidovici, Bourlière, Eon, Callerot, Klotz, Mlle Gomès de Mattos, MM. Genthon, Giafferi, Boutroy,

121. Hornung, Kavoussi, Hochedel, Mlle Meugé, M. Lambert, Mlle Willocq, MM. Samie, Rouault, Ferrasson, Trémolières,

131. Déprez, Leroy, Mlle Tournadre, M. Butzbach, Mlle Dumont, MM. Pinoteau, Wechsler, Corcelle, Chartier, Rosenstecck,

141. Prudhommeaux, Cayro, Kouindjy, Bourhy, Langevin, Saltet de Sablet, Galand, Lang, Mlle Sauvé, MM. Tahar,

151. Veyrières, Buvat, Mellouli, Tolstoï, Ecale, Grévin, Mlles Lemaresquier, Bellêtre, MM. Vannier, Metzger,

161. Bauchart, Verdez, Kropff, Cotillon, Jaupitre, Lacroix, Eman-Zadé, Weyl, Tcherniavker, Gasch,

171. Mlle Dubois, MM. Goupy, Chevalier, Costa, Roldin, Hussameddin, Falk, Gaulier, Nefussy, Monod,

181. Viguié, Petit, Mlle Ilbert, MM. Guénard, Hané, Dissez, Weiss, Goldenbaum, Legris, Boudon,

191. Godlewski, Mlles Biclet, Schmidt, Arditti, Cuvillier, MM. Masselot, Balazuc, Delatour, Mlles de Neyman, Capsambélis,

201. MM. Mostini, Boncour, Arnold, Gatovsky, Joinville, Pétavy, Lazerovici, dit Lazare, Serreau, Bléchet, Taïeb,

211. Mlle Dubuisson, MM. Hanser, de Rudelle, Smilovici, Vandenplas, Carcopino, Ristelheuber, Slama, Desgeorges, Bolivar,

221. Pierre, Gordowski, Mlles Ravet, Blanc, MM. Massot-Gourdain, Leprat, Parant, Theiler, Lesure, Mlle Gasquel,

231. MM. Meltz, Pezé, Rabourdin, Arribehaute, Renault, Advenier, Mlle Audibert, MM. Raynaud, Thoyer-Rozat, Orliac,

241. Fortin, Taïeb, Maroger, Braconier-Leclerc, de Vaulx, Broutin, Mlle Danon, MM. Lenoir, Gimault, Mlle Thiollier,

251. MM. Bouvier, Devilliers, Bordes-Sue, Mlle Wetzlar, MM. Orliac, Halley, Mlle Tomachepolsky, MM. Ferrand, Loëper, Martinet,

261. Mlle Adler, MM. Labayle, Brisset, Manillier, Godenèche, Delormeau, Solomon, Proux, Grumberg, Ronzeaud,

271. Cayla, Mlle Rometti, M. Champagne, Mlle Roujon, MM. Anquetil, Aurégan, Mothonéos, Arsonneau, Desjeux, Bermann,

281. Francheteau, Kaëppelin, Pérol, Grinfeder, Arnavielhe, Mlle Blond, MM. Boënnec, François, Mlle Lafontaine, MM. Chartrain,

291. Bertin, Mlle Chotiau, M. Chardon, Mme Bouaeie, MM. Stevénin, Medioni, Chabasseur, Mathieu, Lederer, Lebossé,

301. Mlle Barillon, MM. Sauzier, Pineau, Draquet, Mlle Corre, MM. Maillard, Camus, Küss, Bernard, Bloch.

LIVRES NOUVEAUX

Etude physiologique et technique de la ventilation (1), par M. A. MISSENARD, industriel, ancien élève de l'Ecole polytechnique. Préface de M. le professeur BALTHAZARD, membre de l'Académie de médecine.

S'il est puéril de déclarer, avec les hygiénistes américains, que le XXe siècle sera « l'âge de l'air », du moins, ne peut-on nier le développement considérable des installations de ventilation, dans ces dernières années.

Malheureusement, les traités de « chauffage et ventilation », publiés en France, et surtout à l'étranger, se contentent d'indiquer, à l'usage des installateurs, un certain nombre de « recettes » pour renouveler l'air, sans chercher à préciser le but à atteindre, d'où, par ignorance, de très nombreuses erreurs dont l'importance et la gravité sont encore méconnues.

La nécessité de définir avec précision le problème exact de la ventilation et d'en entreprendre la résolution rationnelle s'impose si nettement que le dernier traité allemand de Rietschel-Gröber y consacre un chapitre, sous la signature du Dr Burgers ; essai malheureusement beaucoup trop succinct et ne tenant pas assez compte des derniers travaux en la matière.

Un ouvrage était indispensable, et l'auteur, dont l'autorité en chauffage et ventilation n'est plus à établir, était particulièrement qualifié pour effectuer ce travail, tant de documentation que de recherches personnelles.

« La partie expérimentale, dit M. le professeur Balthazard, de l'Académie de médecine, est exposée avec une précision remarquable, tant en ce qui concerne la respiration normale que le séjour dans l'air confiné ; il n'est pas de profane qui ne puisse s'assimiler des notions aussi clairement expliquées.

« Non moins précise est l'étude des impuretés physiques et biologiques de l'air, du transport des microbes dans les courants aériens, soit en plein air, soit dans une salle de spectacle.

« Ainsi armé de connaissances approfondies et longuement discutées sur les dangers de la vie en air confiné, l'auteur en déduit les procédés rationnels de ventilation des locaux et d'épuration de l'air. »

Et l'éminent doyen de la Faculté de Médecine de Paris termine sa préface en déclarant que ce travail « procure aux médecins et aux ingénieurs un précis complet sur la question ».

En résumé, cet ouvrage, par son esprit scientifique et philosophique, marque une date importante dans l'histoire de la ventilation. L. G.

(1) Un volume (16,5 × 25) de 185 pages et 30 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, librairie de l'enseignement technique, 3, rue Thénard, Paris.

ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire

SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

r.c. 18.000

Roger Dacosta-Edit.

REVUE GENERALE

LES NÉVRALGIES FACIALES

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Par M. le professeur HENRI ROGER (de Marseille).

Il y a déjà cinq ans, un grand médecin, dans la force de l'âge et en pleine production scientifique, était emporté brutalement, à Paris, en quelques heures : j'ai nommé mon excellent collègue et ami, le Professeur Sicard. La perte que fit la science médicale n'est pas encore comblée ; nombreux sont encore ceux de ses malades ou de ses amis qui n'ont pu se consoler de la disparition si brusque de celui qui a mérité d'être appelé « le médecin de la douleur ». Il y a cinq ans, en une conférence faite à la salle des cliniques de l'Hôtel-Dieu, il y a quatre ans, à l'occasion du médaillon érigé sur les galeries de notre hôpital, j'évoquais sa précieuse mémoire.

Pour le cinquième anniversaire de ce cruel événement, comment pouvons-nous mieux honorer son souvenir qu'en consacrant ces leçons (1) *à un sujet, sur lequel il a projeté les lumineuses clartés de son esprit, et à la thérapeutique duquel il a si puissamment contribué : les névralgies faciales, leur diagnostic et leur traitement. Le choix de ce sujet nous paraît d'autant plus judicieux qu'une série de travaux récents, dus en particulier à Alajouanine et à Thurel, ont apporté une contribution importante à cette question.*

Jusqu'à ces dernières années, les névralgies du trijumeau constituaient un syndrome exclusivement médical ; depuis l'emploi en thérapeutique des injections locales neurolytiques et de la neurotomie rétrogassérienne, cette affection est entrée dans le domaine, d'abord de la petite, puis de la grande chirurgie.

Parmi les algies de la face, la plus importante est celle que l'on dénomme la *grande névralgie faciale, névralgie faciale essentielle, tic douloureux de la face de Trousseau.*

A côté de cette névralgie bien particulière, due à une réaction en quelque sorte spécifique du trijumeau, dont la cause nous échappe encore, il existe une série de névralgies faciales, dues à des *lésions* irritatives de la *cinquième paire*, qu'on désigne sous le nom de *névralgies* ou de *névrites symptomatiques* ou secondaires, parce que leur étiologie finit tôt ou tard par être découverte. A cause de leur intensité moindre, on les désignait autrefois sous le nom de *petite névralgie faciale.*

Enfin, un groupe important d'algies faciales est constitué par les *algies d'origine sympathique.*

Chacun de ces trois groupes correspondant à une symptomatologie propre et commandant une thérapeutique spéciale, nous préférons scinder leur étude et les envisager chacun à part.

Avant d'entrer dans l'étude clinique et thérapeutique de la névralgie faciale essentielle, des névrites secondaires du trijumeau et des sympathalgies faciales, il nous paraît nécessaire de résumer rapidement l'innervation sensitive de la face.

(1) Leçons faites à la Clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu de Marseille en janvier 1934.

Innervation sensitive de la face

Celle-ci est due, d'une part, au nerf trijumeau, d'autre part au sympathique.

Le TRIJUMEAU est un nerf sensitivo-moteur, surtout sensitif. La cinquième paire naît de la protubérance annulaire par deux racines : une grosse sensitive et une petite, motrice. Celles-ci, accolées l'une à l'autre, gagnent rapidement le versant antéro-interne du rocher. La grosse racine sensitive va s'épanouir dans le ganglion de Gasser. Du pôle antérieur de ce ganglion partent trois gros troncs terminaux : le supérieur ou *ophtalmique*, le moyen ou *maxillaire supérieur*, l'inférieur ou *maxillaire inférieur.*

La petite racine motrice garde son indépendance vis-à-vis du ganglion de Gasser. Se glissant sous lui, elle va rejoindre les fibres sensitives constituant le nerf maxillaire inférieur, avec lequel elle se fusionne.

Il y a donc, en somme, deux troncs qui sont exclusivement sensitifs, l'ophtalmique et le maxillaire supérieur, et un tronc qui est mixte, sensitivo-moteur, le maxillaire inférieur.

Quel est, vu très schématiquement, le *trajet* de ces trois branches ?

L'*ophtalmique* pénètre dans l'orbite par la fente sphénoïdale en se trifurquant en nerfs nasal, frontal et lacrymal.

Le *nerf maxillaire supérieur* sort du crâne par le trou grand rond, gagne l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, se porte vers la fente sphéno-maxillaire, pour pénétrer dans le canal sous-orbitaire, d'où il sort par le trou du même nom. Les branches terminales sortent par les trous sous-orbitaire, dentaire supérieur et par le canal palatin postérieur.

Le *nerf maxillaire inférieur* s'engage dans le trou ovale et débouche dans l'espace maxillo-pharyngien. Il se divise en un tronc antérieur qui donne trois nerfs temporaux, en particulier l'auriculo-temporal, et en un tronc postérieur qui donne quatre branches, parmi lesquelles il faut surtout citer le nerf dentaire inférieur et le nerf lingual.

Pour chacune de ces branches, il y a lieu de distinguer un *territoire superficiel* et un *territoire profond*, qui sont d'une délimitation relativement fixe.

L'ophtalmique tient sous sa dépendance, dans son territoire superficiel, la sensibilité du front, de la paupière supérieure, de la racine du nez jusqu'au voisinage de l'aile. Son territoire profond correspond au contenu de l'orbite, à l'œil et, en particulier, à la conjonctive et à la cornée.

Le maxillaire supérieur recueille la sensibilité superficielle de la paupière inférieure, de l'aile du nez, de la lèvre supérieure, de la pommette et d'une petite partie, toute antérieure, de la région temporale, ainsi que la sensibilité profonde de la mâchoire supérieure, du sinus maxillaire, de la voûte palatine.

C'est au maxillaire inférieur qu'appartiennent les sensations douloureuses de la lèvre inférieure, de la joue et de la tempe (territoire superficiel), de la mâchoire inférieure et de la langue (territoire profond).

Le *noyau d'origine* du trijumeau s'étend du bulbe jusqu'à la partie supérieure de la moelle.

Le SYMPATHIQUE se rend à la face, soit en suivant les vaisseaux qui l'irriguent (sympathique périvasculaire), soit par l'intermédiaire des formations ganglionnaires qui sont plus ou moins annexées aux diverses branches du trijumeau. Le *ganglion ophtalmique*, ou *ganglion ciliaire*, situé dans l'orbite, se distribue surtout à l'œil. Le *ganglion sphéno-palatin ou de Meckel*, situé dans la fosse ptérygo-maxillaire au-dessous du maxillaire supérieur, reçoit des fibres sym-

pathiques, surtout du facial, par l'intermédiaire du grand nerf pétreux superficiel et envoie ses fibres afférentes dans le territoire du nerf maxillaire supérieur. Le *ganglion otique*, ou *ganglion d'Arnold*, situé sur le côté interne du maxillaire inférieur, au-dessous du trou ovale, reçoit ses fibres afférentes de la neuvième paire et se distribue au domaine du maxillaire inférieur.

Les origines du sympathique facial se trouvent à la fois dans les centres sympathiques bulbo-protubérantio-pédonculaires (surtout bulbaires), et dans les ganglions sympathiques cervicaux, surtout dans le ganglion cervical supérieur. Le sympathique est surtout vasomoteur et sécrétoire, mais il est également sensitif et moteur.

Il y a lieu, en terminant ce court exposé anatomo-physiologique, de faire remarquer l'intrication des territoires du trijumeau, nerf sensitif de la face, et du nerf facial, nerf moteur de la région. La contiguïté, sinon la continuité des terminaisons de l'un ou de l'autre nerf, expliquent leurs réactions réciproques et, en particulier, les secousses musculaires qui accompagnent le tic douloureux de Trousseau.

I. La Névralgie faciale essentielle

La prosopalgie, le tic douloureux de la face, la maladie de Fothergill, la grande névralgie faciale, ou mieux la névralgie faciale essentielle, a une symptomatologie qui lui est propre et qui permet au neurologiste, à la simple vue de la crise, d'en faire assez facilement le diagnostic. Elle se caractérise, en outre, par son étiologie : affection survenant chez les gens âgés et chez les vieillards, en tout cas presque toujours après la quarantaine. Elle est justiciable d'une thérapeutique particulièrement efficace, les injections d'alcool et la neurotomie rétrogassérienne.

Nous étudierons successivement la crise de névralgie, la localisation des paroxysmes, la répétition des crises et les facteurs qui la provoquent, le diagnostic différentiel, la pathogénie et le traitement.

La crise névralgique. — On peut en distinguer deux types principaux : la grande crise, correspondant au tic douloureux de Trousseau, les crises atténuées.

a) La grande crise. — Sicard en a donné une description admirablement imagée. Ses termes mêmes doivent être conservés.

Le mode d'apparition est brusque. Un beau matin, sans cause facilement décelable, survient un élancement douloureux qui siège au niveau de la lèvre supérieure, du nez, de la lèvre inférieure, des dents.

Dès lors, à l'occasion d'un acte quelconque de déglutition, de mastication, de parole, à la plus petite secousse de toux ou d'éternuement, au plus léger attouchement facial, va se déchaîner la crise paroxystique.

Brusquement, en un point déterminé de l'hémiface, apparaît une douleur extrêmement vive qui s'accompagne bientôt d'irradiations fulgurantes. La violence de l'algie est telle que le patient s'arrête immobilisé. Un geste familier de ces malades est de porter la main à leur visage, cherchant à atténuer le mal par une compression énergique contre leur massif osseux facial, contre le rebord édenté de leur maxillaire. Cette phase est uniquement sensitive : c'est ce que Sicard appelle le premier acte, dont le trijumeau joue le principal rôle.

La tragédie ne s'arrête pas là. A cette phase sensitive, succède une phase motrice marquée par l'entrée en scène du facial. On voit tout d'abord se dessiner quelques frémissements musculaires. On perçoit quelques trémulations, quelques palpitations, localisées sur certains muscles. Puis, toute l'hémiface participe à cette agitation musculaire et est secouée d'une véritable grimace clonique. L'expression de tic douloureux, ou mieux de spasme douloureux, prend alors toute sa valeur. Ce second acte, révélé surtout par le facial, dure 2 à 3 minutes, puis les phénomènes moteurs rentrent dans l'ordre.

Nous arrivons au 3e acte, dont le principal rôle est dévolu au sympathique. C'est alors qu'apparaissent les phénomènes vaso-moteurs : la face se congestionne, l'œil s'injecte, l'hypercrinie s'étend aux muqueuses lacrymale, nasale, buccale. C'est à ce moment-là que cesse la crise douloureuse ; le calme complet est revenu.

Ce qui caractérise cette grande crise, ce sont : la brusquerie en éclair et l'intensité de la douleur qui sidère complètement le malade et l'immobilise, l'apparition de ces secousses musculaires intenses qui avaient fait ranger par Trousseau le tic douloureux dans le groupe des épilepsies partielles, les troubles vaso-moteurs.

b) Les crises atténuées. — Le tableau clinique est loin d'être toujours aussi complet. Les spasmes musculaires, les troubles vaso-moteurs ne sont que des épiphénomènes qui manquent fréquemment.

La crise se résume souvent à la brusque lancée douloureuse, suivie d'une simple sensation de tressaillements musculaires, sans tic épileptiforme, sans autre contraction musculaire que la grimace arrachée au malade par la douleur, et sans larmoiement. Parfois, il s'agit de picotements, de fourmillements, de brûlures, survenant dans un même territoire, par crise d'une demi-minute à plusieurs minutes de durée.

Localisation de l'algie. — L'algie est, au début, localisée à un territoire assez précis, plus souvent celui du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur que celui du sus-orbitaire. Elle peut y rester indéfiniment localisée. Généralement, au bout d'un certain laps de temps, maxillaire supérieur et maxillaire inférieur sont pris simultanément. Parfois, la crise reste limitée à une branche donnée, nerf mentonnier, nerf sus-orbitaire, nerf lingual, nerf auriculo-temporal, et y restera indéfiniment cantonnée. Le plus souvent, quand le territoire superficiel d'une des branches du trijumeau (lèvre, aile du nez, par exemple) est pris, le territoire profond (mâchoire supérieure) l'est bientôt, ou inversement. Le début se fait indifféremment, suivant les individus, par la branche superficielle ou par la branche profonde : en tout cas, même quand il n'existe pas de douleur spontanée dans la lèvre, son frôlement, sa mobilisation déclenchent le paroxysme algique dans la mâchoire supérieure ou inférieure.

La névralgie essentielle reste toujours unilatérale ; ce n'est que dans 1 ou 2 % des cas qu'elle devient bilatérale.

Répétition des crises. Facteurs qui les provoquent. Evolution générale de la névralgie. — La crise dure

d'une à quelques minutes. La douleur fulgurante faciale est parfois instantanée, mais plusieurs lancées se succèdent à intervalles très rapprochés. Dans l'intervalle des crises, le malade, complètement soulagé, n'éprouve aucune douleur.

La névralgie essentielle est une affection paroxystique, discontinue, mais il faut bien savoir, comme le recommande Trousseau, diriger l'interrogatoire de pareils malades. Ceux-ci, souffrant depuis des mois ou des années, affirment parfois souffrir tout le temps. En réalité, les paroxysmes ont beau, dans les cas les plus graves, se renouveler toutes les deux ou trois minutes, il existe, aussitôt la crise passée, une courte période, pendant laquelle le malade redoute avec anxiété la crise qui va suivre, mais ne souffre plus en réalité.

Si on l'examine à ce moment, la sensibilité de la face est normale et la pression profonde des points d'émergence du trijumeau est indolore. Encore faut-il avoir la précaution d'appuyer progressivement d'avant en arrière, en évitant tout frôlement superficiel de la peau, car ce frôlement risque de réveiller un paroxysme douloureux.

Une des caractéristiques les plus importantes de la névralgie essentielle est l'existence de *facteurs déclenchants*. Ce sont les attouchements légers, les frôlements de la peau ou de la muqueuse, qui jouent le rôle principal. Les compressions profondes inhibent parfois, au contraire, les douleurs : quelques malades, au cours de leur crise, appliquent fortement leur main contre leur maxillaire privé de dents, appuient violemment de leur pouce recourbé en crochet contre la gencive qui souffre.

A la face, la peau est soumise à de minuscules tiraillements incessants, du fait de la contraction des muscles sous-jacents, au cours de la parole, de la mastication ou de la déglutition. Aussi chacun de ces actes devient-il une torture. Les prosopalgiques évitent de parler, vont consulter le médecin avec un crayon et une feuille de papier sur laquelle ils inscrivent leurs doléances, ou bien ne parlent que du bout des lèvres. La plupart redoutent les heures des repas, ne consentent à prendre qu'une faible alimentation liquide, qu'ils essaient de faire couler entre leurs lèvres entr' ouvertes. L'acte de se moucher et surtout celui de se frotter les lèvres avec une serviette, de se lisser la moustache sont insupportables.

On voit des malades qui, pour éviter tout attouchement facial, cessent de se laver et présentent une moitié de leur visage enduite d'une épaisse couche de séborrhée grasse. Quelques-uns craignent le vent, en particulier le mistral froid, et recouvrent leur visage de toute une série de voiles protecteurs.

Comme la plupart de nos actes entraînent involontairement une modification de la mimique qui déclenche un paroxysme, ces patients évitent le moindre ébranlement : non seulement ils ne vont plus en voiture, mais ils marchent à pas lents, la tête comme soudée et avec un masque impassible.

Les muqueuses ne sont pas moins irritables que la peau ; le simple contact d'un liquide chaud ou froid, le frôlement involontaire de la langue contre une gencive, réveillent un paroxysme fulgurant. Pareils sujets ne prennent aucun souci de leur denture : comme ils ne font glisser les aliments que du côté indolore, les dents du côté algique restent enduites d'un épais tartre dentaire.

Alajouanine et Thurel ont insisté récemment sur les zones dont l'excitation déclenche les paroxysmes douloureux et qu'il faut bien connaître au point de vue thérapeutique. Pour eux, la notion de la cause provocatrice, la notion du *stimulus*, constitue l'élément de diagnostic primordial de la névralgie faciale. La nature et l'intensité de ce stimulus importent peu. Ce qui compte, c'est le siège de son application.

Le siège est parfois facile à déceler : le malade observe lui-même que le paroxysme se déclenche par l'attouchement de telle ou telle partie de la face, plus particulièrement d'après notre expérience personnelle, du bord de la lèvre supérieure ou des gencives supérieures. Mais les patients n'ont pas toujours fait pareille remarque : les facteurs déclenchants, comme la parole ou la mastication, ébranlent un très grand nombre de régions cutanées ou surtout des régions diverses de la muqueuse buccale. Et, d'autre part, il n'est pas toujours facile, dans l'intervalle des crises, de reproduire quasi expérimentalement l'élancement douloureux par frôlement de telle ou telle zone.

Il faut bien savoir, d'ailleurs, qu'il peut y avoir dissociation entre la zone d'excitation et celle où retentit la douleur. Un de nos malades se plaint à peu près exclusivement de douleurs sus-orbitaires, alors que c'est le frôlement de la langue contre la face interne de la gencive qui réveille la douleur.

La connaissance de cette zone excitalgique est cependant capitale. Car, tant qu'on n'aura pas alcoolisé le territoire dont elle dépend, la douleur persistera, même dans des territoires éloignés. C'est ce qui survint pour le malade précité : ce n'est que lorsque furent alcolisés en vain son sus et même son sous-orbitaire, que notre sujet se rendit vraiment compte de la localisation du stimulus en un point des gencives supérieures ; une alcoolisation des branches profondes du maxillaire supérieur eut raison de sa névralgie à prédominance sus-orbitaire. Alajouanine et Thurel ont publié récemment une série de cas, où des douleurs, généralisées à tout le trijumeau, guérissent par une alcoolisation au bon endroit d'un seul filet nerveux commandant la zone excitalgique.

L'évolution de la névralgie faciale est presque toujours la même. Fait important, la névralgie faciale essentielle est une maladie des vieillards, ou en tout cas des gens âgés. Elle débute le plus souvent après la cinquantaine, parfois après quarante ans. Elle est très rare avant cet âge. Elle est si exceptionnelle avant trente ans, qu'on peut douter du caractère essentiel des cas publiés.

Au début, il peut n'exister que quelques crises douloureuses dans la journée, puis les crises se renouvellent jusqu'à devenir quasi incessantes, véritable torture pour le malade, l'empêchant de boire, de manger, de dormir. Les premiers mois, les premières années, on peut voir des crises douloureuses survenir pendant quelques jours, quelques semaines ; puis,

sans trop en connaître la cause, ces crises disparaissent pour plusieurs semaines, ou même plusieurs mois, exceptionnellement pour plusieurs années. Mais ces formes légères finissent presque toujours, avec le temps, par aboutir à la forme grave.

Nous connaissons cependant des cas qui, depuis des années, se résument en quelques crises typiques, évoluant une à deux fois par jour pendant quelques jours, à l'occasion du repas, avec des rémissions complètes durant des mois, rémission complète quant à la névralgie faciale, mais rémission occupée, en général, par des douleurs erratiques, siégeant dans d'autres territoires nerveux, sciatique, fémoro-cutané, nerfs intercostaux. Les douleurs, suivant les périodes et suivant les années, siègent tantôt à droite, tantôt à gauche, alors que la névralgie habituelle ne change pas de côté.

On a signalé quelques bizarreries évolutives.

Des malades n'ont plus de douleurs pendant quelques semaines, tant qu'ils sont dans la position horizontale ; puis, quelques mois après, ces influences sédatives alterneront en sens inverse.

Il ne serait pas rare de voir des crises douloureuses disparaître pendant la grossesse, pour réapparaître au moment de l'allaitement. Baudouin cite le cas d'une femme qui passait une bonne partie de sa vie à être enceinte et à se faire avorter, jusqu'au moment où la matrone qui l'assistait ordinairement lui refusa ses services, à cause d'une fausse couche qui faillit tourner mal. Un médecin appelé et effrayé par tant de fausses couches institua un traitement spécifique qui resta sans effet. Mais s'agissait-il, dans le cas de cette femme peu âgée, d'une véritable névralgie essentielle?

Le plus souvent, quand le malade n'est pas soumis à la thérapeutique neurolytique ou chirurgicale, la vie devient impossible. Aucune souffrance n'atteint peut-être l'intensité de la névralgie faciale essentielle. A bout de patience, bien des malades ont des idées de suicide et quelques-uns finissent par les mettre à exécution.

Diagnostic. — Le diagnostic de la névralgie faciale essentielle repose sur trois symptômes positifs et deux constatations négatives.

1. Le caractère discontinu des paroxysmes et l'existence d'une zone élective d'excitation ;

2. L'atteinte parcellaire du V dont, du moins au début, une ou deux branches sont seules atteintes. La névralgie faciale essentielle n'est pas bilatérale ;

3. L'âge avancé du malade ;

4. L'absence de troubles sensitifs objectifs, superficiels (absence d'hypoesthésie à la piqûre) ou profonds (absence de douleurs à la pression profonde des points d'émergence), contrastant avec le réveil algique par frôlement ;

5. L'absence de symptômes associés du côté des autres nerfs craniens : paralysie oculaire, paralysie faciale, surdité, etc...

Pathogénie. — Deux origines ont été envisagées pour la névralgie faciale essentielle : une origine périphérique, une origine centrale.

1° La théorie périphérique comporte deux variantes : l'une accuse les branches terminales du trijumeau, l'autre ses racines ou leur ganglion.

a) Sicard a longuement défendu l'*origine périphérique pure*. Pour cet auteur, cette névralgie est le prototype de la *névrodocite*, de l'irritation d'un nerf périphérique provoquée par les altérations des conduits osseux ou des anneaux fibreux qu'ils traversent : névrodocite sciatique due à la congestion du nerf enserré dans le trou de conjugaison, névrodocite faciale avec paralysie du VII étranglé dans le canal de Fallope, névrodocite trigémellaire due à l'irritation des filets sus-orbitaire, sous-orbitaire ou mentonnier, ayant cheminé dans des conduits osseux devenus trop étroits, ou bien encore du maxillaire supérieur ou inférieur traversant les trous grand rond ou ovalaire rétrécis. Dans l'esprit de Sicard, ces rétrécissements de canaux ou d'orifices osseux étaient dus à de petites ostéophytes minuscules, à des épaississements périostés, à la transformation fibreuse et à la congestion veineuse du tissu lâche entourant les nerfs. Et ainsi s'expliquerait la survenue de ces algies à un âge relativement avancé de la vie.

En faveur de cette hypothèse périphérique s'inscrivent le début et la localisation parfois strictement périphérique, le déclenchement des crises par une excitation périphérique, les effets des injections neurolytiques périphériques.

b) La théorie *radiculaire* ou *ganglionnaire*, la gassérite repose sur l'existence, à l'autopsie de quelques vieillards atteints de névralgie du V, de lésions atrophiques des cellules du ganglion, contrastant avec l'hypertrophie du tissu conjonctif. Toutefois, pareilles altérations histologiques n'ont pu être retrouvées sur les pièces de gassérectomie, prélevées par les neurochirurgiens à un stade moins avancé de la maladie.

2° L'origine centrale a été soutenue par Baudouin, qui insiste sur la longueur du noyau bulbomédullaire du trijumeau le rendant plus fragile.

Alajouanine et Thurel se rangent récemment à cette *théorie nucléaire*. Ils admettent une lésion purement irritative, nucléaire ou paranucléaire, différente des lésions destructives habituelles qui se traduisent par une anesthésie indolore du trijumeau. Ils croient pouvoir expliquer par cette théorie la série des faits établis par eux, concernant l'importance du stimulus excitateur des crises et la dissociation entre la zone d'excitation et la zone de la réponse douloureuse. Si l'on admet la théorie périphérique, on conçoit mal que l'excitation d'un nerf sous-orbitaire, par exemple, irrité par un processus névrodocique, déclenche des douleurs dans le territoire voisin du sus-orbitaire, et qu'une alcoolisation de la branche sous-orbitaire fasse cesser l'algie du territoire de l'ophtalmique.

« Tout s'explique, par contre, aisément, dès qu'on admet que la névralgie faciale est une réaction douloureuse, provoquée à la manière d'un réflexe, par un stimulus quelconque portant sur un point déterminé, la zone d'excitation ; cette réaction ne peut se produire qu'au niveau du noyau sensitif du trijumeau, et tout se passe comme si celui-ci était le siège d'une hyperexcitabilité douloureuse. »

L'origine nucléaire de la douleur explique également, bien mieux que l'origine périphérique, les variations de siège des douleurs au cours de la même crise chez le même malade, ainsi que la direction des élancements qui n'emprunte pas toujours le trajet exact des troncs nerveux, la périodicité des douleurs chez certains patients, la phase d'inhibition qui suit certaines crises. Car « l'alternance des phases de simple excitation et d'inhibition est d'observation courante au niveau des centres nerveux ».

Enfin, dernier argument invoqué par Alajouanine et Thurel, des processus irritatifs comme la sclérose en plaques, comme la syringobulbie, peuvent exceptionnellement déclencher des névralgies faciales, ayant tout à fait l'allure des névralgies essentielles.

La *nature de la lésion* créant une irritation du noyau sensitif du trijumeau nous est inconnue.

Alajouanine et Thurel font jouer un rôle au terrain neuroarthritique : maladie de l'âge mûr, intrication parfois avec l'asthme ou la migraine.

Baudouin admet un état spécial du système nerveux, créé par un déséquilibre neurovégétatif (effet parfois heureux d'interventions sur le sympathique cervical, cas de Putti où l'ablation du ganglion cervical supérieur guérit les crises d'asthme, mais provoque une névralgie faciale), ou endocrinovégétatif (crises de névralgie du V au cours d'une tétanie due à une insuffisance parasympathique et guérie par l'extrait parathyroïdien, effet heureux de l'insuline dans 4 cas sur 8 de névralgie essentielle observés par Baudouin).

Que conclure au sujet de ces deux théories ?

Après avoir été nous-même partisan de la théorie périphérique, nous nous demandons actuellement s'il ne faut pas incriminer une atteinte particulière des centres. La névralgie essentielle a des paroxysmes fulgurants qui lui sont propres et qu'on ne retrouve dans aucune autre névralgie. Pareils éclairs ne se rencontrent guère que dans les lésions du système nerveux central, en particulier dans le tabès.

Cependant, en raison de la distribution le plus souvent locale à tel ou tel filet du V, en raison de la zone irritable cutanée ou muqueuse, déclenchant les paroxysmes, tout facteur périphérique ne paraît pas devoir être écarté. Peut-être faut-il admettre une origine mixte, à la fois périphérique et centrale, et faire rentrer la névralgie faciale essentielle dans le cadre de la neuronite de Grasset, affection qui frappe les neurones aussi bien dans leurs cylindraxes que dans leurs cellules nucléaires d'origine.

Quel serait l'élément initial ? Irritation périphérique déclenchant une réaction du centre ? Atteinte de certains groupes cellulaires centraux déterminant une irritabilité plus grande des fibres nerveuses se distribuant plus particulièrement à tel territoire ?

Quelle serait la cause déterminante ? Infection, intoxication ou auto-intoxication ? ou plutôt processus abiotrophique dû à l'âge, facteur capital qui ne doit pas être négligé ?

Toutes questions que nous pouvons actuellement poser, sans être encore à même d'y répondre.

Traitement. — Les malades, avant d'aller consulter le neurologiste, ont le plus souvent épuisé, sur les conseils de leur médecin, un très grand nombre de traitements médicaux ou physiothérapiques.

Parmi les *traitements médicaux*, on a mis en œuvre la gamme si étendue des antinévralgiques, depuis l'aspirine, l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, le pyramidon, le bleu de méthylène, jusqu'au pyréthane et aux multiples cachets antinévralgiques spécialisés. Seuls doivent être retenus, à titre parfois de palliatif, les classiques pilules de Moussette et surtout l'aconitine (5 à 6 granules d'un dixième de milligramme) et le gelsemium (1 à 2 gr. de teinture par jour). On proscrira l'opium et la morphine qui, en pareils cas, conduisent presque fatalement à la toxicomanie.

Depuis quelques années, à la suite des remarques faites par Plessner chez des individus intoxiqués par le tricholérythène et présentant une anesthésie bilatérale du V, on a préconisé l'inhalation, trois à quatre fois par jour, de XX à XXV gouttes de trichloréthylène (spécialisé sous le nom de chlorylène).

Parmi les *traitements physiothérapiques*, on a essayé la diathermie, la radiothérapie du ganglion de Gasser (deux séances par semaine), la galvanisation (courants de 30 à 40 milliampères pendant un quart d'heure et plus, électrode positive à la face, négative dans le dos). Une mention spéciale doit être réservée à l'ionisation à l'azotate d'aconitine (séance de 20 minutes, 10 milliampères, solution d'azotate d'aconitine à un milligramme pour 250 cc. d'eau).

Sauf dans quelques cas rares et seulement au début de l'évolution, ces thérapeutiques sont inopérantes ; de même l'avulsion de nombreuses dents, présentant ou non des altérations légères, qui fait de ces malades des édentés, sans apporter aucun soulagement durable à leur souffrance.

Il faut, en définitive, avoir recours soit aux injections neurolytiques, soit à la neurotomie rétrogassérienne. Mais, auparavant, un diagnostic exact doit soigneusement établir le caractère essentiel de la névralgie, ces thérapeutiques devant être exclusivement réservées à la névralgie de Trousseau.

Les injections neurolytiques ont été introduites en thérapeutique par Pitres et Verger, mais Schlösser, Lévy et Baudouin, et surtout Sicard, ont perfectionné la méthode qui « a pour but de détruire au maximum les troncs, branches et filets nerveux trigéminellaires responsables des algies, à l'aide d'un liquide électif, porté dans la profondeur, au contact même du tissu nerveux ».

L'*instrumentation* en est simple : il suffit d'avoir des seringues en verre de 2 centimètres cubes et un jeu d'aiguilles, de diamètres et de longueurs divers.

Comme *solutions*, nous employons l'alcool à 85 % auquel on ajoute 1 gr. pour 100 d'antipyrine. L'on a abandonné la glycérine phéniquée et la quinine. Nous avons renoncé à l'injection préalable de novocaïne, qui, le plus souvent, ne diminue pas considérablement la douleur due à l'alcool, et qui risque de diluer l'alcool injecté ultérieurement au contact du nerf.

L'injection doit porter sur la branche du V qui souffre, ou mieux sur la branche correspondant à la zone d'excitation d'où part le réflexe algique. Il faut, suivant le cas, injecter à la fois le territoire superficiel et le territoire profond. Il est bon, quand on a affaire

à une névralgie purement superficielle, d'injecter, pour calmer complètement la douleur, deux branches voisines, sus et sous-orbitaires, par exemple, parce que les douleurs de l'une sont souvent déclenchées par les tiraillements qui se passent dans le territoire de l'autre.

Une injection bien réussie doit réveiller, au moment où on la pousse, une douleur atroce, localisée électivement dans le territoire algique, et s'accompagner aussitôt d'une anesthésie complète dans ce territoire. Il faut prévenir le malade de la sensation de « carton » d'enflure qu'il éprouvera après la piqûre. Certains patients, un peu psychopathes du fait de leurs souffrances antérieures, se plaignent amèrement de ces paresthésies, qui sont, cependant, le gage du plein succès.

La *technique* des injections est simple pour les branches superficielles, mais, tout au moins pour les branches profondes, doit être réservée à des spécialistes entraînés à cette pratique, assez souvent délicate, en raison des dispositions anatomiques, parfois variables, des divers sujets.

1) Pour la *branche ophtalmique*, on va à la recherche du *nerf sus-orbitaire* dans le trou ou l'échancrure sus-orbitaire, l'index ou le pouce gauche protège le globe oculaire. Une fine aiguille de 3 centimètres est poussée perpendiculairement d'un demi-centimètre environ, en rasant le plancher de l'orbite. On injecte 1 centim. cube d'alcool. Dans le cas où l'échancrure est assez large et où le nerf n'est pas immédiatement accessible, nous injectons deux centim. cubes, le deuxième centim. cube étant injecté par la même aiguille laissée en place, mais dont la pointe est simplement déviée en éventail en dedans et en dehors de la position initiale.

On doit obtenir une anesthésie du front et du cuir chevelu jusqu'au vertex.

Dans quelques cas particuliers, il est nécessaire d'injecter un demi-centim. cube d'alcool à la face externe de la racine du nez pour mieux anesthésier le nerf nasal interne.

2) Pour le *maxillaire supérieur*, il y a lieu de procéder à la neurolyse, soit de la branche superficielle, sus-orbitaire, ce qui est suffisant dans certains cas, soit, si l'on veut également atteindre les branches profondes se rendant aux gencives, du nerf maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond.

a) Le *sous-orbitaire* s'attaque avec une fine aiguille de 3 centimètres, enfoncée à la hauteur de l'aile du nez, à un centim. en dehors environ, et dirigée obliquement en haut vers le rebord inférieur de l'orbite. L'aiguille doit pénétrer d'un centim. dans le trou sous-orbitaire qu'on cherche de la pointe de l'aiguille. Chez les gens âgés à paroi maxillaire fragile, on risque, en enfonçant trop l'aiguille, de faire fausse route, de pénétrer dans le sinus maxillaire et de n'obtenir aucune anesthésie. Aussi, préférons-nous chez eux déposer un centim. cube d'alcool au niveau de l'orifice, et en faisant glisser l'aiguille horizontalement en dedans, vers l'aile du nez, d'y déposer un demi-centim. cube. L'anesthésie consécutive doit atteindre l'aile du nez, la lèvre supérieure et la partie sous-jacente de la gencive, les deux incisives.

b) Quelques auteurs neurolysent les *nerfs palatins*, dans le canal palatin postérieur, au moyen d'une aiguille courbe, pénétrant en avant de la limite ostéo-fibreuse, à la partie toute postérieure de la voûte, en rasant l'arcade dentaire. L'anesthésie occupe la voûte palatine.

c) Pour atteindre le *maxillaire supérieur* à sa sortie du crâne, au niveau du trou grand rond, il faut une aiguille de 5 centim., un peu forte (6 à 7 dixièmes de millimètre). On peut passer, soit au-dessous de l'os malaire, dans l'intervalle entre l'apophyse coronoïde et le rebord postéro-inférieur de l'os malaire, soit immédiatement au-dessus, contre son bord postéro-supérieur, à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale de ce bord, dans l'angle formé par la portion horizontale de l'os malaire et son apophyse orbitaire. L'aiguille est enfoncée, d'abord, perpendiculairement. Bientôt, on dirige la pointe, légèrement en bas, si l'on est passé au-dessus de l'os malaire ; au contraire, assez fortement en haut si l'on est passé au-dessous. En rasant la facette temporale de l'écaille, on arrive jusqu'à la fosse ptérygo-maxillaire. On peut tâter de la pointe de l'aiguille le bord antérieur de l'apophyse ptérygoïde et c'est en avant de ce bord et à sa partie supérieure dans le tissu cellulaire de la fosse ptérygo-maxillaire qu'on injecte un centim. cube et demi d'alcool.

L'anesthésie obtenue doit occuper tout le territoire superficiel et profond du nerf, hémilèvre supérieure et aile nasale, hémivoûte palatine et hémiarcade dentaire supérieure.

3) Pour le *maxillaire inférieur*, la névralgie est rarement limitée à la lèvre inférieure, et il faut, le plus souvent, avoir d'emblée recours à la destruction du tronc du nerf.

a) Pour le cas où l'on juge utile de n'injecter que le *mentonnier*, on utilise une aiguille de 3 centimètres, un peu forte (6 dixièmes de millimètre) qu'on pique à 4 centimètres en dehors de la ligne mentonnière médiane et environ à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur du maxillaire inférieur. L'aiguille est dirigée obliquement de haut en bas et légèrement en dedans. Arrivé sur l'os, on cherche le trou mentonnier ; quand on a fiché l'aiguille à son intérieur, on injecte 1 centim. cube. Une injection bien réussie rend insensibles la lèvre inférieure et la muqueuse correspondante.

b) La neurolyse du tronc du *maxillaire inférieur*, que l'on doit tenter en cas d'algie de la mâchoire inférieure et de la langue, s'effectue à sa sortie du crâne, au niveau du trou ovale. Une aiguille de 7 centim. de long et de 7 dixièmes de millimètre de diamètre est enfoncée perpendiculairement, au niveau de l'échancrure sigmoïde, dans l'espace compris entre les molaires en haut, l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur en avant, et le condyle en arrière. On enfonce l'aiguille d'environ 4 centim.; celle-ci bute contre l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, qu'on contourne en arrière pour tomber dans la fosse ptérygoïde : 2 centim. cubes d'alcool injectés à ce niveau, atteignent le nerf maxillaire inférieur à sa sortie du trou ovale.

L'insensibilité obtenue par cette injection doit oc-

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE PANCRÉATINE LALEUF

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

SULFUREUX POUILLET

LABASSÈRE
EAUX-BONNES
CAUTERETS
CHALLES-LES-EAUX
LUCHON
ENGHIEN

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 6 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

cuper, d'une part le menton, la partie inférieure de la joue, la région temporale, d'autre part, les deux tiers antérieurs de l'hémilangue, la moitié du plancher de la bouche et l'hémimaxillaire correspondant.

Dans *certains* cas, avec cette même technique, mais en inclinant l'aiguille vers le haut, on arrive jusque dans le *trou ovale* et jusqu'au *ganglion de Gasser*. Quelques gouttes d'alcool injectées dans ce ganglion déterminent une anesthésie totale du V, ou limitée aux deux branches inférieures (maxillaires supérieur ou inférieur) et qui peut durer plusieurs années. Malheureusement, cette injection du ganglion de Gasser est de technique particulièrement délicate, et ne peut être réussie chez beaucoup de malades.

Quelques *incidents*, assez rares, doivent être signalés.

Le gonflement passager du tissu cellulaire sous-cutané est fréquent après les injections des branches superficielles : œdème palpébral mou et passager, fermant momentanément l'œil, œdème plus dur et plus persistant de la région malaire, contre lesquels on emploie quelques compresses chaudes pendant les jours qui suivent l'injection. Chez les malades sujets aux poussées récidivantes d'érysipèle, l'injection alcoolique peut en déclencher une.

La blessure d'une artériole profonde est évitée avec des aiguilles fines. Elle n'a pas grande importance, mais à condition que l'on n'injecte pas d'alcool dans sa lumière, auquel cas une thrombose surviendrait, qui peut entraîner du sphacèle osseux. Il y aura lieu de ne jamais pousser le liquide, avant de s'être rendu compte si, par le pavillon de l'aiguille fichée profondément, ne s'écoulent quelques gouttes de sang. En pareil cas, il vaut mieux, si possible, remettre l'injection à une séance ultérieure, ou, tout au moins, n'injecter l'alcool qu'après avoir déplacé l'aiguille.

La pénétration de l'alcool dans une artère faciale se traduit par une céphalée profonde et diffuse qui n'est pas localisée à une branche nerveuse.

L'injection d'alcool au niveau de la fosse ptérygo-maxillaire, pour la neurolyse du maxillaire supérieur, peut exceptionnellement fuser vers la fente sphénoïdale et provoquer une paralysie oculaire (surtout le VI plus fragile) de quelques semaines de durée.

L'aiguille, destinée à atteindre le maxillaire inférieur au trou ovale, si elle est enfoncée trop profondément, pénètre dans le pharynx : le patient sent un goût d'alcool dans la bouche. On retire légèrement l'aiguille et on recommence l'injection. Il peut, au cours de cette injection, survenir tout à fait exceptionnellement des vertiges violents avec vomissements et nystagmus, durant plusieurs heures, parfois même 24 heures, attribués par les uns à une injection endocranienne au voisinage du pédoncule cérébral, par d'autres à la pénétration d'alcool dans la trompe d'Eustache et peut-être au reflux vers l'oreille moyenne.

Les *résultats* d'une injection correctement pratiquée sont immédiats. La douleur disparaît aussitôt, si on a bien alcoolisé toute la branche en cause et, en particulier, la branche du territoire où siège le stimulus réflexalgique. Dans quelques cas, surtout chez les malades déjà traités à de nombreuses reprises, l'alcool n'arrive pas, à cause des scléroses fibreuses cicatricielles, à baigner assez bien le nerf pour le détruire immédiatement : une neurolyse incomplète l'irrite. Le patient souffre momentanément davantage. Au bout de 2 à 3 jours, parfois même de 7 à 8 jours, la neurolyse continue ses effets, et la sédation, quoique tardive, finit par s'installer. Elle sera peut-être de moins longue durée. Dans certains cas il faudra, à plusieurs jours d'intervalle, faire des injections itératives pour sidérer complètement le nerf.

La guérison reste, en général, complète pendant un an à un an et demi. Elle est rarement plus courte : 6 à 8 mois, ou plus longue : 2, 3 ans. Les récidives sont justiciables du même traitement.

A la longue, il arrive que cette thérapeutique devienne inefficace et l'on adresse le malade au neurochirurgien.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE cherche à supprimer définitivement cette cruelle infirmité qu'est la névralgie du trijumeau. Considérée autrefois comme une thérapeutique exceptionnelle, s'adressant seulement aux cas alcoolo-résistants, on tend aujourd'hui, avec les progrès de la neurochirurgie, diminuant la mortalité opératoire, à en faire une méthode de choix, que certains proposent d'appliquer d'emblée à toute névralgie intense.

On a complètement abandonné la résection du ganglion de Gasser, la gasséreclomie, opération difficile, restant souvent incomplète, entraînant fatalement de graves troubles trophiques oculaires.

On lui a substitué la neurotomie rétrogassérienne, qui sectionne la grosse racine sensitive du trijumeau, immédiatement en arrière du ganglion et en avant de la protubérance, en passant à travers une trépanation temporale inférieure et en conduisant la plus grande partie de l'opération par voie sous-durale. Après une opération correctement conduite, la sensibilité est abolie à tous les modes dans tout le domaine du V et le réflexe cornéen aboli : la guérison est définitive.

Une intervention entre les mains d'un neuro-chirurgien expert offre une mortalité insignifiante : dans une statistique de Robineau portant sur 190 neurotomies, celle-ci est de 2,6 %, et même de 1 % si on envisage seulement les 100 derniers cas.

Frazier, sur 654 opérations radicales enregistre une mortalité de 0,26 % : l'auteur n'a perdu qu'un malade sur les 377 derniers opérés. La neurotomie rétrogassérienne se complique parfois, rarement, d'une parésie faciale transitoire par lésion du grand nerf pétreux superficiel. Elle entraîne plus souvent — moins fréquemment que la gasséreclomie, mais encore dans une proportion de 15 à 20 % des cas — une kératite neuroparalytique, étudiée par Hartmann dans sa thèse: celle-ci peut guérir par des soins appropriés, mais demande une surveillance rigoureuse et répétée (en particulier, port de conserves évitant l'irritation par les poussières de la cornée devenue insensible).

Frazier, remarquant une certaine systématisation dans la racine du trijumeau des fibres destinées à ses trois branches, conseille une neurotomie partielle, portant sur les deux tiers externes de la racine et épargnant la partie interne, destinée à l'ophtalmique : d'où conservation de la sensibilité cornéenne et ab-

DIASTOGÈNE F

Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines

Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)

abrège les convalescences

2 à 3 cachets par jour

Laboratoire
66 rue Nationale

Dehaussy
Lille

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE
DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉÏNE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

sence de complication oculaire. Notre jeune ami, André Sicard, le fils de notre réputé collègue, a consacré dans le service de Robineau sa thèse à ce sujet. Il conseille cette intervention dans le cas où la névralgie ne prédomine pas dans le territoire de l'ophtalmique. Toutefois quelques-uns de ces malades ont eu, même avec cette technique, de la kératite : certains ressentent encore, après l'intervention, des sensations de picotements, de brûlure, bien différentes des paroxysmes de la névralgie essentielle.

Fait d'ailleurs bien curieux et qui montre bien toutes les inconnues du mécanisme de la douleur de la névralgie trigémellaire, pareilles sensations anormales ont été constatées dans des cas de neurotomie totale, où, lors d'une seconde intervention, on a pu s'assurer d'une section vraiment complète de la racine du V.

Plus récemment, Dandy a préconisé une nouvelle voie d'abord pour la neurotomie rétrogassérienne. A travers une petite trépanation occipitale, on ouvre la grande citerne, on récline le cervelet, on sectionne le sinus pétreux au bistouri électrique et on recherche le nerf qu'on sectionne au ras de la protubérance. Dandy dit avoir employé cette technique dans 250 cas, dont les 150 derniers sans décès ni complications. Petit-Dutaillis a utilisé cette voie dans une dizaine de cas.

Cette méthode serait la seule à éviter la parésie masticatrice, en raison de l'éloignement des deux branches sensitive et motrice, et surtout la kératite neuroparalytique, en raison de l'absence de tiraillements sur le ganglion de Gasser. Frazier lui reproche de provoquer, plus fréquemment que la neurotomie rétrogassérienne, des parésies faciales et une atteinte de l'auditif.

Qu'on emploie l'une ou l'autre de ces méthodes, il est certain que les injections neurolytiques céderont de plus en plus le pas à l'opération chirurgicale.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 26 février 1934)

La vitamine C dans l'ovaire et le corps jaune. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond et M. Giroud.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 6 mars 1934)

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Pinard, membre titulaire depuis 1892, et de M. le professeur Bousquet (de Clermont-Ferrand), correspondant national depuis 1921.

Présentation. — Le doyen respecté de l'Académie, M. Guéniot, qui accomplit sa 102e année et reste un infatigable travailleur, offre à ses collègues la 3e édition de son livre : « Pour vivre cent ans », et leur fait hommage d'un nouveau volume, intitulé « Aperçu touchant les oiseaux, les insectes et les plantes ».

Fièvre boutonneuse et troubles oculaires. — M. le professeur Lemierre présente, au nom de MM. Andréoli et Charlet, une note concernant les troubles oculaires de la fièvre boutonneuse.

La conjonctivite d'inoculation de la fièvre boutonneuse considérée comme exceptionnelle par Olmer au Congrès d'hygiène méditerranéenne de 1932, a été cependant observée par lui-même et par différents auteurs.

MM. Andréoli et Charlet ont eu l'occasion de recueillir un cas récent. D'autre part, une enquête faite auprès de nombreux confrères leur a permis de réunir quelques autres observations, qui montrent que ce chapitre des troubles oculaires de la fièvre boutonneuse prend de plus en plus d'importance à mesure que l'attention des médecins est attirée de ce côté.

Dilatation énorme du cholédoque par ascaris. — M. Le Roy des Barres (d'Hanoï).

Une nouvelle thérapeutique intestinale. — MM. Frumosan et Mendoza.

La sporulation du bacille tuberculeux et sa forme filtrable. — M. Grigoraki.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 1re division (médecine). Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne : MM. Paviot (de Lyon) et Halipré (de Rouen). En seconde ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Euzière (de Montpellier) ; Flurin (de Cauterets) ; Masson (de Strasbourg) ; d'Œlsnitz (de Nice) ; Paillard (de Clermont-Ferrand).

Adjoint par l'Académie : M. Pierre Mauriac (de Bordeaux).

Au premier scrutin, M. Paviot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon, est élu par 43 voix contre 13 à M. Pierre Mauriac, 8 à M. Flurin, 3 à M. Halipré, 3 à M. Masson, 2 à M. d'Œlsnitz, 1 à M. Euzière, 1 à M. Paillard.

Au second scrutin, M. Halipré, professeur d'histologie et directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, est élu par 40 voix contre 11 à M. Pierre Mauriac, 11 à M. Flurin, 5 à M. Masson, 2 à M. d'Œlsnitz, et 1 à M. Paillard.

CONGRÈS

Xe SESSION D'ASSISES MÉDICALES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Synthèse des conclusions départementales par le docteur Henri Godlewski.

Le goitre endémique. — Il y a régression générale de l'endémicité, en rapport avec l'amélioration de l'hygiène et en particulier des eaux potables.

Il existe encore des *foyers régionaux* permanents dans les Vosges, le Jura, l'Alsace, les Alpes et les Pyrénées. En Auvergne, l'endémie a régressé au point de ne plus sembler exister ou de se limiter à des familles héréditairement thyroïdiennes (Puy-de-Dôme).

Le goitre est sporadique (Bassin de la Loire), rare dans les départements côtiers (y compris la Corse) et les plaines en général, au point qu'il est presque inconnu dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Le crétinisme, qu'on observait jadis parallèlement, retient aujourd'hui très peu l'attention. Par contre, les médecins de campagne signalent un peu partout la présence de petits goitres nodulaires (et cela avec insistance dans la Sarthe, l'Eure-et-Loir, le Var),

Dans les grandes villes, la plupart des goitres simples ne sont pas autochtones, mais importés. Notre session dégage nettement l'existence de foyers locaux insoupçonnés dans des départements jugés ou non goitrigènes, tels ces foyers de villages et de hameaux, foyers très limités, repérés en Languedoc, dans la basse vallée de l'Orb, dans celles de la Vésubie et de la Bévera, dans les Alpes-Maritimes ; dans les vals de Loire et de l'Eure, en Loiret ; villages isolés de la Sarthe, du Cher, du Lot, de la vallée de la Vienne, en Charente.

L'observation de la population stable de ces bourgs et hameaux goitrigènes attire l'attention sur les principaux facteurs suivants :

1° *Le rôle de l'eau de boisson :* eau ferrugineuse, aussi bien dans la Sarthe que dans le Cher ; eau cuivreuse en Puy-de-Dôme, non calcaire (Lot, Charente, Corse), surtout peu profonde et facilement polluée (Haut-Rhin, Pyrénées-Orientales, Lot) ; eau de puits assez fortement reminéralisée par passages sur dépôts alluvionnaires, parfois bactériens (Sarthe, Seine-et-Oise, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin). L'épidémie dans ces foyers cesse souvent par adduction d'eau potable (même de provenance de régions goitrigènes) (Alpes-Maritimes, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées).

2° *Le rôle de l'alimentation.* — La régression du goitre fut en relation avec l'enrichissement et la variété alimentaire, notamment avec l'usage du poisson de mer (Puy-de-Dôme), l'alimentation plus carnée, non exclusivement végétarienne (Dordogne, Alpes-Maritimes), l'addition du vin à l'eau (Basses-Pyrénées).

3° *Le rôle de l'hérédité.* — « *Ma mère aussi avait une grosse gorge* », telle est l'expression que le médecin entend souvent à l'interrogatoire d'une thyroïdienne, aussi bien en Maine-et-Loire que dans le Doubs, l'Eure-et-Loir, l'Alsace, le Puy-de-Dôme, Paris, si bien que l'*hérédité directe* féminine est retrouvée dans environ 40 % du goitre de diverses provenances. Il existe un *tempérament familial disthyroïdien* (Eure-et-Loir), car la succession des cas dans une même famille, au cours de générations successives, montre la transmission du thyroïdisme par hérédité maternelle du thyroïdisme, avec succession ou alternance de cas d'hypo ou d'hyperfonctionnement de la glande.

Les hyperthyréoses. — Dans l'ensemble plus fréquentes dans les villes qu'à la campagne, en clientèle riche plus qu'à l'hôpital, les hyperthyréoses ont aussi des *secteurs régionaux* (Eure-et-Loir), (Sarthe), (Bouches-du-Rhône). Par contre, de vastes régions sont épargnées, les hyperthyréoses y sont exceptionnelles (régions agricoles, comme le Loiret, les Côtes-du-Nord, le Var) ; régions industrielles, comme Valenciennes, alors que les régions côtières sont plus éprouvées (Pas-de-Calais, Loire-Inférieure). Le paysan est plus souvent atteint depuis la guerre (Doubs, Dordogne).

En coïncidence, les médecins notent souvent les émotions aux diverses périodes de la vie génitale de la femme ; plus encore, ils signalent le rôle déterminant des infections : rhumatisme articulaire aigu, infections de l'adolescence, typhoïdes et, en général, infections intestinales d'origine hydrique. Ils insistent sur les relations des hyperthyréoses et de la tuberculose pour dégager (notamment dans l'Hérault, le Puy-de-Dôme, le Vaucluse), que l'hyperthyroïdie n'est nullement un facteur d'aggravation, mais au contraire de résistance, chez le tuberculeux. L'amélioration d'une maladie de Basedow chez un tuberculeux est parfois suivie de recrudescence de la tuberculose pulmonaire ou de localisations nouvelles. Ainsi la maladie d'Addison, secondaire à un Basedow guéri (plusieurs faits, en Vaucluse, attirant l'attention sur les relations de la thyroïde et de la surrénale).

Le traitement des hyperthyréoses, d'un avis qui semble unanime, doit être avant tout *médical.* Joint aux traitements médicamenteux classiques, le repos (jusqu'à l'isolement) est d'un secours utile fréquent, parfois suffisant.

La physiothérapie, surtout la radiothérapie, associée au traitement médical, prend progressivement une place prépondérante.

Quant à la chirurgie thyroïdienne, grâce aux progrès d'une minutieuse technique, elle se répand dans les grandes villes, comme chirurgie spécialisée, et même dans certaines provinces privilégiées. Mais elle est encore difficilement acceptée ; nombre de départements mentionnent (Corrèze, Sarthe, Bouches-du-Rhône, Eure-et-Loir, Loiret, Maine-et-Loire, Nord) que le médecin recourt rarement à la chirurgie et seulement après avoir épuisé sans succès les ressources médicales et physiothérapiques.

Le goitre endémique étant en régression, la *prophylaxie* iodée du goitre retient peu l'attention, comparativement aux progrès de l'hygiène publique, et notamment de la surveillance des eaux potables.

Par contre, les hyperthyréoses paraissent plus répandues notamment dans les villes, et en relation avec les différentes étapes génitales, imposent l'observation spéciale des conditions de travail de la femme dans la vie moderne.

Conclusions des assises nationales. — Il y a régression générale du goitre endémique en France, grâce aux progrès de l'hygiène publique et de l'hygiène alimentaire.

Dans des régions considérées comme non goitrigènes, nos assises ont montré l'existence de multiples foyers de goitres, foyers de villages, de hameaux, parfois même foyers familiaux.

Ces derniers semblent liés à l'existence d'une sensibilité familiale thyroïdienne, avec succession ou alternance de goitre, de myxœdème et d'hyperthyroïdie.

Les hyperthyréoses apparaissent dans l'ensemble plus fréquentes, surtout dans les villes.

Hormis de rares foyers, la pathologie thyroïdienne en France n'impose pas actuellement de mesures publiques.

L'avenir des thyroïdiens et particulièrement des basedowiens bénéficie aujourd'hui de progrès coordonnés des sciences médicales. *La physiothérapie — électro* et *radiothérapie bien réglées* — a diffusé dans les grandes et les petites villes.

La *chirurgie* moderne du corps thyroïde exige une technique délicate. Elle est une chirurgie encore récente, très spécialisée, encore peu répandue.

D'un avis unanime, au cours de la maladie d'abord, puis durant les traitements spéciaux, ainsi que pendant les périodes pré et post-opératoires, la surveillance et les soins du malade relèvent d'une médecine générale indispensable.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 13 *mars.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Lenormant, Lereboullet. — M. SAHUT. L'arsénothérapie dans la maladie de Duhring-Brocq. — M. JULLIEN. L'anesthésie trans-sacrée, application à la prostatectomie.

Mercredi 14 *mars.* — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Cadenat, Petit-Dutaillis. — M. DUFOUR. Traitement chirurgical du cancer du rectum. — M. COHEN. Résultats de la thyroïdectomie pour 38 cas de maladie de Basedow, après échec de la radiothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

La plupart des états de carence
sont des carences complexes.
Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'au vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 14 MARS 1934. — N° 21.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des injections intraveineuses d'alcool dans les infections pulmonaires. Leur action sur le métabolisme basal, sur les rythmes cardiaques et respiratoires chez l'animal normal, par M. Gurfinkiel (de Clermont-Ferrand).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de médecine de Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La question du livre-journal.

THÉRAPEUTIQUE

PRATIQUE MÉDICALE

NOTES POUR L'INTERNAT

Luxation antéro-interne de l'épaule. S. Complications. Diagnostic.

INFORMATIONS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — Nous publierons dans notre prochain numéro le texte du décret portant réforme des études médicales.

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux (admissibilité) :

MM. Audouin, 2 + 25 + 17 + 16 + 6 = 66 ; Aurousseau, 2 + 22 + 16 + 15 + 8 = 63 ; Blondin (S.), 2 + 23 + 13 + 18 + 5 = 61 ; Chabrut, 2 + 21 + 17 + 17 + 7 = 64 ; Cordier, 4 + 25 + 18 + 17 + 6 = 70 ; Couvelaire, 4 + 29 + 16 + 19 + 7 = 75 ; Dessaint, 2 + 18 + 14 + 10 + 5 = 49 ; Galtier, 2 + 22 + 16 + 18 + 7 = 65 ; Garnier, 2 + 25 + 17 + 16 + 6 = 66 ; Gérard Marchant, 4 + 20 + 17 + 13 + 9 = 63 ; Gosset (J.), 4 + 26 + 18 + 20 + 8 = 76 ; Guillot, 2 + 18 + 12 + 15 + 6 = 53 ; Iselin, 2 + 25 + 16 + 19 + 6 = 68 ; Lecœur, 4 + 28 + 16 + 14 + 6 = 68 ; Merle d'Aubigné, 4 + 27 + 12 + 20 + 7 = 70 ; Mouchet (A.), 4 + 27 + 14 + 19 + 9 = 73 ; Padovani, 4 + 27 + 15 + 15 + 7 = 68 ; Patel, 4 + 20 + 16 + 19 + 6 = 65 ; Sauvage, 4 + 24 + 18 + 14 + 7 = 67 ; Sicard (André), 4 + 24 + 18 + 14 + 9 = 69.

Classement : MM. Gosset (Jean), Couvelaire, Mouchet (Alain), Merle d'Aubigné, Cordier et Sicard (André).

M. Sauvage est admis à concourir, la liste des bi-admissibles ne comportant pas le nombre réglementaire de candidats.

— Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Notes des mémoires :

MM. Hesse et Lançon, 16 ; Maison, 19 ; Moricard, 18 ; Odinet, 16 ; Perrault, 20 ; Racine, 16 ; Sée, 17.

Epreuve théorique anonyme. — Séance du 5 mars. — Questions données : « Physiologie de la cortico-surrénale. — Erythème noueux. »

Epreuve écrite anonyme. — Séance du 6 mars. — N° 1, 29 ; N° 2, 28.

Epreuve clinique anonyme. — N° 1 (salle Rostan n° 10), 19 ; N° 2 (salle Rostan n° 11), 20.

Séances de dévoilement de l'anonymat. — *Epreuve théorique anonyme.* — N° 1 (M. Perrault), 29 ; N° 2 (M. Maison), 28.

Epreuve clinique anonyme. — N° 1 (M. Maison), 19 ; N° 2 (M. Perrault), 20.

Total des points : MM. Perrault, 20 + 29 + 20 = 69 ; Maison, 19 + 28 + 19 = 66.

Médaille d'or : M. Perrault ; médaille d'argent : M. Maison. Il n'a pas été décerné d'accessit.

Chirurgie et accouchements. — Epreuve écrite anonyme. — N° 1, 24 ; N° 2, 27 ; N° 3, 29 ; N° 4, 26.

Epreuve clinique anonyme. — N° 1, 16 ; N° 2, 18 ; N°s 3 et 4, 20.

Séances de dévoilement de l'anonymat. — *Epreuve théorique anonyme.* — N° 1 (M. Dufour), 24 ; N° 2 (M. Monod), 27 ; N° 3 (M. Baumann), 29 ; N° 4 (M. de Langre), 26.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

Epreuve clinique anonyme. — N° 1 (M. de Langre), 16; N° 2 (M. Monod), 18; N° 3 (M. Baumann), 20; N° 4 (M. Dufour), 20.

Total des points : MM. Baumann, 19 + 29 + 20 = 68; Monod, 20 + 27 + 18 = 65; Dufour, 18 + 24 + 20 = 62; de Langre, 19 + 26 + 16 = 61.

Médaille d'or : M. Baumann; médaille d'argent : M. Monod; accessit : M. Dufour.

— PRIX FILLIOUX. — Notes du mémoire :

MM. Vandenbossche et Calmamas, 28.

Epreuve clinique. — MM. Vandenbossche, 20; Calmamas, 17.

Total des points : MM. Vandenbossche, 28 + 20 = 48; Calmamas, 28 + 17 = 45.

Le prix Fillioux est décerné à M. Vandenbossche comme interne, et M. Calmamas comme externe.

HÔPITAUX THERMAUX. — Sont désignés pour 1934 :

Hôpital militaire de Barège. — M. le médecin commandant Tournier-Lasserve, médecin chef; M. le médecin capitaine Hubert; M. le médecin lieutenant Valaix.

Hôpital militaire de Bourbonne. — MM. les médecins capitaines Fontaine, médecin chef, et Grandpierre; M. le médecin lieutenant Richard.

Hôpital militaire de Châtelguyon. — M. le médecin lieutenant-colonel Delacroix, médecin chef; M. le médecin lieutenant Carli.

Hôpital militaire du Mont-Dore. — M. le médecin commandant Maire, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy. — MM. les médecins commandants Fauqué, Nenon, Audouy, Lemaire, Picot.

Station de Saint-Nectaire. — MM. les médecins commandants Coudet, Tournier-Lasserve et Fauqué (détachés), M. le médecin lieutenant Carli (détaché).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une bien vive peine la mort de notre ami le docteur Camille van Caulaert, décédé à Strasbourg à l'âge de 33 ans. Nous prions son père M. Gaston van Caulaert (de Thann) et son beau-père M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, de recevoir l'expression très émue de notre affectueuse sympathie.

VOYAGES

La *Gazette médicale de France* et la *Revue de Tourisme et de Voyages* « *Départs* » ont préparé pour les vacances de Pâques une promenade en Provence et pour les fêtes de la Pentecôte, un grand voyage en U. R. S. S.

1° **Voyage de Pâques, promenade à travers la Provence,** en autocar, du 28 mars au dimanche 8 avril.

Séjour au Puy, à Avignon, à Nîmes, à Arles, à Marseille et à Grenoble.

Prix à forfait par personne, de Paris à Paris : 1.650 fr. tout compris.

Cette promenade aux merveilleux pays de Pétrarque, Mistral et Jean Giono est ouverte aux médecins, aux pharmaciens, aux chirurgiens, aux dentistes, aux étudiants, à leurs familles et à toutes les autres professions libérales.

S'inscrire de suite. Nombre de places limité. Un guide accompagnateur.

2° **Vacances de la Pentecôte. Voyage en U. R. S. S.,** organisé par l'Intourist, sous le patronage de la Revue « Départs » et de la *Gazette Médicale de France,* voyage d'études, d'art et de grand tourisme, du 18 mai au 7 juin.

(Réservé aux professions libérales, à leurs familles et à leurs amis.)

Séjour à Varsovie-Léningrad (grand festival musical international, du 22 au 26 mai). — Moscou (28, 29, 30 mai). Kharkov-Dnieproguez (visite des centrales électriques et installations industrielles). — Kiev, Berlin.

Intourist fera le nécessaire pour que des prises de contact puissent s'établir avec les professions libérales représentées et que les villes puissent être visitées individuellement selon le goût des participants au voyage.

Prix du circuit Paris-Paris, tout compris (sauf boisson), à partir de 3.880 francs.

Pour ces deux voyages, renseignements et inscriptions, s'adresser :

1° A « Départs », 60, rue de Babylone, Paris (7e) (Invalides 57-38).

2° A la *Gazette Médicale de France,* 9, rue de l'Odéon, Paris (6e) (Danton 30-03).

(*Communiqué.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA QUESTION DU LIVRE-JOURNAL

La Fédération corporative des médecins de la région parisienne (Secrétariat général, 15, rue Chernoviz (16e), Dr Ch. Dévé (Aut. 19-21) nous communique l'ordre du jour suivant :

Le Conseil d'Administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, réuni le 2 mars 1934,

Après étude de l'art. 7 quater de la loi du 28 février 1934,

Constate que cet article modifie, sans doute, les dispositions du parag. 4 de l'art. 4 de la loi du 23 décembre 1933, mais qu'il en laisse subsister l'essentiel (livre-journal) ;

Reste en communion avec l'Académie de médecine et de nombreux groupements professionnels médicaux et proteste énergiquement, à nouveau, contre l'obligation de tenir un « livre-journal » imposée aux membres des professions libérales assujetties au secret professionnel ;

Demande une réforme de la loi, en raison des considérations suivantes :

a) Le « livre-journal » assimile, contre toute tradition et contre toute justice, la profession médicale à une profession commerciale ;

b) De par la collaboration généreuse et désintéressée des médecins à toutes les œuvres de bienfaisance et d'assistance qui, sans eux, ne pourraient fonctionner, d'autre part, de par la régularité, démontrée par le système de la préconciliation, de la très grande majorité des déclarations des médecins, le corps médical ne mérite pas l'insupportable suspicion de fraudeur fiscal dont il est l'objet.

En conséquence, le Conseil de la Fédération estime que, si la loi maintenait la transformation des médecins en commerçants, le corps médical devrait déclarer qu'il lui est naturellement impossible de continuer sa collaboration gratuite ou semi-gratuite à l'une quelconque des œuvres auxquelles il a été fait allusion.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Iodarsenic DU Dr GUIRAUD
(Goutte Paludéenne)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e).

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XVe)

OUABAÏNE ARNAUD

Seul produit ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, RIBIERRE, LIAN, JOSUÉ, LAUBRY et PEZZI, BONNAMOUR, D'ŒLSNITZ et CARCOPINO, PAGLIANO, MINET, DIMITRACOFF, etc..,

Seul produit dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SÛRE

INDICATIONS

Insuffisance du cœur gauche
Insuffisance ventriculaire droite
Arythmies et Tachycardies

FORMES

COMPRIMÉS .. .. A Un milligramme.
SOLUTION .. .. A Quatre pour Mille.
AMPOULES .. .. Au 1/4 de milligramme pour injections intraveineuses.
AMPOULES .. .. Au 1/2 milligramme pour injections intramusculaires.

DRAEGER

* *

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DANS CERTAINES FORMES D'INSOMNIE (1)

Par le docteur R. TROUETTE.

Si les bromures, surtout sous forme de sédobrol, semblent susceptibles de rendre de grands services dans le traitement symptomatique de certaines formes d'insomnies, les hypnotiques uréiques constituent le groupe le plus riche en substances actives ; parmi eux, il y a lieu pratiquement de distinguer les dérivés barbituriques et les dérivés directs de l'urée ou uréides. Parmi les barbituriques, deux ont donné d'excellents résultats : ce sont le somnifène et l'allonal : celui-ci semble particulièrement indiqué dans le traitement des insomnies liées à la douleur. Mais l'auteur a surtout obtenu d'excellents effets avec un uréide plus récemment introduit dans la thérapeutique de l'agrypnie, l'allylisopropylacétylcarbamide, que l'expérimentation préalable chez les animaux avait autorisé à appliquer à l'homme. Ces avantages mis en évidence chez l'animal et en particulier l'action hypnotique progressive, l'imprégnation modérée du système nerveux, l'absence d'accumulation et d'effets fâcheux sur le rythme cardiaque et respiratoire, l'auteur a pu les apprécier en clinique, dans de nombreux cas d'insomnie (par exemple dans les instabilités vago-sympathiques, dans l'anxiété, la mélancolie, dans les neurasthénies génitales, au cours de la ménopause, etc.) à des doses moyennes comprises entre 1 à 2 comprimés administrés per os. Chaque comprimé est dosé à 0 gr. 25. Une rainure médiane permet de partager chaque comprimé et d'en administrer la moitié, par exemple, aux enfants à partir de 5 ans. Le sédormid est toujours admirablement supporté, car il n'a aucune action nocive sur les principaux appareils et, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, il semble qu'il réalise le meilleur traitement médicamenteux de ces symptômes si fréquents par ces temps de crise, angoisse, anxiété, hyposomnie.

LIVRES NOUVEAUX

L'exploration de l'intestin. Diagnostic et traitement des maladies et des syndromes (2), par R. MORICHAU-BEAUCHANT, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

L'auteur s'est proposé, dans le présent ouvrage, de fournir aux étudiants et aux praticiens les notions indispensables relatives au diagnostic et au traitement des maladies de l'intestin.

La première partie est consacrée à la sémiologie. L'auteur s'est attaché particulièrement à l'examen clinique. Il étudie successivement l'anamnèse, le mode de début, les signes fonctionnels, l'examen objectif. Il montre les renseignements que peuvent fournir la coprologie, la radiologie, l'endoscopie.

La seconde partie est consacrée au diagnostic et au traitement des maladies et des syndromes.

Dans la troisième partie sont étudiés les états aigus intestinaux d'ordre chirurgical. L'auteur indique d'abord la technique d'exploration qui leur est propre ; il montre ensuite comment on peut les diagnostiquer et pose les indications du traitement qu'il convient d'appliquer.

Dans la quatrième partie sont passés en revue tous les états aigus abdominaux liés à des affections médicales ou chirurgicales pouvant prêter à confusion avec une maladie de l'intestin. Ces notions permettront à l'étudiant et au praticien de s'orienter dans le diagnostic parfois si épineux des états aigus douloureux de l'abdomen.

L. G.

Fièvre boutonneuse. Fièvre exanthématique du littoral méditerranéen (1), par D. OLMER, professeur de chirurgie médicale à la Faculté de médecine de Marseille, et Jean OLMER, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Marseille.

Décrite pour la première fois à Marseille, par D. Olmer, en juin 1925, d'abord considérée comme une affection intéressante mais rare et difficile à classer, la fièvre exanthématique a été, par la suite, l'objet de nombreuses publications ; elle a été signalée dans les régions les plus diverses ; son expérimentation a été très poussée ; aussi, moins de sept ans après sa première description, nous en connaissons parfaitement les caractères cliniques, nous avons sur son étiologie et sur sa transmission des notions précises et nous pouvons maintenant la situer dans le cadre nosologique.

La fièvre exanthématique a été signalée d'abord à Marseille et ses environs, puis dans tout le Midi de la France, enfin sur tout le littoral méditerranéen (Espagne, Maroc, Algérie, Egypte, Syrie, Grèce, Tripolitaine, Cyrénaïque), qu'elle déborde parfois (Portugal, Roumanie, Soudan égyptien).

Ce petit livre s'adresse donc en premier chef à tous les médecins de ces contrées ; ils y trouveront exposées la physionomie de la maladie et l'étude précise de ses caractères chimiques, étiologiques, épidémiologiques expérimentaux.

L. G.

Le nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements (2), par le docteur Ch. CLAOUÉ.

Le docteur Claoué (de Paris) vient d'assurer, chez Maloine, la réimpression du *Nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements*. On sait que cette brochure est classique par sa clarté concernant l'exposé de l'étude physiologique et clinique des maladies de l'oreille interne, dont Claoué fils a développé l'étude histologique anatomo-pathologique et expérimentale dans son livre *L'Oreille interne*.

Selon la volonté de l'auteur, il s'agit d'une réimpression, car ce livre est toujours neuf et a d'autant plus d'intérêt que les ouvrages parus dans la suite lui ont fait de larges emprunts.

L. G.

Sous le titre *Menaces sur le Monde*, le *Crapouillot* (février) publie un passionnant tour d'horizon mondial, à l'aube de cette année 1934 qui s'annonce particulièrement tragique : Andrée Viollis dénonce les plans de l'impérialisme japonais ; Pierre Dominique étudie la bolchevisation de l'Asie ; Louis Roubaud parle des menaces coloniales ; Georges Roux, de l'imbroglio danubien ; A. Zischka, des batailles secrètes autour des puits de pétrole ; Farnoux-Reynaud étudie la crise du capitalisme. (Le numéro : 12 francs, au « Crapouillot », 3, place de la Sorbonne, Paris).

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 22, juin 1932.
(2) In-8 de 514 pages. — Prix : 42 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. Un volume de 106 pages avec 10 figures. — Prix : 17 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Réimpression 1933 par les soins du docteur Ch. Claoué (de Paris). — Paris, Maloine.

BISMUTHOTHÉRAPIE DE LA SYPHILIS

par voie intramusculaire

NEO-CARDYL

SOLUTION HUILEUSE de burylthiolaurate de bismuth.

INJECTIONS INDOLORES
ÉLIMINATION LENTE & CONTINUE

La présence du soufre dans la molécule, par ses propriétés antitoxiques, favorise l'action thérapeutique.

NEO-CARDYL (pour Adultes) Boîtes de 12 ampoules de 1 cc. 1/2 contenant 0 gr. 075 de Bismuth métal

NEO-CARDYL Infantile Boîtes de 10 ampoules de 1 cc. contenant 0 gr. 015 de Bismuth métal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE

Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES D'ALCOOL DANS LES INFECTIONS PULMONAIRES

LEUR ACTION SUR LE MÉTABOLISME BASAL SUR LES RYTHMES CARDIAQUES ET RESPIRATOIRES CHEZ L'ANIMAL NORMAL

Par M. GURFINKIEL (de Clermont-Ferrand).

Au cours de ces derniers mois, nous avons eu l'occasion d'employer l'alcool en injections intra-veineuses comme thérapeutique des affections pulmonaires aiguës : pneumonie, broncho-pneumonie, bronchites asphyxiantes, et les suppurations pulmonaires chroniques. Cette méthode, qui est encore toute nouvelle, s'emploie d'une façon purement empirique, car les auteurs polonais (A. Landau, M. Fijgin et Y. Bauer) qui l'ont préconisée les premiers dans les affections pulmonaires n'ont pas donné d'explication plausible de son action, sauf quelques hypothèses sans bases solides.

On sait que l'alcool est employé par ingestion comme tonique stimulant au cours des affections aiguës avec tendance au collapsus. Ces derniers temps on a tenté d'introduire cette médication dans les affections pulmonaires par voie endo-veineuse. Mais bien des médecins hésitent encore à l'heure actuelle à employer cette méthode, car on redoute les propriétés hémolysantes, coagulantes et agglutinantes de l'alcool, dont les effets immédiats peuvent être irréparables.

Les résultats que nous avons obtenus nous ont incité à approfondir cette étude pour pouvoir expliquer, dans la mesure du possible, l'action sur l'organisme de l'alcool ainsi employé. Dans ce but, nous avons cherché à établir les modifications qui se produisent chez l'animal normal au cours de ces injections. Nous envisagerons d'abord les modifications du métabolisme de base, puis des rythmes respiratoires et cardiaques.

Le métabolisme de base est la dépense minima qu'un sujet effectue lorsqu'il est mis en état de relâchement musculaire complet, absolument à jeun et dans de telles conditions de température qu'il n'ait pas à dépenser quoi que ce soit pour la lutte contre le froid ou la chaleur ambiante (Gauthier et Wolff).

Un animal à jeun depuis la veille, introduit sans être trop brusqué dans l'appareil, où on l'isole en faisant l'obscurité, réalise à peu près les conditions nécessaires pour nous donner des résultats intéressants. Evidemment, ces précautions ne seraient pas suffisantes pour une étude précise du métabolisme de base, mais elles le sont, si on se place à un point de vue relatif, considérant seulement les grosses variations des échanges pour un même individu avant et après l'injection.

Elles le sont d'autant plus que nous avons eu soin de mesurer d'abord le métabolisme basal, les rythmes cardiaques et respiratoires avant de faire l'injection ; puis de mesurer de nouveau, aussitôt après, les mêmes fonctions, de telle manière que, si un agent extérieur modifiait ou faussait dans une certaine mesure notre résultat, les causes d'erreur seraient les mêmes avant et après, et le résultat inchangé.

Normalement, le métabolisme basal établi pour un animal reste constant pour son espèce. On a pensé que ses variations étaient dues au poids de l'animal : plus le poids est grand, plus la déperdition de chaleur est grande. En réalité, le métabolisme basal est fonction de l'unité de surface de l'animal. Ainsi, plus un animal est petit, plus sa surface est grande et le dégagement de calorique plus considérable (Ch. Richet).

L'ingestion de différentes substances alimentaires et médicamenteuses, les sécrétions des glandes endocrines et le travail musculaire modifient le métabolisme basal. Nous mentionnons toutefois que l'ingestion d'aliments qui ne sont pas assimilés ne modifie pas beaucoup le métabolisme basal (Rubneur, Benedict, Emmes).

L'assimilation des aliments constitue le facteur essentiel dans la modification des échanges gazeux. Elle les modifie selon la quantité et la qualité des matières assimilées. Voit a signalé le premier ce fait, mais c'est Rubneur qui l'a démontré. Les aliments une fois ingérés et assimilés brûlent dans l'organisme pour fournir la quantité de chaleur indispensable au maintien de l'équilibre de ce dernier. L'oxygène de l'air inspiré par le poumon et apporté aux divers appareils par le sang, en se combinant avec le carbone fourni par les aliments transformés en glucose, détermine une combustion. Il en résulte une certaine quantité de chaleur avec dégagement d'acide carbonique et de vapeur d'eau.

L'oxygène est donc un élément indispensable au même titre que le carbone pour la formation de cette chaleur. L'étude du métabolisme basal peut en être déduite. On sait que chaque aliment a son coefficient calorifique pour l'oxygène. Un litre d'oxygène qui sert à la combustion du glucose dégage 5 cal. 05, ce sera là son coefficient calorifique. Si on connaît la quantité d'oxygène brûlé, on peut donc calculer la quantité de chaleur dégagée.

Expérimentation. — Nous avons choisi le lapin pour nos expériences, d'abord parce que c'est un animal docile, qu'on se procure facilement, puis parce que les soins à lui donner sont faciles, mais surtout à cause de sa sensibilité à l'alcool. (Les paysans se servent en effet de ce dernier pour le tuer ; en faisant ingérer au lapin une cuillerie d'eau-de-vie, on le foudroie.) Or, comme nous allons le voir tout à l'heure, le lapin est susceptible de recevoir par voie intra-veineuse des doses d'alcool relativement élevées sans manifester aucun trouble.

Afin de rester autant que possible dans des conditions identiques, nous avons eu la précaution de prendre des lapins de mêmes portées. D'autre part, chaque animal qui paraissait être anormal au cours de son étalonnage et même pendant les expériences était éliminé.

La solution que nous avons employée est la suivante :

Alcool à 95°.....	33	grammes
Glucose.....	35	—
Eau distillée.....Q.S.P.	100	—

Pour éviter des réactions et atténuer les chocs qui se produisent parfois, nous avons cherché à rendre cette solution isotonique.

Dans ce but, nous avons étudié la tension superficielle de ce mélange. Nous avons procédé de la manière suivante : après avoir préparé des solutions d'alcool à 33 pour 100, nous avons modifié le titre du glucose à partir du sérum isotonique, prenant alors 1 cc. de la solution dans un tube à essai, on y ajoutait une goutte de sang ; si, au bout de quelques heures il n'y a pas d'hémolyse, c'est que la solution est isotonique. Chez le lapin, l'isotonicité s'obtient avec 33 pour 100 de glucose, chez l'homme à 40 pour 100 de glucose il y a diminution de l'hémolyse et seules les solutions à 50 pour 100 sont franchement isotoniques.

Les appareils employés ont été les suivants :

1° Pour les rythmes respiratoires, le pneumographe de Laulanié ;

2° Pour les rythmes cardiaques, le cardiographe de Laulanié.

Le pneumographe et le cardiographe de Laulanié sont des appareils connus, ainsi que leur manipulation. Quant à la détermination des modifications des échanges gazeux, nous avons suivi la méthode de Regnault et Reiset modifiée par P. Dodel.

Technique. — L'animal, placé dans une enceinte à joints étanches, respire dans une atmosphère d'oxygène pur. Cette atmosphère est constamment ventilée par le jeu de deux cloches jointes à l'enceinte, alternativement soulevées et abaissées par des poids. Entre l'animal et les cloches suspendues, le gaz circule dans des flacons contenant de la ponce sulfurique, qui absorbe la vapeur d'eau, et dans des flacons de chaux sodée (type Boulitte, spécial pour appareil de Bénédict), qui absorbent le gaz carbonique produit par l'animal. Une des cloches est assez exactement équilibrée et son contrepoids est muni d'un curseur se déplaçant devant une règle graduée en millimètres, ce qui permet de lire les volumes de gaz (à 5 cent. cubes près) lorsque la cloche opposée aura été ramenée à sa position de départ (au zéro).

L'appareil entier est rempli d'oxygène au début de l'expérience. Les mouvements d'ascension et de descente des cloches sont réglés de façon que le courant de gaz qui traverse l'enceinte où se trouve l'animal ait un débit de 0 l. 500 à la minute.

Des manomètres à eau sont disposés le long de l'appareillage de façon à pouvoir vérifier au moment voulu l'équilibre des pressions extérieures et intérieures. Un de ces manomètres sert en outre, relié qu'il est par sa branche libre à un tambour de Marey, à inscrire les mouvements possibles de l'animal. En donnant au tambour une grande sensibilité, on peut avoir aussi le tracé de la respiration. Le faible déplacement de gaz dû aux mouvements respiratoires faisant osciller le manomètre à eau.

Lapin N° 1. Poids, 2kg250.
Modification du métabolisme.

3 mai.	Le lapin consomme par Kg et par Hg :			0l160—t.23°
7 mai.	—	—	—	— : 0l124—t.24°5
14 mai.	—	—	—	— : 0l172—t.24°

La moyenne arithmétique de ces chiffres sera 0 l. 152 par Kg-H. C'est ce chiffre que nous allons considérer comme la consommation normale de cet animal à la température extérieure de 24°.

Le 17 mai, l'animal est resté à jeun depuis la veille. Nouvel étalonnage qui ne montre pas de modifications du métabolisme par rapport aux précédents. On lui injecte 1 cent. cube de la solution par kg. de poids animal. Le métabolisme mesuré de suite montre une légère augmentation des échanges gazeux :

0l187 par Kg.H.—t.23°.

Les jours suivants, le métabolisme est toujours un peu plus élevé.

Le 24 mai, nouvelle injection de la même quantité de solution ; le métabolisme est à ce moment-là de :

0l272 par Kg.H.—t.24°.

Le 30 mai, nouvelle injection, et on trouve :

0l309 par Kg.H.—t.24°5.

On laisse alors l'animal se reposer pendant 10 jours et on suit entre temps son métabolisme, qui va en diminuant, mais très lentement.

Le 9 juin, son métabolisme est encore :

0l215 par Kg.H.—t.23°.

On lui fait alors une nouvelle injection. On attend 30 m. avant de le mettre à l'appareil et on constate alors un chiffre de beaucoup supérieur à celui qu'on obtient si on met l'animal de suite dans l'appareil :

0l363 par Kg.H.—t.23°.

A la fin de l'expérience, le poids de l'animal a été augmenté de 780 grammes (3 kgr. 300).

Lapin N° 2, 2kg600.

5 mai.	Etalonnage Ox. consomme par Kg.H :			0l153—t.23°5
6 mai.	—	—	—	— : 0l151—t.23°5
17 mai.	—	—	—	— : 0l162—t.23°

Le chiffre 0 l. 155 peut être considéré comme la moyenne arithmétique qui nous servira de point de départ.

19 mai. Etalonnage avant l'injection d'alcool sans modification, ensuite une injection intra-veineuse de la même solution à raison de 1 cc. 5 par kgr. Le métabolisme est :

0l231 par Kg.H.—t.22°.

Le 26 mai. Les étalonnages pris à différentes reprises montrent que le métabolisme baisse, mais ne revient pas à son point de départ :

0l22 par Kg.H.—t.23°.

Nouvelle injection, on attend 30 m. Le métabolisme est alors de :

0l316 par Kg.H.—t.23°5.

On espace alors les injections davantage jusqu'au 10 mai. 15 jours d'intervalle, le métabolisme n'est pas revenu à son point de départ :

0l227 par Kg.H. – t.23°.

Après une nouvelle injection il n'est monté qu'à :

0l285 par Kg.H.—t.23°.

Le lendemain :

0l264 par Kg.H.—t.23°.

Les étalonnages des jours suivants montrent toujours un métabolisme élevé.

L'animal engraisse notablement au cours du traitement de 2 kg. 600 à 3 kg. 300.

Lapin N° 3, 2kg900.

23 mai. Etalonnage Ox. consomme par Kg.H : 0l176—t.23°5
27 mai. — — — — : 0l145—t.23°5
31 mai. — — — — : 0l173—t.23°5

La moyenne arithmétique est de 0.164 par kg.-H.

Le même jour après injection de la même solution en raison de 1 cent. 5 par kg. on attend 30 m. et le métabolisme est de :

0l254 par Kg.H.—t.24°.

Le lendemain le métabolisme est retombé à :

0l205 par Kg.H.—t.22°8.

Le 7 juin, nouvelle injection ; le métabolisme est alors :

0l265 par Kg.H.—t.23°.

Les jours suivants le métabolisme baisse, mais il reste de beaucoup supérieur à celui du début.

Le 14 juin, nouvelle injection, le métabolisme est alors, après 30 m. d'attente, de :

0l284 par Kg.H.—t.23°5.

Son poids a augmenté de 0 kg. 625 (3 kg. 525).

Dans ce tableau nous rapportons nos résultats expérimentaux : l'animal à jeun depuis la veille (16 h.-18 h. environ) métabolisme basal, soit de suite, soit 30 m. après l'injection, durée de l'expérience 27 m.

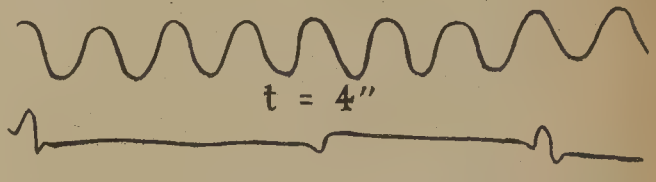
Solution injectée	Consommation d'O. par Kg. H.	Température	Variation du M. B.
Animal N° 1 :			
0	0l160	23°	
0	0,124	24°5	
0	0,172	24°	
al. 1cc par Kg	0,187	23°	+ 23 %
al. 1cc —	0,272	24°	+ 78,8 %
al. 1cc —	0,304	24°5	+100 %
al. 1cc —	0,215	23°	+ 41,45 %
0	0,363	23°	+138,8 %
al. 1cc par Kg	0,375	23°5	+146,7 %
Animal N° 2 :			
0	0l153	23°5	
0	0,151	23°5	
0	0,162	23°	
al. 1cc5 par Kg	1,231	22°	+ 49,6 %
0	0,222	23°	+ 43,2 %
al. 1cc5 par Kg	0,316	23°5	+103,8 %
0	0,227	23°	+ 45,8 %
al. 1cc5 par Kg	0,264	23°	+ 70,3 %
0	0,284	23°	+ 83,2 %
Animal N° 3 :			
0	0,175	23°5	
0	0,146	23°	
0	0,173	23°5	
al. 1cc5 par Kg	0,254	24°	+ 54,9 %
0	0,206	22°5	+ 25,6 %
al. 1cc5 par Kg	0,295	23°	+ 79,8 %
al. 1cc5 —	0,324	23°5	+ 97,5 %

Nous présentons deux tracés du rythme respiratoire pour chaque animal. Un avant toute injection, et l'autre après alcoolisation pour pouvoir mieux les superposer.

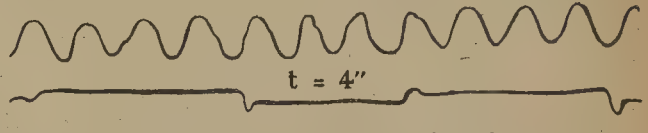
Pour le temps, nous avons choisi quatre secondes comme unité de manière à rendre plus visibles les modifications s'il y en a.

Les tracés des rythmes respiratoires.

Animal n° I.

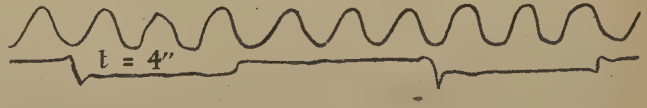


Rythme respiratoire normal.

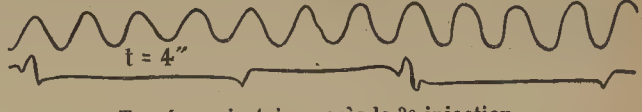


Tracé respiratoire après la 8e injection.

Animal n° II.



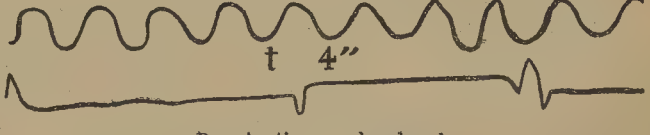
Tracé respiratoire normal.



Tracé respiratoire après la 3e injection.

Animal n° III.

Respiration normale.



Respiration après alcool.

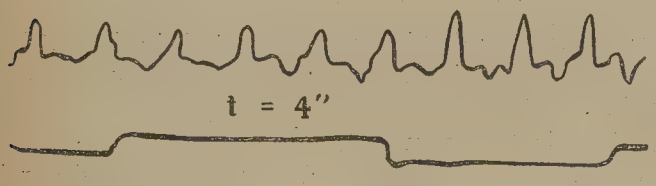
Comme nous le voyons, ces différents tracés, que nous avons choisis parmi ceux pris au cours des expériences, ne montrent aucune modification dans les rythmes respiratoires, même au bout d'un certain nombre d'injections. Signaler cependant qu'après les injections la respiration est un peu plus ample.

Pour les rythmes cardiaques, nous avons procédé de la même manière que pour les rythmes respiratoires en ce qui concerne le moment des tracés et pour le choix du temps.

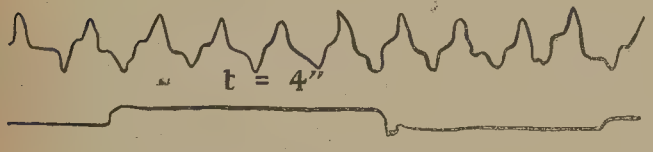
Là encore, nous ne constatons aucune modification qui puisse être attribuée à l'action de l'alcool.

Les tracés des rythmes cardiaques.

Animal n° I.

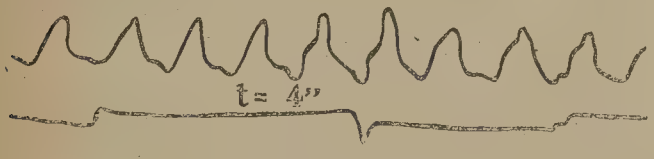


Rythme cardiaque normal.

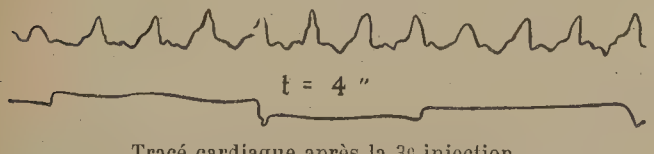


Tracé cardiaque après alcool.

Animal n° II.

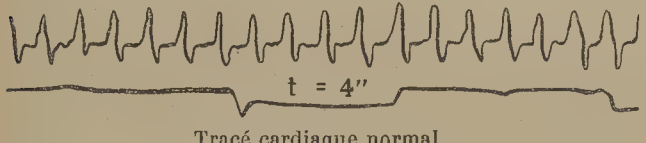


Tracé cardiaque normal.

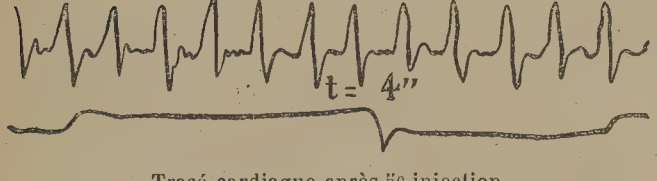


Tracé cardiaque après la 3e injection.

Animal n° III.



Tracé cardiaque normal.



Tracé cardiaque après 5e injection.

Interprétation. — Il nous a paru que ces quelques expériences étaient suffisantes pour que l'on puisse en tirer quelques conclusions. Une première remarque s'impose : aucune modification n'étant survenue dans les rythmes respiratoire ou cardiaque, il en découle que l'alcool par voie intra-veineuse ne semble pas être toxique. Dans le cas contraire, en effet, on aurait dû avoir soit une accélération, soit un ralentissement de ces fonctions.

Cette absence de toxicité de l'alcool, au moins aux doses où nous l'avons employé, nous en trouvons la preuve dans l'absence totale de modifications des rythmes cardiaque et respiratoire. Enfin, localement, lors de sa traversée pulmonaire au niveau du reticulum endothélial, il ne paraît déterminer aucun trouble puisqu'il ne provoque pas de dyspnée.

Arthus définit la dyspnée de la manière suivante : « La dyspnée se produit toutes les fois que l'hématose est entravée ; toute cause qui diminue l'absorption de l'oxygène ou l'élimination de l'acide carbonique, toute cause qui diminue la proportion de l'oxygène en augmentant la proportion de l'acide carbonique du sang et des tissus, provoque la dyspnée. La dyspnée est le mécanisme compensateur employé par l'organisme pour lutter contre la diminution de l'hématose. (Précis de Physiologie.)

Il résulte de cette définition que l'alcool introduit dans l'organisme par voie endoveineuse ne détermine ni embolie pulmonaire ni exsudat intraalvéolaire par congestion active, ni hémolyse globulaire, ni modification du myocarde.

Il ne semble pas avoir non plus d'action sur le système sympathique ou parasympathique.

Merklen n'a-t-il pas dit : « Le moindre trouble de la circulation cardio-pulmonaire peut mettre en éveil l'action réflexe des centres vaso-moteurs pulmonaires. » (Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur.)

L'alcool injecté par voie endoveineuse ne paraît pas non plus être un poison du système nerveux. Il n'agit pas davantage sur les centres bulbaires, car dans le cas contraire des modifications se seraient produites dans le rythme respiratoire.

Ces différents phénomènes ne se sont pas produits chez nos animaux en cours d'expériences, ainsi que le montrent les tracés respiratoires. De plus nous avons eu l'occasion d'employer le traitement à des malades atteints de dyspnée intense, non seulement cette dernière ne s'est pas augmentée, mais au contraire, au bout de trois ou quatre injections, le nombre des respirations était redescendu presque à la normale.

La clinique nous a également montré que l'alcool n'amenait pas de congestion locale. Chez un malade atteint d'abcès du poumon avec hémoptysies fréquentes, ces dernières ont cessé après les premières injections.

Il convient de signaler que si l'on injecte à l'animal 2 cc. par kg. de son poids ou encore une dose supérieure à celle-ci, on observe immédiatement après l'injection une espèce d'obnubilation. L'animal ne se défend plus, il a de la résolution musculaire, de l'exophtalmie, accompagnée de diarrhée et d'émission involontaire d'urines. Cet état dure à peine 15 à 20 secondes. L'animal revient ensuite à son état normal, et prend même de suite la nourriture qu'on lui présente.

Chez l'homme, nous n'avons jamais observé de symptômes semblables, peut-être parce que nous

n'avons pas dépassé la dose de 1 cc. par kg. de poids, restant même au-dessous ; peut-être aussi parce que l'homme est moins sensible que le lapin aux effets brusques de l'alcool.

En ce qui concerne le métabolisme de base, nous nous étendrons davantage, car il nous semble que les résultats sont assez significatifs. Si l'introduction d'alcool dans l'organisme par voie digestive paraît être sans grande influence sur le métabolisme basal, comme l'ont démontré les auteurs américains Benedict et Atwater (qui n'ont trouvé que dans un cinquième des cas une augmentation de 5 à 7 pour 100) il n'en est pas de même quand on introduit l'alcool par voie intra-veineuse.

Nous avons vu, et les chiffres que nous rapportons montrent que le métabolisme de base chez le lapin est nettement supérieur à celui qu'il était avant l'alcoolisation. Cette augmentation dépasse parfois 100 %, mais ce qui n'est pas moins intéressant à remarquer, c'est que cette augmentation ne se fait pas brusquement. On voit qu'après la première injection il y a une augmentation de 15 à 20 pour 100. Cette augmentation se maintient élevée les jours suivants, puis a une légère tendance à s'abaisser. Chaque nouvelle injection augmente le métabolisme non pas par rapport au chiffre initial, mais par rapport à celui du jour où l'injection a été faite. Il en résulte que la quantité d'oxygène consommée est de plus en plus considérable.

L'importance de l'oxygène dans l'économie vitale est un phénomène connu. Sa suppression totale amène la mort, sa diminution amène des troubles plus ou moins grands en rapport avec cette diminution. En facilitant la consommation de ce gaz, on augmente d'une part notablement la quantité de gaz carbonique dégagé, la quantité de chaleur en est augmentée.

Une consommation plus grande d'oxygène, un dégagement plus considérable de gaz carbonique ainsi que la plus grande production calorifique montrent que sous l'influence de l'alcool introduit ainsi dans l'organisme, *se produit une oxydation intense des matières nutritives qui y circulent.* Il est bon de souligner que *cette oxydation n'a nullement porté sur les tissus de l'organisme eux-mêmes*, car les réserves (sucre ou graisse) n'ont pas diminué, comme nous l'avons fait remarquer. Les animaux en cours d'expériences ont en effet augmenté de poids. Cette augmentation du poids, nous l'avons observée également chez les malades traités par nous par les injections intra-veineuses d'alcool. Quelques-uns en état de dénutrition considérable, cachectiques même, ont été complètement transformés au bout de quinze jours d'alcoolisation : ils ont changé d'aspect, l'appétit est revenu et ils ont commencé à engraisser (certains jusqu'à 2 kg. 500-3 kg. par semaine). Il semble donc que l'organisme acquière progressivement la faculté de brûler l'alcool ainsi introduit sans que les réserves organiques soient atteintes. De cette combustion de l'alcool résultera une amélioration notable de la nutrition ; les déchets sont éliminés en plus grande quantité et de ce fait le malade acquiert une plus grande résistance dans la lutte contre l'agent pathogène envahisseur.

Il n'est pas interdit de penser que l'oxygène agit d'autre manière. On sait que ce gaz possède en effet un gros pouvoir antiseptique et il agira alors non seulement comme modificateur de la nutrition, mais aussi sur les agents microbiens en cause.

Un autre point important à noter est la diffusion lente et l'action prolongée de l'alcool sur les échanges respiratoires. Nous avons vu au cours de nos expériences que si on mesure le métabolisme aussitôt après l'injection, il est moins élevé que si on le mesure 30 minutes après l'injection. Ce phénomène est très important au point de vue physiologique, car il nous explique pourquoi le métabolisme de base reste élevé plusieurs jours après l'injection d'alcool.

L'influence que l'alcool a sur les échanges gazeux, sa diffusion lente sont des phénomènes qui à eux seuls ne peuvent pas expliquer son rôle et son mode d'action sur le processus suppuratif, car on constate cette action au cours de l'ingestion ou de l'injection d'autres substances alimentaires ou médicamenteuses.

De nombreuses hypothèses ont été émises pour expliquer le mode d'action de l'alcool sur le processus suppuratif. Landau, Fijgin et Bauer (Polska Gaz. Warszawska S. M. 1931) lui ont attribué un pouvoir bactéricide qui se manifestera directement au niveau du réticulum endothélial pulmonaire grâce à son pouvoir pneumotropique spécifique. C'est une hypothèse qui peut être défendue, mais nous ne croyons pas que ce soit là son rôle essentiel, car dans les affections où l'on emploie l'alcool comme tonique par simple ingestion, les localisations secondaires ou les infections surajoutées ne sont pas empêchées. De plus on a employé depuis l'alcool dans le traitement d'autres infections aiguës non pulmonaires (notamment Hambourger, Presse Médicale, 8 mars 1933). Nous-même avons eu l'occasion d'utiliser ce dernier dans un cas de rhumatisme chronique ankylosant de Poncet chez un bacillaire avéré. 2° Dans un cas de streptococcie rebelle à toute thérapeutique consécutive à une plaie. Dans le premier cas le malade après 8 injections a été amélioré au point de pouvoir à nouveau marcher ; dans le deuxième, nous avons obtenu la sédation des symptômes et la cicatrisation complète des plaies au bout d'un mois. Or, si l'alcool avait une action bactéricide par son pneumotropisme spécifique pour le réticulum endothélial pulmonaire, comme le veulent les auteurs polonais, comment expliquer alors son action favorable dans les autres infections extra-pulmonaires ?

On a émis l'hypothèse qu'il se produit une combustion active lorsque l'alcool entre en contact avec le réticulum endothélial. Il résulte de cette combustion une production très considérable de gaz carbonique, laquelle aurait une action sur le processus suppuratif pulmonaire.

Cette hypothèse paraît en contradiction avec le fait que toutes les affections pulmonaires aiguës ou suppurées qui s'accompagnent le plus fréquemment de dyspnée intense et par conséquent d'hyperproduction d'acide carbonique ne sont nullement modifiées par lui dans leur évolution.

Il nous paraît difficile de soutenir par ailleurs que l'alcool agit à la manière d'un antiseptique, parce que

la quantité d'alcool introduite dans l'organisme (50 cc. de la solution à 33 pour 100 ne contenant que 16 cc. 5 d'alcool à 95°) est trop minime par rapport à la masse sanguine (à raison de 3 cc. 30 d'alcool à 95° par litre du sang). D'autre part l'alcool introduit dans l'organisme n'y circule qu'un temps très court et il est immédiatement modifié en tant qu'alcool.

D'après nous il semble que l'explication serait la suivante : l'alcool introduit par voie digestive à dose non toxique agit comme thermo-régulateur en ramenant la température à la normale (A. Joffroy, De la médication par l'alcool). Il en est de même pour nous de la voie endo-veineuse.

Charcot ne disait-il pas autrefois : « Reconnaissons en premier lieu que ce trouble qui porte sur l'ensemble de l'économie et qu'on nomme fièvre, constitue un danger par lui-même lorsqu'il est intense, indépendamment en quelque sorte de la cause qui l'a produit. C'est l'état général et dans l'espèce l'état fébrile qu'il faut accuser (De la médication par l'alcool, page 114). N'est-on pas en droit de penser qu'en supprimant la fièvre, c'est-à-dire le témoin des désordres causés par l'affection en cause, on agit sur cette affection et sa cause originelle ?

Or la méthode endo-veineuse a l'avantage de pouvoir employer l'alcool à très petites doses, absorbé directement sans aucune modification préalable, et d'agir très rapidement, ce qui a une importance considérable dans les cas graves.

L'augmentation des échanges gazeux produite par l'injection d'alcool amenant une absorption beaucoup plus grande d'oxygène détermine une oxydation plus considérable, partant une amélioration de la nutrition, l'organisme se trouve alors dans des conditions bien meilleures pour sa lutte contre l'agent envahisseur.

L'alcool contenant dans sa molécule les éléments nécessaires à la combustion (hydrates de carbone) évite à l'organisme de puiser dans ses réserves propres. Il se trouve donc doublement aidé dans ses fonction : oxydation facilitée, métabolisme du carbone régularisé.

C'est ainsi que nous avons vu nos malades mis en traitement en pleine période de cachexie s'améliorer, commencer à prendre du poids et engraisser. Les expériences nous ont en effet montré que cette action se prolonge, même les injections supprimées, pendant un certain temps, parce que le métabolisme de base reste lui-même augmenté plusieurs jours après l'injection d'alcool (nous l'avons trouvé au bout de quinze jours encore très augmenté).

Conclusions. — Des recherches auxquelles nous nous sommes livré il semble résulter que : l'alcool injecté ne semble pas être toxique pour le système nerveux central, n'excite pas les terminaisons nerveuses des organes au contact desquels on le met directement, n'amène pas la congestion pulmonaire. D'autre part, il agit comme thermo-régulateur par son action sur le système nerveux central, facilite les oxydations, améliore et régularise la nutrition et peut-être a-t-il enfin un pouvoir antiseptique indirect par la plus grande quantité d'oxygène absorbée.

Il semblerait donc que, quel que soit l'état du malade, on puisse appliquer cette médication sans crainte de complications soit nerveuses par voie réflexe, soit locales (pulmonaires ou cardiaques) et que ces dernières quand elles existent s'améliorent sous son influence.

Nous espérons pouvoir publier prochainement une étude anatomo-microscopique sur ce sujet et peut-être y trouver un moyen d'éclairer quelques-uns des points obscurs qui sont encore à l'étude à l'heure actuelle.

(Travail exécuté au Laboratoire de Physiologie de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, où nous avons reçu de M. le Professeur Dodel un accueil dont nous lui sommes très reconnaissant.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1934)

Un cas d'hypertension paroxystique liée à un paragangliome. — MM. Labbé et Nepveux. Crises d'hypertension paroxystique chez un homme de 41 ans, allant en augmentant de fréquence, jusqu'à devenir quotidiennes, débutant le matin, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, pendant lesquels la tension montait de 20-10 à 33-11. La glycémie évoluait parallèlement à l'hypertension ; l'albuminurie augmentait, l'azotémie atteignait 0,50. Il s'agissait en somme d'une néphrite à évolution scléreuse, au cours d'un état d'hypertension.

Une intervention permit de découvrir un paragangliome continu à la surrénale gauche.

Surrénalectomie dans un cas d'artérite juvénile. — MM. Langeron, Gamelot, Vincent et Paget (Lille). Observation d'artérite juvénile qu'on peut rapporter à une thrombo-angéite. Une amputation de cuisse devint nécessaire. Une surrénalectomie fut sans action. Après cette intervention, les accidents apparurent du côté opposé jusqu'alors indemne. La mort survint 48 heures après l'opération.

Un cas de péricardite calcifiante. — MM. Duvoir, Pollet et Chapireau. Nouveau cas de « péricarde en cuirasse » de diagnostic impossible par la seule clinique, chez une femme de 19 ans atteinte de rétrécissement mitral. C'est à la tuberculose manifestée par une polynévrite en évolution que les auteurs attribuent la calcification du péricarde.

Réaction puriforme aseptique au cours d'une hémorragie cérébrale. — MM. Flandin, Gallot et André. Femme de 69 ans, atteinte de coma, sans signes méningés cliniques. A la ponction lombaire, liquide puriforme contenant 8.040 éléments blancs intacts. A l'autopsie, énorme foyer hémorragique pariéto-occipital gauche.

Nanisme rénal fruste. — MM. Apert, Brehier et Ferroir. Il s'agit de 4 cas de nanisme rénal. Dans 3 cas, le diagnostic ne peut être fait que par l'exploration systématique des fonctions rénales : polyurie claire, albuminurie minima, hyperazotémie modérée, calcémie normale ou abaissée, phosphatémie augmentée. Très grave pronostic.

Tumeur bilatérale de l'acoustique à forme familiale et héréditaire. — MM. H. Roger, Alliez et Sarradon. Homme atteint de surdité complète depuis l'âge de 20 ans, com-

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS • PARIS (XVe)

mence vers 50 ans un syndrome d'hypertension intracrânienne avec paralysie du VII et du V droits. A l'autopsie, tumeur bilatérale de l'acoustique du type neurinome. Un frère avait succombé à une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux gauche. 5 membres de la même famille succombèrent à un syndrome néoplasique cérébral.

Médulloblastome du 4e ventricule à début infectieux aigu. MM. Guillain, Lereboullet, Rudaux. Femme de 32 ans présentant la symptomatologie complète d'une tumeur du IVe ventricule. L'intervention montre que la raison en était la présence d'un médulloblastome, tumeur embryonnaire maligne. Début de l'affection, aigu, par symptômes infectieux. Cette forme clinique spéciale de tumeur du IVe ventricule peut simuler une encéphalite ou un abcès du cerveau.

Névralgie paresthésique consécutive à un zona. — MM. Guillain et Lereboullet. Dans ce cas, l'affection suivit un zona, dont on voit encore les traces, ce qui implique une étiologie radiculaire ; les douleurs ont le type des douleurs centrales, répondant à la zone de la 2e racine lombaire. Les thérapeutiques dirigées contre le nerf n'ont aucune indication si l'affection est d'origine radiculaire.

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1934)

Deux cas de splénomégalie primitive s'étant accompagnée d'hémorragies gastro-intestinales avec anémie grave. Ascite secondaire. — MM. Laignel-Lavastine, Schwob, Guilly et Eidou. Deux malades entrent à l'hôpital pour un syndrome spléno-hépatique. L'existence d'hémorragies gastro-intestinales, l'hypothèse d'un syndrome de Banti, font poser la question de la splénectomie. On tente chez le premier malade syphilitique un traitement d'épreuve : chez le second, on hésite, les symptômes paraissant au début. Apparition ultérieure d'hémorragies abondantes avec anémie grave et constitution d'une ascite. Ces deux cas posent un problème thérapeutique difficile.

Splénopathies chroniques cirrhogènes. Cirrhose hypertrophique anictérique. — MM. Abrami et Frumusan étudient le chapitre des splénopathies cirrhogènes qui comprend : 1° la maladie de Banti ; 2° la maladie de Hanot-Eppinger ; 3° la cirrhose hypertrophique anictérique qui évolue ainsi : après un stade de splénopathie isolée, survient une cirrhose avec gros foie, dur, compliquée d'ascite et d'œdèmes. Evolution dominée par des hémorragies gastro-intestinales commandant une splénectomie hâtive qui produit parfois une véritable résurrection. Etiologie imprécise.

Dysplasie hémo-leucocytaire à rechutes et septicémie à streptocoques. — MM. Flandin, Lenègre, André, Jean Bernard, Rounier et Gallot. Cas d'une hématopathie aiguë ayant évolué en deux poussées séparées par une guérison apparente de 15 jours, chaque poussée ayant débuté par des signes appendiculaires. Les hémocultures mettent en évidence une streptococcémie. Le syndrome hématologique rappela celui de l'anémo-aleucie hémorragique. L'examen anatomique ne décela au niveau de la rate que des lésions banales sans infiltration leucoblastique.

Polynévrite aurique. — M. Jacob. Polynévrite aurique survenue après injection de 3 gr. 65 de crisalbine en deux mois, présentant les caractères de la polynévrite, très douloureuse avec conservation des réflexes.

Dilatation ectasique de l'oreillette gauche. — MM. Aubertin et Sée. Deux cas de maladie mitrale, chez lesquels l'oreillette gauche atteignit un volume extrêmement considérable. Cette dilatation ne se traduit cliniquement que par l'arythmie complète, la fréquence de petites embolies cérébrales et par l'incapacité fonctionnelle des deux malades.

Rhumatisme tuberculeux avec preuve expérimentale. — M. Le Sage (Montréal). Rhumatisme polyarticulaire chronique, ayant évolué par poussées. Au cours d'une de celles-ci, le liquide articulaire inoculé au cobaye le tuberculisa. Dans les lésions expérimentales, on décela le bacille de Koch. Le rhumatisme tuberculeux peut relever soit du virus filtrant, soit des bacilles acido-résistants.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1934)

Péritonite encapsulante. — M. de Gaudart d'Allaines rapporte l'histoire d'une malade de 28 ans, qui présentait un empâtement sus-pubien. A la laparotomie, on trouve une péritonite encapsulante ; la lésion primordiale paraît avoir été une épiploïte tuberculeuse.

Occlusion appendiculaire. — MM. Renon et Lafitte (de Niort) relatent 26 observations d'occlusion dans l'appendicite. 13 morts ont été observées. 7 cas concernent des occlusions primitives, d'ailleurs toutes survenues chez des femmes âgées. D'autres sont secondaires, précoces. D'autres enfin sont tardives et sont survenues après le 10e jour.

Dilatation aiguë de l'estomac. — M. Ferey (de Saint-Malo) rapporte l'histoire d'un malade mort en quelques heures. L'autopsie a montré une énorme dilatation gastrique, et l'auteur se demande ce qu'on aurait pu tenter.

Ostéosynthèse externe par cerclage. — M. Okinczyc analyse un nouveau procédé imaginé par M. Barbilian (de Jassy).

Péritonite biliaire. — M. Moulonguet croit que les cholépéritoines sans perforation vésiculaire sont dus à une gangrène de la paroi. Cette nécrose serait elle-même due à l'action du suc pancréatique.

M. Okinczyc pense lui aussi que le reflux du suc pancréatique dans les canaux biliaires peut provoquer la nécrose de la vésicule.

Ostéotomie cunéiforme juxta-articulaire. — M. Cadenat présente deux observations de M. Merle d'Aubigné qui a obtenu deux bons résultats, dans une fracture de Dupuytren, et dans une fracture du plateau tibial. M. Cadenat décrit en outre un procédé personnel rapide pour enlever correctement le coin osseux nécessaire.

M. Proust croit que l'ostéotomie est supérieure à l'astragalectomie dans les cals vicieux du cou-de-pied.

M. Mathieu montre les difficultés techniques des résections cunéiformes.

M. Brocq rappelle les travaux de Morestin sur ce sujet.

M. Cunéo a employé parfois l'ancien appareil de M. Cadenat.

Surrénalectomie pour hypertension. — M. Desplas relate trois observations de MM. Meillère et Olivier. Ils obtinrent une guérison, une amélioration, une mort rapide.

M. Cunéo croit que l'effet de l'opération n'est pas dû à la résection glandulaire, mais au choc sympathique.

M. de Martel demande si on peut connaître la valeur de l'autre surrénale.

LUMINAL
Antiépileptique non bromé, hypnotique et sédatif puissant.
Administration à doses fractionnées par les
LUMINALETTES
SOLUTION à 20% de LUMINAL
injectable par voie intramusculaire
Renseignements et demandes d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, rue Vauquelin — PARIS - 5e
BAYER
Dépôt général :
LABORATOIRES LOBRU, PARIS

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

M. PETIT-DUTAILLIS demande quel traitement post-opératoire a été institué devant les accidents d'hyperthermie. Il croit que la réfrigération serait très efficace.

Anévrysme de l'artère axillaire. — M. MOCQUOT présente ce malade qu'il a opéré et guéri.

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1934)

Péritonite biliaire. — M. BROCQ estime que les lésions vésiculaires sont surtout le fait de l'infection et que le reflux bilio-pancréatique est bien problématique. Quant aux lésions de cyto-stéato-nécrose, elles sont très probablement dues à des ferments d'origine microbienne.

Etude de la sudation après sympathicectomie. — M. LERICHE a observé, après stellectomie, la suppression de la sudation sur l'héfi-face, l'hémi-thorax et le membre supérieur correspondant. De même, la sympathectomie péri-fémorale s'accompagne d'anhydrose crurale.

Lver précoce en chirurgie abdominale. — M. COTTE apporte les résultats observés au cours de 50 interventions gynécologiques non septiques. Il eut deux embolies, dont une mortelle, au 5e jour.

M. SAUVÉ estime que le lever précoce n'empêche ni les phlébites, ni les embolies.

Les entorses. — M. LERICHE constate d'abord que personne ne connaît les caractères anatomo-pathologiques de l'entorse. Dans deux cas où il lui a été possible de faire une recherche opératoire, il n'a constaté aucune lésion ligamentaire, a vérifié l'intégrité articulaire et a seulement trouvé une importante suffusion hémorragique sous-cutanée. Par ailleurs, ayant à plusieures reprises novocaïné les régions douloureuses, il a constaté, en quelques heures, la disparition de tous les symptômes de l'entorse. Il en conclut que l'entorse est avant tout un traumatisme des nerfs ligamenteux, et que ces terminaisons nerveuses sont le point de départ d'un réflexe agissant sur le trophisme articulaire et sur la vascularisation des muscles moteurs. Il a vérifié l'action locale et à distance de l'injection de novocaïne au niveau des ligaments douloureux. Il insiste sur l'intérêt qu'il y a dans une injection précoce, faite avant l'apparition de l'hydarthrose.

M. TOUPET estime que la mobilisation précoce est plus importante que l'injection de novocaïne.

Fausse tumeur gastrique. — M. MOULONGUET rapporte une observation de M. Duroselle concernant une gastrectomie pour volumineuse tumeur antrale. L'examen histologique montre qu'il s'agit en réalité d'un volumineux granulome développé autour d'un corps étranger de nature indéterminée.

Synovite des gaines. — M. MOURE analyse un travail de MM. Costescu, Iselin et Pellé, qui étudient en particulier les symptômes du phlegmon des gaines lorsque celles-ci sont ouvertes spontanément ou insuffisamment incisées. Il s'en faut que ces symptômes soient conformes à ce qu'on dit dans les livres. M. Moure montre qu'à côté de cas guérissables par la méthode de Kanavel, il en est d'autres où il faut savoir sacrifier le doigt pour sauver la vie.

M. SORREL est aussi très partisan d'une grande prudence.

Tuberculite de Gerdy et styloïdite radiale. — M. MOUCHET rapporte deux cas fort intéressants de ces affections, communiqués par M. Jean Veyrassat (Genève).

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1934)

Métrites cervicales et diathermocoagulation. — M. J.-E. MARCEL.

De l'hystéroscopie. — M. Georges LUYS, après avoir rapporté l'ensemble de ses travaux sur l'endoscopie à vision directe, montre ensuite combien sa méthode d'endoscopie directe, si simple, peut rendre des services dans l'observation complète de toute la muqueuse utérine. L'hystéroscopie pratiquée avec le long tube de son cystoscope à vision directe permet, non seulement d'examiner toute la muqueuse utérine, mais encore de traiter efficacement, sous la vue, les lésions inflammatoires de la muqueuse utérine.

Colibacillose et cellulite. — M. P. DESGEORGES.

Etude sur la métallographie des cancers. — M. DARTIGUES.

Que peut-on penser actuellement de la kymographie appliquée à l'étude de l'appareil cardio-vasculaire ? — MM. COTTENOT et R. HEIM DE BALSAC ont appliqué la kymographie à l'étude de nombreux sujets normaux et pathologiques ; ils ont ainsi pu vaincre les difficultés d'une technique assez délicate et ils ont mis en évidence la grande variabilité des courbes obtenues chez des individus normaux.

THÉRAPEUTIQUE

D'un principe cristallisé du Cynara Scolymus (artichaut cultivé),

par G. EDGARD-ROSA.

Depuis nos différentes communications sur la question (1), nous avons continué nos recherches tendant à l'isolement du principe actif de l'artichaut.

Tandis que des expérimentateurs et des cliniciens comme J. Brel, H. Leclerc, Chabrol, L. Tixier, Trémolières, F. Monville et leurs collaborateurs obtenaient de précieux résultats avec l'extrait de Cynara, nous avons eu le bonheur d'obtenir à l'état cristallisé un principe actif de cette plante.

En effet, depuis août 1933, nous avons remis à différents membres du corps médical de Paris des ampoules d'une solution aqueuse à 2 % de ce principe en vue de s'assurer de sa non-toxicité et de son action thérapeutique. A fin février 1934, voici où en sont nos résultats :

Le principe de l'artichaut que nous avons obtenu à l'état cristallisé existe dans la plante à l'état libre et sous forme de combinaison calcique, magnésienne, potassique et sodique, comme nous l'avions déjà prévu d'ailleurs (2).

Les cristaux sont incolores et polymorphes ; leur forme varie suivant le solvant employé et le mode de cristallisation.

La solution aqueuse de ce produit cristallisé examinée au polarimètre démontre qu'il est doué d'un léger pouvoir rotatoire gauche.

Mis en présence de ce principe cristallisé du Cynara, le permanganate de potasse est décoloré par réduction en milieu acide avec mise en liberté de formaldéhyde. C'est une

(1) G. EDGARD-ROSA. De la feuille d'artichaut (Cynara Scolymus) en thérapeutique. *La Nature*, nov. 1927.

(2) G. EDGARD-ROSA. Sur la localisation et la nature du principe actif du Cynara Scolymus (artichaut cultivé). *Les Nouvelles Thérapeutiques*, février 1932. — Le principe actif de l'artichaut cultivé (Cynara Scolymus) ; de sa localisation et de sa nature. *Les Echos de la Médecine*, mars 1932.

réaction propre à certains corps chimiques possédant à la fois la fonction acide et la fonction alcool.

Nos recherches chimiques et biologiques en cours nous permettront bientôt de donner plus de détails sur ce principe cristallisé de l'artichaut.

Au point de vue physiologique, la toxicité de ce produit est nulle. Per os ou en injection intra-veineuse, intra-musculaire ou sous-cutanée, il n'a jamais provoqué d'accident ni même d'incident. L'injection est parfaitement indolore et est toujours bien tolérée.

Au point de vue pharmacologique, les résultats cliniques et expérimentaux obtenus avec le principe cristallisé du cynara confirment ceux toujours obtenus avec l'extrait d'artichaut, mais avec une action plus rapide, surtout en injection : action diurétique marquée, action remarquable sur la fonction uréogénique du foie et sur les lipides des tissus, etc., etc.. Nous laissons d'ailleurs la parole à ce sujet aux éminents praticiens qui ont expérimenté et expérimentent encore ce produit cristallisé. Nous sommes simplement heureux à cette occasion d'avoir pu donner au corps médical un agent thérapeutique appelé à rendre, nous l'espérons, quelques services en thérapeutique hépato-rénale.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LUXATION ANTÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE

S. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC.

Les luxations A. I. de l'épaule sont intéressantes :

— Par leur *fréquence* et le fait qu'elles s'observent uniquement chez l'*adulte*.

— Par la facilité de leur diagnostic et la nécessité de les *réduire d'urgence*.

— Par la possibilité de complications qui doivent en faire réserver le pronostic : *fracture* associée ou *lésion nerveuse ; luxation récidivante*.

SYMPTOMES

Il s'agit d'un blessé qui vient d'être victime d'un traumatisme.

A. L'interrogatoire

Précise les circonstances de l'accident :

— Chute sur la paume de la main, le membre supérieur étant en abduction.

— Parfois chute sur le moignon de l'épaule.

Renseigne sur les signes fonctionnels : douleur et impotence.

B. Examen. — La tête penchée du côté atteint, le blessé soutient de sa main saine le membre traumatisé.

Il faut l'examiner : nu jusqu'à la ceinture ; en comparant avec le côté sain.

a) *Inspection.* — α) *De face.* — Deux signes principaux :

— *Le signe de l'épaulette* : aplatissement du moignon de l'épaule ; saillie de l'acromion.

— *La désaxation du bras* : son axe passe en dedans de l'acromion. Le coude est en abduction.

β) *De profil.* — Disparition du méplat sous-claviculaire.

γ) *De dos* : netteté particulière du S. de l'épaulette.

b) *Palpation.* — α) *Au niveau de l'épaule* : *la vacuité de la glène.*

β) *Au niveau de l'aisselle* : une masse arrondie, dure, lisse : *la tête humérale*, à laquelle sont transmis les mouvements de rotation imprimés au coude.

γ) *Au niveau du coude* : *l'irréductibilité de l'abduction.*

Chacun de ces gestes fournit un renseignement de tout premier ordre et permet un diagnostic qui reste facile.

Parfois cependant le blessé est vu quelques heures après et le *gonflement* gêne l'examen. Il faut se rappeler alors la *valeur de deux signes* :

— La *désaxation du bras ;*

— L'*irréductibilité de l'abduction.*

Le diagnostic fait, il reste :

1° UNE PRÉCISISION A APPORTER :

La variété de la luxation.

a) *Par l'étude de l'attitude du membre supérieur :*

— *Luxation extra-coracoïdienne* : simple subluxation. Rotation externe marquée ;

— *Luxation sous-coracoïdienne* : abduction forte. Rotation externe légère ;

— *Luxation intra-coracoïdienne* : Abduction légère. Rotation interne.

— *Luxation sous-claviculaire* : Bras collé au corps : adduction. Rotation interne.

b) *Par recherche directe de la position de la tête par rapport à la coracoïde.*

Si la coracoïde est impossible à trouver, mesurer la *distance sterno-coracoïdienne* du côté sain et la reporter du côté blessé.

2° DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

a) Palper le *pouls radial ;*

b) Explorer la *sensibilité du moignon de l'épaule ;*

c) Rechercher des *s. locaux de fracture* et la transmission à la tête humérale des mouvements imprimés au coude. Afin de ne pas méconnaître des complications vasculaires, nerveuses, osseuses.

L'examen étant ainsi conduit, *il faut réduire d'urgence.*

Cependant, si l'on soupçonne une fracture associée, il faut pratiquer une *radiographie* avant la réduction, ou faire un *examen sous écran.*

Dans tous les cas, une *radiographie de contrôle* sera nécessaire après la réduction.

(A suivre.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 15 *mars.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Claude, Laignel-Lavastine, Lévy-Valensi. — M. JULIAN. Etude de la dextrocardie par attraction. — M. POUR. Etude sémiologique d'épreuves de monnaie dans les maladies mentales. — M. ALBARIC. Un médecin ébroïcien, Jacques Duval ; son traité des hermaphrodites (1555-1615).

Jury : MM. Brumpt, président ; Nobécourt, Tanon, Galliard. — M. DUPONT. Etude clinique de la lymphogranulomatose maligne chez l'enfant. — M. ICHARD. Accidents de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. — M. BRÉHON. Etude de l'hygiène dans les mines de charbon.

Vendredi 16 *mars.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Fiessinger, Troisier. — M. MORVAN. Essai d'organisation du service obstétrical dans les campagnes bretonnes. — M. PERRAULT. Essai sur la bacillémie et la dispersion bacillaire au cours de la tuberculose pulmonaire humaine. — M. THAN. Anémie gravissime aiguë fébrile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
6, Rue Abel
PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., t 33, Aubenas.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie!!
dans l'état actuel
de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif,
le plus puissant
à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CHOLECYSTITES -- LITHIASES BILIAIRES
et toutes variétés de
PYELO-NEPHRITES :
CAPARLEM
HUILE DE HAARLEM VÉRITABLE, en capsules gélatinisées à 0 gr. 15
(du Juniperus Oxycedrus.)
Posologie : 1 à 2 capsules au milieu des deux principaux repas.
Laboratoire LORRAIN de Produits Synthétiques purs. — ETAIN (Meuse).

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

calme la toux

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ

POUVANT ÊTRE CROQUÉ OU PRIS DANS UN PEU D'EAU, DE TISANE

DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas.

Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ

30, Rue Armand-Sylvestre COURBEVOIE (Seine)

COURMONT

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 17 MARS 1934. — N° 22.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les névralgies faciales. Diagnostic et traitement (fin), par M. le professeur Henri Roger (de Marseille).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
DOCUMENTS OFFICIELS
Décret portant réforme des études médicales.
CONGRÈS ET EXCURSIONS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Les docteurs en médecine dont les noms suivent sont nommés pour un an, du 1er janvier 1934, ou prorogés pour une nouvelle année dans leurs fonctions d'assistants des chefs de service de médecine ou de chirurgie dénommés ci-dessous :

Hôtel-Dieu. — *Médecine.* — MM. Azerad, assistant de M. Baudouin; Besançon, assistant de M. Lévy-Valensi; Azoulay, assistant de M. Henri Bénard; Lenormand, assistant de M. Halbron.

Chirurgie. — MM. Bloch et Sénèque, assistants de M. le professeur Cunéo.

Pitié. — *Médecine.* — MM. Lemaire, assistant de M. Loeper; Lévy, assistant de M. Aubertin; Puech, assistant de M. Vincent.

Chirurgie. — MM. Banzet, assistant de M. Baumgartner; Oberlin, assistant de M. Chevrier.

Charité. — *Médecine.* — MM. Olivier, assistant de M. Fiessinger; Sourdel, assistant de M. Richet.

Chirurgie. — M. Meillère, assistant de M. Desplas.

Saint-Antoine. — *Médecine.* — MM. Cahen, assistant de M. Faure-Beaulieu; Oumansky, assistant de M. Weil; Chêne, assistant de M. Félix Ramond; Maximin, assistant de M. Chabrol; Cury, assistant de M. Cain; Plichet, assistant de M. Pagniez.

Chirurgie. — MM. Michon, assistant de M. le professeur Grégoire; Reinhold, assistant de M. Bréchot.

Necker. — *Médecine.* — Mme Roudinesco, assistante de M. Binet.

Cochin. — *Chirurgie.* — MM. Wilmoth et Ménégaux, assistants de M. le professeur Lenormant; Bayle, assistant de M. Chevassu.

Beaujon. — *Médecine.* — MM. Bariéty, assistant de M. Troisier; Lelourdy, assistant de M. Stévenin; de Brun du Bois Noir, assistant de M. Harvier.

Chirurgie. — MM. Ameline, assistant de M. Basset; Boppe, assistant de M. Okinczyc.

Lariboisière. — *Médecine.* — MM. Chabrun, assistant de M. Garnier; Bascouret, assistant de M. Clerc; Roberti, assistant de M. Herscher; Hirschberg, assistant de M. Rivet.

Tenon. — *Médecine.* — MM. Hillemand, assistant de M. Brulé; Isch-Wall, assistant de M. P.-E. Weil; Blondel, assistant de M. Lian; Servel, assistant de M. Laroche; Ollivier, assistant de M. May; Thévenard, assistant de M. Léchelle.

Chirurgie. — MM. de Gaudart d'Allaines, assistant de M. Roux-Berger; Moulonguet, assistant de M. Gernez.

Laennec. — *Médecine.* — MM. Vialard, assistant de M. L. Ramond; Benoist, assistant de M. Gautier.

Chirurgie. — MM. Maurer et Welti, assistants de M. Proust.

Bichat. — *Médecine.* — MM. Rouqués, assistant de M. Boidin; Albot, assistant de M. Chiray; Mauric, assistant de M. Vallery-Radot; Deron, assistant de M. Faroy.

Chirurgie. — MM. Monod, assistant de M. Mocquot; Gueullette, assistant de M. Capette; Huet, assistant de M. Mondor.

Broussais. — *Médecine.* — MM. Wallich, assistant de M. Abrami; Routier, assistant de M. Laubry.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Chirurgie. — M. Iselin, assistant de M. Monod.

BOUCICAUT. — *Médecine.* — M. Morlaas, assistant de M. Trémolières.

Chirurgie. — M. Soupault, assistant de M. Labey.

VAUGIRARD. — *Chirurgie.* — M. Gatellier, assistant de M. le professeur Pierre Duval.

AMBROISE-PARÉ. — *Médecine.* — MM. Chabanier, assistant de M. Monier-Vinard ; Florand, assistant de M. Huber.

Chirurgie. — Néant.

SAINT-LOUIS. — *Médecine.* — MM. Pollet, assistant de M. Duvoir; Lévy, assistant de M. Babonneix.

Chirurgie. — MM. Fayot, assistant de M. Picot; Dosset, assistant de M. Gouverneur.

ENFANTS-MALADES. — *Médecine.* — M. Bize, assistant de M. Tixier.

Chirurgie. — Néant.

BRETONNEAU. — *Médecine.* — MM. Prieur, assistant de M. Guillemot; Isaac-Georges, assistant de M. Grenet.

Chirurgie. — M. Godard, assistant de M. Leveuf.

TROUSSEAU. — *Médecine.* — MM. Launay, assistant de M. Lesné ; Mlle Boegner, assistante de M. Paisseau.

Chirurgie. — M. Mérigot, assistant de M. Sorrel.

HÉROLD. — *Médecine.* — Mlle Papaioannou, assistante de M. Milhit; M. Marie, assistant de M. Debré.

ENFANTS-ASSISTÉS. — *Médecine.* — M. Lelong, assistant de M. le professeur Lereboullet.

Chirurgie. — M. Buquet, assistant de M. Martin.

BICÊTRE. — *Médecine.* — M. Thurel, assistant de M. Alajouanine.

SALPÊTRIÈRE. — *Médecine.* — M. Christophe, assistant de M. Crouzon; Mlle Dreyfus-Sée, assistante de M. Jacob; M. Mathieu, assistant de M. Ribadeau-Dumas.

Chirurgie. — MM. Petit-Dutaillis et Charrier, assistants de M. le professeur Gosset.

IVRY. — Néant.

MÉNAGES. — *Chirurgie.* — M. Madier, assistant de M. Lardennois.

Ces assistants pourront être réinvestis sur proposition du chef de service intéressé pour des périodes successives d'une année.

Ils continueront à recevoir ou recevront une indemnité annuelle de 5.400 fr. sur les crédits inscrits au sous-chapitre VII, article 1er du budget.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Job et Watrin, chargés de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

GUERRE. — LÉGION D'HONNEUR. — Tableau pour 1934 (active). Sont inscrits :

Pour officier. — MM. Gaud, Beau, Touzet, Le Landais, Chéneby, Baron, Sciaux, Royer, Létang, de Gaulejac, Martinet, Noël, Membrey, Nugue, Robert, Perdrizet, Jehl, Masson, Mulot, Pernin, Arlabosse, Badie, Fontan, Anglade, Ruchaud, Streissel, Junquet, Liégeois, Jandot dit Danjou, Brunel, Fayet, Guillaume, Delacroix, Sarrazin, Saulnier, Collignon, Poy, Bouquier, Gardey, Montel, Chaumet, Fleury, Gaubil, Pochoy, Blandin, Carles, Le Dentu, Ledentu, Souchard, Marquand.

Pour chevalier. — MM. Pierron, Bonnardel, Prunet, Sébillot, Uberti, Gleize, Dapot, Guillamet, Le Floch, Badouin, Sauvez, Foix, Gaché, Bernard, Reboul, Chevillet, Mathieu, Baur, Le Carbont, Marion, Farinaud, Pons, Assali, Rivoalen.

PRESSE DE L'INSTITUT. — L'Association de la presse de l'Institut et des sociétés savantes a tenu son assemblée générale au palais de l'Institut. Le colonel Godchot a été élu membre du Comité. Le bureau est ainsi constitué pour 1934 : président, M. Ch. Dauzats; vice-présidents, M. Déglise et le docteur Henri Bouquet; secrétaire général, M. André Chesnier du Chesne.

ASSISTANTES DU DEVOIR NATIONAL. — Une conférence sera faite le samedi 17 mars 1934, à 15 h. précises, au Cercle militaire (place Saint-Augustin), par M. le professeur Roger, membre de l'Académie de médecine, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

Sujet : A quoi sert le poumon.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale annuelle se tiendra le mardi 20 mars 1934, à 17 h., à la Faculté de médecine (salle du Conseil), 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la présidence de M. le ministre de la Santé publique.

Rapport de M. Le Bret, secrétaire général; rapport de M. Max Hermant, trésorier.

Conférence : La chimiothérapie du cancer est-elle réalisable? par le professeur Dustin, de l'Université libre de Bruxelles.

HUITIÈME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Ce bal, dont le produit est destiné à soutenir l'œuvre de secours aux femmes et orphelins de médecins, devait avoir lieu le Lundi Gras 12 février 1934. Ayant été remis par suite des événements du 6 février, il a dû être ajourné à nouveau en raison du deuil national.

Sa date a été définitivement reportée au 12 mai, et il aura lieu dans les salons de l'Hôtel Continental.

Les cartes qui avaient déjà été souscrites seront remboursées sur demande ou échangées : Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi.

L'ESPOIR FRANÇAIS. — Il y a quelques années, Louis Forest, l'éminent journaliste, créait l'*Animateur des Temps nouveaux*, une revue hebdomadaire qui, par son bon sens et sa clarté, a remporté un succès sans précédent. Louis Forest est mort, son journal a disparu. Ses anciens collaborateurs n'ont pas voulu interrompre leur effort, ils font paraître l'*Espoir français* qui continuera l'œuvre de Louis Forest. — Bureau : 38, rue de Liége, Paris (VIIIe).

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR recom. demoiselle p. secrét. Paris, stat. therm., comptabilité. — Mlle Gramont, 80, r. Lycée, Sceaux (Seine).

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

GYNŒSTRYL

FOLLICULINE CRISTALLISÉE

DU Dr ROUSSEL

(HORMONE OVARIENNE CHIMIQUEMENT PURE)

Voie buccale

DI-HYDRO-FOLLICULINE
ASSIMILABLE A 100 %

DEUX PRÉSENTATIONS { GOUTTES / COMPRIMÉS

DOSE MOYENNE (EN 3 PRISES)
50 Gouttes ou 4 Comprimés correspondent à 1000 U.I.

Le Flacon ou la Boite représente:
10 000 U.I. _ 18 Frs

Voie intra-musculaire ou sous-cutanée

SOLUTION HUILEUSE
titrée à 1/10e de milligramme par c.c

soit 1.000 UNITÉS INTERNATIONALES par ampoule
(De 1/4 c.c. à 1 c.c. tous les deux jours)

6 ampoules de 1 c.c. 20 Frs

PATHOLOGIE DES RÈGLES
PUBERTÉ_MÉNOPAUSE
HYPOTROPHIE DES PRÉMATURÉS ET DES NOURRISSONS

LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
89, Rue du Cherche Midi_PARIS (VIe)

NESTLÉ
FAIT UN LAIT EN POUDRE

LAIT SEC, DEMI-GRAS
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)
NON DÉVITAMINÉ
DE BONNE CONSERVATION
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis. PARIS

CONGRÈS ET EXCURSIONS

Les Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Le Voyage médical international de Pâques, organisé annuellement par la Société médicale du Littoral, se concentrera à Cannes, le dimanche de Pâques 1er avril. Les voyageurs seront reçus par la municipalité de Cannes et visiteront le Cannet. — Le lendemain, ils parcourront Juan-les-Pins, Antibes, Actinopolis, le Golfe-Juan et Vallauris. — Ils arriveront à Nice le 3 avril, après avoir visité Grasse et ses usines de parfums, les Gorges du Loup, Vence et Cagnes, la cité des peintres. — Le 4 avril, ils auront à Nice une journée de repos. — Le 5 avril, ils admireront le magnifique panorama de la Grande Corniche (ancienne voie romaine), l'Observatoire, le monument d'Auguste à La Turbie, le château de Roquebrune et le Cap-Martin. — Dans l'après-midi, ils visiteront Menton et le château de Grimaldi (laboratoires du Dr Voronoff). — Le 6 avril sera consacré à la visite de la Principauté de Monaco, avec le Palais des Princes, le Musée océanographique, les jardins exotiques et les établissements de Monte-Carlo. — Le retour à Nice s'effectuera le 7 avril par la nouvelle route de la Moyenne Corniche, avec réception à Baulieu et visite du Cap-Ferrat, de Villefranche et du mont Boron. — Des excursions facultatives seront prévues le 31 mars dans l'Estérel (Fréjus, Saint-Raphaël, Agay, etc.), et le 8 avril, dans les Alpes (Saint-Martin-Vésubie, etc...).

Ce voyage sera placé sous le patronage de la Faculté de Strasbourg et dirigé par plusieurs professeurs. Les voyageurs seront accueillis avec la cordialité, le confort et la largesse, qui sont de tradition dans les voyages de la Société médicale. Les ressources de cette région sans égale seront présentées et expliquées : des démonstrations scientifiques, des causeries historiques, alterneront avec les visites des établissements, les réceptions et les promenades, afin de rendre le séjour aussi agréable qu'instructif.

Les parcours seront effectués en autocars de luxe et les séjours seront assurés dans les plus beaux hôtels de la région. — Des permis de parcours à demi-tarif seront mis à la disposition des voyageurs sur les chemins de fer français, italiens et roumains, à l'aller et au retour, en toutes classes. Des arrêts seront autorisés à Paris, Lyon, Avignon, Arles et Marseille. — Le droit d'inscription est de 100 fr. : le nombre des places est limité et les demandes seront examinées dans l'ordre de leur réception.

Pour les renseignements et les inscriptions, écrire à la Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice. — La cotisation pour la participation au voyage est de 1.000 fr.

Les Croisières de Pâques des Croisières médicales françaises. — La croisière du *De Grasse* vers Athènes et Constantinople vient de remporter un succès sans précédent. Depuis le 15 janvier, il ne reste plus de places disponibles !

Désireux de satisfaire les retardataires, le Comité des Croisières Médicales Françaises, après entente avec la Compagnie Générale Transatlantique, offre aux confrères qui n'auraient pu se faire inscrire sur le *De Grasse*, la possibilité de bénéficier des mêmes avantages pour la croisière de Pâques du s/s *Mexique* au Maroc et aux Canaries.

Partant de Saint-Nazaire le 24 mars au soir, le *Mexique* touchera l'Espagne à Vigo et Cadix, d'où les passagers pourront gagner Séville. Après trois escales au Maroc, à Tanger, Casablanca, Mogador, avec possibilité de visiter Fès, Rabat, Marrakech, le paquebot arrivera en vue des Canaries. Las Palmas surgira à l'horizon, puis Ténériffe, dont le nom évoque le fameux pic de Teide et la vallée de l'Orotava et voici enfin Madère, cette merveille florale ! Le 8 avril au soir, le *Mexique* sera de retour à Saint-Nazaire.

La durée de cette croisière, du 24 mars au 8 avril, correspondra exactement avec celle des vacances scolaires.

Les médecins qui s'adresseront aux C. M. F. bénéficieront d'une réduction de 5 % sur les billets de passage en 1re classe. Ceux de nos confrères qui viendront accompagnés de leur famille auront une réduction de 10 %.

Tout comme pour la croisière du *De Grasse*, un certain nombre de bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Un train spécial conduira les passagers de Paris à Saint-Nazaire, avec une réduction de 50 %.

Du 18 août au 10 septembre, les C. M. F. organisent d'autre part une croisière au Canada et aux U. S. A. Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des « Croisières médicales françaises », 9, rue Soufflot, Paris 5e. Tél. : Odéon 20-63.

Septième réunion sanitaire provinciale (Rouen-Le Havre. Croisière jusqu'à Bordeaux, 7-10 juin.) — Départ de Paris le 7 juin 1934, à 8 h. 20 ; arrivée à Rouen à 9 h. 43.

Visite des œuvres d'hygiène de Rouen : inspection départementale, bureau d'hygiène, etc... ; départ en autocar à 12 heures (Prix : 35 francs, jusqu'au Havre). Visite du préventorium de Canteleu. Déjeuner à Duclair : 15 à 20 fr. — Départ pour le sanatorium marin des Grandes-Dalles. — Fécamp. — Visite du musée de l'Enfance du Dr Dufour ; pèlerinage à la tombe du Dr Ott, président fondateur en 1909.

Sainte-Adresse-Le Havre. — Dîner, coucher et petit déjeuner le lendemain matin : 30 francs. Vendredi 8 juin — Le Havre : visite des œuvres de l'enfance, bureau d'hygiène, etc... Visite du port. A 15 heures : départ à bord du *Flandre*, de la Compagnie générale transatlantique (11.400 tonnes).

Arrivée à Bordeaux le dimanche 10 juin au matin. A bord du bateau, les séances du congrès auront lieu pendant les 40 heures de traversée. La vie à bord permettra à tous les membres du congrès de se connaître beaucoup mieux que dans les congrès ordinaires.

Une exposition avec démonstration de défense contre les gaz sera faite pendant le voyage.

Arrivée à Bordeaux dimanche matin 10 juin. Réception organisée par le Dr Llaquet, vice-président, d'accord avec la municipalité de Bordeaux.

Prix de la croisière : 300 francs en première classe, du Havre à Bordeaux, et 262 francs en seconde classe, tous frais compris. Les enfants paieront moitié place jusqu'à sept ans. Les places sont limitées à 242 en première et 40 en seconde classe. On est prié de s'inscrire au Secrétariat, Dr Loir, bureau d'hygiène, hôtel de ville du Havre, le plus vite possible, pour retenir les places de cabine à bord ; dans tous les cas avant le 15 avril.

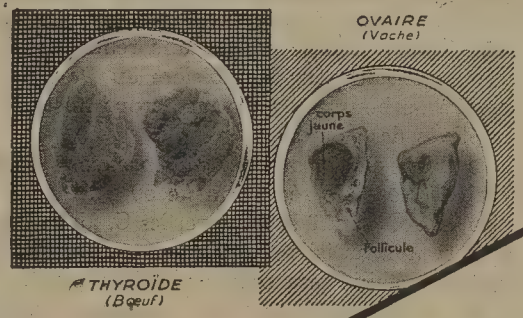
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 17 *mars.* — Jury : MM. Achard, président ; Brindeau, Carnot, Lantuéjoul. — M. Forestier. Action du système nerveux sur le taux des éléments figurés du sang. — M. Brinon. Les actions curative et préventive du sérum antistreptococcique de M. H. Vincent en obstétrique. — M. Kiejzman. Considérations sur les présentations du front. — M. Maison. Les hémorragies digestives, au cours des splénomégalies dites primitives.

Mercredi 14 *mars.* (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Tanon, président ; Dechambre, Vergé. — M. Berthaud. De l'hippophagie et du cheval de boucherie.

* *



LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

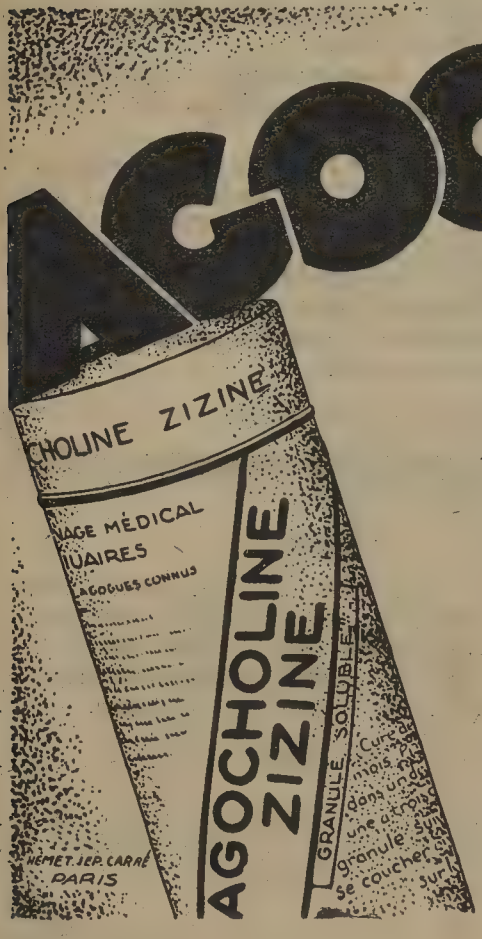
CHOAY

OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIEE : *SYNCRINES*
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées

LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE
Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie
Dyspepsies réflexes - Constipation | d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

REVUE GENERALE

LES NÉVRALGIES FACIALES

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT [1]

Par M. le professeur HENRI ROGER (de Marseille).

LES NEVRALGIES FACIALES SECONDAIRES

A côté de la névralgie faciale dite essentielle, en quelque sorte sine materia, dont nous avons discuté la pathogénie, mais dont l'étiologie exacte nous est inconnue, à côté de cette névralgie à symptomatologie si spéciale (élancements douloureux intermittents, suivis souvent de secousses spasmodiques de la face et de troubles vaso-moteurs), il existe toute une autre série de névralgies, secondaires à des lésions du trijumeau, dont les causes échelonnées le long du trajet du nerf, n'échappent pas à nos investigations (soit qu'elles soient patentes d'emblée, soit que quelques recherches finissent par les découvrir) et dont le tableau clinique est très différent.

Etude clinique. — Malgré la diversité de leurs causes, elles ont quelques symptômes communs qu'il faut bien connaître et qui méritent d'en faire une classe à part.

La *douleur* est continue. Elle peut se prolonger pendant des jours et des mois ; au bout d'une certaine période, elle finit parfois par disparaître. La lésion qui la provoque, purement irritative au début, finit par être destructive. Parfois la douleur procède par accès, se renouvelant soit à heure fixe, soit par périodes : pendant les 2, 3, 4 heures que dure l'accès, elle persiste sans accalmie, augmentant souvent progressivement jusqu'à son acmé, puis diminuant lentement.

Il y a sans doute des paroxysmes, réveillés par la mastication, par l'éternuement, mais ces élancements intermittents sont relégués au second plan, et dans l'intervalle le malade éprouve une sensation d'endolorissement permanent.

La douleur est parfois violente, mais sans avoir jamais la brusquerie, en éclair terrassant, de la névralgie essentielle. Elle est plus sourde, mais sa longue durée la rend particulièrement pénible pour le malade.

Dans la névralgie faciale lésionnelle, l'examen décèle des *symptômes objectifs* : tout d'abord *points douloureux* à la pression de l'émergence des nerfs, persistant en dehors des paroxysmes, plus tard une *hypoesthésie* ou une *anesthésie*. Comme dans toutes les névralgies, la recherche de la sensibilité objective doit être faite avec précaution. Bien des patients qui souffrent dans leur trijumeau croient avoir de l'hyperesthésie dans cette zone ; se fiant à leur idée préconçue, sans chercher à scruter leurs réelles sensations, ils se déclarent hypersensibles à la piqûre et se dérobent même à toute investigation. Une exploration patiente montre cependant que, sinon au début, du moins à une certaine période de la névralgie secondaire, il y a de l'hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique. Des malades ont une sorte d'hyperesthésie pour la surprise du brusque coup d'épingle, et ont au contraire une réelle hypoesthésie pour la piqûre lentement et progressivement appuyée.

La névralgie du V est loin de résumer toujours tout ce tableau clinique.

La lésion du trijumeau, quand elle porte sur le tronc, ne dissocie pas les fibres sensitives et les fibres motrices : à la douleur et à l'hypoesthésie se surajoute souvent une *parésie masticatrice*, avec atrophie du masséter et surtout de la fosse temporale.

L'exploration systématique des autres nerfs crâniens montre que, à côté du symptôme algique qui attire surtout l'attention du malade, il existe d'*autres signes, soit du côté des nerfs moteurs oculaires, soit du côté du facial, ou des nerfs plus éloignés.*

Parfois au contraire le tableau symptomatique attire surtout l'attention du médecin sur les paralysies des nerfs crâniens, en particulier des nerfs moteurs oculaires. La participation du V est décelée par l'interrogatoire qui découvre une phase algique d'une de ses branches et par la recherche de la sensibilité objective qui révèle une hypoesthésie dans ce territoire.

Alors que la névralgie faciale essentielle n'occupe qu'une ou deux branches du trijumeau, la *névralgie secondaire peut occuper tout le territoire du nerf.*

Formes étiologico-cliniques. — Les névralgies secondaires sont le plus souvent dues à une lésion locale comprimant le trijumeau dans son trajet endo ou exocranien, plus rarement à une cause d'ordre général, infectieuse ou toxique, atteignant l'ensemble du nerf.

A. — NÉVRALGIES CONSÉCUTIVES A UNE LÉSION LOCALE. — Quatre catégories de faits doivent être distinguées, suivant que la lésion siège sur le parcours exocranien du nerf, à sa sortie du crâne, sur son trajet endocranien, sur les noyaux d'origine ou le trajet intraprotubérantiel du nerf.

1) Les CAUSES EXOCRANIENNES sont les plus fréquentes.

Il s'agit de névrite périphérique, portant soit sur les filets terminaux superficiels (sus ou sous-orbitaire, mentonnier), soit sur les branches profondes (nerf palatin, nerf dentaire inférieur).

Deux facteurs principaux doivent être mis en évidence, les altérations dentaires, les inflammations des cavités annexes de la face.

Pour les *névralgies d'origine dentaire*, l'on connaît la douleur violente d'origine ostéopériostée, connue sous le nom de rage de dents : elle s'accompagne de tuméfaction du rebord alvéolaire avec ou sans formation d'abcès. Elle disparaît après avulsion de la dent cariée ou après trépanation de la pulpe, évacuant le pus qui a tendance à s'y collecter.

Moins violentes sont certaines douleurs apparaissant par accès à l'occasion de la mastication, du contact de l'eau chaude ou de l'eau froide avec une dent en voie de carie. La crise aiguë part de la dent malade, puis s'irradie à tout le maxillaire, parfois à l'ensemble du trijumeau. Elle s'accompagne quelquefois de troubles vasomoteurs et laisse un endolorissement qui persiste une demi-heure, une heure et plus. Bientôt

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 20, p. 343.

les crises deviennent plus fréquentes et plus longues : si des soins dentaires spéciaux n'interviennent pas, la névralgie sera plus ou moins continue.

Bien différents sont d'autres cas, où le malade souffre de la région sous-orbitaire, de la région temporale, et n'a remarqué jusque-là aucune localisation algique dentaire. Cependant un examen complet montre une carie indolore, ou une dent déchaussée dont seule la percussion vive révèle une douleur exquise, une dent de sagesse encore encapuchonnée. Parfois le maxillaire est édenté et, cependant, la névralgie reconnaît pour cause une racine infectée ou un appareil dentaire mal approprié. Dans certains cas, seule la radiographie, en révélant une inclusion dentaire, un kyste paradentaire, fait découvrir la cause véritable de cette névralgie.

Il y a lieu, toutefois, de ne pas exagérer l'origine dentaire des névralgies faciales. Quand le tableau clinique rappelle celui de la névralgie essentielle, il ne faut pas s'obstiner à enlever des dents ne présentant qu'un début de carie, ou même des dents saines ; pareil tableau ne relève pas d'une cause dentaire : trop de malades viennent encore aux neurologistes, complètement édentés, mais continuant à souffrir de leur douleur.

Après les dents, nous trouvons comme cause prépondérante des névralgies faciales secondaires, les *infections des cavités faciales*, sinusite, ethmoïdite. En dehors des douleurs qui leur sont propres, et qui sont liées à l'inflammation de la muqueuse, les sinusites frontales ou maxillaires, et surtout les formes aiguës, peuvent, par suite de leur voisinage d'avec les nerfs sus ou sous-orbitaires, entraîner des algies de ces branches. Quelques-unes des névralgies saisonnières, hivernales, dites grippales, sont dues à une atteinte des sinus.

La découverte d'une sinusite par la recherche des points douloureux, par la constatation de pus à la rhinoscopie, permet le diagnostic et la thérapeutique adéquate.

Dans quelques cas de sinusite postérieure ou d'ethmoïdite, la radiographie confirme seule le diagnostic étiologique.

On a signalé des névralgies faciales d'origine nasale, survenues en dehors de tout état suppuratif aigu ou chronique des fosses nasales ou de leurs annexes, et dues à l'irritation d'un filet nasal du trijumeau, par contact entre la cloison et l'un des cornets. Le diagnostic en est fourni par une douleur révélée en un point par l'attouchement au stylet. La résection d'une partie du cornet ou de la crête osseuse de la cloison guérit ces malades.

Les rhinologistes décrivent, sous le nom de « *vacuum sinus* », un syndrome caractérisé par une douleur frontale, à apparition souvent brusque, s'accentuant par la fixation du regard, s'atténuant par le repos, et qui ne correspond à aucune réplétion du sinus frontal, à aucune suppuration nasale. La crise douloureuse est due à un phénomène purement mécanique d'obstruction du canal nasofrontal, qui empêche l'aération du sinus et entraîne la congestion de sa muqueuse : une intervention sur la lésion obstructrice, et en particulier sur les malformations nasales, fait disparaître cette algie, qui rentre peut-être plutôt dans le cadre des céphalées que dans celui des véritables névralgies faciales.

Nous aurons lieu de revenir, à l'occasion des sympathalgies faciales, sur les rapports des infections nasales avec les algies du ganglion sphénopalatin.

A côté des infections sus-mentionnées, d'origine dentaire ou sinusale, les nerfs périphériques de la face peuvent subir une irritation du fait d'une *néoplasie*, prenant son point de départ dans l'une des muqueuses de ces cavités. La plus connue est la cuisante névralgie linguale des néoplasmes de la langue. Nous avons eu l'occasion d'observer une névralgie de l'auriculo-temporal et une hémiatrophie linguale comme forme de début d'un cancer de la base de la langue avec retentissement ganglionnaire précoce.

Les *blessures de la face*, en particulier les blessures de guerre, sont susceptibles de produire, durant une certaine période, un retentissement douloureux dans le territoire d'un nerf partiellement détruit ou inclus dans un cal. Nous avons observé récemment deux cas de névralgie sus-orbitaire tenace, au cours d'une fracture du rebord sus-orbitaire, névralgie dont les paroxysmes étaient déclenchés par la mastication. Une de nos épileptiques souffrait d'une névralgie sous-orbitaire attribuable à une fracture du maxillaire supérieur, propagée au trou sous-orbitaire, au cours d'une chute épileptique violente. On a signalé des algies, puis des anesthésies du menton, dans les fractures du maxillaire inférieur.

2) A leur SORTIE DU CRANE, le nerf ophtalmique, à son passage au travers de la fente sphénoïdale, le maxillaire supérieur au trou grand rond et dans la fosse ptérygo-maxillaire, le maxillaire inférieur au niveau du trou ovale, peuvent être comprimés par divers processus qui donnent lieu à des algies localisées dans le territoire superficiel et profond de chacun de ces nerfs.

a) La névralgie de l'*ophtalmique* fait partie des *syndromes de la fente sphénoïdale*. Nous avons eu l'occasion d'insister, à diverses reprises, sur l'importance des algies de ce syndrome ; les douleurs en sont souvent la première manifestation ; elles sont parfois, tout au moins au début, localisées à la périphérie du nerf, au niveau de la région frontopariétale plutôt qu'à l'échancrure sus-orbitaire. A cette douleur succède à la longue une indolence avec anesthésie du territoire de l'ophtalmique. A cette algie s'associe la paralysie des nerfs oculomoteurs, traversant la fente sphénoïdale : moteurs oculaires externe et commun, pathétique, entraînant, dans les cas où tous ces nerfs sont atteints au même degré, une chute de la paupière cachant un globe absolument immobile avec pupille dilatée.

Parfois, à ce syndrome de paralysie oculaire sensitivo-motrice s'adjoint une atteinte du nerf optique, avec cécité unilatérale plus ou moins absolue. Cette paralysie sensitivomotrice est due à l'envahissement du canal optique par le processus initial, et correspond au *syndrome de l'apex orbitaire*. Ces syndromes de la fente sphénoïdale et de l'apex sont dus le plus souvent à la syphilis, plus rarement à une néoplasie du sphénoïde.

b) Une compression du *maxillaire supérieur* au niveau de la fosse ptéryogamaxillaire est souvent due à une tumeur du rhinopharynx infiltrant cette région et se propageant à la base du crâne. Nous avons publié un cas de maladie de Hodgkin à début cervical profond, qui s'était surtout manifesté par une algie du maxillaire supérieur.

c) La lésion du *maxillaire inférieur* au trou ovale est parfois consécutive à un anévrisme de la carotide interne ou à un anévrisme artério-veineux, à une propagation vers la base d'une tumeur de la parotide.

Nerf maxillaire supérieur et nerf maxillaire inférieur sont, à leur sortie du crâne, si rapprochés l'un de l'autre, qu'ils sont souvent atteints en même temps par la même lésion.

3) Dans son TRAJET INTRACRANIEN, le trijumeau peut être atteint en diverses régions, en avant, au niveau ou en arrière du ganglion de Gasser, dans l'étage moyen ou dans l'étage postérieur du crâne. Nous étudierons les syndromes prégassériens, gassériens et rétrogassériens.

a) En *avant du ganglion de Gasser*, le nerf peut être lésé par une tumeur de l'hypophyse ou par un méningiome de la petite aile du sphénoïde, par une méningite basilaire le plus souvent syphilitique, réalisant le *syndrome de la paroi externe du sinus caverneux*, individualisé par Foix. Ce syndrome est caractérisé par des douleurs de l'ensemble du trijumeau, débutant et prédominant souvent dans les 1re et 2e branches et par une paralysie des nerfs moteurs oculaires. Ce syndrome ne diffère de celui de la fente sphénoïdale déjà étudié que par l'addition à la douleur de l'ophtalmique d'une algie des maxillaires supérieur et inférieur et, en outre, par des troubles dus à la gêne de la circulation de retour (œdème de la paupière et de la conjonctive, dilatation du réseau veineux superficiel, exophtalmie).

Une tumeur de la trompe d'Eustache, pénétrant au niveau du trou déchiré antérieur et se développant en avant, réalise le *syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal de Jacod* : atteinte du nerf optique, ophtalmoplégie totale et atteinte du V. Ce syndrome ne diffère du syndrome de l'apex orbitaire que par l'exophtalmie, d'une part, et surtout par la localisation des douleurs, non plus dans le domaine de l'ophtalmique, mais dans tout le territoire du V, surtout dans celui du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur. Cette distribution prédominante aux 2e et 3e branches du V distingue le syndrome de Jacod d'avec celui de la paroi externe du sinus caverneux de Foix, où l'algie est plus accusée dans la 1re branche.

b) Le *syndrome gassérien* se caractérise par une douleur continue, réalisant une sensation de pesanteur, de pression incommode, sur laquelle se greffent des accès, d'abord éloignés, puis subintrants, à type d'élancement, de décharge électrique, siégeant d'abord dans une branche du trijumeau, envahissant ensuite tout le nerf. Aux douleurs succèdent, au bout d'un temps plus ou moins long, une anesthésie dans le domaine douloureux, une paralysie masticatrice et surtout des troubles trophiques prédominant au niveau de l'œil sous forme de kératite neuroparalytique, avec parfois ulcère de la cornée, et même fonte purulente de l'œil. Le syndrome peut être dû à des lésions syphilitiques scléro-gommeuses (André-Thomas et Jumentié), plus souvent à une tumeur du ganglion (Martel, Thurel et Guillaume), ou de sa gaine, à une tumeur comprimant le ganglion, méningiome sous-temporal (Vincent, Martel et David). Nous avons eu l'occasion d'observer un très volumineux chondrome encéphalique occupant la région rolandique et s'infiltrant en bas et en arrière dans la fosse cérébrale moyenne, qui avait réalisé une algie trigémellaire, dont les lancées étaient aussi violentes que celles de la névralgie essentielle. Certaines tumeurs du ganglion de Gasser, se développant plus en avant ou plus en arrière, s'accompagnent, soit de paralysie oculomotrice (Krebs, Rappoport et David), soit de paralysie faciale, parfois d'aphasie à type Wernicke par compression du lobe temporal gauche.

c) *En arrière du ganglion de Gasser*, le nerf trijumeau peut être altéré au niveau de la pointe du rocher. A l'atteinte du V s'ajoute une paralysie de la VIe paire, réalisant le *syndrome de Gradenigo*, étudié d'abord par cet auteur, plus tard par Baldenweck. Il complique les ostéites de la pointe du rocher par propagation de l'infection otitique de la caisse aux cellules pétreuses voisines du canal carotidien. Les observations s'en sont multipliées de nos jours. Les douleurs, plus ou moins violentes, siègent dans la région temporoorbitaire, parfois dans le maxillaire supérieur, simulant une névralgie dentaire ; elles peuvent s'accompagner de parésie et d'atrophie des masticateurs. L'apparition d'un syndrome de Gradenigo, au cours d'une otite, comme Ramadier vient encore d'y insister dans son rapport récent au Congrès d'Otologie sur les rochérites, est souvent un signe d'aggravation de l'otite, de menace de leptoméningite, et commande, dans ce cas, une intervention large sur la caisse et la mastoïde.

Le syndrome de Gradenigo n'est pas uniquement consécutif aux otites. Nous l'avons rencontré à diverses reprises dans les fractures de la pointe du rocher. L'hémorragie, qui accompagne la fracture de l'os, comprime V et VI, mais l'algie trigémellaire est bientôt remplacée par une anesthésie.

A côté de ce syndrome, il y a lieu de décrire le syndrome isolé par Roeder sous le nom de *syndrome paratrigéminal du sympathique oculaire*, bien étudié par Van Bogaert, et dont nous venons d'observer, avec Poursines, en peu de temps 5 exemples (Encéphale 1934). Il se traduit par une algie avec anesthésie du V prédominant dans le territoire de l'ophtalmique et par un syndrome de Claude Bernard-Horner plus ou moins intense, plus ou moins complet ; il s'y associe assez souvent une paralysie du VI. Une ostéite syphilitique de la pointe du rocher irritant les formations sympathiques, qui du plexus carotidien, se rendent au trijumeau, était dans un de nos cas la cause vraisemblable du tableau clinique.

Le nerf trijumeau peut être enfin lésé dans l'étage postérieur, sur le court espace qui sépare le rocher de la protubérance, au niveau de l'*angle ponto-cérébelleux*. Certaines arachnoïdites de la fosse cérébrale postérieure, les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, en particulier les tumeurs de l'acoustique, se traduisent

sent habituellement par une surdité et par une parésie ou par un spasme du facial, accessoirement par une atteinte du V. L'examen complet décèle une hypoesthésie du V, en particulier de la cornée. Beaucoup plus rarement les malades souffrent de douleurs transitoires et légères ; exceptionnellement de violentes algies occupent le premier plan. Dans un de nos cas de tumeur bilatérale de l'acoustique, la tumeur apparue en second lieu se manifestait, outre la surdité classique, par de vives douleurs en éclair, prédominant dans le territoire du maxillaire supérieur et empêchant le sommeil.

4) L'algie trigémellaire peut, dans de très rares cas, être sous la dépendance d'une lésion irritative des NOYAUX D'ORIGINE ou du TRAJET INTRABULBOPROTUBÉRANTIEL DU NERF.

Parmi les *lésions vasculaires*, le *syndrome latéral du bulbe*, rattaché par Wallenberg à l'atteinte de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, et par Foix à l'artère de la fossette latérale du bulbe, se traduit par un syndrome alterne comportant ; du côté de la lésion, une atteinte du V à type d'hypoesthésie et de paresthésie (sensation de picotements, de brûlure), du X, XI à type d'hémiplégie vélopalatolaryngée, par un syndrome cérébelleux et par un syndrome de Claude Bernard-Horner, du côté opposé par une hémianesthésie à type syringomyélique. *Le syndrome de la calotte protubérantielle* comporte une hémianesthésie alterne avec, parfois, hémialgie à type de brûlure au niveau de l'hémiface anesthésiée et au niveau des membres du côté opposé.

C'est par l'intermédiaire d'un processus vasculaire central que Minet et Legrand expliquent l'association qu'ils ont plusieurs fois observée, d'aortite et de névralgie du V d'allure centrale.

Certaines *tumeurs bulboprotubérantielles* peuvent se caractériser par un même syndrome alterne hémialgique, associé à la paralysie d'autres nerfs craniens et à un syndrome pyramidal. Les *tumeurs du IVe ventricule*, surtout les tumeurs de consistance dure, se développant vers l'angle latéral, compriment le noyau du V, qui est, à ce niveau, assez superficiel ; elles provoquent dans 13 % des cas (Lereboullet) une hypoesthésie du V, qui, dans un quart des cas, s'accompagne d'algies surtout sus-orbitaires. Il y a souvent, en pareil cas, association de la parlysie du V et du VIII : *syndrome du recessus latéral*.

Quelques auteurs (Schoeffer et Pelland, Foix, Thévenard et Nicolesco, Alajouanine et Thurel) ont observé, au cours de la *syringobulbie*, et parfois comme premier symptôme, soit des fourmillements, des brûlures, soit des algies à type de décharge électrique simulant le tic douloureux de la face.

Enfin, une mention particulière doit être réservée aux *infections à virus neurotrope*, comme la sclérose en plaques, et l'encéphalite épidémique, qui se compliquent d'algies faciales donnant l'impression d'avoir une origine centrale.

Au cours de la *sclérose en plaques*, à côté des cas où une paralysie du V, faisant partie d'un syndrome bulboprotubérantiel plus ou moins complexe, ne se traduit que par une hypoesthésie cornéenne, ou cutanée, d'autres s'accompagnent, au contraire, de douleurs à type vraiment névralgique. Si ces algies évoluent comme symptôme princeps et primordial, on conçoit que quelques-unes aient été soignées par des injections d'alcool et même par une neurotomie rétrogassérienne.

On a publié des cas d'élancement douloureux de la face, avec troubles vasomoteurs, au cours de l'*encéphalite épidémique*. Nous avons observé un cas d'algie du maxillaire supérieur au début d'une encéphalite fruste.

Il est difficile de localiser le siège exact des lésions infectieuses neurotropes susceptibles de provoquer ces algies faciales. On s'est demandé si elles ne pouvaient être dues à une lésion parcellaire de la couche optique. Cette hypothèse fait aussitôt poser la question d'algies faciales d'origine encore plus centrale que celles précédemment étudiées et consécutives au *syndrome thalamique* ou au *syndrome pariétal*. D'une manière générale, les algies thalamiques prédominent plutôt au membre supérieur et rarement à la face ; nous ne connaissons pas d'observation probante de localisation quasi exclusive à la face. En faveur de l'origine corticale de certaines algies faciales, on cite deux cas de Jaboulay où la trépanation, du même côté ou du côté opposé, aurait amélioré la névralgie faciale; dans un de ces cas, on se trouvait en présence d'une méningite séreuse, et un flot de liquide céphalorachidien s'écoula au cours de l'intervention.

B) NÉVRALGIES TRIGÉMELLAIRES SECONDAIRES A UNE INFECTION OU UNE INTOXICATION.

A côté des cas très rares d'algie trigémellaire au cours d'infection à virus neurotrope atteignant surtout les centres, il y a lieu d'insister sur d'autres *névralgies faciales infectieuses*, en particulier les algies zostériennes et les algies syphilitiques.

Le *zona trigémellaire*, dont les lésions prédominent au niveau du ganglion de Gasser, mais remontent parfois plus haut, peut être généralisé à tout le nerf, ou, plus fréquemment, se localiser à une de ses branches, en particulier à l'ophtalmique. Il s'accompagne, avant et pendant la poussée éruptive, de douleurs plus ou moins vives. Chez les gens âgés, bien après que les vésicules ont disparu, persistent des douleurs, à type de brûlures, particulièrement pénibles par leur intensité et leur durée indéfinie, absolument rebelles à toute médication. Chez certains de ces malades, comme nous avons eu l'occasion de les observer, les douleurs sont, comme dans le tic douloureux de la face, réveillées par les effleurements superficiels, par la mastication. Mais ces paroxysmes ne font qu'exacerber une douleur continue et coïncidant avec une anesthésie cutanée. L'association de troubles vasomoteurs permet d'attribuer à ces algies postzostériennes une origine en grande partie sympathique, et de préconiser en pareil cas une intervention sur le ganglion cervical supérieur.

Les *névralgies faciales syphilitiques* sont rattachées soit à une atteinte du ganglion de Gasser, soit à une méningoradiculite. Les douleurs ont une tendance continue, s'étendent assez rapidement à tout le domaine du V, s'accompagnent d'anesthésie et, à la longue, de paralysie masticatrice. Elles se compliquent assez souvent de paralysie d'autres nerfs cra-

niens. L'anamnèse, la réaction de B.W. du sang et du L.C.R.; les modifications de ce dernier, permettent le diagnostic que complète l'épreuve thérapeutique.

De ces névralgies faciales syphilitiques, rapprochons les algies faciales tabétiques qui auraient pu être tout aussi bien rangées dans le groupe des algies d'origine centrale. A côté des paresthésies à prédominance périorbitaire et à type de sensation de masque, de toile d'araignée sur le visage, le tabès peut localiser ses douleurs fulgurantes au niveau de la face, le plus souvent des deux côtés. Chez une malade qui nous avait été envoyée pour alcoolisation de son trijumeau, un examen complet nous révéla un tabès certain.

Parmi les autres névralgies trigémellaires infectieuses, il est classique de faire une place à part au *paludisme*. Les névralgies palustres surviennent par accès, à heure souvent fixe ; elles guériraient très bien par la quinine. L'on a beaucoup exagéré autrefois l'importance des localisations nerveuses du paludisme chronique ; bien des névralgies du V survenant en pays endémique n'étaient que des névralgies faciales essentielles. Nous avons, cependant, observé un cas de névralgie palustre chez un malade venant de Corse.

Les *facteurs toxiques* jouent un rôle plus négligeable. La névrite *diabétique* donne naissance à des douleurs le plus souvent bilatérales, qui tireraient bénéfice d'un traitement par l'insuline.

Parmi les facteurs toxiques, il faut signaler le cas curieux de Vaccarezza. Une femme présente, 4 mois après une piqûre du côté gauche de la face avec une rose, un tétanos à prédominance céphalique, aussitôt traité par le sérum. Au septième jour, surviennent les manifestations habituelles de la maladie sérique. Dès que ces troubles furent dissipés s'installa une violente névralgie faciale localisée du côté opposé au traumatisme, qui s'atténua au bout de quelques semaines, mais avec des séquelles persistant encore deux ans après. L'auteur élimine l'origine tétanique de la névralgie et l'attribue à la *maladie du sérum*.

Avant de terminer cette question des névralgies faciales secondaires, il y a lieu de mentionner les algies de la face qui, au lieu d'être consécutives à une irritation du V, se rencontrent dans certaines atteintes du *Facial*.

Le *syndrome du ganglion géniculé*, ganglion annexe à l'intermédiaire de Wrisberg qu'on peut considérer comme la branche sensitive du VII, comprend comme principaux symptômes : une éruption zonateuse discrète de la conque de l'oreille dans la zone de Ramsay Hunt, une hypoacousie avec bruits subjectifs et parfois vertiges, une paralysie faciale du type périphérique, et des *algies* auriculaires qui sont maxima en arrière de l'oreille dans la région mastoïdienne, mais qui s'irradient également, quoique moins fréquemment, en avant de l'oreille, descendant vers l'angle de la mâchoire. Nous avons également rencontré ces irradiations algiques vers la région du maxillaire inférieur dans d'autres *paralysies faciales*, d'ailleurs plus banales, dites *a frigore*. D'après notre expérience personnelle, les paralysies faciales périphériques sont assez fréquemment douloureuses, mais les malades, gênés par leurs troubles moteurs et leur défiguration, ne pensent pas toujours à mentionner leurs algies, d'ailleurs peu intenses. Celles-ci, généralement localisées aux zones sus-indiquées, précèdent parfois la paralysie, le plus souvent elles l'accompagnent, ou même lui succèdent. Elles ne durent habituellement que quelques jours. Elles ne s'accompagnent pas de points douloureux. Il n'y a pas d'hypoesthésie, sauf au niveau de la zone de Ramsay Hunt.

La fréquence de ces algies au cours de la paralysie du VII ne permet pas, à notre avis et contrairement à l'opinion classique, de supposer une atteinte concomitante du trijumeau. Nous croyons qu'il faut la rapporter à la branche sensitive du facial, à l'intermédiaire de Wrisberg. Lorsque les cliniciens ont attiré l'attention sur les douleurs mastoïdiennes de la paralysie faciale, les anatomistes (Hovelacque) ont retrouvé les filets postérieurs de l'intermédiaire de Wrisberg se rendant à cette région. Nous ne doutons pas qu'une dissection plus minutieuse ne fasse également découvrir des filets antérieurs se rendant vers la région du maxillaire inférieur.

Ainsi se complétera un parallélisme plus étroit et une intrication plus intime entre les deux grands nerfs sensitivomoteurs qui se partagent l'innervation de la face : l'un, le V, surtout sensitif, mais également moteur par sa branche masticatrice, se distribuant dans la région du maxillaire inférieur, l'autre, le VII, surtout moteur, mais également sensitif par son intermédiaire de Wrisberg, qui paraît lui aussi, envoyer des branches dans cette même région du maxillaire inférieur.

Traitement. — Nous ne pouvons passer en revue le traitement de ces innombrables causes de névralgies secondaires du V. Le traitement étiologique sera seul efficace.

LES SYMPATHALGIES FACIALES

Sous le nom de névralgisme facial, Sicard fut des premiers à isoler une série d'algies de la face, différentes par leur intensité, leurs caractères et leur localisation, de la névralgie faciale essentielle et des névralgies secondaires aux lésions du trijumeau. Après avoir, après Brissaud, rattaché quelques-unes d'entre elles à des influences purement psychiques, il reconnaît au plus grand nombre une origine sympathique et les désigne sous le nom de sympathalgies faciales. D'autres auteurs, avec Chavany, les considèrent comme des fausses névralgies faciales, à cause de leurs différences fondamentales d'avec les névralgies vraies, tant comme symptomatologie que comme étiologie. On tend à faire jouer à ces sympathalgies faciales un rôle des plus importants en clinique.

Nous étudierons d'abord les caractères des algies sympathiques de la face, leurs divers types cliniques, leurs principales localisations.

Nous verrons ensuite la part que la sympathalgie prend dans la symptomatologie des névralgies dites essentielles et secondaires.

Caractères cliniques des algies sympathiques de la face. — Les douleurs ont une « *teinte* » spéciale, caractéristique de l'intervention du sympathique. Elles n'ont pas un caractère très aigu, sont sourdes, térébrantes, rongeantes, ou contusives, donnant parfois l'impression d'une constriction ou d'une torsion. On les dirait profondes plutôt que superficielles ; à moins qu'il ne s'agisse de sensations de fourmillements entre chair et peau. Quelques-unes ont le caractère de cuisson, de brûlure plus ou moins intense.

Ce sont des *douleurs continues*, différentes par suite des éclairs de la névralgie essentielle.

Un de leurs caractères principaux est leur *ténacité*, leur *persistance*, qui désespère les malades. Elles ont parfois des périodes d'exacerbation durant des jours ou des semaines, des accalmies de plus ou moins longue durée. Mais elles ne disparaissent pas complètement. C'est cette absence de rémission complète qui torture le malade, beaucoup plus que leur violence.

Il y a lieu d'insister sur leur *progressivité*, sur leur *extensivité*, leur *diffusibilité*. Au début, localisées en une région, elles envahissent ensuite une moitié de la face, s'irradiant bientôt à l'occiput, à la nuque, parfois au dos, à l'épaule et même à l'hémithorax de même côté. Elles gagnent assez fréquemment le côté opposé.

Comme les autres douleurs sympathiques, elles sont parfois douées de cette propriété connue depuis André Thomas sous le nom de *répercussivité*. De nombreux facteurs, s'appliquant loin de la zone malade, ont leur retentissement au niveau de la zone qui souffre. Elles ont elles-mêmes des répercussions à distance.

Un exemple des plus curieux est celui cité par Tinel. Une malade, à la suite de l'avulsion de la canine supérieure gauche, est prise de névralgies faciales violentes, continues d'abord, puis évoluant par paroxysmes. Au cours de chaque crise qui détermine un état subsyncopal, se produit une héminanesthésie gauche de la face, puis une paralysie du moteur oculaire commun : ptosis, strabisme divergent, mydriase extrême avec perte des réflexes lumineux. Tous les phénomènes régressent en cinq ou dix minutes et il n'existe aucune trace de la paralysie du III. Une injection de cocaïne peut faire disparaître douleur et paralysie.

C'est probablement au retentissement sur le sympathique vasculaire qu'il faut attribuer les causes d'hypertension artérielle paroxystique que l'on voit survenir dans certaines lésions du trijumeau (Trémolière et Véran).

L'influence la plus néfaste de ces algies sympathiques est leur *retentissement sur le psychisme*. Quelques malades deviennent rapidement des anxieux, avec alternative de dépression et d'excitation.

Certains finissent par tomber dans l'obsession. Jour et nuit, ils ne pensent qu'à leur douleur, qui est parfois réduite à une simple paresthésie gênante, ne parlent que d'elle, s'en plaignent à tous les instants, cessent leur travail à cause d'elle. Ils vont de médecin en médecin, de spécialiste en spécialiste, sans trouver de soulagement à leurs maux. Après l'otorhinolaryngologiste, l'ophtalmologiste, l'odontologiste, ils consultent le neuropsychiatre, le syphiligraphe, le réflexothérapeute. Ils demandent qu'on leur radiographie face et crâne, réclament l'examen de leurs humeurs, y compris l'analyse du liquide céphalorachidien, se prêtent à toutes les interventions de petite et même de grande chirurgie : une trépanation ne leur paraît pas de trop d'importance pour soulager leurs horribles maux. Il arrive même que leur algie déjà disparue ne persiste que par suite d'une véritable persévération psychique. Ils deviennent des *psychalgiques*. Il faut pour en arriver là un tempérament hypochondriaque particulièrement prédisposé.

Les malades tombent assez rapidement dans la toxicomanie et quelques-uns arrivent au suicide. D'autres finissent par en vouloir à leur entourage qui ne les comprend pas, qui ne compatit pas assez à leurs souffrances. Ils incriminent les médecins qui les ont soignés, leur reprochent de ne pas les avoir guéris, et même les accusent d'avoir aggravé leur mal. Et, de cet état de persécutés, ils peuvent devenir persécuteurs.

On a décrit des psychalgies faciales en apparence primitives, sine materia. Nous croyons que, le plus souvent, elles ont eu pour point de départ à leur début une algie sympathique retentissant d'une façon intense sur l'affectivité du patient.

Entre le psychisme et les algies sympathiques, il y a, en tous sens, échange de mauvais procédés. Les émotions, les soucis, les préoccupations, le surmenage, exagèrent ces douleurs, alors que le repos physique et moral, l'isolement du milieu habituel les calment. Les malades se plaignent beaucoup de ne pouvoir faire aucun effort intellectuel : il en est que la simple lecture, une attention un peu soutenue fatiguent.

A côté de ces *facteurs provocateurs* d'ordre psychique, qui sont au premier plan, il faut faire jouer un rôle aux causes physiques, aux conditions atmosphériques (vent, humidité) et, plus particulièrement, aux variations thermiques (chaleur ou froid), au bruit, à la lumière, à certains états physiologiques, comme les règles chez la femme, à l'effort musculaire, etc...

Une autre particularité de ces algies faciales est qu'elles s'accompagnent assez souvent d'*autres troubles sympathiques* habituellement *localisés* dans le même domaine homolatéral.

Ce sont souvent des *troubles vasomoteurs* et *sécrétoires*. La face se congestionne, la conjonctive s'injecte, la temporale devient saillante et bat plus amplement. L'œil pleure, le nez coule, l'hémiface se recouvre de sueurs. Il peut y avoir, dans certains cas, un *syndrome de Claude Bernard-Horner* ébauché, soit permanent, soit transitoire. On a même signalé des troubles trophiques plus importants : plaques d'achromie, glossy skin, kératite neuroparalytique, hémiatrophie faciale.

L'*exploration du sympathique facial* donnera, dans quelques cas, des indications précieuses : étude du réflexe nasofacial (dilatation de la pupille, congestion de la conjonctive ou de la face, larmoiement, après chatouillement du cornet inférieur ou du cornet moyen) ; action des collyres à l'adrénaline, à l'atropine, sur l'une ou l'autre pupille pour étudier le sympathique oculaire ; — recherche, assez délicate à la face, du réflexe pilomoteur par malaxation du trapèze ou friction des téguments de l'épaule ou de l'aisselle ; — épreuve de la sinapisation locale ; — oscillométrie comparée des deux humérales, pouvant être influencée par l'altération de la chaîne sympathique cervicale, susceptible de provoquer des algies faciales; — recherche, par injection de pilocarpine, de la sudation, débutant et prédominant dans le territoire sympathique en état de dysfonctionnement, etc...

Principaux types cliniques. Formes topographiques. — On peut décrire, tout au moins schématiquement,

diverses sources d'algies sympathiques faciales, basées sur l'origine et la distribution du sympathique : des sympathalgies dues aux centres, à la chaîne cervicale, des sympathalgies dues aux relais ganglionnaires, ganglions ciliaux, sphénopalatin, otique, des sympathalgies dues à l'atteinte des terminaisons périphériques.

I. Sympathalgies d'origine centrale, dues a l'atteinte des centres sympathiques de la chaine sympathique cervicale. — Ce sont celles qui sont le mieux connues, individualisées d'une façon quasi expérimentale, depuis qu'on a multiplié les interventions sur le sympathique. Claude Bernard avait observé, après extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur chez le lapin, une hyperesthésie du côté correspondant de la face.

Leriche et Fontaine montrent que l'irritation du ganglion cervical supérieur par l'électrisation provoque chez l'homme une douleur assez forte au niveau de l'oreille et dans les dents du maxillaire inférieur, en même temps que de la mydriase et de l'exophtalmie. L'excitation du tronc du sympathique au-dessous du ganglion déclenche une algie dans l'angle du maxillaire inférieur et l'articulation temporomaxillaire.

Herbet a signalé, après sympathectomie cervicale, des douleurs névralgiques tantôt passagères, tantôt durables, au-devant de l'oreille, derrière l'angle de la mâchoire, au-dessus de la clavicule et au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate, douleurs qu'il rattachait à tort à l'atteinte du plexus cervical et qui sont dues à l'irritation sympathique.

Pette (Münch. med. Woch., 8 avril 1924), chez deux malades opérés de sympathectomie cervicale unilatérale pour crises d'asthme et guéris après cette intervention, a observé de violentes douleurs paroxystiques de la face, maxima au niveau de la région malaire, accompagnées dans les premiers jours seulement d'une sensation continue de chaleur, persistant encore 6 mois après l'intervention, réveillées par la mastication, le contact du visage ou de la langue avec l'eau chaude et froide.

Un blessé de guerre de la région sterno-claviculaire, observé par Bérard et Wertheimer (Soc. chir., Lyon, 7 mai 1925), présente, neuf ans après le traumatisme, un syndrome de douleurs profondes au niveau du siège de la blessure avec irradiation au membre supérieur et à l'hémiface et troubles vasomoteurs de ces régions. Une intervention sur le ganglion stellaire fait disparaître ces douleurs.

Un malade de Rimbaud (Soc. de Méd. Montpellier, 30 juillet 1920) atteint d'énophtalmie discrète, souffre de névralgies sus-orbitaires à la suite d'une blessure de la région cervicale.

Un de nos malades, atteint de torticolis droit après pustule charbonneuse du cou largement opérée, présente un léger syndrome d'irritation sympathique cervicale, avec algie faciale droite et inégalité de l'indice oscillométrique aux deux humérales.

Chez un blessé axillaire gauche avec paralysie médiocubitale et lésion artérielle, nous observons tardivement, d'abord des crises douloureuses brachiales, plus tard des paroxysmes algiques remontant de la région axillaire vers le maxillaire inférieur, la tempe, s'irradiant à la région frontale et s'accompagnant de troubles de la vision de l'œil gauche.

Un malade de Ricaldoni (*Soc. Méd. Hôp.*, 1921), atteint de tuberculose pulmonaire, est soumis à la thérapeutique de Forlanini. Deux à trois heures après chacune des douze insufflations pleurales qu'on lui fait, il souffre, du côté correspondant au pneumothorax provoqué, d'algie faciale sourde, pénible, agaçante, continue, avec hypersensibilité superficielle. La crise, étendue à toute l'hémiface, dure 5 à 6 heures et ne laisse pas d'autres séquelles qu'une hyperesthésie cutanée. Cet auteur rapproche cette sensation douloureuse de la rougeur de l'hémiface que l'on constate habituellement chez les pneumoniques. Dans un cas de Dimacopoulo (Soc. Méd. Hôp., 15 mai 1931), le pneumothorax thérapeutique entraîne des accès de vive douleur périorbitaire avec photophobie, hypersécrétion lacrymale, troubles vasomoteurs de l'hémiface, en même temps que le syndrome sympathique cardiaque, respiratoire, dyspeptique et psychique (anxiété) décrit par Ramond et Carrié.

Il y a lieu de se demander si un élément sympathique n'est pas la principale cause des névralgies faciales signalées dans les lésions de l'aorte par Minet.

2. Sympathalgies d'origine ganglionnaire. — *a*) La plus connue est celle qui est décrite sous le nom de *syndrome du ganglion sphénopalatin*. On désigne sous ce nom avec Sluder, avec Ramadier, un syndrome caractérisé par un ensemble de symptômes habituellement associés, d'ordre sensitif, sécrétoire, vasomoteur et trophique.

Les algies ont un siège périorbitaire ou rétro-orbitaire, parfois endonasal. Elles ont de fréquentes irradiations occipitales ; parfois même une névralgie de la nuque résume tout le tableau sensitif. Elles sont à type de dysesthésie, de paresthésie agaçante plutôt que de véritables névralgies. L'examen du malade montre souvent une douleur de l'angle supéro-interne de l'orbite à un cent. et demi en arrière du rebord orbitaire (point d'Ewing).

Les troubles sécrétoires, qui occupent fréquemment le premier plan, sont à type de coryza spasmodique, plus ou moins périodique, se traduisant par une hydrorhée nasale, parfois unilatérale et par de curieuses crises d'éternuement se renouvelant jusqu'à 5 à 600 fois par jour (Canuyt et Vaucher), durant même pendant dix jours et dix nuits (Lapouge et Dutil) et ne cédant qu'à l'anesthésie du ganglion sphénopalatin.

On peut voir, associés à ces troubles, du larmoiement, des conjonctivites, et des névrites rétro-bulbaires. Sluder y rattache même des états plus ou moins paroxystiques, dépendant de territoires sympathiques voisins : certaines toux spasmodiques, des migraines ophtalmiques, etc...

Le syndrome du ganglion sphénopalatin est généralement consécutif à une lésion locale nasale (hypertrophie du cornet moyen, déviation de la cloison, grosse bulle ethmoïdale) à laquelle se surajoute un état infectieux : ethmoïdite. Ces deux influences combinées retentissent sur le ganglion sphénopalatin

qu'elles irritent. L'excitation de ce dernier peut persister même après suppression de la cause initiale par une petite intervention chirurgicale. Chez les individus à tempérament névropathique, chez les femmes à glandes endocrines insuffisantes et dysménorrhéiques, un choc colloïdoclasique ou hémoclasique quelconque, une émotion, déclenchent une crise.

Une intervention sur le ganglion sphénopalatin fait disparaître ces troubles. Cette petite intervention consiste à aller porter un anesthésique en particulier du liquide de Bonain, ou d'injecter de l'alcool au contact du ganglion. On peut l'atteindre dans la fosse ptérygomaxillaire par voie endonasale, à travers le trou sphénopalatin. Sluder passe par le méat moyen ; arrivé au-dessous de l'extrémité postérieure du cornet moyen, il dirige son aiguille en haut, en arrière et un peu en dehors, perfore l'insertion osseuse du cornet et pénètre dans le ganglion situé à 6 centimètres et demi de profondeur. Ramadier utilise une longue aiguille à double coudure à laquelle, une fois arrivé à l'arc choanal, il imprime une rotation en dehors, qui lui permet de perforer le trou sphéno-palatin.

Terracol préfère la voie palatine par le canal palatin postérieur, dont l'orifice est situé au-dessus de la dent de sagesse supérieure et qu'on aborde avec une aiguille coudée de 4 centimètres.

Nous avons eu l'occasion d'employer la voie zygomatique, dont nous avons l'habitude, pour alcooliser le nerf maxillaire supérieur.

b) On a signalé une série d'algies symptomatiques se produisant plus particulièrement dans la sphère oculaire et attribuées à une atteinte du *ganglion ciliaire*. On connaît les douleurs intenses du glaucome, syndrome qu'on a tendance à rapporter à une excitation du sympathique. Carlos Charlin a décrit récemment le syndrome du nerf nasal.

Il est vraisemblable que certaines algies frontales, s'accompagnant de larmoiements, d'asthénopie, de rétrécissement du champ visuel, de congestion conjonctivale, ont cette origine.

c) Il ne paraît pas téméraire de rapporter autant aux filets sympathiques maxillaires inférieurs et, plus particulièrement au *ganglion otique*, qu'au nerf glosso-pharyngien lui-même, le syndrome des paresthésies pharyngées. Il s'agit de douleurs siégeant au niveau d'une amygdale, parfois à la base de la langue, avec irradiations diverses vers la trompe d'Eustache, le rhino-pharynx, les gencives, parfois vers la région cervicale. C'est une sensation pénible de chatouillement persistant, de corps étranger, de noyau ne pouvant être dégluti (Haguenau), d'arête fichée dans la paroi. Les essais de déglutition accroissent plutôt cette douleur : il s'y ajoute souvent des phénomènes de spasmes. L'examen objectif est complètement négatif. Le syndrome, plus fréquent chez la femme à la période de la ménopause, entraîne secondairement l'état psychopathique spécial à toutes ces affections sympathiques.

3. Sympathalgies d'origine périphérique. — L'épine irritative siège ici à la périphérie.

Ce peut être une infection d'*origine dentaire* atténuée. La douleur s'irradie à la moitié de la mâchoire, parfois à la mâchoire antagoniste et, dans ce cas, à la dent homologue de la dent malade.

Une mention spéciale doit être réservée aux *glossodynies*. A côté des douleurs linguales dues à une lésion locale, cancer en particulier, ou centrale (tabès), il est des cas où, sans aucune ulcération d'aucune sorte, sans compression du nerf par un ganglion de voisinage, les malades souffrent d'une moitié de la langue et se figurent atteints de néoplasie. Il s'agit d'une irritation sympathique, dont l'origine nous échappe souvent et qui s'atténue avec le temps. Il n'en est pas toujours ainsi de certaines paresthésies linguales bilatérales, à type de fourmillements, de sensations d'acidité, qui sont parfois en rapport avec quelques troubles digestifs, mais qui peuvent persister après la guérison de la dyspepsie, comme dans un cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

Les *traumatismes* entraînent à la face, beaucoup plus exceptionnellement qu'aux membres, des algies sympathiques, prenant le type de la *causalgie* : douleurs violentes à type de brûlures, calmées par des applications froides, s'installant plusieurs mois après la blessure et ayant tendance à s'irradier hors du territoire lésé.

En 1916, Monbrun et Mme Bénisty ont décrit un syndrome causalgique consécutif à certaines blessures de l'œil avec éclatement du globe oculaire : douleur occupant la face et l'hémicrâne, s'irradiant parfois du côté opposé, paroxysmes violents sur un fonds de douleur permanente, peau chaude et luisante, avec sudation abondante. Pareils faits sont rares. Barré et Guillaume (Soc. O.N.O. Strasbourg, 13 juillet 1929) en ont observé un cas, qui fut rapidement amélioré par l'ablation du ganglion cervical supérieur.

Plus récemment, Creyssel et Mounier-Kuhn (Rev. O.N.O., 1932, pp. 663-669) ont observé, à la suite d'une plaie pénétrante de l'aile du nez par éclat de verre : d'abord un syndrome douloureux vaso-moteur et sécrétoire avec douleur nasale, congestion nasale et rhinorhée sous l'influence du froid, — puis un syndrome à bascule de vasodilatation des cornets avec modifications pupillaires concomitantes, — plus tardivement, un syndrome causalgique typique, avec douleurs superficielles violentes (évoluant par crises à la suite du moindre effleurement des téguments et calmées par la compression énergique) avec tuméfaction de la cicatrice. La totalité de ce syndrome a disparu après l'ablation de la cicatrice.

Nous en aurions fini avec les algies sympathiques de la face si nous ne devions résumer succinctement le retentissement algique au niveau de la face du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré.

A côté du syndrome sympathique cervical antérieur classique, dû à l'atteinte de la chaîne latérale du cou et dont la manifestation la plus habituelle est le syndrome de Claude Bernard-Horner, Barré et ses élèves, en particulier Liéou dans sa thèse, ont insisté sur l'atteinte des filets sympathiques qui sont situés à la partie postérieure du cou, qui entourent l'artère verticale et viennent se terminer dans la cavité crânienne, système sympathique cervical postérieur. Ce syndrome, souvent consécutif à une arthrite cervicale, se caractérise par des vertiges, des bourdonnements

d'oreilles, et surtout par des douleurs uni ou bilatérales prédominant à la région occipitale, mais s'irradiant vers la face, la tempe et surtout la région rétrooculaire : il était important, dans ce chapitre des sympathalgies faciales, de rapprocher ce syndrome à cause de ces douleurs temporooculaires.

Rappelons enfin que le sympathique intervient même dans la névralgie essentielle et dans les névralgies secondaires à des lésions du V.

Le tic douloureux de la face n'est pas seulement caractérisé par les éclatements douloureux et le spasme facial qui les accompagne, mais encore par des troubles vasomoteurs et sécrétoires, congestion de la face et de la conjonctive, larmoiement, qui indiquent la participation du sympathique.

Dans les névralgies faciales secondaires à une irritation périphérique du nerf ou à une lésion intracranienne, il est des cas où les caractères de la douleur, leur irradiation en dehors du territoire lésé, permettent de supposer une atteinte des fibres sympathiques annexées au trijumeau. Nous avons déjà insisté sur l'origine sympathique de certaines algies postzostériennes.

Après une très longue période d'oubli, la mode est au sympathique jusqu'ici trop négligé. Toutefois, sans contester l'intérêt des sympathalgies faciales, il ne faut pas étendre outre mesure leur domaine.

Sans doute, ces douleurs, très pénibles et très rebelles, constituent parfois un long martyre pour ceux qui en sont atteints, mais elles sont heureusement assez rares. Nous sommes, à ce point de vue, de l'avis de Verger qui les considérait comme exceptionnelles et qui déclarait n'en avoir rencontré qu'un petit nombre de cas dans sa longue carrière de neurologue.

Le célèbre neurochirurgien Cushing, qui a tant vu et tant traité de névralgies faciales, ne va-t-il pas même (en se basant sur la clinique et sur les résultats aléatoires des interventions) jusqu'à contester l'origine sympathique du syndrome du ganglion sphénopalatin, qu'on croyait cependant bien individualisé au point de vue sympathique. Il déclare que la cause nous est inconnue et il propose de l'appeler simplement « névralgie de Sluder », du nom de l'auteur qui l'a fort bien décrite. Sans aller jusqu'à un pareil ostracisme, les algies sympathiques ne nous semblent venir, comme fréquence, que bien après la névralgie faciale essentielle et les névralgies secondaires.

A notre avis, il y a nullement lieu d'englober dans les sympathalgies faciales, comme le voudraient Alajouanine et Thurel, toutes ces névralgies faciales secondaires, qui ont, nous l'avons montré, une symptomatologie bien différente.

Traitement. — Les sympathalgies faciales sont justiciables : des sédatifs nervins et des médications modératrices ou régulatrices du système sympathique (adrénaline, atropine, pilocarpine, acécoline, etc.), — des interventions locales sur la cause périphérique, algogène, sur les ganglions sympathiques (anesthésie du ganglion sphénopalatin), sur la chaîne sympathique cervicale, — de la radiothérapie centrée sur les régions douloureuses, sur le cou, — de la psychothérapie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 13 mars 1934)

Etude bactériologique de quelques produits opothérapiques. — MM. Régnier et Lajoinie. Les poudres d'organes contiennent une flore microbienne semblable à celle que l'on peut trouver dans certains produits alimentaires parfois utilisés sans cuisson préalable. L'examen de cette flore ne décèle aucun pouvoir pathologique. Elle est apportée de l'extérieur.

Il est possible d'améliorer par certains soins les poudres d'organes, notamment en prolongeant leur séjour à l'étuve ou en les traitant par le sulfure de carbone.

Ces modes opératoires n'altèrent pas les principes actifs. Les auteurs l'ont vérifié sur les poudres de surrénales. Il y aurait lieu de vérifier, pour toutes les autres poudres d'organes, la conservation de leurs principes actifs.

La signification dans la tuberculose de la réaction à la résorcine de Vernes. — M. Marchoux. Par des procédés connus, MM. Chorine et Prudhomme ont partagé en trois parties des protéines du sérum ; les englobulines par dialyse, les pseudoglobulines par le sulfate d'ammonium et les sérines par évaporation du reliquat. En faisant varier dans le sérum normal la proportion relative de ces trois éléments, on constate que la réaction à la résorcine de Vernes dénonce l'augmentation des globulines et la diminution des sérines. Cette réaction constitue donc un moyen commode et rapide de connaître ce déséquilibre du sérum des tuberculeux auquel Achard et ses collaborateurs reconnaissent avec raison une grande valeur pronostique.

La pathologie comparée et la question controversée de l'existence du naevo-cancer parotidien chez l'homme. — M. Ball.

Funiculite et phlébite spermatique chez les solipèdes. — MM. Sendrail et Lasserre.

Election. — L'Académie avait à pourvoir au remplacement de M. Emile Roux dans la section des membres libres. Rappelons que ce fauteuil fut occupé par Pasteur avant M. Roux. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Gaston Ramon, en seconde ligne ex æquo et par ordre alphabétique : MM. Henri Bouquet, Lasnet, Meige et Sabouraud. Adjoint par l'Académie : M. Lepape. Au premier tour de scrutin, M. Gaston Ramon est élu par 78 voix sur 89 votants. M. Henri Bouquet et M. le médecin général inspecteur Lasnet ont obtenu 4 voix chacun, M. Meige 2 voix, il y a eu 1 bulletin blanc.

M. Gaston Ramon, directeur de l'annexe de Garches, de l'Institut Pasteur, est le neveu et le disciple d'Emile Roux. On connaît sa découverte de la floculation dans un mélange neutre de toxine et d'antitoxine diphtérique. Ses recherches sur l'anatoxine diphtérique, sur l'anatoxine tétanique, sur les vaccinations associées, ont abouti à des résultats admirables.

L'Académie procède enfin à l'élection des membres des commissions de prix.

Commission des prix pour 1934. — Prix :

De l'Académie. — MM. Bezançon, Vaquez, Labbé.
Alvarenga. — MM. Brault, Hallion, Darier.
Amussat. — MM. Mauclaire, Rouvière, Ombrédanne.
Apostoli. — Mme Curie, MM. Zimmern, Strohl.
D'Argenteuil. — MM. Legueu, Auvray, Gosset.

Argut. — MM. Petit, Delbet, Rouvillois.
Audiffred. — MM. Marfan, Sergent, Lesage.
Baillarger. — MM. Souques, Dumas, Claude.
Barbier. — MM. Jeanselme, Lesné, Ravaut.
Berraute. — MM. Ménétrier, Regaud, Roussy.
Boulongne. — MM. Camus, Ravaut, Lemierre.
Bourceret. — MM. Hallion, Lapicque, Portier.
Brault. — MM. Vincent, Loeper, Laubry.
Buignet. — MM. d'Arsonval, Vincent, Béhal, Desgrez, Tiffeneau, Delépine.
Buisson. — MM. Bar, Sergent, Lesné.
Cailleret. — MM. Legendre, Le Noir, Rathery.
Campbell-Dupierris. — MM. Hartmann, Legry, Cunéo.
Capuron. — MM. Darier, Jeanselme, Ravaut.
Chevillon. — MM. Roussy, Cunéo, Ombrédanne.
Clarens. — MM. Dopter, Brouardel, Sacquépée.
Daudet. — MM. Guillain, Petit, Claude.
Desportes. — MM. Meillère, Desgrez, Brumpt.
Dieulafoy. — MM. Roger, Labbé, Lereboullet.
Garnier. — MM. Vincent, Nobécourt, Lemierre.
Gaucher. — MM. Darier, Jeanselme, Levaditi.
Godard. — MM. Balthazard, Carnot, Le Noir.
Gueretin. — MM. Souques, Rathery, Lemierre.
Guinchard. — MM. Martin, Renault, Lesné.
Catherine Hadot. — MM. Bar, Rouvillois, Rist.
Herpin, de Genève. — MM. Souques, Guillain, Claude.
Huguier. — MM. Siredey, Faure, Duval.
Infroit. — MM. Béclère, Sergent, Zimmern.
Laborie. — MM. Routier, de Lapersonne, Walther, Hartmann, Sieur, Delbet, Legueu, Faure, Mauclaire, Duval, Auvray, Gosset, Rouvillois, Morax, Cunéo, Ombrédanne.
Larrey. — MM. Dopter, Jeanselme, Marchoux.
Fondation Laval. — MM. Balthazard, Roussy, Cunéo.
Leveau. — MM. Netter, Legry, Loeper.
Magitot. — MM. Sébileau, Mauclaire, Rouvillois.
Claude Martin. — MM. Sébileau, Routier, Sieur.
Merzbach. — MM. Marfan, Bezançon, Renault.
Meynot. — MM. Sébileau, Sieur, Cunéo.
Monbinne. — MM. Brumpt, Perrot, Mesnil.
Pannetier. — MM. Sieur, Carnot, Duval.
Fondation Pean. — MM. de Lapersonne, Duval, Gosset.
Pourat. — MM. Fourneau, Tiffeneau, Bougault.
Ricaux (diabète). — MM. Labbé, Nobécourt, Rathery.
Ricaux (tuberculose). — MM. Martin, Bernard, Bertrand.
Robin. — MM. Pouchet, Meillère, Desgrez.
Sabatier. — MM. Brault, Sergent, Auvray.
Saintour. — MM. Sergent, Bernard, Lereboullet.
Stansky. — MM. Hartmann, Legueu, Auvray.
Tarnier. — MM. Siredey, Fauré, Couvelaire.
Testut. — MM. Sébileau, Sieur, Rouvière.
Vernois. — MM. Darier, Renault, Laubry.

Dictionnaire de Médecine franco-espagnol, espagnol-français

La Maison Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, vient de publier le *Dictionnaire de Médecine français-espagnol, espagnol-français*, du docteur R. Lopez-Ruiz, de la Faculté de Médecine de Paris, livre très utile et très complet, car il contient les mots du langage médical qui vont des sciences naturelles à la cuisine des régimes, en passant par toutes les spécialités, etc. Œuvre patronnée par l'U.M.F.I.A. (Union médicale latine).

Préface espagnole du docteur Dartigues, Président fondateur de l'U.M.F.I.A., membre correspondant des Académies de Médecine de Madrid et de Barcelone, préface française du docteur G. Basch, médecin des Hôpitaux de Paris. — Prix : 35 fr.

DOCUMENTS OFFICIELS

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

TITRE Ier

DURÉE DES ÉTUDES. — CONDITIONS DE GRADE. — INSCRIPTIONS. LIVRET INDIVIDUEL

Art. 1er. — Les études en vue du doctorat en médecine durent six années, non comprise l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et biologiques.

La sixième année comprend deux stages obligatoires.

Ces études pourront être faites :

Pendant les trois premières années dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie ;

Pendant les six années dans une faculté de médecine, dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie ou dans une école de plein exercice de médecine et de pharmacie.

A l'expiration de chacune des six années d'étude, les étudiants sont tenus de satisfaire à un examen pour être autorisés à continuer leurs études.

Art. 2. — Les aspirants au doctorat en médecine prennent vingt-quatre inscriptions, ils doivent produire, avec le certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, ou le diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes).

La première inscription de l'année scolaire doit être délivrée au plus tard le 15 novembre de chaque année, sauf dans les cas prévus au paragraphe 2 de l'article 9 du décret du 21 juillet 1897.

Art. 3. — Il n'est accordé d'inscriptions rétroactives ou cumulatives que dans les conditions fixées par l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, modifié par le décret du 8 juillet 1914, et sur justification du stage et des travaux pratiques.

Art. 4. — Il est établi un livret individuel au nom de chaque étudiant, dans les conditions prévues au décret du 31 juillet 1920.

Le livret, tenu à jour par les soins de l'administration de l'établissement où l'étudiant est inscrit, est obligatoirement communiqué aux juges à tous les examens.

TITRE II

ENSEIGNEMENT

Art. 5. — L'enseignement en vue du grade de docteur en médecine comprend :

1° Un enseignement théorique présentant l'ensemble des connaissances nécessaires au futur docteur en médecine ;

2° Un enseignement technique donné dans les laboratoires (travaux pratiques) et coordonné à l'enseignement théorique ;

3° L'enseignement clinique donné dans les hôpitaux.

Programmes d'enseignement

Art. 6. — Des programmes détaillés sont établis, à la fin de chaque année scolaire, pour les diverses branches de l'enseignement théorique et pour les travaux pratiques.

Chaque programme est préparé par le professeur titulaire ou, à défaut, par l'agrégé chargé de cours, délibéré en assemblée de la faculté. Le doyen présente sous une forme sommaire un rapport d'ensemble au recteur sur l'organisation de l'enseignement et ses programmes pendant la nouvelle année scolaire.

Art. 7. — Le doyen ou le directeur est chargé d'assurer l'application des programmes. Il peut, à cet égard, se faire aider par la commission scolaire.

Art. 8. — Dans chaque faculté ou école, il est fait, au début de l'année scolaire, aux élèves de première année,

un exposé de l'organisation générale des études médicales.

L'enseignement théorique pratique et clinique est réparti entre les six années d'études, conformément aux indications du tableau ci-après :

Répartition des enseignements.

ANNÉES	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE	ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE	ENSEIGNEMENT CLINIQUE
1re année ...	»	Anatomie, histologie et embryologie, physiologie, physique médicale, chimie médicale.	Stages de médecine générale et de chirurgie générale.
2e année ...	»	Anatomie, histologie et embryologie, physiologie, physique médicale, chimie médicale.	Stages de médecine générale et de chirurgie générale.
3e année ...	Pathologie chirurgicale, pathologie médicale.	Anatomie pathologique, bactériologie, parasitologie, obstétrique, médecine expérimentale.	3e, 4e et 5e années : Stages de médecine et de chirurgie générales. Stages d'accouchements et spécialités. Stages de dermato-syphiligraphie, de psychiâtrie et de neurologie. Stage de médecine infantile, etc.
4e année ...	Pathologie chirurgicale, pathologie médicale.	Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	
5e année ...	»	Hygiène, médecine légale et déontologie, thérapeutique et hydrologie, pharmacologie. (Cet enseignement peut être donné aussi au cours de la 4e année).	
6e année ...	»	»	Deux stages obligatoires portant sur la médecine ou la chirurgie générales, sur l'obstétrique, sur des spécialités ou des sciences de laboratoires au choix des étudiants (l'un pendant le semestre d'hiver, l'autre pendant le semestre d'été ; ou bien un seul stage durant toute l'année).

Enseignement technique (travaux pratiques)

Art. 9. — Les exercices pratiques sont répartis ainsi qu'il est indiqué au tableau ci-dessus.

Chaque période d'exercices pratiques donne lieu, pour chaque étudiant, à l'attribution de deux notes inscrites au livret individuel, l'une pour le travail, l'autre portant sur une interrogation subie devant le chef des travaux à la fin de chaque période d'exercices pratiques.

L'échelle des notes est la suivante :

Très bien. — Bien. — Assez bien. — Passable. — Mal.

L'enseignement pratique de la médecine expérimentale et de la physiologie comprend des démonstrations, au cours desquelles les étudiants, réunis par petits groupes, peuvent suivre les opérations exécutées par le professeur et ses aides.

Enseignement clinique

Art. 10. — L'enseignement clinique, tel qu'il est indiqué au tableau ci-dessus, comprend, avec les exercices pratiques qui y sont afférents :

1° L'enseignement élémentaire et pratique de la séméiologie et de la technique séméiotique pour les élèves de première année ;

2° La clinique médicale, la clinique chirurgicale, la clinique obstétricale pour les élèves des années suivantes ;

3° Les enseignements cliniques de spécialité : dermatologie et syphiligraphie, psychiâtrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladies contagieuses. Les stages afférents à ces enseignements sont de deux ou trois mois, suivant les possibilités d'organisation. Ils sont effectués au cours des troisième, quatrième et cinquième années d'études. Durant ces mêmes années, et dans le temps laissé libre par les stages de spécialités, sont accomplis, en outre, au moins un semestre de stage de médecine générale et au moins un semestre de chirurgie générale, qui s'ajoutent, pour ces deux ordres d'enseignement, aux stages accomplis en deuxième année.

Art. 11. — Le stage est obligatoire pendant les six années d'études. Il doit être accompli, au siège de la faculté ou école, pendant les cinq premières années.

Les deux stages de la sixième année se font soit dans les services hospitaliers des villes de faculté ou école de médecine, soit dans les hôpitaux des villes du ressort académique dont les services sont habilités annuellement par les conseils de faculté. Pour les internes et les externes des hôpitaux des villes de facultés ou écoles de plein exercice, les stages hospitaliers sont remplacés par des stages dans les services auxquels les internes et les externes sont affectés de par leurs fonctions hospitalières. A titre exceptionnel, et avec l'autorisation de la faculté, l'un des deux stages ou les deux stages de la sixième année peuvent être accomplis dans des établissements autres que ceux désignés ci-dessus, soit en France, soit à l'étranger. L'étudiant devra fournir la preuve que les stages faits à l'étranger ont été réellement accomplis.

Art. 12. — Chaque année, la période de stage est de neuf mois. En cas d'empêchement légitime au cours de l'année scolaire, une partie du stage peut être faite pendant les vacances, sur la demande de l'étudiant, après autorisation du doyen.

Art. 13. — Le service de l'internat et de l'externat des hôpitaux recruté par la voie du concours et dépendant des administrations hospitalières dans les départements ou, à Paris, de l'administration générale de l'assistance publique, est tenu pour équivalent du stage de médecine ou de chirurgie dans les conditions qui seront déterminées par chaque faculté ou école.

Des facilités seront accordées aux internes et externes des hôpitaux pour l'accomplissement du stage obstétrical et des stages spéciaux.

Art. 14. — Les stagiaires de première année sont groupés dans les services qui leur sont réservés.

Sous réserve d'une entente entre la faculté ou école et l'administration de l'assistance publique à Paris ou l'administration hospitalière dans les départements, tous les stagiaires sont associés, obligatoirement, à partir de la troisième année, aux consultations et aux gardes d'hôpital dans la mesure et avec les moyens propres à chaque faculté.

Art. 15. — Au cours de chaque période de stage, l'étudiant est interrogé par le chef du service auquel il est attaché.

A la fin de chaque période de stage, il lui est délivré un certificat comprenant une note d'assiduité et une note de travail. Tout étudiant ne justifiant pas de l'assiduité aux stages et aux travaux pratiques ne peut être autorisé à prendre l'inscription trimestrielle.

TITRE III

DES EXAMENS

Art. 16. — Les examens qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine sont de deux sortes :

1° Cinq examens de fin d'année pour les cinq premières années ;

2° Trois examens de clinique comportant trois épreuves distinctes de clinique médicale, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale. Ces examens sont subis à partir de la 23e inscription.

EXAMENS DE FIN D'ANNÉE

Art. 17. — Les examens de fin d'année portent sur les matières enseignées conformément au tableau inséré à l'article 8.

Les premier et deuxième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques écrites, des épreuves théoriques orales et des épreuves pratiques.

Les troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année comprennent des épreuves théoriques orales et des épreuves pratiques.

Les épreuves des cinq examens de fin année sont réparties comme suit :

Répartition des épreuves des examens de fin d'année.

EXAMEN de fin d'année.	EPREUVES PRATIQUES	EPREUVES THÉORIQUES	
		Ecrites.	Orales.
1er examen	»	2 épreuves : 1° Anatomie ; 2° Une composition tirée au sort parmi les quatre autres branches (histologie et embryologie, physiologie, physique médicale, chimie médicale).	Anatomie, histologie et embryologie, physiologie, physique médicale, chimie médicale.
2e examen	Anatomie, histologie, physique médicale, chimie médicale.	2 épreuves : 1° Physiologie ; 2° Une composition tirée au sort parmi les quatre autres branches (anatomie, histologie et embryologie, physique médicale, chimie médicale).	Physiologie, anatomie, histologie et embryologie, physique médicale, chimie médicale.
3e examen	Anatomie pathologique, parasitologie, bactériologie.	»	Anatomie pathologique, médecine expérimentale, parasitologie, bactériologie.
4e examen	1re partie : anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.	»	Accouchement, pathologie chirurgicale, pathologie médicale.
	2e partie	»	Pathologie générale.
5e examen	Pharmacologie	»	1° Hygiène ; 2° médecine légale et déontologie ; 3° thérapeutique et hydrologie ; 4° pharmacologie.

Dans les facultés ou écoles, où l'enseignement de pharmacologie est donné en 4e année, l'épreuve théorique orale et l'épreuve pratique de pharmacologie ont lieu la même année à la fin de l'enseignement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 18. — La première session d'examens a lieu en juin-juillet de chaque année ; la deuxième en octobre-novembre.

Les dates des examens sont fixées par le doyen ou le directeur.

Sauf pour les examens de clinique, aucun examen individuel ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 19. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen ou du directeur, après avis de la commission scolaire, subir l'examen correspondant à son année d'études à la première session de juin-juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre-novembre, les candidats ajournés à la première session ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 20. — A partir du quatrième échec à un même examen (examen de fin d'année ou examen de clinique), le délai d'ajournement est de deux ans pour ce même examen.

A partir du sixième échec à un même examen (examen de fin d'année ou examen de clinique), le candidat ne peut plus être admis à se représenter.

Art. 21. — Les jurys des examens de fin d'année comprennent chacun trois ou quatre membres.

Leur composition est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales.

Peuvent en faire partie les professeurs titulaires, les professeurs sans chaire, les agrégés en exercice, les agrégés libres, les chargés de cours et, dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de docteur en médecine.

Pourront également, à titre exceptionnel, faire partie des jurys, les chefs de travaux titulaires. Ils seront désignés annuellement par le ministre sur proposition de l'assemblée de la faculté.

Art. 22. — Les questions posées aux examens sont prises sur l'ensemble de l'enseignement correspondant.

Dans chaque faculté ou école, les candidats d'une même année subissent chacun des épreuves théoriques écrites le même jour. Au cas d'impossibilité matérielle résultant du nombre des candidats ou de toute autre cause, le doyen ou directeur peut répartir les candidats en plusieurs séries.

Les épreuves théoriques écrites sont anonymes ; elles comportent des réponses à des questions simples (3 au minimum pour chaque matière).

Les questions des épreuves théoriques écrites sont choisies par le doyen de la faculté pour cette faculté et pour la ou les écoles qui en dépendent.

La durée de chaque épreuve écrite est d'une heure pour chaque matière.

La surveillance des épreuves théoriques écrites est assurée sur la désignation et sous le contrôle du doyen ou directeur par des professeurs agrégés ou des chargés de cours qui président en personne la séance dans les conditions prévues par l'article 41 du décret du 21 juillet 1897 relatif au régime scolaire et disciplinaire des universités. Il est interdit aux candidats d'apporter dans la salle d'examen aucun livre ou feuille de papier, même ne portant aucune inscription. La faculté ou école leur fournit du papier à en-

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

TAXOL

À BASE DE :

1 à 6 Comprimés avant chaque repas

1° EXTRAIT TOTAL des GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS action anti-microbienne et anti-toxique.

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, 46 - PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

TRAITEMENT DE L'ALCALOSE

GÉNACIDE

LABORATOIRE MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

·UROMIL·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.923

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

tête qui peut seul être employé. Aucun recueil de texte n'est mis à leur disposition.

Toutes les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat des épreuves sont prises par le doyen ou le directeur.

Les jurys pour les épreuves écrites sont composés de trois membres pour l'examen de première année et de quatre membres pour l'examen de deuxième année.

Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys, pour ces épreuves, sont présidés par le professeur de faculté délégué par le ministre pour la présidence des examens de médecine.

Pour les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques, le nombre des candidats à admettre par série est réglé par le doyen ou directeur, sur l'avis des professeurs intéressés.

Les épreuves pratiques sont subies à l'expiration de la période d'enseignement correspondant à chacune d'elles devant des commissions d'examens présidées par le professeur, assisté des agrégés chargés de l'enseignement et des travaux pratiques.

Art. 23. — L'admissibilité, l'admission et l'ajournement pour chaque matière sont prononcés après délibération du jury au complet.

Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu, pour chaque candidat, à une note valable de 0 à 10.

Au premier et au deuxième examens de fin d'année, les épreuves pratiques et les épreuves théoriques de chaque matière sont indépendantes les unes des autres.

Nul ne peut être déclaré admissible aux épreuves théoriques orales d'une matière s'il n'a obtenu la note 5 sur 10 à l'épreuve théorique écrite de cette matière.

Pour la réception définitive à chaque épreuve théorique d'une matière ayant donné lieu à une épreuve écrite, la note obtenue à l'épreuve écrite et la note obtenue à l'épreuve orale se combinent et le candidat doit avoir obtenu pour l'écrit et pour l'oral réunis un total de points au moins égal à 10.

Toutefois, une note inférieure à 3 à l'épreuve orale d'une matière entraîne l'ajournement à cette épreuve.

Pour les matières qui n'ont pas été traitées à l'écrit, la réception sera obtenue si la note de l'épreuve orale est égale ou supérieure à 5.

A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas obtenu pour les épreuves pratiques, d'une part, et pour les épreuves théoriques, d'autre part, d'une matière de l'examen, la moitié du maximum des points, est ajourné pour ces épreuves à la session d'octobre-novembre. S'il a obtenu à l'écrit une note égale ou supérieure à 5 pour une matière, il conserve le bénéfice de l'admissibilité pour cette matière, en vue de la session suivante.

En cas de nouvel échec à cette session, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves pratiques et théoriques de l'ensemble de l'examen.

Tout candidat qui n'a pas été déclaré admissible à une épreuve théorique orale du premier ou du deuxième examen au cours de l'ensemble des sessions de juin-juillet et octobre-novembre, perd le bénéfice de toutes les épreuves théoriques et pratiques qu'il a subies avec succès pour le même examen.

Les candidats à l'un des premier, deuxième, troisième et quatrième examens de fin d'année renvoyés à la session de juin-juillet, après échecs, ne peuvent subir les épreuves de leur examen qu'à la condition de justifier qu'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à leur année d'études.

Tout candidat ayant subi un ou plusieurs échecs partiels aux sessions d'octobre-novembre du 5e examen de fin d'année n'est tenu à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session suivante de juin-juillet, le bénéfice des autres épreuves restant acquis, il ne peut se présenter à ladite session de juin-juillet que s'il a effectué à nouveau tous les travaux pratiques afférents à l'épreuve ou aux épreuves auxquelles il a été ajourné, ainsi que tous les stages hospitaliers de la cinquième année.

Dispositions spéciales aux examens cliniques

Art. 24. — Les jurys des examens de clinique sont composés de trois juges appartenant à l'enseignement de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique. L'un des juges peut être choisi parmi les représentants des cliniques spéciales.

Le professeur de gynécologie et d'hygiène de la première enfance peut faire partie du jury de l'épreuve de clinique obstétricale.

Peuvent faire partie des jurys d'examens de clinique les chargés de cours de clinique annexe désignés dans les conditions prévues au décret du 26 janvier 1909.

Art. 25. — Les examens de clinique ne peuvent être subis qu'après validation de tous les stages obligatoires et après accomplissement de la scolarité. Ces examens de clinique sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

Pour la clinique chirurgicale et pour la clinique médicale, chaque série comprend, au maximum, quatre candidats.

Pour la clinique obstétricale, chaque série comprend six candidats au maximum.

Chacun des trois examens de clinique comprend :

1° Un stage dans les services de clinique de la faculté ou dans les services hospitaliers désignés à cet effet ;

2° Un examen récapitulatif.

Le stage est de un jour dans le service d'au moins deux juges.

Au cours de chacun de ces stages, le candidat est tenu d'examiner, sous la surveillance du juge, un malade pendant un quart d'heure. Le malade est désigné par le juge. Ensuite, le candidat est enfermé dans un local spécial. Il lui est accordé une demi-heure pour la rédaction de l'observation relative à ce malade.

Chacune de ces observations est mise sous une enveloppe contresignée par le juge et le candidat.

Les observations servent de base à l'examen récapitulatif.

A l'occasion des visites, le juge peut, en outre, interroger le candidat et lui faire examiner d'autres malades, exécuter toute manœuvre clinique (application d'appareils, de pansements, etc.), exécuter toutes les recherches de laboratoire jugées opportunes.

Il est constitué, par chaque juge, un dossier qui est soumis à l'approbation du jury réuni pour l'examen récapitulatif.

L'examen récapitulatif a lieu au siège de la faculté ou école, il porte sur la lecture des observations, les interrogations au sujet des malades examinés et sur les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance les salles où il aura à subir les épreuves cliniques.

Tout candidat ajourné à un des examens de clinique ne peut s'y représenter qu'après avoir accompli un nouveau stage d'une durée de trois mois ou de deux mois, suivant le cas.

Les notes sont attribuées après délibération du jury.

Art. 26. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de clinique et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Le sujet de la thèse doit être déposé au secrétariat de la faculté, par le candidat, deux mois avant l'époque de sa présentation, avec approbation du sujet par le futur président de la thèse. Elle consiste en un mémoire de longueur quelconque rédigé en français. La thèse est admise ou refusée. Il peut être attribué la mention honorable ou la mention très honorable. Les thèses ayant été l'objet de la mention très honorable peuvent concourir pour un prix ou une récompense spéciale.

La thèse se passe à une époque quelconque de l'année ; le jury comporte quatre juges.

Art. 27. — Le cinquième examen de fin d'année, les examens de clinique et la thèse (6e année) doivent être subis devant la même faculté.

Il ne peut être dérogé à cette règle que par une décision ministérielle prise après avis de la faculté d'origine de l'étu-

diant et du comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

Art. 28. — Les examens correspondant aux trois premières années d'études peuvent être subis devant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Les examens correspondant à la quatrième année d'études peuvent également être subis devant ces écoles lorsqu'elles y ont été autorisées par un arrêté ministériel, pris sur avis conforme de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. Ces autorisations peuvent être retirées dans les mêmes formes.

Les examens correspondant aux deux premières années d'études peuvent être subis devant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Art. 29. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les jurys d'examens sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur le résultat des examens.

Art. 30. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret et notamment les dispositions des décrets des 10 septembre 1924, 3 février 1927, 6 août 1927, 26 février et 19 juillet 1932.

Art. 31. — Un arrêté ministériel déterminera la date d'application du présent décret.

Art. 32. — Le ministre de l'éducation nationale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 6 mars 1934.

ALBERT LEBRUN.

Par le président de la République :
Le ministre de l'éducation nationale,
AIMÉ BERTHOD.

Le ministre de l'éducation nationale,

Vu l'article 31 du décret du 6 mars 1934 portant réorganisation des études médicales,

Arrête :

Art. 1er. — Les dispositions du décret du 6 mars 1934 portant réorganisation des études médicales seront applicables à partir du début de l'année scolaire 1935-1936.

Art. 2. — Les étudiants qui, à cette date, seront pourvus d'au moins quatre inscriptions non périmées seront admis de plein droit à poursuivre leurs études médicales suivant le régime antérieur au décret précité du 6 mars 1934.

Fait à Paris, le 9 mars 1934.

AIMÉ BERTHOD.

Après les *Maladies modernes*, les *Maux historiques*, les *Travaux d'Hercule*, les *Chansons du Quartier latin*, les *Voix fantaisistes*, l'*Office de vulgarisation pharmaceutique*, dont les éditions sont toujours remarquées du corps médical, vient de créer, pour le médecin, *Ridendo*, une revue gaie, bimensuelle, dont la direction est assurée par M. Louis Vidal.

Les collaborateurs, écrivains et dessinateurs ont été choisis parmi l'élite des Maîtres de l'humour et de la fantaisie, tant de la plume que du crayon.

Tous ont promis d'écrire « ad usum medicorum » et s'efforceront d'amener le sourire sur nos lèvres doctorales.

Ridendo cherchera surtout à nous distraire de nos soucis et obligations professionnels. Il accueillera d'ailleurs toute histoire amusante, tout gai souvenir que nos confrères voudront bien lui envoyer.

Nous avons lu avec plaisir le premier numéro de cette publication bimensuelle, au rire franc et de bon aloi, et nous vous souhaitons d'y prendre le plaisir que nous y avons nous-mêmes trouvé.

LA PEAU

Ce dessin n'a d'autre but que d'indiquer d'un coup d'œil la méthode et le procédé.

La peau représente le plus vaste organe d'absorption du corps humain. Cette expression fait comprendre toute l'activité qu'on peut retirer d'un pareil élément. Organe de respiration à grande surface et à grand débit, la peau présente, en outre, cet avantage de dialyser, c'est-à-dire de choisir et de régler la vitesse d'absorption. Elle laisse pénétrer sans à-coup et sans shock ce qu'elle sent n'être pas nocif et en quantité voulue. Elle défend l'organisme en se défendant elle-même, elle ajoute à sa facilité d'assimilation une certitude d'équilibre qui fait qu'on peut solliciter son concours à tous les âges.

Elle est certainement le seul organe auquel on puisse demander un travail aussi sûr et aussi subtil, sauf la voie rectale peut-être.

L'estomac n'est le même nulle part. Vous ne pouvez sans risque lui faire avaler du goudron, de la créosote, etc., en même temps que des aliments. Et ce n'est pas une raison parce qu'on ne signale pas d'accidents pour qu'il n'y en ait pas.

Donc, ne fatiguez pas vos malades. Ne troublez ni l'équilibre général, ni l'équilibre des voies digestives. Utilisez la peau, agent dialytique merveilleux, et faites absorber gaïacol, terpinol, hélénine, eucalyptol et sève de pin sous la forme commode de Bronchodermine.

Faites enduire la peau du dos, les aisselles, quel que soit l'âge du nourrisson ou du vieillard, et vous aurez fait absorber le maximum de ce que le malade peut assimiler d'activité médicamenteuse, en évitant l'ingestion de drogues qui dans cet ordre d'idées ne sont jamais sans inconvénient. Cette médication nouvelle et spécialement dosée donnera beaucoup plus que ce qu'on peut attendre d'elle. Le traitement cutané des maladies des voies respiratoires est un nouvel avenir thérapeutique. La figure indique le mode d'emploi simple et qui permet le traitement actif ou préventif à tous les âges, partout, à l'école, au bureau, en voyage ou chez soi (*Bronchodermine*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

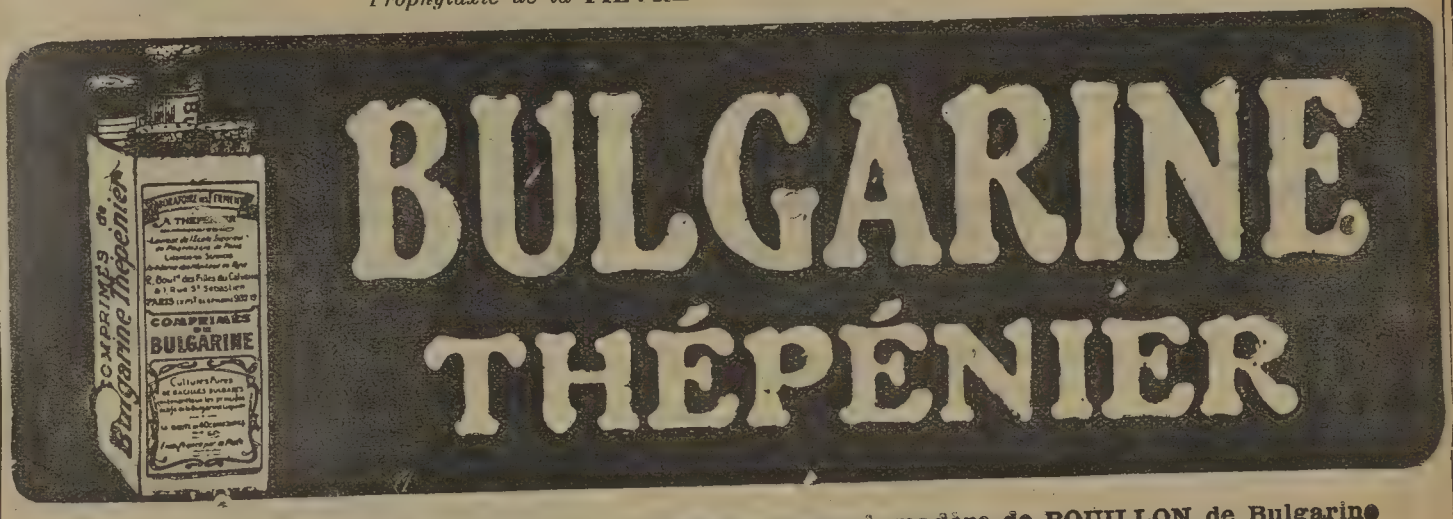
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



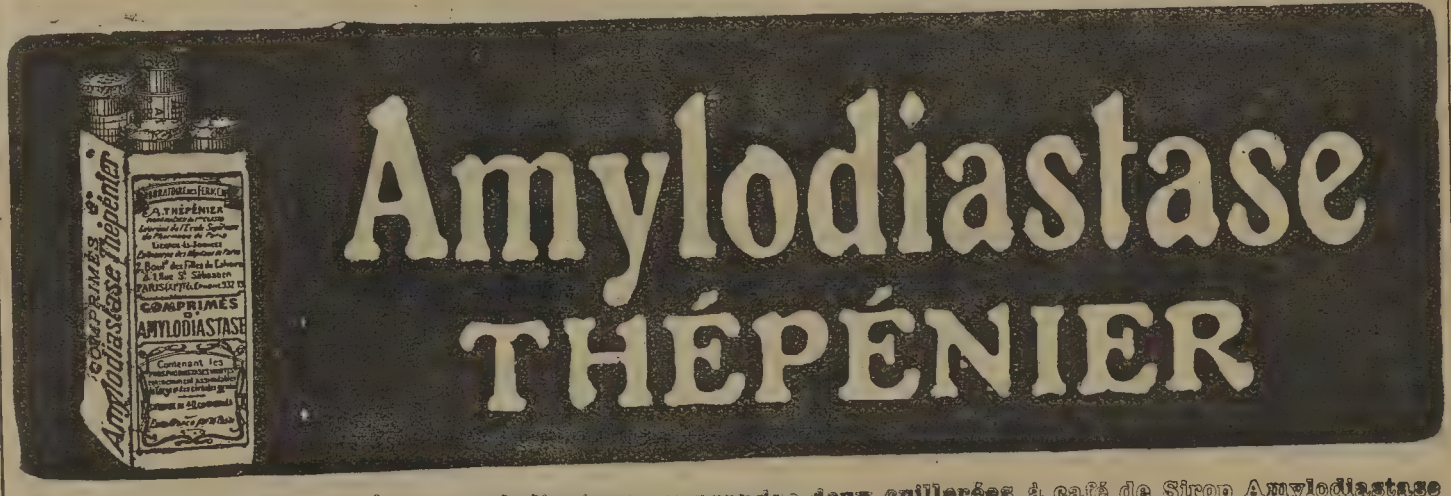
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies** : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150 854. Seine.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURETIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES

Absorption facile et rapide
Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus,
Ne ferme pas le rein, ne provoque pas de verliges.
Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT

Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéo-muqueuse
Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale
ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté Ame Des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 21 MARS 1934. — N° 23.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations cliniques et médico-légales. A propos de quelques cas de perversions instinctives dans les psycho-névroses, par MM. J.-B. Buvat et G. Villey.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société de pédiatrie. — Société de neurologie. — Société de médecine de Paris.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Comment le reçu a été supprimé, par M. Maurice Mordagne.

LIVRES NOUVEAUX

PRATIQUE MÉDICALE

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

Luxation antéro-interne de l'épaule. S. Complications. Diagnostic (fin).

INFORMATIONS

GUERRE. — La *Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires* est ainsi composée pour 1934 :

Président : M. le médecin général inspecteur Vaillard, membre de l'Académie de médecine.

Membres civils : MM. Merlin, sénateur; Gardiol, député; Serge Gas, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de la Santé publique; MM. les professeurs Roussy, Léon Bernard, Bezançon, Louis Martin, Achard, M. Jules Renault, MM. les professeurs Roger, Balthazard et Lemierre, membres de l'Académie de médecine.

Membres militaires : MM. les médecins généraux inspecteurs Rouvillois, Dopter, Sacquépée, Boyé, Sieur, Vincent, Rouget; M. le médecin général de la marine Oudard; M. le médecin général Polin.

Secrétaire : M. le médecin commandant Hombourger.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le professeur Gosset a été nommé président de la Commission du cancer et membre de la Commission de la taxe des cercles, en remplacement de M. le professeur Quénu, décédé.

— MM. les docteurs Martin et Brouardel, membres du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, ont été nommés membres de la Commission de la taxe des cercles, en remplacement de MM. les docteurs Roux et Calmette, décédés.

LE JUBILÉ DE M. PAUL STRAUSS. — La manifestation organisée par l'Union amicale des maires de la Seine, en l'honneur de M. Paul Strauss, sénateur, ancien ministre de l'Hygiène, membre de l'Académie de médecine, à l'occasion du cinquantenaire de son entrée dans la vie publique, aura lieu jeudi, à 20 h. 45, à la Maison de la Mutualité.

La soirée comporte, avec des allocutions prononcées par M. le docteur Thévenin, le professeur Léon Bernard, M. Henri Sellier, une partie musicale.

DOCTEURS « HONORIS CAUSA ». — La *Vie médicale* extrait des *Annales de l'Université de Paris* (1934, n° 1) la liste des personnalités nommées docteurs « honoris causa » de l'Université de Paris (Faculté de médecine) depuis quinze ans, avec l'année de nomination :

Brachet, professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique) : 1919.

Bordet, professeur à l'Université de Bruxelles (Belgique) : 1922.

Ehlers, professeur à l'Université de Copenhague (Danemark) : 1922.

Keen (décédé), ancien professeur au Jefferson Collège de Philadelphie (Etats-Unis) : 1923.

Golgi (décédé), professeur à l'Université de Pavie (Italie) : 1923.

Wright, professeur à l'Université de Londres (Grande-Bretagne) : 1924.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Ramon y Cajal, professeur à l'Université de Madrid (Espagne) : 1924.

Pawlow, professeur à l'Université de Pétrograd (Russie) : 1925.

Noguschi (décédé), professeur à l'Institut Rockfeller, à New-York (Etats-Unis) : 1925.

Chagas (décédé), professeur à l'Université de Rio de Janeiro (Brésil) : 1926.

Medin (décédé), professeur à l'Université de Stockholm (Suède), 1926.

Henrijean (décédé), professeur à l'Université de Liége (Belgique) : 1927.

Fibiger (décédé), professeur à l'Université de Copenhague (Danemark) : 1927.

Thayer (décédé), professeur de clinique médicale à Baltimore (Etats-Unis) : 1928.

Roux, ancien professeur à l'Université de Lausanne (Suisse) : 1929.

Zwaardemaker (décédé), professeur à l'Université d'Utrecht (Pays-Bas) : 1930.

Walter B. Cannon, professeur à l'Université Harvard (Etats-Unis) : 1931.

Sanarelli, professeur à l'Université de Rome (Italie) : 1932.

Maranon, professeur à l'Université de Madrid (Espagne) : 1932.

Harvey Cushing, ancien professeur de neuro-chirurgie, membre de l'Académie nationale des sciences de Washington (Etats-Unis) : 1933.

Volhard, professeur à l'Université de Francfort (Allemagne) : 1933.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. les docteurs A. Terson et H. Joseph commenceront, le mardi 10 avril, à 17 h., à la clinique du docteur Joseph, 22, rue Monsieur-le-Prince, et continueront, les jeudis et mardis, les conférences suivantes gratuites :

Introduction à l'ophtalmologie synthétique, théorie, exemples et pratique journalière (A. T.).

Considérations sur l'emmétropie, les amétropies et leur correction (H. J.).

Le glaucome : identification, évolution historique comparée à celle de la cataracte, opérations améliorées (A. T.).

Physiologie de la vision binoculaire. Fusionnement et neutralisation des images (H. J.).

Physiopathologie du strabisme. Amblyopie par défaut d'usage. Diplopie. Indications et valeur de la cure orthoptique des strabiques (H. J.).

Etiologie médicale du strabisme. Contractures et paralysies. Correction chirurgicale des attitudes vicieuses (A. T.).

Conjonctivites éruptives, végétantes, granuleuses. Traitement amélioré (A. T.).

Lunetterie. Verres et montures. Ophtalmostatométrie. Amélioration de la vision des amblyopes (H. J.).

Dermatologie et syphiligraphie oculaires comparées (A. T.).

Clinique et thérapeutique : procédés et instruments nouveaux (A. T. et H. J.).

VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE. — Un voyage de Pâques en Italie aura lieu du 24 mars au 3 avril (départ et retour Paris). Ce voyage court et de grand confort est organisé sous le patronage de l'*Informateur médical*. Il est réservé aux médecins, à leur famille et aux personnes présentées par des médecins. Visite de Florence, Rome, Tivoli, Naples, Pompéi, le Vésuve, Capri. Descente dans les hôtels de tout premier ordre. Pour y participer s'inscrire d'urgence : Agence Centropa, 5, rue Scribe, Paris (IXe) qui fournira tous renseignements.

Insomnies Tous nerveux. **BROMÉINE** MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaston Bonnus, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Divonne.

— Nous apprenons aussi avec un vif regret la mort, à l'âge de 92 ans, de M. Charles Delagrave, officier de la Légion d'honneur, éditeur à Paris.

Nous adressons à son fils, M. Max Delagrave, éditeur, l'expression de nos condoléances émues.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENT LE REÇU A ÉTÉ SUPPRIMÉ

C'est à M. Paul Strauss que nous le devons.

Les nouvelles mesures fiscales brimant le corps médical ont été atténuées par la suppression du reçu *obligatoirement délivré* aux clients (1).

Grâce aux protestations des syndicats médicaux de France, grâce à l'action du Syndicat des Médecins de la Seine et de son zélé président Sénéchal, grâce à l'activité de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne, et du Dr Cibrie, mais aussi grâce au retentissant débat fiscal de l'Académie de médecine, les politiciens ont enfin compris qu'ils avaient fait fausse route en brimant les confrères « restés à la terre ». Le gouvernement de M. Doumergue, qui est un sage, n'a pas voulu d'inutiles brimades contre les médecins qui ont toujours compté parmi les meilleurs serviteurs de la Patrie.

Dans de telles conditions, mon excellent camarade Jouffrault, député des Deux-Sèvres et ancien secrétaire de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, mon compatriote le Dr Goût, député de l'Aude, et nos amis du Sénat les docteurs Chauveau, Armbruster, Gallet, Dentu et Jean Durand, ont pu déclencher une importante opposition parlementaire au *reçu*.

Malgré cela, le carré des orthodoxes fiscaux de la Haute-Assemblée tenait toujours à la dernière heure, lorsque dans la nuit du 28 février au 1er mars se fit entendre la voix puissante de l'Académie de médecine. M. Strauss, membre de l'Académie et ancien ministre de l'Hygiène, défendit avec la dernière énergie le corps médical, à qui il a toujours été extrêmement dévoué. Et il déclara qu'il ne quitterait pas, malgré son âge, la salle des séances, tant qu'il n'aurait pas obtenu la suppression du reçu. *De guerre lasse*, m'écrit un de ses amis de l'Académie, *le rapporteur, M. Régnier, finit par consentir à cette suppression.*

Mais ce qui est choquant, c'est que l'article 4 *intégral* ait été encore soutenu par certains médecins du Sénat !

Il reste maintenant à enlever la dernière bastille, le livre-journal, qui permettrait d'assimiler le médecin à un commerçant. La Confédération a donc une autre bataille à livrer et nous savons qu'elle y est fermement décidée.

MAURICE MORDAGNE.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 19, p. 329.

RENSEIGNEMENTS

INFIRMIÈRES, triplez vos gages sans quitter votre emploi. — Très sérieux, C. I. F., 62, rue la Boëtie, Paris.

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paldophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicite

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

* *

Prendre pendant les quinze premiers jours de chaque mois :

SANOQUINOL
"CIBA"

Médicament anti-arthritique lytique et éliminateur

L'hiver a été fertile en occasions diverses d'encombrement tissulaire : sédentarité, alimentation surazotée, états fébriles, etc...

Une cure de « lixiviation » est opportune à beaucoup de sujets, aux arthritiques surtout, aux rhumatisants, aux pléthoriques, aux myalgiques.

Nul médicament ne convient mieux à cette « cure de printemps » que le SANOQUINOL qui, mobilisant les dépôts uratiques et les floculats, stimulant les fonctions rénales et hépatiques, redonne aux tissus et organes leur souplesse et leur activité métabolique amoindries.

Le Sanoquinol réalise le thermalisme à domicile avant ou après le thermalisme à la station.

Granulé de saveur agréable

(2 à 4 cuillerées à café par jour)

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND

109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT ANTIDOTE DE CERTAINES INTOXICATIONS PAR LA DIÉTHYLAMINE DE L'ACIDE PYRIDINE BI-CARBONIQUE (CORAMINE) (1)

Par M. Sigismond BLOCH,
Ancien chef de clinique à la Faculté,
Assistant de la consultation de médecine à l'hôpital Beaujon.

Au cours des intoxications à symptomatologie comateuse, de beaucoup les plus fréquentes, puisque le sommeil profond, entrecoupé ou non de périodes d'agitation, est caractéristique des empoisonnements par les somnifères et stupéfiants, de même que par inhalation de gaz d'éclairage, d'oxyde de carbone, benzène, etc., nous disposons actuellement d'un antidote extrêmement puissant : la Coramine. Celle-ci, administrée alors à doses élevées, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, même dans les cas les plus graves, permet un rapide retour de la connaissance et une guérison dans un temps minimum. La dose efficace de coramine varie suivant le sujet, son âge, sa taille, son poids et la gravité des symptômes observés, entre 2 et 15 cc. par voie intraveineuse, dose qui, fractionnée, peut être portée plus loin encore dans certains cas.

Les observations citées, émanant soit de cas personnels à l'auteur, soit de communications à lui faites par des confrères, sont très démonstratives. Signalons de nombreux cas d'intoxication profonde par l'oxyde de carbone et le gaz d'éclairage, certains chez des personnes très âgées, d'autres compliqués de pneumonie, qui guérirent, malgré la gravité des symptômes, en deux ou trois jours après injections intra-veineuses de coramine. Citons encore plusieurs cas d'empoisonnement par les barbituriques absorbés dans un but de suicide à doses parfois énormes et cumulatives qui, traités de la même façon, après un réveil rapide, guérirent aussi en quelques jours.

Les intoxications alimentaires, l'alcoolisme aigu, les asphyxies par submersion ou électrocution, sont aussi justiciables du même traitement. La coramine, grâce à son action puissamment stimulante du bulbe et du centre respiratoire, doit donc être considérée comme le meilleur antidote des intoxications entraînant le coma et les inhibitions bulbaires, mais il faut utiliser d'emblée la dose efficace qui varie, suivant les cas, entre 3 et 15 cc.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 2 nov. 1933, n° 44.

LIVRES NOUVEAUX

Les arachnoïdites spinales adhésives (2), par Dem. PAULIAN, agrégé de Neurologie à la Faculté de Médecine de Bucarest, et D. TURNESCO, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

On désigne sous le nom d'*arachnoïdite spinale* un syndrome nerveux complexe, en même temps radiculaire et médullaire, dont le caractère clinique essentiel paraît être une grande variabilité des symptômes non seulement d'un malade à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre de son évolution chez le même malade. Sa marche traînante, toujours longue, traduit l'existence d'une lésion inflammatoire, en général atténuée, mais progressive, des méninges molles rachidiennes, aboutissant au blocage partiel ou total de l'espace sous-arachnoïdien.

Si le mécanisme intime de cette étrange localisation infectieuse sur les méninges échappe encore en grande partie, si, pour l'expliquer, nous sommes réduits à des hypothèses, son individualité clinique, par contre, n'en existe pas moins et elle se précise chaque jour davantage, à mesure que, mieux connue, les cas publiés se multiplient.

Nettement définie par ses manifestations cliniques, bien moins, certes, par sa pathogénie obscure et ses lésions anatomiques encore à l'étude, l'arachnoïdite commence à trouver sa place dans les affections des méninges.

Cette monographie, basée sur un certain nombre de cas étudiés par les auteurs, est très complète. Elle comprend une étude étiologique et pathogénique, un chapitre d'anatomie pathologique, — une partie importante est consacrée aux formes cliniques, au diagnostic très difficile parce que ne reposant le plus souvent que sur des nuances, enfin au traitement médical (agents physiques, diathermie, rayons X, injections de lipiodol), et au traitement chirurgical.

L. G.

Précis des maladies infectieuses (1), par Joseph CHALIER, médecin des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Une connaissance précise et approfondie des maladies infectieuses est indispensable. Ici le temps presse et il convient de s'orienter immédiatement dans la bonne voie, car une thérapeutique vraiment efficace est souvent fonction de la rapidité du diagnostic.

Ce *Précis* vise à une description aussi claire que possible des maladies infectieuses, à la mise en lumière de la valeur primordiale de certains symptômes pour les dépister sans tarder, à l'exposé essentiellement clinique de la conduite du diagnostic, à une discussion raisonnée des indications thérapeutiques.

La division générale de l'ouvrage comporte l'étude successive des *fièvres éruptives*, des *maladies à virus filtrants*, des *maladies à germe inconnu*, des *maladies à germe connu* et enfin des *maladies parasitaires infectieuses*.

A côté des notions classiques et modernes, on trouvera dans ce livre le résumé de maintes recherches propres à l'auteur qui, notamment à propos de la thérapeutique, expose les résultats de son expérience personnelle.

L'ouvrage a été conçu non seulement pour l'étudiant, en vue de faciliter son instruction, mais aussi pour le médecin, avec l'espoir de lui apporter une aide utile dans sa pratique de tous les jours.

L. G.

La surdité et l'acoustique moderne (2), par P. HÉMARDINQUER.

Ce petit ouvrage contient tout d'abord les notions élémentaires les plus récentes sur l'étude scientifique des caractéristiques de l'ouïe normale et des moyens qu'on peut adopter pour déceler les défauts de l'ouïe.

Il contient des indications précises et pratiques sur les différents appareils les plus récents que peut employer à l'heure actuelle une personne atteinte de surdité lorsque ses centres nerveux sont encore en état de fonctionnement et après qu'elle a essayé en vain les traitements médicaux convenables.

L. G.

(1) In-8 de 700 pages avec 132 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte. — Prix : cartonné, 90 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Un ouvrage de 112 pages avec 62 figures. — Prix : 15 fr. — Et. Chiron, 40, rue de Seine, Paris.

(2) Un volume de 96 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 24 fr. — Paris, Masson et Cie.

sirop "roche"

au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE PERVERSIONS INSTINCTIVES DANS LES PSYCHO-NÉVROSES

Par MM. J.-B. BUVAT et G. VILLEY,

Anciens internes des Asiles de la Seine,
Médecins-directeurs de la villa Montsouris, à Paris.

Kleptomanie, fétichisme, exhibitionnisme, homosexualité, impulsion aux toxiques, au jeu, à l'homicide, signaux symptômes ou symptômes prédominants dans l'évolution de la psychose périodique, de l'épilepsie et de la folie morale.

Les perversions instinctives dans les psycho-névroses fonctionnelles ou organiques sont les manifestations de la perturbation du sens moral, de l'éthique, elles sont la résultante de l'absence ou de la perturbation des fonctions d'inhibition sur les instincts fondamentaux de reproduction et de conservation et elles marquent chez les individus qui les manifestent un retour à la vie primitive ou à la psychologie rudimentaire de la première enfance. Elles font de ceux qu'elles atteignent des inadaptés sociaux et familiaux, totaux ou partiels, et ont, ou peuvent avoir à un moment donné, des conséquences médico-légales qui mettent le malade sous la main du juge.

Elles portent sur l'anarchie ou l'incomplétude des manifestations sexuelles quant aux fonctions de reproduction ou sur l'inadaptation du moi quant au respect de la personnalité des tiers ou des biens d'autrui. Dans le premier cas elles prennent l'aspect de l'oubli des convenances, de la salacité, de l'exhibitionnisme, du fétichisme, du masochisme, de l'homosexualité. Dans le second, elles prennent l'aspect de la prévalence anarchique du moi sur le reste du monde, qui se traduit par la kleptomanie, de la cruauté, des tendances homicides.

On les retrouve dans toutes les psychoses organiques à l'état latent ou au contraire en pleine effervescence, et c'est ainsi qu'elles se montrent très fréquemment dans la P. G. dans sa phase de début, et cette perturbation insolite du sens moral est souvent pour le médecin un des symptômes signal de la méningo-encéphalite.

On les voit dans les démences artério-scléreuses ou séniles comme signes prémonitoires ; on les trouve chez les déments précoces, dans les flambées d'excitation du début de la maladie, au cours même de son évolution sous l'aspect des perversions les plus variées.

On les note fréquemment chez les grands épileptiques convulsifs et plus fréquemment encore chez ceux atteints de petit mal vertigineux.

Dans les maladies mentales, qui à l'heure actuelle sont encore considérées comme fonctionnelles, et qui peuvent nosologiquement être classées dans la psychose périodique, terminologie française, ou psychose maniaque dépressive, terminologie allemande ; on les rencontre toujours sous une apparence plus ou moins discrète, parfois même, comme dans les psychoses organiques elles sont pour l'observateur le signal symptôme, ou longtemps le symptôme prévalent et les malades qui les présentent viennent au médecin après être passés par les mains de la justice.

Les perversions instinctives forment le fond clinique de cette vieille entité psychiatrique que les auteurs anciens appelaient la folie morale, entité aux contours assez flous, qui tout en gardant sa physionomie propre déborde sur les autres affections mentales plus nettement délimitées, au point que certains psychiatres contemporains diminuant son domaine en font une simple constitution : la constitution perverse rattachée à la psychose périodique, s'alliant souvent à la constitution mythomaniaque, cyclothymique et paranoïaque et aux toxicomanies pour lesquelles on pourrait créer une nouvelle constitution, tant tous les toxicomanes ont un ensemble de traits communs. La toxicomanie se retrouve du reste fréquemment associée aux autres perversions chez les mêmes malades.

Les perversions instinctives sont apparues très fréquentes dans les séquelles psychiques des Encéphalites léthargiques. Elles constituent un syndrome tellement net qu'en présence d'un cas de folie morale, il faut comme en présence d'une maladie de Parkinson fouiller l'anamnèse et chercher les signes biologiques d'une attaque d'encéphalite antérieure.

Enfin après la guerre on a observé un grand nombre de cas d'épilepsie post-traumatique, avec de gros troubles de la sphère morale et affective, avec crise de violences homicides, d'impulsions à boire, à voler, constituant un véritable syndrome de folie morale.

Dans ces cas de folie morale consécutive à une maladie infectieuse ou à un traumatisme on fait volontiers jouer, sur le terrain médico-légal, la notion d'irresponsabilité. Si les folies morales constitutionnelles ne sont pas l'objet d'une semblable attitude de clémence, c'est sans nul doute à cause de notre ignorance vis-à-vis de leur étiologie et de l'existence d'un substratum organique. Cette dualité de point de vue ne saurait être, en y réfléchissant, ni juste, ni rationnelle.

De même qu'un examen psychiatrique resterait aujourd'hui insuffisant s'il se dispensait d'un examen somatique complet et de recherches biologiques, de même la sphère éthique des penchants, des instincts, doit être fouillée avec le même scrupule qu'on met à l'examen de la réflectivité, des différents modes de sensibilité et à l'analyse des idées délirantes.

Le freudisme en ces dernières années a de nouveau attiré l'attention sur ces recherches et les a orientées psychologiquement, recherches que la vieille psychiatrie française au surplus n'avait jamais négligées avant Freud et son école, et point n'est besoin toujours de psychanalyse systématique pour les mettre en relief. Sans nous étendre plus longuement sur des considérations qui comporteraient d'amples développements, nous rapporterons ici quelques observations tirées de notre pratique où les perversions instinctives ont amené d'abord les malades chez les juges ; les perversions étaient tellement prévalentes qu'elles masquaient le terrain morbide sur lequel elles se greffaient ; dans d'autres cas au contraire, très intriquées à un gros état psychopathique elles font figure d'épiphénomène.

Observation I. — *Psychose périodique atténuée : Monokleptomanie, Collectionnisme et Fétichisme associés à l'Homosexualité.* — X..., 28 ans, est inculpé dans 35 affaires pour vol de statues et objets d'art dans les églises. Après suspension de l'instruction il est mis en observation en notre Maison de Santé et reste durant huit mois sous notre contrôle — d'août 1928 à avril 1929 — et bénéficie d'un non-lieu.

Deux ordres de faits sont à considérer chez lui. Les caractères particuliers des actes pour lesquels il est inculpé et l'état mental sous-jacent. X... vole des statues et des objets religieux de caractère artistique.

Ses vols ont par eux-mêmes une tonalité morbide, ils sont exécutés avec une adresse consommée mais ils ne sont d'aucun bénéfice appréciable par rapport à sa situation de fortune, et ils se justifient par une passion impulsive d'ordre artistique : il ne peut souffrir, par une véritable obsession d'esthète, que des objets d'art soient laissés à l'abandon dans les églises, il s'en empare et les restaure. Sa kleptomanie collectionniste s'adresse exclusivement aux objets d'art religieux et avec un goût et une connaissance raffinée, les vols ont lieu dans les églises et portent sur des objets de grande valeur artistique... Mais il lui arrive d'en faire aussi commerce... L'intention coupable d'un profit à retirer apparaît ici et il est permis de penser qu'une sanction pénale pourrait être légitime et efficace.

Chez X..., la kleptomanie impulsive et fétichiste, vol d'objets religieux toujours du même type et à caractère morbide s'associe à un désir de lucre qui, lui, n'est pas de caractère pathologique. D'autre part sa probité, dans d'autres circonstances, n'a pu être trouvée en défaut.

X... est un vrai type de dégénéré physique et psychique : fils d'un père périodique et alcoolique il présente un visage d'éphèbe et un torse gibbeux. Sa voix ennuchoïde, sa mimique, son maniérisme en font, ainsi que sa façon de se vêtir, une caricature de petite femme. Non seulement il avoue son homosexualité mais il s'en vante, il est plus volontiers passif ; il est plein de mépris pour les femmes.

Il recherche les garçons bouchers parce qu'il les croit plus vigoureux. Ses tendances, quand il ne peut les satisfaire, s'extériorisent par des propos obscènes où il vante de façon triviale l'homosexualité, par des dessins ou des poèmes rehaussés d'un rythme élégant et d'un style distingué. Il vante l'Orient, évoque les îles du Levant, leurs ruines aux belles statues anciennes et la liberté absolue des mœurs contre nature dont on jouit, paraît-il, dans ces pays gréco-turcs. Il exhibe ses organes sexuels aux femmes de service chaque fois qu'il le peut, et il cherche toujours, devant leur réprobation, à les persuader que ses mœurs sont celles des Grecs antiques et des hommes de demain.

Son caractère est dominé par des tendances paranoïaques ; orgueilleux, hypochondriaque, égoïste, féroce, il ne ménage ni ses parents ni ses amis. Il est à la fois opposant et craintif, ce qui le rend facile à dominer. D'une correction en apparence parfaite il est d'une duplicité achevée et mythomane accompli. Il charge, grâce à une imagination quasi délirante et par vantié, son passif morbide d'exagérations manifestes et qu'on a pu contrôler. Toujours en lutte avec les siens ou ceux qui le soignent, ses efforts d'indépendance éclatent en crises coléreuses de caractère puéril et vite jugulées.

Sa conduite journalière est anormale, appétit capricieux, allant par période jusqu'à l'anorexie, mauvais sommeil avec rêves lubriques, il reste pendant des jours enfermé dans sa chambre, tantôt prostré dans un état dépressif avec tristesse, tantôt écrivant sans répit des poèmes, des pièces de théâtre dont il inflige la lecture à ses visiteurs, tantôt dessinant d'une façon médiocre et fantaisiste. Les écrits et les dessins reflètent toujours un état d'esprit érotique et homosexuel.

Sort-il accompagné, aussitôt il se dirige, malgré la défense, vers les églises du voisinage qu'il va explorer aux fins d'alimentation éventuelle de ses impulsions kleptomaniaques. Quand le non-lieu fut obtenu, avec une grande habileté X... sut circonvenir son tuteur, lui faire croire à une transformation de son état morbide et obtenir ainsi de rentrer dans la vie normale, bien que médicalement il n'était pas possible de fonder quelque espoir sur une modification durable de cet état psychopathique.

Obs. II. — *Impulsion kleptomaniaque chez une jeune fille de 16 ans, jusqu'alors, aux dires de ses parents, dans un état psychique normal ; au bout de quelque temps apparition d'un état dépressif atypique avec impulsion au suicide, puis vertiges épileptiformes avec accès de somnambulisme qui classèrent la malade dans le cadre de l'épilepsie larvée.* — X..., 16 ans, appartient à un milieu cultivé. Poursuit ses études aux Beaux-Arts, caractère un peu taciturne, aurait eu des phénomènes méningés graves de l'enfance et quelques accès légers de somnambulisme : trois jours.

En passant devant un grand magasin, entre sans raison, et, brusquement, prend un collier sans valeur à l'étalage et sort sans payer. On l'arrête, on la conduit chez le commissaire de police qui téléphone à ses parents. L'objet dérobé est sans valeur, la jeune fille ne peut donner aucune explication de son acte, l'intention réfléchie du vol n'existe pas : la famille est aisée. X... reste indifférente et muette devant les conséquences de son acte. Il s'agit vraisemblablement d'une impulsion liée à un vague instinct de coquetterie qui a joué comme une force embryonnaire. L'affaire n'a pas de suite, l'enfant est ramenée chez elle, mais à la suite de cet incident les parents notent chez la jeune fille des bizarreries étranges qu'ils n'avaient pas vues auparavant : elle s'enferme chez elle, garde un demi-mutisme, manifeste quelques idées de préjudice vis-à-vis de son père, s'alimente irrégulièrement, a un sommeil troublé, devient triste, mais tous ces symptômes gardent une tonalité très discrète, lorsque brusquement apparaît une impulsion à la défénestration. C'est alors qu'elle nous est confiée. A son arrivée elle présente un état de dépression psychique, atypique avec un demi-mutisme, léger maniérisme, négativisme partiel, discordance, inaffectivité, réelle ou affectée, qui éveilla la crainte d'une démence précoce hébéphréno-catatonique au début de son évolution. Quand X... fut isolée de son milieu familial et mise au complet repos, l'aspect clinique se modifia ; elle reprit peu à peu, avec le personnel d'abord, avec les médecins ensuite, un habitus plus normal. L'alimentation, le sommeil redevenaient normaux, l'inactivité et l'indifférence s'atténuèrent, elle s'intéressa à ce qui l'entourait, se remit peu à peu à la lecture et au travail, la discordance et l'état de distraction s'effacèrent, en même temps que l'état général redevint meilleur. Mais à trois reprises on surprit chez la malade, dans la journée, des vertiges très rapides se traduisant par pâleur soudaine de la face avec arrêt brutal de toute activité psychique, regard fixe, hébétude d'une durée de quelques secondes, vertiges ne laissant aucun souvenir chez la jeune fille, enfin une nuit elle eut un accès de somnambulisme qui aiguilla le diagnostic et la thérapeutique.

X..., après trois mois de traitement, put rentrer chez elle dans un état satisfaisant. L'impulsion kleptomaniaque avait ouvert la crise mentale qui devait mettre près de six mois pour se juger. L'irresponsabilité de X... était évidente mais au début l'erreur était possible et la simulation pouvait être suspectée.

Obs. III. — *Exhibitionnisme chez un débile éthylique avec épilepsie larvée.* — Ch... est un homme de 35 ans, marié, commerçant, qui n'a jusqu'à cet âge aucun antécédent médico-légal, lorsque brusquement sur la plainte de ses voisins il est inculpé d'exhibitionnisme. A la sortie des écoles proches de son domicile, Ch... se poste sur le devant de sa boutique et au passage des petites filles sort plus ou moins ostensiblement ses organes sexuels, il n'a pas d'érection, pas de jouissance physique, pas d'actes impulsifs à l'endroit des enfants, il est poussé à agir sans reconnaître la force qui le pousse et à demi dans un état d'inconscience et d'indifférence.

Il est arrêté une première fois, les témoignages des enfants sont peu concordants, l'enquête révèle que la moralité de Ch... n'a prêté jusqu'alors à aucun soupçon, il se conduit normalement avec sa femme qui mène une vie conjugale chaste et ne s'est aperçue de rien. Celle-ci signale cependant une propension de son mari à l'éthylisme. Le tribunal condamne légèrement avec le sursis.

Quelques mois après, les mêmes faits se renouvellent, de nombreux parents signalent que Ch... vers le soir se poste devant sa boutique à la sortie de l'école, et au passage des fillettes sort ses organes génitaux. Ceux-ci restent en état de flaccidité, Ch... garde un aspect hébété et ne manifeste aucune provocation. Arrêté de nouveau, le tribunal ordonne une expertise qui conclut à la responsabilité ; une contre-expertise est demandée et confiée à un expert parisien, le docteur H. Colin.

H. Colin conclut à l'irresponsabilité en se basant sur l'état de débilité psychique de Ch..., sur la constatation à la base de ces symptômes d'épilepsie larvée, activée par des excès éthyliques. Le tribunal conclut par un non-lieu, mais le juge demande

le placement de Ch... dans une maison de santé pour observation et traitement. Le docteur H. Colin nous le confie.

Pendant son séjour, Ch..., mis au régime de désintoxication, au repos, s'est montré calme et docile, il se présente comme un débile mental, inactif, indifférent, avec une tendance marquée aux préoccupations hypochondriaques, à la méfiance et à l'égotisme le plus complet. Il n'a eu aucune manifestation convulsive nette, mais on a noté de rapides absences, il est difficile de l'amener à causer de ses manifestations exhibitionnistes. Ce n'est point par dissimulation mais par le peu d'intensité du souvenir, il répète plus ce qu'il a appris par les siens que ce qu'il en a conservé dans l'esprit, il semble bien que ces actes exhibitionnistes soient accomplis au cours d'un automatisme crépusculaire qui laisse peu de trace dans la conscience.

Pendant tout son séjour, il s'est prêté passivement à la cure, se comportant comme un débile à fonds paranoïaque entaché d'épilepsie larvée à type vertigineux. Le repos, le régime, les calmants, le changement de milieu ont transformé son état général et au bout de quelques semaines il s'en va très amélioré physiquement, psychiquement, plus conscient et éveillé et décidé à suivre les conseils des médecins.

Obs. IV. — *Psychose périodique, accès de dépression mélancolique avec tristesse, idées hypochondriaques, d'infériorité, d'autoaccusation, toedum vitae, amaigrissement, insomnie. Après dix-huit mois, retour à l'état normal d'une durée de quelques semaines, puis apparition d'une phase d'excitation psychique avec prédominance de perversions instinctives, désordre sexuel, exhibitionnisme, érotomanie, pédérastie, scènes orgiaques fixées par la photographie. Persécuté, persécuteur familial, cet état dure depuis trois ans et continue.* — X... entre en 1926 à la maison de santé, il est en proie depuis deux mois à une crise typique de mélancolie avec tristesse, asthénie physique et psychique, insomnie, demi-refus d'alimentation, sentiment douloureux de son incapacité à agir, remords en partie justifié relatif à sa paresse, idées d'autoaccusation, s'accuse de masturbation et de pédérastie dans le jeune âge et l'adolescence, d'avoir donné la syphilis à sa femme, préoccupations hypochondriaques, est très syphiliphobe, a peur d'être impuissant, de ne pas guérir; tendances paranoïaques, idées de jalousie à l'égard de sa femme, dit qu'on se moque de lui et qu'on le traite moins bien à cause de son infériorité. Fonds de débilité avec puérilité, toedum vitae par intervalle. Il présente des paroxysmes anxieux qui durent des journées entières pendant lesquelles il est secoué d'un tremblement généralisé, les membres étant en demi-contracture. Il ne présente aucun signe de lésion organique du système nerveux, ni d'une affection somatique quelconque. Il reste ainsi plongé, avec des alternatives d'exacerbation et de calme relatif, durant plus de dix-huit mois dans cet état mélancolique où la douleur morale reste toujours très marquée et où l'inactivité physique et psychique est absolue, il ne peut pas même faire l'effort de lire un journal. En dehors de ses idées obsédantes, mélancoliques, il ne s'intéresse à rien, pas même au sort de sa femme et de ses cinq enfants; l'un d'eux meurt pendant son séjour à la maison de santé, son anxiété et ses idées obsédantes n'en sont nullement modifiées.

Vers le dix-neuvième mois apparaît une détente, le sommeil revient, l'anxiété se calme, l'état général se transforme, il reprend petit à petit contact avec la vie, avec les siens, et en trois mois le retour à la normale s'effectue, il est content, heureux de revivre, mais l'impuissance sexuelle qui est réelle persiste encore quelque temps puis disparaît. Il rentre chez lui, reprend son existence antérieure de bourgeois provincial à activité restreinte, puis après quelques semaines de vie tranquille et normale apparaissent des troubles du caractère, un besoin d'activité désordonnée, un changement complet dans son habitus extérieur et dans ses relations familiales, il devient taquin, autoritaire, querelleur, chambarde toute la maison, fait des transformations inutiles, des dépenses exagérées et inconsidérées; le timide, le doux, le tranquille devient provocant, orgueilleux, tracassier, agité, présente des sautes d'humeur affective brusques et incompréhensibles pour les siens, disparaît des jours et des nuits sans prévenir, enfin offre le tableau classique d'un état hypomaniaque des plus caractérisés. Tandis que les tendances paranoïaques de la phase mélancolique se manifestaient par l'affirmation qu'il était victime d'humiliation, elles lui font prendre maintenant une attitude agressive, il devient le bourreau du foyer, il critique tous les actes de sa femme, l'humilie sans arrêt devant ses enfants et les domestiques, se vante devant sa femme de ses infidélités conjugales; il est autoritaire, brutal avec ses enfants qu'il éloigne du foyer; il reste cependant lui-même avec la dernière-née âgée de six ans. Exigeant avec les domestiques il leur impose des corvées inutiles. Remuant, agité, insatisfait, cherche à blesser sans cesse par des réflexions désobligeantes tous ceux qui vivent autour de lui. Il joue des mauvais tours, coupe le courant électrique chez lui pendant plusieurs nuits.

Cet état dure environ six mois, puis apparaissent les obsessions sexuelles impulsives qui dominent alors cet état hypomaniaque. Il en fait parade, les livre à sa femme, ne se retient pas devant ses enfants. Alors que dans sa phase dépressive il était obsédé par son impuissance et se reprochait de s'être masturbé dans son enfance, il présente les obsessions sexuelles les plus puériles et les plus obscènes. Il est probable qu'il a du reste été avant sa crise de mélancolie un anormal sexuel, un de ses proches qui l'a connu dans son adolescence signale ses penchants homosexuels à vingt ans. Toute son activité est orientée sans aucun frein vers ses appétits génésiques, il néglige tout ce qui n'est pas cela, il recherche toutes les lectures et les photographies pornographiques, met des annonces dans les journaux licencieux, correspond avec des hommes et des femmes dépravés qui sont les habitués de ces journaux, entre en intimité avec eux et poussé sans cesse par des impulsions renouvelées se livre avec ces pseudo-ménages de pervers aux scènes orgiaques les plus dépravées; spectateur et acteur à la fois, il prend soin de conserver le spectacle de ces lubricités par des photographies qu'il apporte chez lui, qu'il laisse traîner à la portée de ses enfants et de ses domestiques, qu'il communique à sa femme. Il tyrannise cette dernière pour qu'elle participe avec lui à ces scènes orgiaques, il veut qu'elle coïte avec un étranger sous ses yeux. Il la contraint à entrer en contact avec d'un des ménages de pervers complice de ses débordements. Il cesse d'être avec elle tracassier et tyrannique. Vis-à-vis d'elle ses appétits sexuels et son attitude hostile se rejoignent curieusement et de façon contradictoire: tantôt il cherche à la blesser et à exciter sa jalousie en lui contant des aventures libidineuses et en laissant sous ses yeux les textes photographiques de ses orgies, tantôt il veut l'entraîner dans la pratique de ces scènes scandaleuses en lui vantant la volupté décuplée que tous deux en éprouveraient, elle est pour lui dans le même instant un objet de répulsion et un désir charnel.

Un autre trait de sa sensibilité affective est le dédoublement de sa personnalité instinctive. Hors des coulisses de sa vie de débauche ou de son intimité familiale il est l'homme correct qu'il apparaissait dans sa période dépressive, il fréquente régulièrement les offices religieux, manifeste publiquement de l'affection à ses enfants, est aimable et charmant avec les étrangers, il soigne sa réputation avec une hypocrisie qui n'est en somme que l'aspect volontaire de son dédoublement. Il a même par intervalle le désir de redevenir normal et s'adonne avec une attention soutenue à la lecture du livre « Sur la rééducation de soi-même ».

Son état physique malgré ses débordements se maintient, il est euphorique, insouciant, d'un optimisme morbide, il se ruine et ruine les siens sans avoir d'autres soucis que de courir sans répit à ces scènes de nudisme, d'exhibitionnisme, d'homosexualité, d'orgies où avec les premiers partenaires il cherche à attirer de nouveaux officiants.

Obs. V. — *Syndrome épisodique d'exhibitionnisme chez un psychopathe périodique traduit deux fois devant le tribunal.* — X... est venu nous demander de l'examiner au point de vue mental. Il nous a dit être marié, n'avoir pas d'enfants, avoir fait toute la guerre et obtenu la croix de guere; il exerce la profession de maître d'armes à Paris.

Il a été arrêté à 2 heures du matin au sortir d'un urinoir dans le jardin des Tuileries, au moment où son pantalon déboutonné il secouait face aux passants son membre viril, il n'était pas en érection. Il venait de dîner chez ses parents, traversait les Tuileries lorsque brusquement une force impulsive l'avait attiré dans l'urinoir où il était allé consciemment mais pas maître de lui, automatiquement, mû par l'obsession de jouir en exhibant sa verge.

En 1924 pareille mésaventure lui était arrivée et il avait été arrêté au moment où dans un urinoir, quai des Tuileries, il se masturbait avec un homme.

X... n'est pas pédéraste, il n'est pas inverti, marié, il aime sa femme et il a avec elle des rapports sexuels normaux quoique peu fréquents. X... raconte qu'il mène habituellement une existence tranquille, mais que périodiquement il se sent pris soudain d'un état obsédant que la vue d'un urinoir suffit parfois à déclencher, état obsédant dominateur qui le pousse malgré lui à rechercher l'orgasme vénérien dans une exhibition de son membre viril à une femme qui passe, ou dans la masturbation manuelle seul ou avec un autre dans un urinoir, et cela malgré qu'il sache et qu'il sente le danger et la honte que de tels actes lui font courir.

Il lutte, il se défend, il est anxieux, il cède et à l'angoisse qui disparaît par l'accomplissement de l'acte, succèdent un immense dégoût de lui-même, une grande tristesse et un profond découragement. Il reste ensuite tranquille pendant des mois, cherchant à oublier, puis brusquement un jour, l'obsession impulsive dominatrice réapparaît.

Cette obsession impulsive à l'exhibition et à la masturbation a débuté, dit-il, pendant la guerre, en 1915. Tous les mois environ, pendant son séjour au front, il se livrait avec des camarades à la masturbation collective, quelque dégoût de lui-même que cet acte lui laissât ensuite : déjà il cédait à une impulsion contre laquelle il luttait, qui le rendait anxieux et qu'il ne calmait qu'en cédant.

Dans ses antécédents personnels on ne note rien d'anormal, il n'est ni syphilitique, ni alcoolique ; il est très vigoureusement constitué — ses premiers rapports féminins ont eu lieu à 17 ans — tous ses organes sont objectivement sains, il n'a aucun trouble psycho-sensoriel, pas d'épilepsie. Son père est vivant à 70 ans. Sa mère a 63 ans, mais a été atteinte de congestion cérébrale avec hémiplégie. Un frère bien portant. Il n'y aurait pas d'aliénation mentale dans les antécédents familiaux. Ces troubles que X... accuse sont fonction d'une psychonévrose périodique, proche parente de l'épilepsie vraie, ils constituent ce que Magnau appelle les syndromes épisodiques de la dégnérescence mentale, obsession impulsive à l'exhibitionnisme, à la kleptomanie, à l'incendie, au meurtre, au vol.

Obs. VI. — *Psychose périodique avec dans les phases dépressives impulsions toxicomaniaques : éther, opium, impulsions aux fugues, au jeu, au vol : chèques sans provision. Dans les phases hypomaniaques actes héroïques.* — X..., 47 ans, a fait depuis 1926 plusieurs séjours à la maison de santé. Il présente des manifestations de dépression psychique qui consistent en tristesse, ennui, asthénie, insomnie, tendances impulsives relatives en particulier à la toxicomanie, au jeu et aux fugues et au suicide. Ces troubles d'un caractère intermittent sont fonction d'une psychose périodique évoluant depuis sa jeunesse et marquant les principaux épisodes de sa vie. Cette psychose s'accompagne d'éclipses soudaines et complètes de sa volonté, et de perversions instinctives.

Sous l'influence de cet état psychique, il a présenté depuis son jeune âge des désordres, des actes suivis de périodes de conduite régulière au cours desquelles il a pu exercer des fonctions militaires et civiles et se conduire pendant la guerre avec héroïsme : croix de guerre, légion d'honneur.

1904 à 1912. — Intoxication par l'opium, période mélancolique.

1913 à 1921. — Bonne santé, équilibre normal.

1921 à 1928. — Intoxication par l'opium et l'alcool. Se livre tout entier à la passion du jeu et en août 1928 est amené à emprunter une grosse somme d'argent dans un cercle et règle par un chèque sans provision qui provoque des poursuites. Il s'y dérobe en fuyant aux Etats-Unis où il se comporte normalement pendant quinze mois. De nouvelles difficultés familiales sont la cause occasionnelle d'une nouvelle poussée de dépression psychique avec rechute toxicomaniaque, cette fois avec l'éther. Il frise la mort plusieurs fois.

Retour à la maison de santé en juin 1930 pour une nouvelle cure.

Ces désordres des actes, qu'il s'agisse des toxiques ou de la passion du jeu, se montrent chez lui en rapport étroit avec son déséquilibre mental et tiennent de lui leur caractère intermittent. Ils surviennent, en effet, dans des phases de dépression motivée ou non (inactivité, difficultés de famille). Ils ont tous les caractères d'actes impulsifs (brusques, impératifs, inconséquents, avec éclipse partielle de la volonté et de la conscience) et sont en opposition avec les autres tendances du sujet qui est accessible aux remords et aux bonnes influences, attaché à ses devoirs professionnels, ouvert aux aspirations élevées.

Son fond mental, aux diverses périodes d'examen, s'est toujours montré le même, fond de déséquilibre de l'émotivité, de l'affectivité, sur lequel se greffent une impulsion quasi irrésistible, comme on l'observe chez les épileptisants et les dipsomanes, et une suggestibilité qui permet dans certaines conditions de la vie son redressement mental.

Un état de déchéance physique, gros amaigrissement allant jusqu'à 12 ou 15 kilogs de perte de poids, accompagne toujours ces crises psychopathiques dépressives, à tel point que son état général peut être considéré comme le baromètre de son psychisme.

X... est atteint d'un déséquilibre mental qui entre dans le cadre général de la psychose périodique.

Lorsque la prise de dépression mélancolique apparaît — et le moindre accident émotif ou toxico-infectieux la provoque — on voit se dérouler le tableau clinique classique des désordres des actes et de la conduite : amaigrissement, insomnie, tendances impulsives aux toxiques et au jeu, au suicide, aux fugues, période pendant laquelle sa responsabilité est manifestement très atténuée.

Malgré ces gros troubles mentaux et constitutionnels, un tribunal de province a condamné X... à quelques mois d'emprisonnement pour ses escroqueries au chèque sans provision.

Obs. VII. — *Folie morale avec perversions instinctives. Assassinat. — Condamnation aux travaux forcés.* — X... a été inculpé d'homicide volontaire et condamné. Le vol avait été le mobile de l'acte criminel. Il s'était très longtemps avant le crime déjà rendu coupable de vols nombreux et avait été poursuivi pour vol d'essence chez un garagiste : c'est à l'occasion de cette dernière affaire qu'en février 1931 (dix mois avant le crime) sa famille nous avait demandé de l'examiner aux fins de rédiger un certificat médico-légal. Notons en passant que le dit certificat concluait à la nécessité d'un internement, et que si le conseil avait été suivi le crime n'aurait pas été commis. Ainsi, dans un cas où on serait tenté de ne voir qu'une question judiciaire, des mesures médicales prises à temps eussent été efficaces.

Quand nous l'examinons X... nous avoue très aisément les désordres de ses actes et de sa conduite, ses vols successifs, les faits récents qui motivèrent son arrestation. Il note que tous ces actes sont exécutés d'une façon consciente mais résultent d'une tendance impulsive et quasi irrésistible. Il est franc avec cynisme : Il témoigne d'ailleurs d'un déséquilibre émotivo-affectif plus général : attitude distraite, indifférence vis-à-vis de sa situation, inaffectivité, discordance mimique (il sourit en racontant ses méfaits et dit que cette attitude pour lui préjudiciable est en opposition avec son vouloir et comme automatique chez lui). Par contre aucun déséquilibre intellectuel n'apparaît. Il n'exprime aucune idée délirante, a des capacités de travail et une bonne mémoire.

A l'examen physique on note un amaigrissement marqué. Dans l'ensemble il est normalement constitué avec cependant quelques anomalies dystrophiques ; dents déformées, voûte palatine ogivale, deux exostoses frontales symétriques. L'examen systématique des organes et du système nerveux en particulier, reste négatif. A noter cependant une persévération manifeste des attitudes provoquées qui apparaît comme la traduction motrice de son indifférence affective.

Les antécédents pathologiques sont consignés dans un certificat rédigé par son médecin habituel, le docteur Thuvien.

1° En février 1919, à l'âge de 13 ans, il a présenté une fièvre typhoïde grave, compliquée de méningo-encéphalite avec hémiparisie, ptosis, crises hydrencéphaliques.

2° En décembre 1928, à la suite d'un accident d'automobile il est atteint de commotion cérébrale qui fait craindre les jours suivants une fracture du crâne et l'a laissé complètement amnésique des faits relatifs à cet incident.

Sa mère nous dit d'autre part qu'il a été extrait au forceps et qu'il a uriné au lit à l'âge de 22 ans (ce fait est d'ailleurs resté isolé) ; elle nous a consigné avec grande précision les désordres de sa conduite qui remontent à la première enfance, président aux divers stades de son existence et réalisent le tableau clinique habituel de la folie morale avec les perversions instinctives les plus variées.

Dès les premières années de sa vie d'écolier il est sans cesse puni, se rend insupportable « par un petit air de se moquer du

monde ». C'est à l'âge de 10 ans qu'il fait sa première fugue : au lieu de se rendre au lycée, il passe la journée à jouer au bois et s'installe pour passer la nuit dans un chantier. C'est là qu'on le retrouve après plusieurs jours de recherche. Ainsi donc les troubles de conduite se sont manifestés antérieurement à la fièvre typhoïde dont il sera atteint deux ans après, à l'âge de 12 ans. Toujours paresseux et indiscipliné, il est renvoyé en seconde du lycée par le conseil de discipline. Mis à l'Ecole Pigier, puis à l'Ecole préparatoire des hautes études commerciales, il lâche continuellement les cours pour aller jouer au tennis. Dès cette période scolaire il se rend coupable à mainte reprise de vols envers ses parents : billets de 100 fr. pris dans une armoire par effraction ; somme de 4.000 fr. extirpée du portefeuille paternel et cachée dans une boîte de croquet.

Puis son existence se poursuit toujours aussi irrégulière. Envoyé en Angleterre pour apprendre la langue, il passe encore son temps à jouer au tennis. Employé au garage de son père, il se montre incapable d'aucune régularité dans ce nouveau travail et fait sans cesse en auto avec des camarades des fugues sur des voitures pas en règle, est l'objet de contravention, d'incidents et d'histoires, que ses parents sont ensuite obligés d'arranger. Entre temps les larcins familiaux se multiplient.

Au régiment il fait preuve de quelques capacités, gagne des galons ; puis viennent les fugues, les rébellions aux supérieurs, il collectionne les punitions et est rétrogradé.

Rentré chez lui les désordres de conduite se répètent avec la même gravité et la même monotonie. De nouvelles tentatives de reprise d'occupation régulière restent vaines et cependant il fait preuve de quelques capacités, en particulier pour le dessin de carrosserie. Il vole de nouveau ses parents : fusil de chasse, revolver, montre, qui sont ensuite vendus. Très imprudent au volant il est victime d'un grave accident ; monte en avion et fait volontairement une chute de 1.200 mètres en parachute. Il disparaît au cours de fugues prolongées, grâce à l'auto de son père qu'il prend en forçant l'issue du garage. A 22 ans est condamné à un an de prison avec sursis pour recel de trois voitures.

Il a de violentes colères ; lorsqu'il est contrarié brise le mobilier, casse la vaisselle, frappe sa mère. Il est arrêté sur la plainte d'un garagiste auquel il prend de l'essence sans la payer. C'est à ce moment que nous l'examinons et que nous conseillons l'internement. Notre conseil n'est pas suivi, dix mois après il commet un crime pour voler.

Le comportement de X... au cours de son existence est en désharmonie avec son milieu social et familial qui lui assurerait une existence facile, heureuse et très honorable. Sans aucun doute d'ailleurs il a été gâté par la vie et par ses parents. Dans ses antécédents on note le cas d'un oncle qui à l'âge de 37 ans est atteint de délire du doute et meurt de tuberculose.

En résumé deux ordres de troubles mentaux sont à noter chez X... : des perversions instinctives et un fond de débilité mentale. Nous retrouvons ici les perversions habituelles : paresse avec instabilité sociale et fugues, impulsions coléreuses, mensonges, vols, enfin un acte homicide ; par ailleurs ce qui frappe au point de vue déficit mental c'est la pauvreté, la monotonie, la répétition des réactions antisociales, leur caractère impulsif et inconséquent. Aussi bien l'examen révèle l'absence des réactions émotivo-affectives, la discordance mimique, la suggestibilité motrice.

La fièvre typhoïde avec son syndrome neurologique a pu être une cause d'aggravation d'un état antérieur ou n'être que le témoin de la fragilité particulière de son système nerveux. L'évolution prolongée, remontant à la première enfance et ne comportant pas d'aggravation est incompatible avec un diagnostic de démence précoce. En somme il s'agit bien ici d'un état de débilité mentale avec perversions instinctives. C'est en présence d'un tel tableau qu'on peut parler de folie morale.

X... est sans conteste un psychopathe vis-à-vis duquel un internement aurait été à un moment donné une mesure utile, justifiée et préservatrice du crime, mais si, comme il y a lieu de penser, il a accompli son crime avec préméditation et en pleine conscience, il ne faut pas faire jouer en sa faveur des questions d'irresponsabilité en obstacle aux rigueurs de la justice, et c'est en présence d'un tel cas que s'avère l'antinomie absolue qui existe dans notre organisation actuelle entre la répression des crimes, nécessité absolue de défense sociale, et le rôle de l'expert psychiâtre chargé de définir le degré de responsabilité d'un tel malade, rôle qui fait de ce psychiâtre non plus un médecin mais un juge, ce qu'il ne saurait être.

En effet les psychiatres contemporains abandonnent de plus en plus depuis la fin de la guerre dans les expertises médico-légales la doctrine de la responsabilité atténuée. De moins en moins ils s'appuient sur elle dans leurs conclusions pour le prétoire. Ce n'est point que les traditions de fine analyse clinique des Maîtres disparus, les Motet, les Gilbert Ballet, les Wallon, les Dupré, les Régis, pour ne citer que les disparus du dernier quart de siècle, se soient émoussées, les Maîtres actuels de l'expertise médico-légale psychiatrique poussent aussi loin que leurs devanciers l'analyse psychique, et ils ont à leur disposition toutes les ressources offertes par l'exploration biologique du système nerveux. Si leur art est aussi affiné, leurs moyens de contrôle scientifique ont beaucoup crû.

C'est que cette doctrine de la Responsabilité atténuée émousse la répression, favorise les récidives et tend indirectement à l'augmentation de la criminalité.

En fait le magistrat demande à l'expert psychiatre de résoudre le problème le plus ardu quand il demande d'apprécier la responsabilité d'un délinquant. Le psychiatre peut conclure à l'existence d'un état morbide, il ne peut apprécier le degré de responsabilité si ce n'est dans le cas de démence, d'impulsions épileptiques irrésistibles où l'irresponsabilité est patente.

Mais entre les irresponsables totaux et l'individu normal, il y a toute une chaîne d'états intermédiaires. Le psychopathe peut être diminué dans ses fonctions inhibitrices, perturbé dans ses fonctions affectives et émotives, en proie à une auto ou une hétéro-intoxication et s'il y a des critères objectifs pour affirmer l'état morbide, le médecin n'en a aucun pour doser cette entité métaphysique qu'est la Responsabilité. Il ne lui reste plus que son sentiment, sa conscience pour se déterminer ; en définitive on le fait juge.

Depuis plus d'un demi-siècle les psychiatres français dans tous leurs Congrès et dans toutes leurs publications demandent la création de services spéciaux afin que la Loi, la même Loi soit appliquée aux délinquants normaux, comme aux délinquants atteints de tares psychiques. Les premiers sont justement condamnés suivant le Code Pénal et mis hors d'état de nuire. Les autres reconnus psychiquement malades, seraient astreints à être soignés dans des Etablissements spéciaux, asiles de sûreté comme en Belgique, ou dans toute autre organisation neuro-psychiatrique admise pour une telle cure, jusqu'à leur guérison et sous le contrôle du Magistrat. Ils y entreraient par jugement et n'en sortiraient après leur guérison que par décision du Tribunal.

Les pouvoirs publics restent sourds et indifférents à ces vœux constamment renouvelés, et cette indifférence ne nous paraît pas étrangère au changement d'attitude des Experts qui depuis la guerre n'admettent qu'à de rares exceptions cette responsabilité atténuée, cause d'un affaiblissement certain de la répression de la criminalité, que l'après-guerre dans le bouleversement révolutionnaire de toutes les notions a vu augmenter d'une façon manifeste.

Il existe donc une lacune dans notre organisation répressive quand elle s'adresse aux psychopathes délinquants ; ou bien la répression laisse rentrer trop

tôt dans la vie sociale des malades qu'on aura condamnés légèrement et qui non guéris récidivent. (Une de nos malades au cours d'une crise de mélancolie avec délire de grossesse, de persécution et de jalousie vis-à-vis de son mari avait tué son fils pour se venger du père ; son irresponsabilité fut reconnue, il y eut un non-lieu, elle fut internée à Saint-Maurice d'où après deux ans elle sortit guérie ; 10 mois après sa sortie, elle rechute puis se suicide.) Ou bien la répression tare définitivement en les condamnant des psychopathes que les contacts de la prison n'améliorent pas et qui soignés auraient pu se relever.

La question de la responsabilité médico-légale ne devrait pas être posée aux médecins qui ne la peuvent résoudre que dans des cas assez rares. L'expert psychiatre ne devrait avoir à répondre à d'autre question que celle de l'existence d'une maladie mentale chez le délinquant et le magistrat placer par un jugement ce délinquant malade dans un établissement hospitalier jusqu'à guérison et décider seul de sa sortie.

Enfin il est des troubles mentaux qui ne s'affirment qu'en évoluant, c'est en présence de tels cas qu'on voit des psychiatres éminents s'opposer à la barre, déconcerter l'opinion ou la faire sourire par leurs divergences ainsi qu'on l'a vu dans un grand procès récent.

Une organisation hospitalière pour psychopathes délinquants devrait être créée qui permettrait une observation suffisamment prolongée en même temps que le cas échéant une expertise contradictoire par les experts du parquet et ceux de la défense. Cette organisation existe en Belgique depuis plusieurs années et donne des résultats que nous ne pouvons qu'envier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 MARS 1934)

Diffusion de l'alcool dans l'organisme et eau liée. — M. Maurice NICLOUX.

Sur les facteurs qui arrêtent la synthèse d'un pigment bactérien. — Mlle O. GROOTTEN et M. N. BEZSSONOFF.

Influence de la lécithine colloïdale sur le phénomène de la lyse microbienne par le bactériophage. — MM. B.-S. LEVIN et Iwo LOMINSKI.

L'embryothérapie. — M. Pierre ROSENTHAL. L'auteur signalait récemment l'action stimulante des sucs embryonnaires frais administrés aux opérés en état de choc (1). Depuis plusieurs années, il utilise l'embryothérapie (comme M. Richet propose de l'appeler) dans divers état pathologiques. Après avoir rappelé que Paul Carnot et Alexis Carrel dès longtemps ont constaté l'action favorisante des extraits embryonnaires, l'auteur expose les résultats encourageants qu'il a obtenus.

M. Charles RICHET a fait au sujet de cette communication quelques remarques. Il constate que M. Rosenthal emploie « à l'état embryonnaire, des tissus splénique, hépatique, musculaire et cérébral, puisque les embryons de poulet dont il prend le suc total contiennent ces différents tissus. C'est une *poly-opothérapie* ».

M. Charles Richet estime qu'il serait intéressant de « prendre non plus des embryons d'oiseau, mais des embryons de mammifère, puisque aussi bien les tissus ont une influence opothérapique d'autant plus favorable qu'ils appartiennent à une espèce zoologique plus voisine ».

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1933, p. 1832.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1934)

Ostéomalacie et tuberculose. — MM. H. GRENET, ISAAC-GEORGES et DUCROQUET présentent une fillette de 8 ans, atteinte de déformations multiples des membres et de la colonne vertébrale avec décalcification extrêmement intense de tout le squelette. Il est à noter que la cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive et que la radiographie thoracique montre des images nodulaires. Il s'agit d'ailleurs d'une tuberculose torpide avec conservation d'un bon état général et ne se révélant par aucun autre signe clinique.

Lésions tuberculeuses multiples chez un même enfant. — MM. H. GRENET, ISAAC-GEORGES et LANGLOIS présentent un enfant atteint de lésions tuberculeuses multiples, dont les principales sont la destruction de la cloison nasale, des lésions ulcéreuses et des granulations miliaires de la conjonctive et de la cornée, une tuberculose pharnygo-laryngée.

Section de brides dans deux cas de pneumothorax de l'enfant. — MM. ARMAND-DELILLE, TRIBOULET et GAVOIS ont été conduits à pratiquer une section de brides suivant la technique de Jacobaeus dans deux cas où celles-ci maintenaient béante une caverne pulmonaire. Le collapsus complet a été obtenu aussitôt après l'intervention.

Après deux ans de traitement, les jeunes malades sont en excellent état général, avec augmentation régulière de poids, sans toux ni fièvre. Le collapsus se maintient et la guérison peut être considérée comme assurée.

Images circulaires annulaires dues à des globes d'huile. — MM. ARMAND-DELILLE et DUHEM présentent les radiographies du thorax d'un enfant traité par un pneumothorax auquel succéda un oléothorax. L'huile s'est collectée dans les scissures en plusieurs globes d'un diamètre de 1 à 4 cm. La ponction a donné issue à une émulsion d'huile sans réactions cellulaires.

Détermination clinique de la dose suffisante en matière de sérothérapie antidiphtérique. — MM. L. WILLEMIN-CLOG et H. MÜLLER ont cherché à déterminer la dose suffisante de sérum antidiphtérique par différentes expérimentations successives.

Ils ont traité dans un premier stade 198 diphtéries, les unes par une dose unique de sérum correspondant à 400 unités par kilo, les autres suivant la technique classique des doses fortes et répétées. La petite dose s'est montrée suffisante vis-à-vis des formes bénignes et moyennes, mais s'est révélée insuffisante à l'égard des formes graves qui ont par contre bien réagi aux fortes doses.

Dans un deuxième stade, ils ont employé des doses moyennes, administrées le plus souvent en une seule injection. Ils se sont arrêtés aux chiffres de 600 unités par kilo dans les formes moyennes et le croup, et de 1200 unités dans les formes graves et les diphtéries trachéo-bronchiques. Ces doses leur ont dans tous les cas paru suffisantes.

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHon — 3, rue WATTEAU-COURBEVOIE-Seine

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

Laboratoires R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmacien
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

Huile Grise VIGIER à 40 %
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

Pour combattre	Pour Explorer
Asthme	Système Nerveux
Artériosclérose	Voies respiratoires
Lymphatisme	Utérus et trompes
Rhumatisme	Voies urinaires
Algies diverses	Sinus nasaux
Sciatique	Voies lacrymales
Syphilis	Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

SEMET-JEP-CARRÉ

Les auteurs insistent sur la difficulté de poser dès le premier examen le diagnostic de la forme et sur l'intérêt que présente à ce point de vue l'examen de la fausse membrane 24 heures après la première injection. Ils font enfin remarquer que le pourcentage de complications a été infiniment moins grand pour les cas traités par des doses moyennes ou faibles (18,8 %) que pour les cas traités à l'aide de fortes doses (44,7 %).

La forme chronique de l'invagination du nourrisson. — MM. Jean Hallé et Lecat rapportent l'histoire d'une enfant de 20 mois, chez laquelle avait débuté 10 mois auparavant un syndrome gastro-intestinal caractérisé par une diarrhée incessante et des vomissements, et ayant abouti rapidement à la cachexie. L'examen de l'abdomen montra que le côté droit était mat et le côté gauche tympanisé.

Le traitement médical améliora temporairement cet enfant, mais les accidents ne tardèrent pas à se manifester à nouveau ; bientôt la petite malade succomba du fait des progrès de sa cachexie.

A l'autopsie, les auteurs constatèrent l'existence d'un mégacolon et d'une invagination intestinale ; cette dernière était sans doute responsable de tous les accidents survenus durant les 10 mois de la maladie.

Ils insistent sur le fait que le lavement baryté n'a été d'aucun secours pour le diagnostic, et discutent les indications opératoires qui auraient pu être posées.

Sténose pylorique complète congénitale d'origine syphilitique. — M. Garrigou.

Ictère hémolytique et bronchectasie. — MM. J. Cathala, Armingeat et Gouyen ont observé chez un enfant de 6 ans un ictère hémolytique typique avec anémie, fragilité globulaire et splénomégalie. Cet enfant était d'autre part atteint de bronchectasie. La splénectomie amena la guérison rapide de l'ictère et de l'anémie.

Les auteurs attribuent à cette double lésion une origine congénitale et notent à ce propos que la grand'mère paternelle avait été aussi atteinte d'anémie avec splénomégalie et que plusieurs oncles du côté maternel étaient atteints de maladies familiales. Ils n'ont pu déceler d'aucune manière la syphilis à l'origine de ces accidents.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 1er février 1934)

Tumeur tératoïde sus-cérébelleuse. Ablation. Guérison. — MM. Marcel David, G. Loisel, G. Ramirez et M. Brun présentent une malade chez laquelle ils ont enlevé avec succès une tumeur, en partie kystique, sus-cérébelleuse sous-tentorielle, étendue jusqu'à la fente de Bichat.

Cette malade, âgée de dix-neuf ans, aveugle avec atrophie optique à bords peu nets, présenta, durant une certaine partie de l'évolution, des signes de la série infundibulo-hypophysaire. On constatait, en outre, une destruction de la selle turcique et des signes cérébelleux bilatéraux. Le diagnostic était hésitant entre un cranio-pharyngiome et une tumeur de la fosse postérieure. La ventriculographie confirma cette dernière hypothèse.

Les auteurs rappellent à ce sujet la relative fréquence des manifestations de la série infundibulo-hypophysaire au cours des tumeurs de la fosse postérieure, où elles sont en rapport, au moins partiellement, avec la distension du troisième ventricule, bien prouvée ici par la ventriculographie.

Ils insistent surtout sur la rareté d'une telle variété histologique au niveau de la fosse postérieure. La nature tératoïde de la tumeur leur semble nettement prouvée : 1° par les caractères du liquide kystique (liquide à paillettes) ; 2° par le polymorphisme des éléments de la lignée gliale, presque tous frappés de sénescence ; 3° par l'emplacement rétro-épiphysaire de la tumeur.

MM. Baudouin, Barré, Lhermitte discutent l'interprétation des syndromes infundibulo-hypophysaires observés au cours de l'évolution des tumeurs de la fosse postérieure.

La narcolepsie cryptogénétique avec onirisme et somniloquie. — MM. J. Lhermitte et R. Huguenin. Il est exceptionnel que la crise narcoleptique se double d'onirisme flagrant ; or, chez la malade présentée, chaque attaque de sommeil s'accompagne de rêves d'une particulière intensité : rêves angoissants, terrifiants, où elle aperçoit son père dans des situations dramatiques. Bien souvent, cet onirisme diurne s'extériorise par une activité psycho-motrice, qui attire l'attention de l'entourage. La malade parle tout haut, et répond, même inconsciemment, aux questions qui lui sont posées. Le sommeil nocturne reproduit les mêmes particularités que les crises hypnoleptiques.

Dans ce fait, l'origine de la narcolepsie n'apparaît pas clairement : c'est un exemple de syndrome de Gelineau avec cataplexie, qu'on pourrait qualifier avec Redlich de narcolepsie idiopathique. Toutefois, on note l'établissement tardif des règles, à dix-sept ans, ce qui donne à penser à une dysrégulation endocrinienne.

Un cas de syndrome thalamo-pédonculaire par hémorragie. — MM. Alajouanine, Coste et Thurel présentent une femme hypertendue, qui, à la suite d'un ictus, présenta un syndrome complexe constitué par une hémiplégie droite, qui a rapidement régressé, — par une hémi-anesthésie superficielle et profonde du même côté, avec anesthésie cornéenne, — par des paralysies oculaires, qui se sont rapidement dissociées, la paralysie du droit supérieur gauche étant la plus nette, — par un signe d'Argyll-Robertson complet et typique, qui disparut au bout de deux mois, — par un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche, — enfin par une surdité à gauche. Après la régression des symptômes, c'est le syndrome thalamique qui persista le plus longtemps. La ponction lombaire a donné, dès les premiers jours, du sang dans les trois tubes.

M. Garcin rappelle le cas de syndrome de Claude Bernard-Horner d'origine thalamique, qu'il a publié avec M. Guillain. Il signale qu'il a observé deux autres malades analogues.

M. Cl. Vincent pense que la lésion affecte l' « artère du noyau rouge », qu'il a décrite.

M. Alajouanine, M. Garcin, M. Haguenau, M. Guillain, M. Cl. Vincent, M. André Thomas font remarquer que, si le signe d'Argyll-Robertson d'origine syphilitique est indélébile, celui qui peut s'observer dans les lésions pédonculaires, dans la sclérose en plaques, dans les encéphalites infectieuses, est susceptible de régresser. Une discussion s'engage sur la fréquence des signes d'Argyll-Robertson d'origine non syphilitique. A cette discussion prennent part MM. Guillain, Charpentier, Baudouin, Cl. Vincent, Barré, Garcin, Alajouanine.

Neurospongiome de la région épiphysaire avec métastases médullaires. — MM. Alajouanine, Thurel et Oberling présentent les pièces anatomiques d'un homme qu'ils ont soigné pour un syndrome d'hypertension cranienne accompagné de syndrome de Parinaud et de signe d'Argyll-Robertson. Le diagnostic ayant été fait de tumeur de la région des tubercules quadrijumeaux, un traitement radiothérapique fut institué, qui entraîna en quelques jours une régression très marquée des symptômes, et en particulier la

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS
R. C., 2,16., Seine.

LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

Biomucine

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'estomac, l'anti-acide et le protecteur naturel de la muqueuse gastro-duodénale

HYPERACIDITÉ - ULCÈRES

Entéromucine

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'intestin, le régulateur et le protecteur naturel de la muqueuse intestinale

CONSTIPATION - COLITES

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE 37, Rue de Bourgogne - PARIS VII^e^
A. TABART docteur ès sciences physiques

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur bénigué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

disparition du signe d'Argyll-Robertson. Deux ans plus tard, à la suite d'une nouvelle poussée, un nouveau traitement radiothérapique déterminait encore une amélioration, lorsque, subitement, apparut une paraplégie médullaire, qui se compléta en quelques jours, et à laquelle le malade succomba.

L'autopsie montra une tumeur primitive, riche en bourgeons charnus, qui semblait avoir son point de départ dans la glande pinéale, et un essaimage de tumeurs secondaires dans le rachis, les unes intra-médullaires, les autres extramédullaires. Histologiquement, la tumeur était de type embryonnaire. Il s'agissait vraisemblablement d'un *neurospongiome de la glande pinéale.*

Présentation d'un cas d'encéphalopathie chez un jeune chien. — MM. Robin (d'Alfort) et Mollaret présentent un jeune chien, qui a été atteint de troubles divers et successifs : chute de la tête vers la droite, avec tendance au mouvement de manège, puis perte de l'équilibre, avec mouvement de tonneau vers la droite, mouvements giratoires de la tête, ensuite un léger syndrome cérébelleux, et enfin une légère paralysie du train postérieur avec diminution des réflexes. Actuellement, on ne constate plus chez ce chien qu'un syndrome cérébelleux très intense, mais sans nystagmus spontané. Les auteurs supposent une lésion du noyau caudé et de ses voies descendantes ; ils émettent l'hypothèse d'une hémorragie en deux temps, d'origine traumatique.

M. Lhermitte croit plus vraisemblable la nature encéphalitique du processus.

MM. André Thomas, Barré discutent le rôle respectif des lésions cérébelleuses et des lésions labyrinthiques.

Syndrome de compression médullaire en rapport avec une épidurite d'origine rhumatismale probable. Opération. Amélioration. — MM. Lechelle, Petit-Dutaillis, Thévenard et Schmite présentent un malade, chez lequel s'était constituée une paraplégie spasmodique sans troubles sensitifs. Il existait de plus un blocage sous-arachnoïdien complet, vérifié par la manœuvre de Queckenstedt et par les examens comparatifs du liquide céphalo-rachidien dans la région sous-occipitale et dans la région lombaire. La radiographie vertébrale décelait de grosses lésions de rhumatisme chronique.

L'intervention chirurgicale a montré une épidurite importante, et a permis d'enlever une bande de tissu fibreux épaisse de 1 cm. 5. Cette intervention uniquement extra-dure-mérienne a fait disparaître le blocage sous-arachnoïdien, et a provoqué une amélioration clinique. Le malade marche mieux et souffre moins. L'épreuve du lipiodol montre que le blocage sous-arachnoïdien a disparu.

La chorée fibrillaire de Morvan. — MM. H. Roger (de Marseille), E. Pékélis et J. Alliez décrivent un cas de cette affection, qui évolue depuis sept mois chez un jeune homme à la suite d'une infection gonococcique.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 27 janvier 1934)

Le rhumatisme et la goutte. Leur pathogénie et leur traitement. — M. P. Robin présente cet ouvrage de J. Sédillot, dans lequel ce dernier étudie sa doctrine très personnelle : l'immense majorité des rhumatismes chroniques, déformants et ankylosants sont de nature diathésique et, malgré des formes cliniques variables, reconnaissent à leur origine un fond pathogénique commun, qui commande pendant les premiers mois un traitement de fond univoque pour tous les cas. Dans sa thérapeutique, M. Sédillot préconise une méthode à la fois diététique et thérapeutique, dont la base essentielle est un régime sévère.

Présentation de pièce. — M. Séjourné présente une pièce opératoire d'hystérectomie pour torsion des annexes droites étiquetée d'abord appendicite chez une femme de 60 ans.

Ozonothérapie (ou pnélecthérapie). — Mlle Andrée Besson rappelle d'abord les phénomènes physico-chimiques qui président à la formation de l'ozone par effluvation de l'oxygène ou de l'air atmosphérique. L'effluve, qui bouleverse l'architecture atomique et sous-atomique, libère des électrons chargés d'électricité. Le gaz électrisé (ou *pnélecta*) est antiseptique, désodorisant, ouloplastique et analgésique. C'est le traitement de choix de toute suppuration et de toute plaie atone.

Tics de la face. — M. André Bernheim est d'avis que la diélectrolyse calcique transcérébrale, associée aux injections de sels calciques et d'extrait parathyroïdien pour rétablir le taux de la calcémie, est le traitement de choix des tics de la face et calme également les états nerveux.

Les coefficients cardiaques dynamiques. Applications cliniques. — M. A. Pruche.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 19 *mars.* — Jury : MM. Léon Binet, président ; Marcel Labbé, Loeper, Sergent. — M. L. Rusu. Les pleurésies interlobaires séro-fibrineuses. — M. Echégut. Les manifestations digestives du Basedow fruste. — M. Hiler-Wolf. Les hématuries de la fièvre typhoïde. — M. Maleyrie. La réanimation du cœur par les injections intracardiaques d'éther au cours des syncopes anesthésiques.

Mardi 20 *mars.* — Jury : MM. Claude, président ; Cunéo, Lenormant, Sénèque. — M. Fischer. Rapports médico-légaux entre suicide et assurance-vie. — M. Dupuy. L'arsénothérapie et les angines. — M. Zagdoun. La continence naturelle après ablation recto-sygmoïdienne pour cancer. — M. Baumann. Les hémopéritoines génitaux.

Jury : MM. Brindeau, président ; Jeannin, Nobécourt, Lantuéjoul. — M. Hervo. La torsion de la trompe utérine saine au cours de la grossesse. — M. Baumgart. Complications nerveuses de la varicelle. — M. Bombicher. La pneumonie franche aiguë dans la première année de la vie. — Mlle Fichmann. Les arthrites à gonocoques chez les enfants. — M. Tzinco. Grossesse et affections des glandes endocrines.

Jury : MM. Leredoullet, président ; Tanon, Joannon, Gastinel. — Mlle Carré. Retards de dentition et thymus. — M. Besson. Etude sur les eaux minérales de Bourges (Cher). — M. Dermer. La fièvre typhoïde à Jassy et l'épidémie de l'année 1931. — M. Galinier. La gangosa et les rhino-pharingites mutilantes des tropiques. — Mlle Jorger. Etude d'un nouveau dérivé intra-musculaire de l'arsénobenzol. — M. Zencker. La lutte contre les maladies vénériennes. — M. Rajchenbach. Epidémiologie de l'encéphalite léthargique en Pologne.

Mercredi 21 *mars.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Clerc, Fiessinger, Henri Bénard. — M. Fayance. Accidents consécutifs à la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Mlle Finkelstène. Etude de l'acidose salicylée. — Mlle Gothié. Etude des œdèmes et en particulier des œdèmes hépatiques.

Jeudi 22 mars. — Jury : MM. Lemaître, président ; Terrien, Halphen, Velter. — M. SALMON. La greffe de muqueuse buccale thérapeutique de Ptérygion. — M. BALLANGER. Ophtalmie purulente du nouveau-né et sérum de Stérian. — M. EYRIES. Les tumeurs bénignes de l'amygdale. — M. RENAUD. Etude de la dégénérescence amyloïde du larynx. — M. VAILLANT. Sur l'antivirusthérapie buccale et nasale. — M. VAN DEN BOSSCHE. Les accidents auriculaires au cours du diabète.

Jury : MM. Guillain, président ; Laignel-Lavastine, Olivier, Gayet. — M. DENQUET. Traitement de l'intoxication barbiturique par les injections intra-veineuses de strychnine. — Mlle RENAUD. Des effets de la stérilité sur l'état mental de la femme.

Vendredi 23 mars. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lemierre, Mathieu, Brulé. — M. SZER. Œdème aigu du poumon chez les femmes enceintes. — Mlle RONGET. Le sérum antidiphtérique purifié par électro-osmose. — M. BLIND. Etude des ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. — M. GUEDÉ. — Traitement des fractures de la cavité cotyloïde avec pénétration intra-pelvienne de la tête fémorale par l'appareil de Leveuf. — M. LAFON. Les calcifications péri-scapulo-humérales et leurs traitements.

Samedi 24 mars. — Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Leroux, Hazard. — M. HERSHSON. Etude des tumeurs malignes pédiculées de l'isthme du gosier de l'hypopharynx et du larynx. — M. LE GUENT. Etude sur la variabilité des espèces microbiennes.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LUXATION ANTÉRO-INTERNE DE L'ÉPAULE

S. COMPLICATIONS. DIAGNOSTIC [1]

EVOLUTION

Après une luxation *simple, réduite tôt*, si l'articulation est immobilisée *le moins longtemps possible* dans une écharpe de Mayor et *mobilisée très tôt*, la récupération fonctionnelle est rapide et complète.

COMPLICATIONS

A. **Complications précoces.** Reconnues par leur recherche systématique au cours du premier examen.

a) C. VASCULAIRES. Compression de l'artère axillaire, cédant après la réduction ;

Rarement, gros hématome axillaire.

b) C. NERVEUSES. Les lésions nerveuses sont *fréquentes* et peuvent être :

1. *Tronculaires.* — α) *Paralysie du circonflexe :*

Doit être dépistée avant toute réduction par l'exploration de la sensibilité du moignon de l'épaule ;

L'*anesthésie du moignon* traduit l'atteinte nerveuse ;

La paralysie du deltoïde est plus difficile à apprécier.

β) *Paralysie radiale :* évidente et rare.

Ces para-tronculaires par contusion ou élongation s'améliorent généralement après la réduction.

2. *Radiculaires.* — α) Soit *type radiculaire supérieur :*

Paralysie du deltoïde-biceps-brachial antérieur-long supinateur.

β) Soit *type radiculaire inférieur :*

Paralysie des muscles fléchisseurs des doigts ;

Paralysie des muscles de la main ;

Troubles oculo-pupillaires.

γ) Soit *type radiculaire total :*

Ces paralysies radiculaires, dues à l'élongation, l'écrasement ou l'arrachement des racines sont plus graves que les précédentes et non influencées par la réduction.

c) C. OSSEUSES. — 1. Il faut insister particulièrement sur la *fréquence des fractures parcellaires ;*

— Surtout la FRACTURE DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ :

Soupçonnée cliniquement par : la douleur exquise en un point précis ; l'ecchymose et la crépitation ; *l'irréductibilité* de la luxation. Confirmée par la radio.

— Plus rarement : *la fracture du rebord glénoïdien,* qui rend la luxation incoercible après réduction.

2° *La fracture du col chirurgical* est moins fréquente :

C'est l'aspect clinique de la luxation, mais : les mouvements que l'on peut imprimer au coude :

— Sont : anormaux, étendus, *douloureux ;*
— *Ne sont pas transmis à la tête ;*
— Entraînent de la crépitation.

Le traitement en est difficile.

3. Quant à la *fracture du col anatomique,* elle est *rare* et revêt le pronostic des fractures articulaires.

C. **Complications secondaires.** Nous citerons :

a) *La luxation récidivante.* Se reproduisant sous une influence minime et pouvant, du fait de sa reproduction répétée, nécessiter un traitement chirurgical.

b) *La paralysie du deltoïde.* Qui peut apparaître secondairement par englobement fibreux du nerf.

c) *La périarthrite scapulo-humérale* et l'*arthrite traumatique.* Fréquentes chez les sujets âgés et à la suite de fractures parcellaires.

D. **Complication tardive.** — La *luxation ancienne,* que l'on peut rencontrer encore aujourd'hui à la suite d'un manque de réduction ou d'une récidive non réduite.

Un gros travail de cicatrisation a figé l'épaule. Cependant le blessé a pu récupérer quelques mouvements (*jeu compensateur de l'omoplate* plus que néarthrose partielle).

L'*atrophie musculaire* rend la déformation évidente.

Après un essai de réduction, on envisagera le traitement chirurgical, en se basant sur l'âge, la profession, la situation sociale du sujet et le degré de l'infirmité actuelle.

DIAGNOSTIC

En pratique, *le diagnostic d'une luxation récente est évident.* — Seules les FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS pourraient prêter à erreur, mais :

— *Il n'y a pas de dépressibilité sous-acromiale ;*

— La mobilisation du bras : *n'entraîne pas la tête,* peut produire la crépitation.

— Le *coude peut être rapproché du corps.*

De plus, en cas de fracture du col chirurgical :

— Il existe un *coup de hache externe ;*
— Il n'existe pas de S. de l'épaulette.

Donc, s'attacher surtout à rechercher :

— L'*association d'une luxation et d'une fracture ;*
— Les autres *complications précoces.*

1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 21, p. 374.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE

ELIXIR ET PILULES GREZ

CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF = DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul[e] Ornano PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ
PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES
POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

le Compral

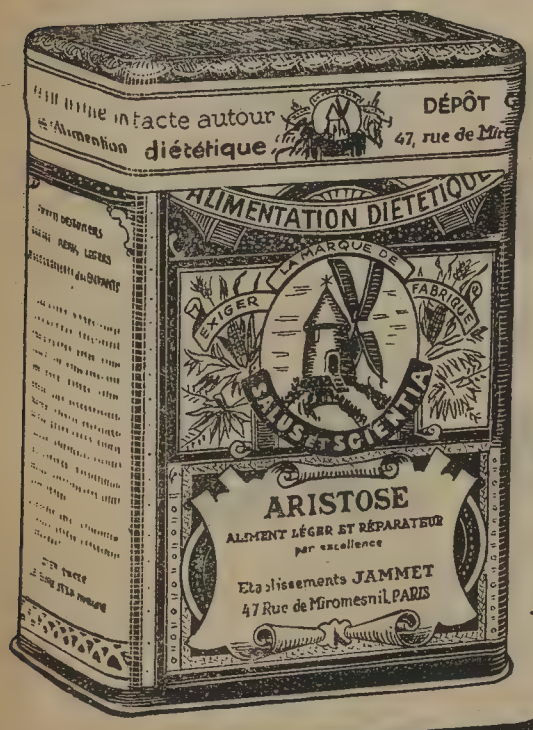
calme la douleur quelle qu'en soit la cause...

INNOCUITÉ ABSOLUE
TOUJOURS BIEN TOLÉRÉ
PAS D'EFFETS HYPNOTIQUES
NE RENFERME : NI TOXIQUES
NI STUPÉFIANTS, NI ALCALOÏDES

En boîtes de 10 comprimés à 0 gr. 50

LABORATOIRES LOBRU
26, rue Vauquelin, PARIS (5e)

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des
Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
:: **CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS** ::

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets. JAMMET, rue de Miromesnil, 47. PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R. C. Versailles 25.292

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 24 MARS 1934. — N° 24.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses. Clinique, anatomie pathologique, expérimentation, par MM. J. Lhermitte et Cassaigne.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Marseille. — Société de médecine d'Alger.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le sénateur Armbruster et les médecins étrangers, par M. Maurice Mordagne.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité). — Sont déclarés admissibles :

MM. Besançon, Uhry, Mme Roudinesco, MM. Cachera, Mollaret, Lièvre, Lamy, Kourilsky, Degos, Kaplan, Pollet, Caroli.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Reims. — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux et hospices civils de Reims s'ouvrira dans la seconde quinzaine de juin à l'hôpital civil de cette ville, rue Cognacq-Jay.

Inscriptions avant le 31 mai 1934.

Renseignements au secrétariat des hospices, 1, place Museux, à Reims.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs de Coquet (de Bordeaux), Godeau (de Mantes).

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Louis-Henri Debayle, professeur à l'Ecole de médecine de Léon (Nicaragua).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Noyer, médecin chef de service de l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne) (poste créé).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Est désigné pour faire partie de la Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques pendant l'année 1934, comme représentant de l'administration (membre suppléant), M. le médecin général Langlois, en remplacement de M. Esquieu.

EXERCICE ILLÉGAL. — Le *Journal officiel* du 17 mars 1934 publie la loi du 16 mars 1934 dont nous avons déjà donné le texte (*Gaz. des hôpit.*, 1934, p. 322). Cette loi comporte un article unique que nous rappelons :

Article unique. — L'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est complété par l'additif suivant :

« 2° Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste, en ce qui concerne l'odontologie, utilisera les rayons Rœntgen dans un but de diagnostic et de thérapeutique. »

EXAMEN DE MÉDECIN SANITAIRE MARITIMF. — Un examen de médecin sanitaire maritime aura lieu à Paris en juin.

En vue de préparer les candidats, un enseignement spécial sera organisé à la fin de mai, au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, à une date qui sera publiée ultérieurement.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — *Réunion du Conseil d'adminis-*

BIOPHORINE GIRARD

Kola-Glycérophosphatée

ASTHENIE - NEVROSES - CONVALESCENCES

tration du 15 mars 1934. — Un poste de chirurgien se trouve actuellement vacant à l'hôpital français de Jérusalem par suite de la mort du docteur Roux. Nous avons immédiatement transmis le renseignement aux doyens des diverses facultés et avons déjà reçu plusieurs candidatures que nous avons transmises au ministère des Affaires étrangères.

Un second poste de médecin à Antioche va se présenter.

On décide la création d'un Comité médical français devant entrer en rapport avec un Comité italien actuellement en formation.

Une lettre nous annonce la réunion à Belgrade, du 28 avril au 1er mai, de la Société de chirurgie yougoslave; les trois questions à l'ordre du jour sont : Le traitement chirurgical de la tuberculose du poumon et de la plèvre; La pathologie et le traitement des fractures des os longs; Les indications élargies de l'opération césarienne. Le professeur Sergent ira y représenter la Faculté et traitera la question du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

Des lettres de M. Cardinaux demandent à créer des relations avec l'Irlande; M. Armand-Delille se rendra à Dublin pour y faire des conférences en anglais.

Election d'un nouveau membre : M. Martuny.

(*Communiqué.*)

FONDATION LADY TATA (pour favoriser les recherches sur les maladies du sang). — Cette Fondation a été créée en avril 1932 par un don du regretté sir Dorabji Tata (de Bombay), en souvenir de sa femme Lady Tata, dans le but de favoriser les recherches sur les « Maladies du sang », et plus particulièrement sur la « Leucémie ».

Quatre bourses, chacune d'une valeur de 400 livres sterling par an, seront attribuées en juin 1934 à des travailleurs (hommes ou femmes de toutes nationalités) pour des recherches sur les maladies du sang, et se rapportant particulièrement à la leucémie. Chaque bourse sera valable pour un an, à partir du 1er octobre 1934 et pourra être renouvelée jusqu'à une durée normale maximum de trois ans. Les bourses seront attribuées de préférence à des candidats qui consacreront tout leur temps à des recherches; mais un candidat donnant une partie de son temps à l'enseignement pourra en bénéficier à condition que les administrateurs, conseillés par le Comité consultatit, soient d'avis que les devoirs de sa charge ne l'empêcheront pas de consacrer la meilleure partie de son activité à ces recherches.

Les candidats à la bourse Lady Tata devront faire parvenir leur demande jusqu'au 15 avril prochain au professeur A. Vacha, Calvin Str. 27 à Berlin, NW 40, où ils pourront obtenir des formules de demandes. En cas de retard pour raisons exceptionnelles, les demandes pourront encore être acceptées jusqu'au 30 avril 1934, mais passé ce délai aucune ne sera prise en considération.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHYSIOLOGIE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. Chailley-Bert, agrégé, commencera le mardi 24 avril 1934, à 14 h., à l'amphithéâtre Vulpian, une série de conférences réservées aux médecins et aux étudiants en médecine, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Le muscle, le système nerveux, l'appareil cardio-pulmonaire; Les méthodes d'éducation physique, leurs indications; L'éducation physique aux différents âges; L'éducation physique et ses rapports avec la médecine.

— CHAIRE D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE. (Professeur : M. R. PROUST) — M. le professeur R. Proust reprendra son cours le mardi 10 avril, à 16 h., au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au même amphithéâtre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Brinon (de Limoges), Georges Grandjean (de Conflans), ancien député de Briey, ancien conseiller général de Meurthe-et-Moselle.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Marcel Lambret, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, décédé dans sa 29e année. Nous prions son père, M. le professeur Lambret, d'agréer l'expression très émue de nos affectueuses condoléances.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SÉNATEUR ARMBRUSTER ET LES MÉDECINS ÉTRANGERS

Avant de quitter Paris, M. le sénateur Armbruster nous fait savoir que le décret projeté sur les études médicales des étrangers et ajourné par le Conseil Supérieur de l'Instruction publique, dans sa dernière session, l'a vivement ému.

Il est évident, dit-il, *que ce décret ne semble pas en contradiction avec le texte même de la loi dont j'ai pris l'initiative ; mais il n'est pas douteux qu'il va donner des facilités plus grandes aux étrangers titulaires d'un doctorat d'Université pour obtenir le doctorat d'Etat.* Et le Dr Armbruster ajoute qu'il étudie la solution de ce nouvel obstacle qu'il n'avait pas prévu.

Les incidents très récents de la Faculté de Droit doivent en effet nous inciter à rester vigilants pour déjouer tous les projets qui seraient opposés à l'esprit de la loi Armbruster. *Protégeons avant tout les fils de la maison*, selon l'heureuse expression du professeur Albert Fedel au Conseil supérieur, et évitons les naturalisations massives, dont nous sommes depuis quelques mois menacés. Les syndicats des médecins parisiens qui sont très au courant du danger, se doivent d'intervenir auprès des Pouvoirs publics sans tarder.

MAURICE MORDAGNE.

Fds de PHARMACIE dit "PHARMACIE DU CADUCÉE"
114 Bd St-Germain. M à p. 250.000 fr. (pt ét b.)
Mat. march. en sus. Cons : 35.000 fr. Adj. 18 avril 1934 à 14 h. 30. Et. SIMON, not. 26 Bd St-Michel.

Fds d' HERBORISTERIE PARFUMERIE ACCESSOIRES.
Pharmacie, 3, r. Simart. M. à p.: 40.000 fr. (pt ét. b.) Cons.: 8.000 fr. esp. Adj. Et. BRUNEL, not., 4, r. de la Paix, le 10 avril à 14 h. s'y adr.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

LENIFORME

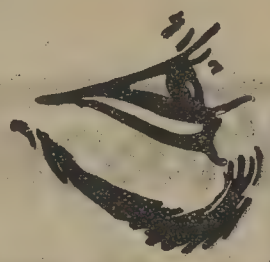
2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE



l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

QUELQUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES

DAUSSE

Médications :

ANTIDIARRHÉIQUE — La **SALICAIRE** DAUSSE (*fluide*) - 3 à 5 grammes par jour.

ANTIFURONCULOSIQUE — L'**ANTIFURONCULEUX** DAUSSE - (Bardane stabilisée, Etain, Manganèse) 3 pilules matin, midi et soir.

ANTISPASMODIQUE — **L'INTRAIT de PASSIFLORE** (Intraits de Passiflore, de Valériane, Aubépine, Gelsémium) - 2 cuillerées à café par jour, 1/4 d'heure avant le repas de midi et du soir.

ANTITUBERCULEUSE — Les **CAMPHODAUSSE** injectables

a) **Strychniné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Strych. 0,001) 1 ampoule par jour.

b) **Cholestériné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02) 1 ampoule tous les 2 ou 3 jours.

c) **Strychniné-Cholestériné**. *amp. 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02; Sulf.-Strychniné 1/2 millig.)

d) **Spartéiné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Spartéine 0,04) 1 à 3 ampoules par jour.

HÉPATIQUE — **ARTICHAUT** (*pilules* DAUSSE) 4 à 6 par jour avant les repas — **HÉPATIQUE** *tisane* DAUSSE) 1 tasse à thé d'infusion le soir au coucher

NERVEUSE — Les Gouttes **ARSÉNOSTHÉNIQUES** DAUSSE (Strychnine, Méthylarsinate, Extrait Cola, Extr. Quina) XX gouttes = Sulf.-Strych. 0,001; Méthyl. 0,005.

Débuter par 10 gouttes à chaque repas, progresser jusqu'à l'apparition des symptômes de saturation ; on peut atteindre ainsi progressivement 100 et même 200 gouttes par repas. (Cette dernière dose 0,01 de Strychnine.

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

LES MANIFESTATIONS CÉRÉBRALES DES EMBOLIES GAZEUSES

CLINIQUE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. EXPÉRIMENTATION

Par MM. JEAN LHERMITTE et CASSAIGNE.

Rien n'est plus intéressant que d'observer l'évolution des idées et des théories qui se sont fait jour à propos de l'embolie gazeuse. Alors que nos lointains prédécesseurs connaissaient fort bien les méfaits dus à l'introduction d'air dans les veines, il semble, aujourd'hui, que le problème que pose l'embolie gazeuse se soit singulièrement obscurci.

Que voyons-nous, en effet, en étudiant de près la littérature médicale ? Ceci, que les Dictionnaires ou les Traités de Médecine d'autrefois contiennent des descriptions excellentes de la clinique et de l'anatomie pathologique de l'embolie gazeuse, alors que les ouvrages plus récents n'y font qu'une modeste allusion ou même la passent sous silence.

Toutefois, depuis la mise en œuvre d'une manière courante du pneumothorax thérapeutique, des discussions se sont élevées sur la pathogénie de certains accidents nerveux survenant au cours des opérations sur la plèvre. Et le problème de l'embolie gazeuse est redevenu tout d'actualité.

Récemment, Lhermitte et Aman-Jean ayant observé un cas très particulier et démonstratif d'embolie gazeuse récidivante, la question de la réalité de la pénétration de bulles dans les artères cérébrales après la traversée pulmonaire, a été discutée à la Société de Neurologie, et tous les orateurs qui prirent part à la discussion s'élevèrent contre la thèse soutenue par Lhermitte et Aman-Jean de l'origine cérébrale, organique, de l'hémiplégie, qui en rattachaient l'origine à un trouble vaso-moteur directement lié à la circulation de bulles gazeuses dans les artères nourricières du cerveau.

Comme il s'agit d'un problème qui, non seulement, est attachant du point de vue physio-pathologique mais dont il importe de donner la solution pour la prophylaxie des accidents nerveux que nous visons, nous avons pensé qu'il pourait être intéressant à beaucoup de titres, de reprendre complètement l'étude des manifestations cérébrales observées à la suite de la pénétration d'une certaine quantité d'air dans le système veineux périphérique et dans le système veineux pulmonaire.

***

I. L'EMBOLIE GAZEUSE D'ORIGINE EXTRA-PULMONAIRE. L'EMBOLIE CROISEE.

Pour prendre un exemple concret nous rappellerons l'observation très pure de Lhermitte et Aman-Jean.

Il s'agit d'un homme de 63 ans, chez lequel une adénopathie cervicale gauche particulièrement dure permettait de penser à l'existence d'un néoplasme épithélial profond.

Le 8 juin, une biopsie est pratiquée au niveau le plus saillant de la tumeur, c'est-à-dire dans l'espace sus-claviculaire. La veine jugulaire externe est blessée, un bruit d'aspiration se fait entendre au niveau de la plaie, par trois fois ; la plaie est tamponnée. Au bout de quelques secondes, l'auscultation permet d'entendre distinctement, dans la région pré-cordiale, un « bruit de moulin », un gargouillement doux, étouffé, comme le bruit d'une gouttière par un temps d'averse.

Le malade n'accuse aucun malaise, le pansement est terminé et l'on pense qu'aucune complication ne surviendra. Lorsque le malade se lève, c'est-à-dire cinq minutes après l'aspiration d'air par la veine jugulaire, on remarque que la respiration du patient est embarrassée, qu'il est couvert de sueur. Bientôt le bras et la jambe retombent lourdement ; l'hémiplégie est constituée. Celle-ci, qui s'accompagne d'obnubilation psychique, dure une demi-heure.

Le malade est couché, réchauffé, et une heure après, tous les phénomènes nerveux se sont dissipés.

Le 14 juin, le malade se présente à nouveau. Pendant tout le temps qui s'est écoulé depuis le premier accident, le malade n'a éprouvé aucun malaise. Le pansement du cou est enlevé avec beaucoup de prudence, car on soupçonne que la veine jugulaire est encore béante.

Malgré toutes les précautions, après l'ablation de la dernière compresse, trois ou quatre bruits d'aspiration se font entendre, et quelques minutes après, le malade bredouille, pâlit et s'affaisse.

On étend le malade, qui est en plein coma, pâle, la respiration est stertoreuse. L'asymétrie faciale est criante et le malade fume la pipe du côté gauche.

Cinq minutes après, la déviation oculaire change de sens, les yeux sont dirigés du côté droit. L'extension de l'orteil est très prononcée à droite.

Transporté dans son lit, le malade reste sans connaissance vingt minutes. On l'examine alors attentivement et l'on constate une déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, une paralysie complète du bras et de la jambe gauches, une exagération des réflexes tendineux du même côté, mais sans clonus. Les réflexes cutanés sont diminués à gauche et le réflexe plantaire s'effectue en extension franche. La sensibilité est légèrement diminuée au tact.

Cette hémiplégie rétrocède asssez rapidement et une demi-heure après l'examen le malade est capable de remuer le bras et la jambe paralysés et même de se tenir debout.

La force musculaire, cependant, est diminuée dans les membres inférieur et supérieur gauches.

Le lendemain, l'hémiplégie était complètement guérie.

Voici donc un fait qui a la valeur d'une expérience. A deux reprises, la pénétration d'une certaine quantité d'air dans la veine jugulaire externe a déterminé l'apparition d'une hémiplégie la plus nettement organique et la mieux curable. Cette hémiplégie, qui ne peut plus être versée au chapitre des accidents hystéro-traumatiques, comme le voulait encore M. Ch. Lenormant il y a une vingtaine d'années, est-elle due à un réflexe ? Devons-nous admettre, ainsi que l'écrit encore Alajouanine, que l'embolie gazeuse engagée dans la circulation pulmonaire est la cause d'un trouble réflexe se traduisant dans le système circulatoire encéphalique sous la forme, sans doute, d'un spasme localisé mais transitoire ? Ou devons-nous l'interpréter comme une manifestation d'une perturbation vaso-motrice directement liée au passage de bulles d'air dans la circulation artérielle du cerveau ?

Tel est le problème que nous voulons envisager.

Mais, avant d'en venir à l'explication pathogénique des manifestations cérébrales de l'embolie gazeuse, il nous faut rappeler quelques données cliniques fondamentales. Tout d'abord celle-ci, que l'embolie gazeuse peut survenir non pas seulement dans les blessures des veines qui traversent les régions dites « dangereuses » au point de vue chirurgical, mais encore dans tous les territoires veineux des os et des viscères.

Il semble aujourd'hui, au moins en Allemagne, que les veines utérines forment une des plus importantes voies de pénétration de l'embolie gazeuse. Récemment Neller rapportait l'observation d'une femme de 25 ans qui, au cours de manœuvres abortives, exécutées avec un appareil à pompe, est frappée brusquement d'ictus avec cécité. Le lendemain, on constate une hémiplégie droite des myoclonies du bras, l'exagération des réflexes tendineux, avec hypertonie et hémianalgésie.

Le jour d'après, la malade, toujours dans le coma, présente des crises épileptiques généralisées. Ce n'est qu'au quatrième jour que le coma se dissipe, tandis que persiste le signe de Babinski bilatéral.

La ponction lombaire donne issue à un liquide contenant trois à quatre éléments par millimètre cube avec réactions de Pandy, de Weichbrodt et Nonne, positives, tandis que la réaction de Wassermann est absolument négative, dans le sang et dans le liquide C. R.

Progressivement l'état s'amenda et un mois après la date de l'embolie, la patiente pouvait marcher en traînant encore la jambe droite.

Le cas publié par Nardhard est du même ordre. Nous retrouvons, ici encore, l'hémiplégie, les myoclonies, l'exagération des réflexes tendineux, mais dans ce fait la malade succomba au bout de quelques jours à une pneumonie.

C'est encore à la suite d'un avortement provoqué au septième mois de la grossesse, que la malade observée par Moeller perd connaissance et présente des convulsions épileptiques subintrantes. La mort étant survenue au troisième jour, l'autopsie est faite et permet de découvrir la présence d'une masse d'air dans le ventricule gauche du cœur.

C'est toujours à la suite d'un avortement, provoqué ici au deuxième mois, que la malade soignée par Neuburger et Walcher est atteinte de convulsions toniques, tétaniques, avec hypertonie généralisée, surréflectivité tendineuse et myoclonies. Le deuxième jour, les crampes tétaniques des extrémités s'exagèrent, les myoclonies persistent sur la jambe droite. La mort survient bientôt.

Nous reviendrons plus loin sur les constatations histologiques qui furent faites par Neuburger.

Dans tous les faits que nous venons de rapporter et qui sont calqués les uns sur les autres, l'introduction de l'air dans les sinus utérins a été réalisée grâce à un appareil à pompe par lequel on injecte, tout ensemble, de l'eau et de l'air sous pression. Le passage de l'eau dans le sang ne peut être évidemment tenu pour responsable des accidents observés ; seule la pénétration d'air peut être incriminée dans le déterminisme des manifestations cérébrales.

Les phénomènes cliniques qui se retrouvent toujours dans les observations précédentes ne sont nullement particuliers à l'embolie gazeuse d'origine utérine. Ces accidents sont les témoins des embolies gazeuses les plus diverses dans leur origine.

En 1818, Beauchêne, par exemple, rapporte l'observation d'un malade opéré pour une tumeur de l'épaule. Au moment où l'on scie la clavicule, le malade devient pâle et dit : « Je suis mort, mon sang tombe dans mon corps. » Quelques instants après, apparaissent des mouvements convulsifs et l'amaurose.

A l'autopsie, les vaisseaux visibles du cerveau se montrent gorgés d'air.

Dans la *Gazette Médicale* de 1837, nous relevons encore une observation très significative de Warren. Il s'agit d'une malade opérée pour tumeur maligne de la parotide. La veine faciale est ouverte, on perçoit un gargouillement hydroaérique, le cœur se met à battre violemment, puis apparaissent des convulsions épileptiques et une hémiplégie droite avec aphasie. La paralysie persista pendant un jour tandis que la perte du langage ne dépassa pas une heure.

Il nous serait facile d'accumuler les observations du même ordre, éparses dans la littérature médicale, mais il nous semble que ce serait faire œuvre fastidieuse que de les rappeler ici.

De tous ces faits, il résulte que dès qu'un gros tronc nerveux est ouvert dans une zone dangereuse, une embolie gazeuse est toujours possible et que les manifestations par lesquelles elle se traduit revêtent une physionomie très caractéristique.

Quelques instants après le bruit de gargouillement que l'on peut entendre au niveau du ventricule gauche, le malade devient pâle et éprouve une angoisse indicible : la vue s'obscurcit, le patient tombe sans connaissance, puis, très souvent, surviennent des crises convulsives généralisées ou localisées avec perte de la connaissance.

Lorsque le malade sort du coma, on constate une hémiplégie avec ou sans aphasie, parfois une monoplégie et, dans des cas plus exceptionnels, une hémiplégie *cruciata* caractérisée par une monoplégie brachiale et une monoplégie crurale contro-latérale.

La nature organique de ces paralysies et de ces convulsions ne peut être mise en doute, attestée qu'elle est par tous les signes spécifiques que l'on connaît : signe de Babinski, exagération de la réflectivité, tendineuse avec trépidation épileptoïde, troubles de la sensibilité objective.

Certains auteurs, à commencer par Lenormant, ont pris argument de la fugacité de ces phénomènes pour en inférer leur nature hystérique. La question est aujourd'hui jugée ; pour transitoires que puissent être ces paralysies ou les convulsions secondaires aux embolies gazeuses, ces manifestations portent en elles la marque la moins douteuse de l'organicité.

*
* *

II. — L'EMBOLIE GAZEUSE CONSECUTIVE AUX INTERVENTIONS SUR LA PLEVRE. L'EMBOLIE DIRECTE

Depuis l'introduction en thérapeutique du pneumothorax, on observe dans des cas qui sont moins rares qu'ils ne le paraissent, des phénomènes tout à fait

identiques par leur allure clinique à ceux que nous avons attribués aux embolies gazeuses à détermination cérébrale.

Dans la littérature médicale les exemples abondent et nous pouvons rappeler ici les observations que nous devons à Sillig, Noegeli, Verdinat, Amat et Berthier, H. Descomps, Sergent, Baumgartner et Kourilsky, Laignel-Lavastine, A. Miget et J. Odinet, P. Pruvost, Meyer et de Sèze, Valtis, Triboulet et Polacco, Frisch, Seidemann, Tixier et Bertrand, de Sèze et P. Ducos, André Breton entre autres, observations qui sont marquées par un tableau clinique identique à celui que nous avons rappelé plus haut.

Il convient de noter d'ailleurs que tous ces accidents sont superposables à ceux qu'avait étudiés Bouveret dans son Traité de l'empyème en 1888.

D'après Cestan, les complications nerveuses provoquées par l'intervention sur la plèvre peuvent être groupées sous trois chefs : les manifestations syncopales, les accidents convulsifs et l'hémiplégie. La syncope est un accident de la plus haute gravité et entraîne souvent la mort immédiate. Les convulsions épileptiques, malgré leur répétition, comportent un pronostic plus favorable. Quant aux hémiplégies, bien souvent elles s'atténuent rapidement et disparaissent sans laisser aucune trace, bien que, nous le répétons, leur nature organique ne laisse prise à aucun doute.

Etude clinique. — Lorsqu'on relit les observations d'embolie gazeuse survenue à la suite d'un pneumothorax thérapeutique, on se convainc qu'il est vraiment difficile de scinder aussi nettement qu'on a voulu le faire les complications nerveuses en trois formes aussi distinctes.

Dans un grand nombre de cas, la perte de connaissance, l'hémiplégie et les convulsions épileptiques chevauchent et s'intriquent. Et, en général, voici comment les choses se passent.

Aussitôt après la ponction, ou à la suite de l'insufflation pleurale, le sujet ressent une douleur thoracique très aiguë, accompagnée d'une angoisse indicible ; le cœur précipite ses battements, puis la vue s'obscurcit, des vertiges accentuent encore l'intolérable malaise, « l'affreuse agonie » disaient les anciens. Enfin les fonctions de conscience se suspendent, le malade s'écroule s'il est assis. La face est pâle, parfois légèrement cyanotique, la respiration peut se suspendre pendant quelques instants.

A ces phénomènes généraux se superposent des manifestations qui témoignent plus particulièrement d'un trouble fonctionnel des centres nerveux : déviation conjuguée de la tête et des yeux, grimacements, paralysie faciale, hémiplégie, monoplégie, hémiplégie *cruciata*.

La paralysie secondaire à l'embolie gazeuse présente, nous ne saurions trop y insister, des caractères assez différents de l'hémiplégie classique qu'engendrent les foyers hémorragiques ou malaciques. Ici, en effet, les membres paralysés se montrent tantôt en résolution, tantôt en état d'hypertonie. Les réflexes tendineux apparaissent souvent exaltés dès les premières minutes qui suivent la perte de connaissance, et s'associent au clonus du pied et à la danse de la rotule. Mais, fait plus intéressant encore, la spasticité peut ne pas persister, et paralysie et contractures peuvent se dissiper dès le lendemain de l'accident. De plus, il est des cas où la paralysie paraît oscillante, disparaissant ici pour reparaître dans les membres qu'elle a quittés ou dans d'autres qui jusque-là étaient indemnes. L'extension de l'orteil, le signe de Babinski, est généralement des plus nets, mais, et c'est là encore une des particularités cliniques, l'extension de l'orteil est souvent aussi manifeste du côté hémiplégique que du côté en apparence sain.

Il convient de signaler également un trait assez spécial de l'embolie gazeuse : l'alternance de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Dans plusieurs observations (Seidemann, Lhermitte et Aman-Jean) la déviation s'établit d'abord du côté des membres paralysés pour se faire ensuite du côté de la lésion. Quant à l'évolution des accidents cérébraux dus à l'embolie gazeuse, ici encore, on ne peut qu'être très frappé par certains caractères très particuliers. Loin d'être soumises à des règles assez fixes, comme l'hémiplégie du ramollissement ou de la thrombose, les paralysies dues à l'embolie gazeuse sont déconcertantes par le caprice, l'irrégularité, l'étrangeté même de leur évolution. L'hémiplégie la plus massive, la cécité la plus absolue, cèdent souvent en quelques heures ou en quelques jours sans laisser aucune séquelle.

Nous verrons au chapitre de l'anatomie pathologique quelle est la raison de cette évolution singulière et capricieuse.

Les faits que nous venons de rappeler témoignent d'une manière rigoureuse que les manifestations nerveuses qui apparaissent à la suite des interventions sur la plèvre, sont exactement calquées sur les accidents nerveux liés aux embolies gazeuses. Aussi était-il légitime de supposer qu'une même pathogénie devait être applicable aux phénomènes nerveux engendrés par les embolies gazeuses périphériques et aux manifestations nerveuses consécutives aux interventions pleurales. Mais, seule, l'expérimentation pouvait résoudre le problème.

*
* *

III. — L'EXPERIMENTATION

Il y a une vingtaine d'années, la théorie selon laquelle les manifestations nerveuses liées à l'introduction de l'air dans les veines étaient la conséquence d'un réflexe, ralliait le plus grand nombre des esprits en France. Au contraire, en Allemagne, sous l'impulsion de Brauer et de Petersen, la doctrine opposée l'emportait. Brauer avait, en effet, montré, qu'en s'entourant de toutes les précautions requises, on pouvait observer directement la présence de bulles gazeuses dans les artères cérébrales de sujets ayant succombé au cours d'interventions pleuro-pulmonaires. Mais il était nécessaire que les résultats expérimentaux vinssent appuyer, par un grand nombre de témoignages, cette constatation anatomique.

Grâce aux expériences de Brauer, de Wever, de Neuburger, de Kleinschmidt, de Heller, Mager et Von Schroetter, nous possédons les données les plus décisives sur les conséquences, tout ensemble cliniques et anatomiques, de l'introduction de l'air dans les vei-

nes pulmonaires. Ces expérimentateurs ont montré que l'introduction de quelques centimètres cubes d'air dans les vaisseaux pulmonaires d'un animal, suffit à déterminer la mort et à reproduire les mêmes accidents que ceux qui marquent les interventions pleurales chez l'hommme.

Dans les faits que nous rappelons, on ne saurait douter qu'il s'agisse de véritables embolies gazeuses cérébrales car, lorsqu'on injecte directement dans la carotide du lapin une certaine quantité d'air, on reproduit très exactement les accidents nerveux : paralysie, contractures, spasmes convulsifs, par lesquels s'extériorise, chez l'homme ou chez l'animal, la pénétration par effraction de l'air dans le tissu pulmonaire.

La théorie du réflexe pleural s'appuyait, il est vrai, sur quelques expériences assez mal interprétées de Cordier ; mais celles-ci furent réduites à néant par les recherches décisives de Crozier qui montra que l'injection intrapleurale de substances irritantes, de teinture d'iode, par exemple, ne détermine jamais d'accidents nerveux, et que lorsque ceux-ci apparaissent, il y a toujours blessure du poumon et pénétration dans le parenchyme, et dans le sang, du liquide injecté.

Mais si nous comprenons facilement l'entraînement des bulles gazeuses dans la petite circulation et leur pénétration dans le cœur gauche, puis dans les artères périphériques, dans le cas d'effraction pulmonaire, il n'en est pas de même pour les embolies gazeuses dont le point de départ se trouve dans une veine périphérique ; aujourd'hui encore, certains auteurs, pour une raison qui d'ailleurs nous échappe, tiennent l'obstacle pulmonaire pour infranchissable. Les expériences avaient montré, cependant, il y a longtemps, à Nysten et à Magendie, que même sous une pression inférieure à la normale, l'air traverse le réseau capillaire des membres aussi bien que le réseau capillaire du cerveau. Injecté dans la carotide, l'air fait retour rapidement dans les cavités gauches du cœur.

Est-il besoin de rappeler que Barthélemy, Amussat, Bouillaud ont pu injecter dans les veines du cheval, des quantités d'air vraiment extraordinaires (24 litres) et que le sang de l'animal se montrait spumeux et aéré aussi bien dans le réseau veineux que dans les ramifications artérielles.

Mais il y a plus. Les recherches poursuivies chez l'animal par Kleinschmidt, Photakis et nous-mêmes, éclairent singulièrement le problème. Kleinschmidt relie une artère pulmonaire du lapin à un récipient contenant une solution colorée. Celle-ci traverse le poumon sous faible pression et apparaît dans les veines pulmonaires et le cœur gauche. Si l'on injecte à la solution colorée un centimètre cube d'air, on voit apparaître dans les veines pulmonaires et dans le cœur gauche un fourmillement de petites bulles gazeuses.

Photakis de son côté injecte de l'air dans l'utérus de la lapine gravide et fait éclore des crises convulsives avec mydriase, troubles de la respiration dont l'aboutissant commun est la mort. Or, dans ces faits, on retrouve des bulles gazeuses dans l'aorte et les artères cérébrales.

Chez 12 lapins, nous avons pratiqué l'injection d'air dans la veine marginale de l'oreille, et nous avons déterminé avec des quantités d'air variant de un à deux centi-cubes, tous les phénomènes qui marquent chez l'homme l'embolie gazeuse ; hémiplégie, monoplégie, crises tétanoïdes avec opistothonos, attaques épileptiques généralisées.

De plus, en suivant exactement la technique de Brauer, c'est-à-dire en faisant l'autopsie du poumon et du cœur sous l'eau, nous avons pu constater la présence de bulles gazeuses dans les quatre cavités du cœur.

De tout ceci il résulte que, brassé avec le sang, l'air finement divisé peut cheminer à travers le réseau capillaire pulmonaire et ainsi atteindre les vaisseaux nourriciers de l'encéphale.

*
* *

IV. — L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une des preuves les plus péremptoires du passage de l'air introduit dans le système veineux et dans les artères cérébrales repose sur les données de l'histologie pathologique.

Certes, dans quelques cas qui semblent très exceptionnels, la pénétration d'air dans les artères cérébrales détermine un trouble circulatoire tel que celui-ci engendre des foyers de ramollissements importants et visibles à l'œil nu. Les observations de Laignel-Lavastine, Miger et Odinet, Sergent, Kourilsky et Baumgartner en sont le témoignage.

Mais la marque histo-pathologique de l'embolie gazeuse n'est pas là. Et tout de même que l'embolie gazeuse cérébrale s'extériorise par des manifestations cliniques d'une physionomie très particulière, l'embolie aérienne s'affirme par des lésions d'une qualité très spéciale. Celles-ci ont été vues d'abord par Spielmeyer et Neuburger. Chez une malade ayant succombé à une embolie gazeuse au cours d'un avortement provoqué, Spielmeyer constate l'existence de petits foyer corticaux très nombreux, plus ou moins en relation avec des territoires vasculaires. Dans ces zones, les cellules nerveuses ont disparu ou ne sont plus représentées que par des ombres cellulaires. La dévastation de plages corticales est due à une nécrose de coagulation dont l'homogénéisation du cytoplasme forme le trait le plus marquant. Fait curieux, ces aires de dévastations corticales se groupent généralement dans une couche cellulaire comme si cette lame statigraphique présentait une moindre résistance aux processus anoxémiques, en d'autres termes, comme s'il existait vis-à-vis de l'embolie gazeuse une *pathoclise*, au sens d'Oscar Vogt. Ces altérations vues par Spielmeyer chez l'homme ont été constatées par ce même auteur chez des chiens et des singes injectés d'air *dans la carotide*.

Ici encore, les éléments nerveux sont frappés d'homogénéisation, de nécrose de coagulation, et certaines plages corticales sont littéralement dévastées.

Dans les expériences que nous avons poursuivies chez le lapin, nous avons retrouvé les altérations décrites par Spielmeyer et Neuburger. Nos lapins ont reçu à plusieurs reprises dans la veine marginale de l'oreille des quantités d'air variant de 1 à 2 centicubes d'air et tous ont présenté des accidents caractéristi-

ques : convulsions toniques ou cloniques, hémiplégie, paraplégie, monoplégies.

L'originalité de nos recherches tient dans ce fait que l'air a été injecté ici, non pas dans les veines pulmonaires ni dans la carotide, mais dans la veine marginale de l'oreille. Comme dans les expériences de Spielmeyer, le cortex cérébral semble la seule partie du cerveau affectée. Dans les zones atteintes, les cellules pyramidales profondes apparaissent rétractées, en picnose, le noyau et le nucléole ne sont plus visibles, noyés qu'ils sont dans un protoplasma profondément imprégné par le colorant. Les dendrites également rétractées sont onduleuses en hyperchromatose. Autour de ces éléments, nulle réaction vasculaire ou névroglique n'apparaît.

Les résultats parfaitement concordants des constatations anatomiques de Spielmeyer et de Neuburger et les constatations expérimentales de Spielmeyer et de nous-mêmes, apparaissent donc ainsi parfaitement concluants et permettent de rejeter la thèse désuète d'un réflexe dont, d'ailleurs, les voies afférentes et efférentes aussi bien que le centre de réflexion, n'ont jamais été précisés.

Dans un ouvrage récent, Sigurd Frey a tenté de redonner vie à l'ancienne théorie de l'imperméabilité du réseau pulmonaire aux bulles d'air chassées dans l'artère pulmonaire. Selon S. Frey, le passage facile de l'air d'une artère périphérique, telle que l'artère fémorale, dans la veine efférente, est dû à la présence d'anastomoses artério-veineuses, quoique cet auteur reconnaisse que ces canaux de dérivation font défaut dans les réseaux mésentérique et rétinien où l'observation directe a pu saisir directement le cheminement des bulles aériennes des artérioles dans les veinules. Pour appuyer sa thèse, S. Frey a réalisé un dispositif simple qui permettrait de surprendre objectivement le passage de l'air dans la circulation artérielle. Chez un chien, on interpose sur le trajet d'une carotide un tube de verre fortement éclairé ; une injection d'air est pratiquée dans une veine fémorale. Or, dans ces conditions, déclare Frey, jamais on ne peut saisir le passage de bulles aériennes dans le tube carotidien. Cette constatation ne nous surprend point car nous avons observé nous-mêmes, combien il est difficile, même sur un vaisseau aux parois très minces et transparentes, de dépister la présence de fines bulles gazeuses et de spume sanguine.

Ajoutons que S. Frey reconnaît lui-même qu'il est dans l'incapacité d'expliquer comment on a pu injecter au chien et au cheval des quantités si considérables d'air et qu'il n'est pas concevable que cet air n'ait pas franchi les limites de la circulation veineuse. D'ailleurs, Magendie, entre autres, n'avait-il pas directement observé que tout le sang artériel de l'animal était spumeux ?

Nous étions particulièrement curieux de lire le chapitre consacré par S. Frey aux embolies gazeuses artérielles. Comment avec la théorie de l'imperméabilité pulmonaire qu'il défend, S. Frey pourrait-il rendre compte des accidents nerveux que nous visons ici ?

Or, S. Frey garde sur ceux-ci un silence prudent. Nous nous garderons de le troubler ; il indique assez clairement la faiblesse de l'argumentation de notre auteur.

Des faits que nous venons de rapporter, il résulte que l'introduction d'air dans les veines périphériques, ou le réseau pulmonaire, peut n'être pas, dans tous les cas, chose négligeable ; que l'embolie gazeuse primitivement *veineuse* peut, grâce à l'ouverture du trou de Botal ou à la perméabilité du réseau capillaire pulmonaire, devenir *artérielle* et provoquer dans la circulation encéphalique des perturbations assez profondes pour entraîner la survenance de paralysies, de convulsions toniques ou cloniques, ou encore de phénomènes bulbaires dont la mort peut être l'ultime conséquence.

Certes, nous n'entendons point supprimer, d'un trait de plume, la doctrine du réflexe pleural, qui trouve encore crédit chez nombre de médecins ; mais les faits cliniques aussi bien que des résultats expérimentaux nous indiquent nettement que la plupart des accidents consécutifs aux interventions sur la plèvre et le poumon, d'une part, et à l'introduction de bulles gazeuses dans les veines périphériques, d'autre part, ne sont pas dus à un réflexe pleuro-pulmonaire ou cardiaque mais bien aux perturbations circulatoires qu'entraîne le passage de bulles gazeuses dans les vaisseaux nourriciers du cerveau.

Bibliographie

Magendie. *Les phénomènes physiques de la vie*, 1841. *T. P.*

Couty. Etude expérimentale sur l'entrée de l'air dans les veines et les gaz intra-vasculaires, *Th. de Paris*, 1875.

Laborde et Muron. *Comptes rendus de la société de biologie*, 1875.

Raymond. Article Embolie in *Dictionnaire Dechambre*, 1880.

Bichat. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 1808.

Brauer. Uber arterielle Luftembolie, *Deut. Zeit. f. Nervenheilkunde*, vol. 45.

Haselhorst. Experimentelle Untersuchungen über venöse Luftembolie, *Arch. f. gynäkol.*, vol. 122.

Jehn et Nœgeli. Experimentelle Untersuchungen über Luftembolie, *Zeit. f. die experim. Mediz.*, vol. 6.

Jurgensen. Luft im Blute, *Deut. Arch. f. klin. Mediz.*, vol. 31 et 41.

Kleinschmidt. Experimentelle Untersuchungen über Luftembolie, *Arch. f. klin. chirurgie*, vol. 106.

Richter. Die Bedeutung des Luftreintrittes in die Venen., *Archiv. miss. und prakt Tierheilk*, vol. 31.

Stargardt. Uber Luftembolie im Auge, *Beitr. zur Klin. der Tuberculose*, vol. 28.

Wever. Zerebrale Luftembolie, *Beitr. zur Klin. der Tuberkulose*, vol. 31.

Wolff. Experimentelle Studien über Luftembolie, *Virchow's Arch.*, vol. 174.

Walcher. Uber die Luftembolie, *Mitteil. aus. d. grenzgebiete der Mediz. und Chirurg.*, vol. 39.

Neller. Beitrag zur Kenntnis der zerebralen Luftembolie bei Abtreibung, *Zeit. für die gebürtsh.*, 1931, f. 2.

Neuburger. Uber cerebrale Felt und Luftembolie, *Zeit. f. die ges. Neurol. und Psych.*, vol. 95, p. 278.

Hiller, Mager et V. Schœtter. Uber arterielle Luftembolie, *Zeit. f. klin. Med.*, 1897, N° 32.

Photakis. Untersuchungen über Luftembolie durch Gebarmuttereinspritzung, *Vierteljähr. f. gericht. Mediz.*, vol. 50.

Spielmeyer. Uber die anat. Folgen der Luftembolie im Gehirn, *Congrès de médecine interne tenu à Wiesbaden*, 1913.

Valtis, Triboulet et Polacco. Embolies gazeuses sans insufflation de gaz au cours de pneumothorax artificiels, *Bull. soc. med. des hôpit.*, 1932.

E. Sergent, Kourilsky et Baumgartner. Embolie dite gazeuse, etc. *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1932, et *Bull. soc. méd. des hôp.*, 12 mai 1933.

Seideman. Cerebrale Luftembolie nach Pneumothoraxfullung, *Société de Neurol. et de Psych. de Berlin*, 1932, *et Zeut. f. die g. neurol.*, vol. 63, p. 728.

Frisch. Zur Klinik des cerebralen Luftembolie, *Wien. klin. Woch.*, N° 44, 1924.

Liebermeister. Le phénomène de la langue anémique, *Klin. Wochensch.*, janv. 1929.

Sillig. Un cas d'embolie gazeuse au cours d'un pneumothorax, *Soc. des méd. de Leysin*, mai 1913.

Noegeli. Die Luftembolie, *Schweizerische med. Woch.*, mai 1925.

Sigurd Frey. *Die Luftembolie*, 1 vol. 1933.

Amat et Bertier. Les accidents cérébraux au cours des interventions sur la plèvre, *Journ. de méd. et de chirurg. pratique*, avril 1919.

Laignel-Lavastine, Miget et J. Odinet. Un nouveau cas d'hémiplégie pleurale, *Bull. de la Soc. med. des hôp.*, mars 1932.

Pruvost, Meyer et De Sèze. Hémiplégie pleurale, etc..., *Bull. Soc. méd. des hôp.*, juin 1931.

Lhermitte et Aman-Jean. Embolie gazeuse récidivante, *Société de Neurol.*, nov. 1933.

Ch. Lenormant. Convulsions et paralysies d'origine pleurale. Leur pathogénie, *Presse méd.*, déc. 1913.

Roch. Hémiplégie d'origine pleurale, *Presse méd.*, déc. 1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 12 mars 1934)

Durée de l'immunité consécutive à la vaccination contre la fièvre jaune. — MM. A.-W. Sellards et J. Laigret. D'après les résultats des épreuves sérologiques, l'immunité conférée par la vaccination antiamarile est de longue durée, au moins deux ans.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 20 mars 1934)

Très courte séance.

M. Faure donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie, aux obsèques de M. le professeur Pinard.

A propos du magnésium. — M. Delbet, dans une première communication, étudie le rôle du magnésium dans l'agriculture et dans la cuisine. Dans une seconde communication faite en collaboration avec M. Robinet, il étudie les rapports des terrains magnésiens et du cancer.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la 5e division (médecine vétérinaire).

Le classement des candidats est le suivant : en première ligne : MM. Bridré (d'Alger) et Velu (de Casablanca). En deuxième ligne, ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Ball (de Lyon) ; Cuillé (de Toulouse) ; Donatien (d'Alger) et Sendrail (de Toulouse).

1re élection : vot. 66, maj. 34 ; M. Bridré, 63 voix, élu ; M. Sendrail, 2 voix ; M. Velu, 1 voix.

2e élection : vot. 65 ; maj. 33 : M. Velu, 53 voix, élu ; M. Sendrail, 6 voix ; M. Ball, 2 voix ; bulletins blancs, 3 ; bulletin nul : 1.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séance le mardi 3 avril.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 2 mars 1934)

Dilatation des bronches avec image cavitaire perceptible sans lipiodol. — MM. Pruvost, Henrion et Livieratos. Dilatation des bronches datant de 20 ans. A la radio, image de caverne à la base gauche ; l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, la conservation de l'état général, l'aspect immuable de l'image permettent d'éliminer la possibilité d'une caverne tuberculeuse et de penser à une dilatation bronchique anormale.

Aspects radiologiques trompeurs du poumon cardiaque. — MM. Ch. Laubry, Soulié et Poumeau-Delille. A la suite des communications de MM. Sergent, Costes, les auteurs attirent l'attention sur la difficulté d'interprétation des images arrondies intra-thoraciques et l'impossibilité de porter un diagnostic étiologique sur le seul aspect radiologique : deux opacités arrondies très analogues étaient dues dans un cas à un infarctus pulmonaire et dans l'autre à la congestion pulmonaire passive.

Exulceratio simplex de l'estomac. — MM. Etienne May, Guggenheim et Mlle Jammet. Observation typique d'exulceratio simplex de Dieulafoy. Lorsque l'hémorragie se répète, peut-elle être une indication opératoire ? N'existe-t-il pas des formes atténuées, curables, sans expression radiologique, rendant compte de certaines hématémèses d'apparence cryptogénétique ?

M. Saidman présente un **nouveau thermomètre électrique,** permettant par exemple d'étudier la pathologie articulaire.

Maladie osseuse de Recklinghausen d'origine opothérapique. — M. Monier-Vinard. Le point spécial de ce fait est que la malade, en vue de prévenir une obésité qu'elle redoutait, absorbait depuis 9 ans une dose quotidienne de 0,40 de poudre de corps thyroïde. La suppression de la médication thyroïdienne amena la disparition des manifestations de cette maladie de Recklinghausen.

Polynévrite et érythrodermie aurique. — MM. Tzanck, Pautrat, Klotz. Apparition à la suite d'un traitement aurique modéré, d'une polynévrite suivie d'une érythrodermie. La connaissance des polynévrites sériques prouve que les complications peuvent survenir hors de la pénétration dans l'organisme de substances toxiques.

Hyperlipémie et coma diabétique. — MM. M. Labbé, Boulin et Nepveux. Observation d'un cas de coma diabétique avec hyperlipémie extrême chez un malade atteint de diabète grave non traité par l'insuline.

Après guérison du coma par l'insuline, quand le malade était équilibré, sans glycosurie ni acidose, une ana-

lyse du sérum donna : graisses 37 gr. 36 ; graisses acides, 12 gr. 84 ; graisses neutres 8 gr. 88 ; cholestérine 9 gr. ; lécithine 2 gr. 84 en diminution sur une première analyse. Il n'y a pas de rapport entre la gravité du coma et l'intensité de l'hyperlipémie.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

(SÉANCES DU 13 DÉCEMBRE 1933 ET DU 10 JANVIER 1934)

Evolution simultanée d'une encéphalomyélite post-morbilleuse tardive à type foudroyant chez le frère, à type d'épisodes successifs rappelant la sclérose en plaques chez la sœur. — MM. H. Roger, J. Sarradon et M. Audier.

Traitement de la méningite tuberculeuse par l'allergine de Jousset. — A l'occasion d'un cas personnel, H. Roger étudie les 19 cas de guérison obtenus par cette méthode, cas concernant pour la moitié des adultes, à forme parfois anormale, mais également des enfants à forme classique. Il insiste sur l'importance d'un traitement précoce et longtemps continué pour éviter les récidives. Ces directives permettront sans doute d'améliorer la statistique de 6 % des cas de guérison obtenus par ce procédé, qui grâce aux travaux de Jousset jette une lueur d'espoir dans le pronostic de cette maladie.

Fréquence et allure clinique de la tuberculose dans une consultation d'enfants au cours des dix dernières années. — M. P. Giraud et Mme Raybaud apportent une statistique, d'où il ressort que : 1° le pourcentage général des tuberculeux reste le même pendant neuf années. Il évolue entre 1/10 et 1/16, sur un nombre total de 3.602 consultants, il y a 288 bacillaires, soit un rapport moyen de 1/12 ; 2° dans le nombre total de 288, à côté de 157 suspects ayant une image radiologique négative, il y a seulement 2 tuberculoses pulmonaires ouvertes, donc contagieuses. Le plus souvent, on est en présence de formes complexes ganglio-pulmonaires et de tuberculoses locales.

Les auteurs déduisent que, dans le milieu observé, la tuberculose, bien que venant après l'hérédo-syphilis, comme fréquence et gravité, ne s'améliore pas. Ceci semble dû à l'hygiène déplorable de ce milieu. La lutte antituberculeuse doit se poursuivre à la fois dans ce sens et dans le renforcement des mesures de prémunition (vaccination par le B C G).

Résultats actuels de la vaccination par le B C G à Marseille. — M. Benoit.

Sur 700 enfants vaccinés, il y a eu pendant la durée de ces sept années 37 décès, dont les causes sont les suivantes :

Broncho-pneumonie : 9 ; gastro-entérite : 9 ; méningite : 6 ; athrepsie : 5 ; sans renseignements : 4 ; convulsions : 1 ; rougeole : 1 ; otite : 1 ; infection ombilicale : 1.

Pour les six cas de méningite, le décès a eu lieu : 1 fois à 25 jours ; 3 fois à 3 mois ; 1 fois à 8 mois ; 1 fois à 19 mois. Nous ne connaissons pas la nature exacte de ces méningites.

La diphtérie maligne hémorragique. — MM. Cassoute et Poinso analysent 39 observations de diphtérie maligne hémorragique (4 guérisons, 35 décès). Ils distinguent deux variétés : les formes avec hémorragies discrètes, les formes avec hémorragies abondantes. Les tests biologiques ont été très variables : la prolongation du temps de saignement est le stigmate le plus constant ; le signe du lacet est par contre le plus souvent négatif. La pathogénie est encore mystérieuse ; les auteurs apportent des arguments cliniques et histologiques en faveur de la théorie hépatique, mais les lésions du foie sont inconstantes et peuvent être marquées alors qu'il n'y a pas d'hémorragies. Peut-être pourrait-on alors invoquer une capillarite toxi-infectieuse diphtérique.

La cholestérinémie et la glycémie dans la diphtérie maligne. — MM. Poinso et Poursines montrent que les notions classiques d'hypocholestérinémie et d'hypoglycémie doivent être révisées ; ils ont trouvé le plus souvent une hypercholestérinémie et une hyperglycémie. D'autre part, s'appuyant sur des examens histologiques, ils insistent sur ce fait, que, même très abaissé, le taux du cholestérol sanguin peut se voir dans les formes où les capsules surrénales sont indemnes, ce qui, pour eux, dénie toute valeur à l'interprétation admise en général d'une origine surrénalienne de ces anomalies sanguines.

A propos de cinq nouvelles observations de paralysies diphtériques graves. — MM. P. Giraud, Massot, Siméon et Rathelot apportent cinq observations qui jointes à seize autres antérieurement publiées permettent de confirmer à nouveau les conclusions suivantes.

Les paralysies diphtériques succèdent le plus souvent à des diphtéries méconnues ou traitées trop tardivement. Le sérum appliqué précocement et à dose convenable, suffit à les prévenir dans la plupart des cas.

Mais vis-à-vis des paralysies confirmées, toutes les thérapeutiques spécifiques (sérum, anatoxine) sont peu efficaces.

Les paralysies chez l'enfant évoluent suivant un cycle à peu près immuable et en l'absence de phénomènes cardiaques évoluent vers la guérison en deux à trois mois. Par contre, l'existence de troubles cardiaques, surtout de bradycardie, ou la constatation d'un bruit de galop comportent un pronostic très sombre, quelle que soit la thérapeutique employée.

Rôle de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des lésions cardiaques acquises de l'enfant. — MM. P. Giraud, Turriès et Gallian.

Le diagnostic sérologique du kala azar. — MM. Paul Giraud, Montus et Audier. La formol leuco-gel-réaction est suffisante en pratique pour le diagnostic du kala azar dans le cas où la ponction splénique ne peut être pratiquée.

Deux nouveaux cas de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson. — MM. Poucel, Cassoute, Guérin et Massot.

Ces deux séances consacrées à la pédiâtrie ont comporté en outre la discussion d'un rapport présenté par MM. Paul Giraud et R. Poinso : *les encéphalites aiguës consécutives aux fièvres éruptives*. Ont pris part à cette discussion : MM. Bocca, Benoît, Hauthorn, prof. D. Olmer, prof. Cassoute, prof. Heckenroth, prof. Roger.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1934)

Sur un cas de polynévrite gravidique. — MM. Benhamou et Loubeyre. Observation d'une jeune malade atteinte de polynévrite gravidique sévère, caractérisée par une paralysie des quatre membres, atteignant le tronc dans son ensemble, ayant évolué sans troubles digestifs, sans troubles psychiques et améliorée lentement par un traitement électrothérapique qui a duré dix-huit mois. A l'occasion de cette observation, les auteurs se demandent si la polynévrite gravidique ne relève pas plus souvent qu'on ne le pense, d'une carence en vitamine B, ainsi que l'ont soutenu certains auteurs américains.

Le tétanos ombilical. — M. A. Gautier. A Maison-Carrée en 1933, pour 498 naissances indigènes, l'auteur note : 30 décès de nouveau-nés âgés de moins de 20 jours ; 99 décès d'enfants de moins d'un an. Presque 1/3 des enfants morts durant leur première année ont succombé avant 20 jours. Parmi ces 30 morts, l'auteur a pu constater personnellement 8 décès par tétanos. De plus, il a pu voir un enfant décédé de tétanos, âgé de plus de 20 jours et par ailleurs, il a pu traiter deux petits tétaniques ombilicaux.

On voit là l'importance du péril tétanique pour les nouveau-nés indigènes à Maison-Carrée.

Sur la fréquence du tétanos ombilical en Algérie. — M. L. Parrot. D'après les renseignements fournis par plusieurs médecins exerçant depuis de longues années en milieu rural algérien, et d'après son expérience personnelle, l'auteur estime qu'il n'y a pas lieu de considérer le tétanos ombilical comme une cause importante de mortalité infantile parmi les indigènes : il y paraît, au contraire, exceptionnel. D'autre part, le tétanos des adultes s'observe rarement dans toutes les régions, et surtout sur les Hauts-Plateaux et au Sahara. La fréquence anormale du tétanos à Maison-Carrée, signalée par A. Gautier, tient vraisemblablement à des conditions locales qu'il serait intéressant de préciser.

Chorio-épithéliome du testicule avec réaction de la grossesse positive. — MM. A. Lévi-Valensi, J. Montpellier, Mme Sudaka-Planty et M. Chemoul. Chorio-épithéliome du testicule longtemps pris pour une orchi-épididymite bacillaire et dont, en dépit de métastases pulmonaires et hépato-spléniques, le diagnostic ne fut affirmé que par l'examen biopsique d'une métastase ganglionnaire.

Réaction de la grossesse (procédé de Friedmann et Brouha) fortement positive comme c'est la règle dans ces tumeurs.

Deux cas d'évolution tuberculeuse après un abcès gangréneux et un kyste hydatique au poumon. — MM. A. Levi-Valensi, Torner et Negri.

Des surélévations pathologiques du diaphragme. — MM. Bonafos et Coti.

Gangrène gazeuse consécutive à des injections intramusculaires. — MM. Loubeyre et Sabadini.

Analogies et différences entre les deux hypertensions dites « post-dépressive » et « post-asphyxique ». — M. Tournade. Le chien dont on excite le nerf vague présente au moment où le cœur, tout d'abord arrêté, reprend ses battements une élévation de la courbe de la pression artérielle que l'auteur a dénommée « hypertension post-dépressive ». Chez le chien asphyxié, on observe aussi, quelques secondes après qu'on a rétabli l'hématose, une hypertension parfois très accusée, bien connue des physiologistes et qu'on peut appeler « post-asphyxique ».

le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Sapho-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
R. C., t 33, Aubenas.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

En dépit des conditions différentes de leur genèse, les deux réactions précédentes procèdent des mêmes mécanismes neuro-vasculaire et adrénalinique, synergiquement associés.

Traitement du hoquet par la compression des sinus carotidiens. — M. TOURNADE.

LIVRES NOUVEAUX

La lèpre (1), par Ed. JEANSELME, professeur honoraire à la Faculté de médecine et à l'Institut de médecine coloniale de Paris, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine.

L'auteur n'a pas eu l'intention d'exposer, en quelque sorte, la somme de tout ce qui a été publié sur la lèpre. Bien qu'il entende imposer à cet ouvrage une marque personnelle, il a mis largement à contribution les observations ou expériences des savants du monde entier : les recherches de l'Ecole française, les travaux entrepris par les Américains du Nord dans leurs belles colonies de Hawaï et de Culion (2), ainsi que ceux des Japonais et des léprologues de l'Amérique Latine.

Sur les faits définitivement acquis, sur les doctrines qui ne prêtent pas à la discussion, il est sobre de citations et d'indications bibliographiques ; il insiste, au contraire, sur les points de pratique ou de théorie qui sont contestés à l'heure actuelle ; à leur sujet, il multiplie les arguments et les exemples.

La lèpre est un type de maladie sociale. Comme le paludisme et la syphilis, elle est un facteur de dépopulation, elle tarit la fécondité et abâtardit la race. De là découlent l'insuffisance de la main-d'œuvre indigène, sans laquelle l'expansion coloniale ne saurait être réalisée, le renom d'insalubrité qui s'attache aux contrées où règne l'endémie lépreuse, enfin les charges fort lourdes qui grèvent le budget de nos possessions d'outre-mer, car tôt ou tard, le lépreux devient improductif et doit être entretenu par la collectivité. Pour ces multiples raisons, la lèpre est digne de retenir l'attention, non seulement des philanthropes, mais aussi des économistes. Comme l'auteur le répète depuis plus de trente ans, dans ses cours et dans ses ouvrages, en fait de médecine coloniale, il n'y a pas de questions médicales pures, elles sont toutes médico-économiques.

Pas plus que le médecin, l'administrateur ne doit ignorer les incidences nombreuses et diverses du problème de la lèpre. Pas plus que nos gouverneurs coloniaux, les fonctionnaires qui dirigent nos possessions, nos protectorats ou mandats situés dans la zone méditerranéenne, ne peuvent se désintéresser de cette question vitale ; car, les uns ont à combattre le fléau, les autres à prévoir son invasion. Ainsi s'explique et se justifie la place considérable réservée dans cet ouvrage au domaine géographique, à l'étiologie et à la prophylaxie.

Pour que ce livre puisse être consulté avec fruit par les personnes étrangères aux connaissances médicales, les termes techniques ont été réduits au strict nécessaire dans les chapitres qui intéressent plus spécialement le personnel administratif, et, quand leur emploi a été jugé indispensable, ils ont été définis en langage clair pour tous.

Il ne faudrait pas croire, comme d'aucuns ont trop de tendance à le penser, que l'étude pratique de la lèpre doit être réservée aux médecins qui exercent en milieu exotique. Tout le corps médical, non seulement les dermatologistes et les syphiligraphes, les neurologistes, mais aussi les spécialistes pour les maladies du nez, de la gorge et des yeux, les dentistes, les orthopédistes, sont appelés par leurs investigations professionnelles à dépister la lèpre.

Il faut donc que tout médecin de la métropole, où cette maladie est souvent importée par des coloniaux ou des étrangers, soit en mesure de la reconnaître pour prendre les dispositions que requièrent les intérêts du malade et de la société.

Ambroise Paré a écrit : *Je conseille que lorsqu'on les voudra séparer, on le fasse le plus doucement et amiablement possible, ayant mémoire qu'ils sont semblables à nous.* Grâce à l'évolution des idées et aux perfectionnements de la technique moderne, on entrevoit le moment où le vœu du grand chirurgien de la Renaissance, sera enfin réalisé.

L'idée que le public et le médecin se sont faite de l'asile où vit le lépreux, s'est profondément modifiée au cours des âges. Jadis, c'était une léproserie qui ne différait pas sensiblement d'une maison de force ; hier encore, c'était un lieu de réclusion, institué au profit exclusif de la société ; aujourd'hui, c'est un lieu de cure, une colonie agricole, une ville de santé où le lépreux se rend de son plein gré pour assurer son traitement. La retraite momentanée qu'on lui conseille est donc justifiée à ses yeux. Désormais, les intérêts respectifs du malade et de la société ne sont plus en opposition ; par l'heureuse association de la thérapeutique et de la prophylaxie, l'un et l'autre trouvent leur compte.

L'ouvrage est abondamment illustré de figures en noir et de planches en couleurs qui proviennent, pour la plupart, de la collection personnelle si considérable de M. le professeur Jeanselme.

Il est magnifiquement édité par M. G. Doin.

L. G.

(1) In-4 raisin de 680 pages avec 259 figures en noir dans le texte et 14 planches en couleurs hors texte. Relié fers spéciaux. Prix : 600 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) Voir dans la *Gazette des hôpitaux*, 1932, n° 13, p. 227, la description de Culion, la ville des lépreux aux îles Philippines, par Mme Etienne Burnet.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 10 *avril.* — Jury : MM. Carnot, président ; J.-L. Faure, Rathery, Aubertin. — M. DUBOIS. Surveillance radiologique des abcès amiliens du foie. — M. BULART. Etude de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire et son traitement. — M. SEXA. Action de la diathermie sur les cirrhoses alcooliques ascitogènes.

Mercredi 11 *avril.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lemierre, Loeper, Tanon. — M. LE BRAS. Traitement sclérosant des varices par l'association glucose et bi-iodure de mercure. — M. BRANDENBURG. Le souffle diastolique dans la maladie de Roger. — M. LATOUR. Etude du délai d'éviction dans la diphtérie.

Jeudi 12 *avril.* — Jury : MM. Achard, président ; Cunéo, Lemaître, Halphen. — M. MORU. Etude de la toxicité des animaux marins.

Mercredi 11 *avril* (Thèses vétérinaires). — Jury : MM. Brumpt, président ; Robert Debré, Cognot, Henry, Robin, Vergé. — M. MOREL. Etude des habronémoses. — M. DELBRAUVRE. Traitement de la broncho-pneumonie du chien par le bactériophage.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ ARSÉNO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc. ½ pour injections intraveineuses ou intramusculaires

LABRE G. FERMÉ
55, Boulevard de Strasbourg
PARIS

Psothanol

Le Psothanol à 1 cc
Pour injections intramusculaires
Thérapeutique autophylactique
Rénovation leucocytaire.

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES : Adultes : 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures par jour
Enfants : 1/2 dose

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R.C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

TRAITEMENT EXTERNE
DU
RHUMATISME
des Névralgies et Lumbago

par

L'ULMARÈNE

du Docteur GIGON

Succédané inodore du Salicylate de Méthyle

Laboratoire des Produits du Docteur GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd. Beaumarchais — PARIS

ASTHÉNIE GÉNÉRALE
Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

6 à 9 pilules par jour.

HOMOLOGUE FÉMININ : YO-GYNINE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107, Rue des Dames, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 28 MARS 1934. — N° 25.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
Faux calculs des voies urinaires, par M. le professeur Marion.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de médecine de Marseille (séance annuelle consacrée à la fièvre typhoïde).

CHRONIQUE
Une conférence sur l'Uruguay par M. le professeur Lépine.

CORRESPONDANCE
A propos des injections intraveineuses d'alcool.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT
Anémie pernicieuse.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Jury du premier concours de nomination de médecin des hôpitaux :

MM. Bezançon, Aubertin, Janet, Huber, Vallery-Radot, Milhit, Ameuille, Pagniez, Fiessinger, Courçoux, Moulonguet.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le vendredi 25 mai 1934, à 9 h. du matin, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, salle des commissions.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du samedi 28 avril 1934 au lundi 7 mai 1934 inclusivement, de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Jury (avant acceptation) : MM. Picon, Poirot, Delépine, Courtois et Lesure.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira le 18 juin 1934, à 9 h. du matin, à l'Hôtel-Dieu, pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices, Hôtel-Dieu. — Inscriptions jusqu'au samedi 9 juin, 16 h.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Burckard, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin), en remplacement de M. le docteur Eissen, nommé médecin directeur.

GUERRE. — Il est institué au ministère de la Guerre une commission spéciale et permanente chargée de préparer la publication de la nouvelle édition du formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires et d'examiner les modifications qui pourront y être apportées.

Cette commission sera présidée par le pharmacien général inspecteur des services pharmaceutiques de l'armée et aura la composition suivante :

Le pharmacien colonel ou lieutenant-colonel gestionnaire de la pharmacie centrale de l'armée.

Le pharmacien professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

Le pharmacien chargé du laboratoire de chimie de la section technique du Service de santé.

Un médecin de l'Ecole d'application du Service de santé militaire (professeur ou professeur agrégé du Val-de-Grâce).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale des Enfants. (Professeur : M Nobécourt.) — Clinique de la tuberculose. (Professeur : M. Léon Bernard.) —

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile. — Le docteur P.-F. Armand-Delille, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec le concours du docteur Ch. Lestocquoy, médecin assistant, fera du lundi 16 avril au mardi 15 mai 1934, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose infantile et s'étendra, en particulier, sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux, la préservation de l'enfance contre la tuberculose et la vaccination de Calmette.

Chaque matin, à 10 h., visite dans les salles Gillette et Damaschino, avec examens cliniques, examens radiologiques et recherches de laboratoire.

Leçon à 11 h., dans l'amphithéâtre de la Clinique médicale des Enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, avec le concours du docteur Jean Hallé, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, qui fera deux leçons sur les tuberculoses de la peau, et du docteur Girard, chef de laboratoire, qui fera une leçon sur le diagnostic bactériologique, cytologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Droits d'inscription : 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

La IXe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose (secrétaire général prof. Léon Bernard) se réunira à Varsovie, les 4, 5 et 6 septembre 1934, sous le haut patronage de S. E. le Président de la République de Pologne et sous la présidence du prof. Pieztrzynski, président élu de l'Union Internationale. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Question biologique : « *Variations biologiques du bacille tuberculeux* », rapporteur prof. Karwacki (Pologne) ; — Question clinique : « *Les formes médicales et chirurgicales des tuberculoses osseuse et articulaire et leur traitement* », rapporteur prof. Putti (Italie) ; — Question sociale : « *L'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux* », rapporteur prof. Léon Bernard (Paris). Dix co-rapporteurs, désignés d'avance d'après une liste présentée par les 43 pays membres de l'Union, ont été adjoints au rapporteur principal pour ouvrir la discussion sur chacune des questions inscrites à l'ordre du jour.

Le Comité d'organisation de la conférence a préparé un programme très attrayant de réceptions et d'excursions ; ces dernières feront connaître aux congressistes les principales institutions antituberculeuses de Pologne, ainsi que les sites les plus renommés de ce pays.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription. Ils sont priés de remettre leur adhésion, soit par l'intermédiaire de leur gouvernement ou association nationale, soit directement au Comité d'organisation de la conférence, à l'adresse suivante : Comité d'organisation de la IXe Conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose, rue Chocimska, 24, Varsovie (Pologne).

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 50 zlotys, exclusivement par l'intermédiaire du Comité National de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

Les congressistes bénéficieront de réductions sur les prix des hôtels et des chemins de fer.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE SUR L'URUGUAY

Par M. le professeur LÉPINE, *doyen de la Faculté de médecine de Lyon.*

Les Voix latines, section de l'Union médicale latine, nous ont permis d'applaudir la semaine dernière, M. le doyen Lépine et de mieux connaître l'Uruguay, tout imprégné de la culture française.

L'Uruguay, malgré son voisinage, offre des différences sensibles avec l'Argentine, le Brésil et les autres Etats de l'Amérique latine. Ces différences tiennent à son climat et surtout à la manière dont il a été peuplé. A la population espagnole de la conquête s'est ajoutée une immigration paysanne, en partie basque et française, laborieuse et économe, qui a marqué son empreinte sur les mœurs et institutions du pays.

Celui-ci est remarquablement avancé dans ses conceptions législatives et administratives, notamment en matière d'assistance et d'hygiène. On y admire, non seulement des installations hospitalières splendides, mais tout un système d'institutions protectrices de la santé publique. Nulle part, des mesures préventives n'ont été poussées aussi loin. Il existe même à Montevideo une clinique pour gens bien portants, qui est un centre d'examen et de diagnostic, au contrôle duquel doivent obligatoirement se soumettre chaque année tous ceux qui, professionnellement, peuvent être un danger public.

Ces mesures, le développement remarquable de l'instruction et de l'éducation physique, ont produit une race splendide, à laquelle on doit l'essor industriel et agricole de l'Uruguay.

Les influences françaises, longtemps dominantes, persistent dans le domaine de la culture générale, grâce aux efforts d'un certain nombre d'Urugayens d'origine française ; mais les ressources font défaut, et bien des fautes ont été commises par nous à l'égard de notre propre rayonnement. Il est cependant possible encore de remédier à ces erreurs, et le moment est favorable. Si des considérations économiques et de politique générale primordiales travaillent à rapprocher l'Uruguay des Etats-Unis, l'évolution du pays ne saurait se faire sans un élément intellectuel désintéressé, qui ne peut être que latin.

Parmi les nations latines, la France a toujours joui en Uruguay d'un prestige particulier, lié à ses institutions démocratiques. Ce prestige ne peut que s'accroître si on s'intéresse efficacement aux organisations françaises locales et si un plus grand nombre de Français visitent ce pays.

Son Excellence Guani, ministre plénipotentiaire de l'Uruguay, était entouré de M. Sienra, secrétaire de la Légation, de S. Exc. Philippe Roy, Ministre du Canada, de nombreux professeurs de la Faculté de Paris, Sergent, Faure, Legueu, etc., du Dr Dartigues, président de l'Umfa, du Dr Molinéry, secrétaire général, des Drs Noir, Chauvois, de Parrel, Lacat, et de nombreux membres de l'Umfa et de la colonie urugayenne.

Iodarsenic ou Dr GUIRAUD
(Contre Paludisme)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES • LYMPHATISME • MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millord, Paris (18e)

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme.
PILULES ET GRANULES

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE
DES
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION RAPIDE DE LA DOULEUR

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée
1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS (IVe)

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)
PAS D'ACIDE LIBRE

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :
CAPARLEM
HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)
QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE
Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

SPIROCHÉTOSES
ET PARASITOSES
INTESTINALES
HELMINTHIASES

DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES CATARRHALES

Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

ACTION ANTIPARASITAIRE, ANTISEPTIQUE
ET ANTIFERMENTESCIBLE

FAIBLE TOXICITÉ MALGRÉ LA TENEUR
ÉLEVÉE DU STOVARSOL EN ARSENIC

PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

ADMINISTRATION FACILE

COMPRIMÉS :
à 0 gram. 25
à 0 gram. 05
à 0 gram. 01

Société Parisienne d'Expansion Chimique ○ SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple, 86 - Paris-3e

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **6** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

FAUX CALCULS DES VOIES URINAIRES

Par M. le professeur MARION.

Il y a quelques jours entrait dans la salle des hommes un jeune homme se plaignant de douleurs du rein gauche. Nous pensâmes immédiatement qu'il pouvait s'agir d'un calcul du rein ou de l'uretère. Nous le fîmes radiographier. Sur la radiographie, à la hauteur de l'apophyse transverse de la quatrième lombaire, on constatait une tache ressemblant parfaitement à un calcul comme opacité, de la dimension d'un grain de petit haricot. Au premier abord on pouvait vraiment penser qu'un calcul s'était engagé dans l'uretère ; cependant le calcul allongé dans une de ses dimensions avait cette particularité qu'au lieu de présenter cet allongement dans le sens de l'uretère, il présentait son plus grand axe en transversale, c'est-à-dire perpendiculairement à la direction de cet uretère.

D'autre part, on constatait sur la région lombaire inférieure un petit molluscum ; et l'idée vint que peut-être la tache de disposition anormale que l'on constatait sur la radiographie pourrait bien être provoquée par ce molluscum : elle en reproduisait la forme et le volume. Un coup de ciseaux débarrassa le malade du molluscum. On le fit radiographier de nouveau et la tache ne se rencontra plus sur la radiographie. Il s'agissait donc bien d'une tache due à l'existence d'un molluscum, tache qui en raison de sa situation, des douleurs que présentait le malade, aurait pu parfaitement faire penser à un calcul urétéral. Il s'agissait donc d'un faux calcul. Quant aux douleurs que présentait le malade, leur étiologie n'a pas encore été complètement éclaircie ; peut-être s'agit-il tout simplement de quelques douleurs de pyélonéphrite ou de légère hydronéphrose.

Il y a quelques mois je vous parlais des calculs invisibles à la radiographie et vous montrais que ces calculs étaient d'une fréquence relative. Eh bien, à côté des calculs que l'on ne voit pas et existant réellement, il est d'autres taches que l'on pourrait interpréter comme des calculs des voies urinaires et qui ne correspondent en rien à ces calculs. C'est de ces taches que je veux vous parler aujourd'hui en vous disant toutes les erreurs qui peuvent être commises à leur propos.

Des taches simulant des calculs peuvent exister dans le rein, les uretères ou dans la vessie.

Tout d'abord, DANS LE REIN, nous pouvons interpréter comme calculs de cet organe des calculs qui se trouvent en dehors du rein ou du bassinet. Tels sont les *calculs biliaires*. Ceux-ci ne sont pas pour la plupart d'une opacité aussi grande que les calculs rénaux, mais quelques-uns se présentent fort opaques et à droite se projettent d'avant en arrière exactement dans l'aire de la région pyélo-rénale, de sorte qu'un malade souffrant de son côté droit étant radiographié peut fort bien être considéré comme porteur d'un calcul rénal, alors qu'il s'agit d'un calcul biliaire. J'en ai vu plusieurs exemples.

Un des plus typiques est celui d'une malade qui présentait dans la région lombo-hépatique une tuméfaction assez volumineuse qui donnait lieu à des discussions sur son origine. Cette malade était vue par le Professeur Faure et par le Docteur Jean-Charles Roux. Ne sachant s'il s'agissait d'une vésicule ou d'un rein, ils me prièrent de venir trancher la question. A l'examen simple de la malade, je dis que je ne pouvais pas mieux qu'eux affirmer qu'il s'agît d'une vésicule ou d'un rein ; mais je leur offris de faire un cathétérisme urétéral pour voir s'il y avait des modifications du côté de la sécrétion urinaire. La division d'urines donna un résultat identique du côté des deux reins, et lorsque je me retrouvai en consultation avec ces médecins, je leur dis que, d'après le résultat de la division, il ne s'agissait vraisemblablement pas d'une tuméfaction rénale.

A ce moment, un médecin qui ne m'avait pas été présenté et qui se trouvait là tira discrètement d'un carton une radiographie et me la montra. Cette radiographie portait exactement au niveau de la région du bassinet une tache arrondie, que l'on pouvait considérer comme un calcul rénal. Je dis que dans ces conditions il était probable qu'il s'agissait en effet d'un calcul rénal et d'un gros rein, mais que cela ne tranchait pas tout à fait la question et qu'il fallait cependant penser encore à la vésicule. Toujours est-il que le Professeur Faure opéra la malade, alla chercher le calcul du côté du bassinet, où il ne le trouva pas ; il se reporta alors plus avant, explora la vésicule où se trouvait réellement le calcul. Je vous dirai plus loin comment dans cette circonstance on aurait pu éviter l'erreur.

Des concrétions multiples peuvent également simuler des calculs du rein. Dans la tuberculose, nous voyons assez fréquemment des calcifications de lésions tuberculeuses du parenchyme rénal. Ces concrétions sont quelquefois disséminées, donnant lieu à l'existence de petites opacités disséminées dans le rein et donnant lieu à un aspect spécial que l'on caractérise par le nom de : rein tigré.

Dans d'autres cas la concrétion est assez volumineuse pour simuler un véritable calcul par sa forme, par sa situation, par son volume.

A côté des calcifications de lésions tuberculeuses, il faut signaler des opacités dues à des *poches mastic* existant dans le rein. Ces poches sont en général tellement arrondies, infiltrant le rein, que la confusion avec un calcul est difficile à faire ; cependant une petite poche de substance mastic pourrait fort bien simuler un calcul du rein.

Quelquefois ces concrétions ne se trouvent pas dans le rein lui-même ; elles existent à son voisinage et tellement près de lui qu'on peut penser qu'elles se trouvent dans le rein ou dans le bassinet. Il s'agit de *ganglions calcifiés* que nous retrouverons dans toute l'étendue des voies urinaires.

Quelquefois des taches peuvent exister provenant d'*ossification des cartilages costaux*. Les cartilages costaux en général ne sont pas visibles, mais chez quelques malades des ossifications existent qui se projettent radiographiquement sur la région rénale. La forme des cartilages, la continuité de l'ombre ne permettent en général aucune erreur ; mais dans certains cas il est des cartilages qui se calcifient seulement sur

une certaine partie de leur longueur et peuvent alors simuler un calcul si la calcification se projette dans l'aire rénale.

Les taches pouvant simuler un calcul et provenant de *l'intestin* sont en réalité très rares, d'autant plus rares qu'on a l'habitude de préparer les malades par une évacuation très complète de l'intestin. Elles peuvent cependant exister.

Enfin une cause d'erreur, qui commence à être connue et qui est un peu plus fréquente qu'on ne le pense, est l'existence de *molluscums* au niveau de la région lombaire.

Il y a quelques années, j'opérais un malade qui souffrait de son rein gauche, qui avait des urines troubles, et chez lequel la radiographie montrait une tache arrondie, du volume d'une pièce de un franc, un peu en dedans du hile du rein, dont la silhouette se voyait fort bien sur la radiographie. Avec le médecin nous avions conclu qu'il s'agissait d'un calcul du rein. Au cours de l'opération, je constatai qu'il existait une périnéphrite intense qui cadrait bien avec l'existence d'un calcul. Je trouvai un rein scléreux, rétracté, et je me mis en devoir de chercher le calcul. Je ne le sentis pas. Je pratiquai une incision du bassinet, je mis mon doigt dans le bassinet, explorant les calices, je ne sentis rien. Je pratiquai une néphrotomie, je ne trouvai pas le calcul et, devant l'échec de mes recherches et l'état du rein très altéré, pour éviter au malade de souffrir comme il le faisait, pour lui éviter une intervention ultérieure que je pensais probable, je supprimai le rein. Je le confiai au médecin et pendant que je terminais l'opération, le médecin rechercha également le calcul, fendant l'organe dans tous les sens, sans le trouver.

L'opération terminée, nous constatâmes sur la région lombaire un molluscum et le médecin me dit à ce moment : « Il y a très longtemps que j'avais dit au malade de se faire débarrasser de cette petite tumeur qui parfois le gênait assez fortement. » J'enlevai donc le molluscum et à ce moment, l'opération terminée, je pensai que peut-être le calcul avait été simulé par le molluscum. Jamais on n'avait signalé qu'un molluscum pût produire une tache opaque, mais enfin la chose était possible. J'emportai la petite tumeur à Lariboisière ; on la fit radiographier posée sur la cuisse d'un malade et on obtint une tache exactement semblable à celle que l'on avait obtenue sur le malade lorsque le molluscum existait dans la région lombaire. Depuis cette observation, plusieurs cas ont été signalés de molluscums produisant des opacités simulant parfaitement des calculs, et au début de cette leçon je vous en signalais un nouveau cas.

Les causes d'erreur du côté des URETÈRES consistent le plus souvent en *ganglions calcifiés*, ganglions qui s'échelonnent devant la colonne vertébrale, qui se sont imprégnés de sels calcaires, et qui donnent parfois des ombres extrêmement nettes. Dans d'autres cas il s'agit de *gommes musculaires*, ou bien enfin, dans le petit bassin, en dehors des ganglions calcifiés qu'on peut y rencontrer, de *calcification des ligaments* du petit bassin ou de dépôts de phosphate de chaux dans les tissus périvésicaux. Ce sont des faits extrêmement fréquents et qui peuvent donner lieu à des erreurs faisant penser à des calculs de l'uretère qui n'existent pas.

Enfin, du CÔTÉ DE LA VESSIE, nous pouvons voir des taches qui peuvent simuler des calculs de la vessie. Il peut s'agir d'opacités dues à des masses intra ou extra-vésicales.

Parmi les lésions extra-vésicales susceptibles de donner des taches, je vous signalerai tout d'abord les *ganglions* qui viennent en première ligne. Je vous signalerai également les *matières intestinales* que l'on peut rencontrer dans le bassin et qui parfois donnent des taches extrêmement opaques ; quelquefois même ces matières fécales ont été imprégnées de bismuth et forment des masses en tout semblables aux calculs. Quelquefois il s'agit de *corps étrangers* logés dans les parties molles.

Il y a quelques années, je voyais un malade du reste fort désagréable, qui souffrait vivement de sa vessie. Je lui conseillai une radiographie, pensant qu'il existait des calculs, et sur la radiographie on put constater trois taches existant dans l'aire de la vessie. Une cystoscopie montrait en effet qu'il existait deux calculs, le troisième était invisible. Comme il y avait une vessie extrêmement enflammée, je proposai une taille, qui fut acceptée, et je retirai deux calculs. Je cherchai en vain le troisième, explorant la vessie de bout en bout, pensant que le calcul pouvait être dans un diverticule. Je ne le trouvai pas. Je laissai la vessie se refermer et celle-ci s'améliora un peu, mais non complètement. A ce moment, le malade me quitta et s'adressa au Docteur Chevassu. Chevassu faisant une nouvelle radiographie retrouva une tache, la troisième, correspondant en apparence à un calcul que je n'avais pas enlevé. Une nouvelle intervention fut pratiquée et Chevassu, ne trouvant pas le calcul dans la vessie, fit alors des explorations qui le conduisirent à cette conclusion qu'il s'agissait d'une tache résultant d'une ancienne injection de lipiodol dans la fesse.

Dans un cas je trouvai une tache pouvant simuler un calcul de vessie, volumineux du reste, sur un malade qui présentait des troubles urinaires. La cystoscopie ne démontrait rien, mais le toucher rectal faisait percevoir, en avant du rectum, très haut, une masse extrêmement dure dont je fis un *kyste calcifié* du petit bassin. L'opération que je pratiquai me permit d'enlever en effet un kyste calcifié du volume d'un gros œuf de dinde.

Dans la vessie même certaines lésions peuvent donner lieu à des taches qui simuleront un calcul ; en particulier les *tumeurs incrustées* de la vessie peuvent donner lieu à des taches singulièrement troublantes.

J'ajoute en terminant que l'on pourrait confondre, si on ne les connaissait pas, certains *calculs de la prostate* avec des calculs de vessie.

Il faut donc savoir que de multiples lésions donnant lieu radiographiquement à des taches sont susceptibles de donner lieu à des erreurs.

Comment peut-on éviter ces erreurs ?

Tout d'abord en connaissant la possibilité de ces taches, qui ne correspondent pas fatalement à des cal-

culs. En général l'aspect de ces taches n'est pas aussi homogène que celui des calculs ; ils sont très souvent spongiformes avec des vacuoles et ces vacuoles doivent toujours faire penser à des calcifications plutôt qu'à des calculs vrais.

Pour les calculs de la vessie, la cystoscopie est une exploration qui en général suffira à lever les doutes ; cependant il faut savoir que certains calculs peuvent exister dans des diverticules parfaitement invisibles à la cystoscopie. La cystographie peut rendre dans ces cas les plus grands services en montrant que la tache n'est pas dans l'aire de la vessie et qu'elle se trouve soit en dehors, soit au-dessus de la vessie. Il ne peut donc pas s'agir de calculs inclus dans sa cavité.

Pour l'uretère, la radiographie avec sonde opaque lèvera toujours les doutes. Cette radiographie montrera parfois à l'évidence qu'il ne s'agit pas d'un calcul, puisque la tache ne correspond pas à la sonde, le malade étant radiographié d'avant en arrière. Mais parfois la tache et la sonde coïncident bien sur l'image radiographique et si l'on a des doutes, en raison de l'aspect de la tache, sur l'existence d'un calcul, il faudra dans ces cas faire radiographier le malade non pas seulement en position antéro-postérieure, mais également en position transversale ou oblique ; s'il ne s'agit pas d'un calcul l'on verra les deux ombres ne plus coïncider.

Pour les taches du petit bassin si fréquentes, la plupart du temps il suffira de jeter un regard sur la situation de ces taches, sur leur forme, sur leur multiplicité, pour dire d'emblée qu'il ne s'agit pas de calcul de l'uretère. Ces taches sont en effet situées beaucoup plus en dehors que ne l'est l'uretère ; elles présentent une forme arrondie très particulière, et d'autre part elles sont souvent multiples et disposées de telle façon qu'il est impossible de penser qu'il puisse s'agir de calculs de l'uretère.

Mais la fréquence de ces taches est telle que parfois on les trouve chez des sujets porteurs de calculs du rein ou de l'uretère supérieur et vraiment dans ces cas on a tout lieu de penser qu'il s'agit véritablement de taches correspondant à des calculs. Seule, la radiographie, après mise en place d'une sonde opaque, pourra faire éviter l'erreur.

Au niveau du rein, les erreurs seront évitées par la connaissance des causes qui peuvent produire les taches. Les calcifications que l'on peut trouver dans le rein seront reconnues comme telles en raison de l'aspect peu homogène de l'ombre produite par la concrétion. Il n'y a vraiment pas d'autre moyen de pouvoir distinguer ces concrétions des calculs, puisque ces concrétions existent réellement dans l'intérieur du rein. Lorsqu'on soupçonnera que ces taches peuvent ne pas être produites par des calculs, il suffira de faire une exploration rénale pour reconnaître qu'il s'agit d'une tuberculose rénale en évolution.

Pour certaines taches dues à des calcifications de ganglions, la pyélographie pourra donner quelquefois des renseignements très exacts en montrant que la tache se trouve située en dehors de l'uretère, du bassinet et du rein.

Quant à la distinction entre les calculs vésiculaires et les calculs rénaux, elle sera faite dans quelques cas par l'opacité spéciale des calculs biliaires, différente de celle de la plupart des calculs rénaux. L'opacité d'un calcul biliaire est en général beaucoup plus forte aux limites du calcul qu'à son centre ; au contraire, les calculs rénaux ont leur opacité maxima au centre. La forme prismatique des calculs est quelquefois tellement caractéristique qu'on ne peut pas hésiter ; mais il est des cas de calculs arrondis se présentant de même façon, qu'ils soient dans le rein ou qu'ils soient dans la vésicule. Dans ces cas, la seule façon de faire la distinction entre ces calculs est la radiographie en position transversale : les calculs du rein se projettent sur la colonne vertébrale ou un peu en arrière d'elle; les calculs de la vésicule se projettent au contraire toujours en avant d'elle.

Je vous rappelle enfin que si vous observez sur la peau de la région réno-urétérale un de ces molluscums dont je vous parlais tout à l'heure, il faudra toujours penser qu'il peut donner lieu à une tache et le supprimer avant de faire radiographier le malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1934)

Lésions vasculaires de la paroi gastrique dans les hématémèses des splénomégalies. — MM. HARVIER et MAISON. Dans deux cas, l'examen histologique met en évidence des lésions des vaisseaux de la muqueuse gastrique. Dilatation vasculaire dans un cas, thrombose partielle, épaississement des parois, dans l'autre. Les auteurs estiment que la persistance de ces lésions vasculaires au niveau de l'estomac après ablation de la rate peut suffire à expliquer les hémorragies tardives ou itératives.

Hématémèses par bourgeonnement intra-portal d'un cancer pancréatique. — MM. TROISIER, BARIÉTY et GABRIEL. Cas d'un cancer de la tête du pancréas, sans ictère avec hématémèses répétées : ressortissant au mécanisme de l'hypertension portale, un bourgeon néoplasique obstruant presque complètement la lumière de la veine porte et déterminant une stase veineuse en amont.

Dédoublement du 2e bruit du cœur dans la sténose mitrale. — M. DUCHOSAL (Genève). L'auteur estime que les dédoublements du 2e bruit sont de deux ordres.

Dans un cas, le 3e bruit surajouté est sec, probablement lié à l'asynchronisme sigmoïdien ; l'autre, de tonalité variable, est plus distant du 2e bruit, et présente la même chronologie que celle du 3e bruit du cœur.

Hémorragies gastriques sans effraction de la muqueuse. — M. RENAUD. Malade tabétique cachectique, présentant meloena profus. A l'autopsie, constatation de placards ecchymotiques sur la muqueuse de l'estomac, points de départ des hémorragies. Donc, suintement sanguin sans rupture vasculaire ayant suffi à provoquer hémorragie abondante. C'est, en outre, un exemple typique des hémorragies

gastriques et intestinales indépendantes des néoplasies et des lésions ulcérées.

Leucémie aiguë après une inoculation septique. — MM. Brulé, Hillemand, Cottet et Siguier. Inoculation septique, lymphangite, panaris de la main droite. Etat septicémique, puis apparition d'une anémie accentuée avec leucocytose et mononucléose : au moment de la mort, la formule sanguine était celle d'une leucémie aiguë.

Hépato-néphrite grave de nature indéterminée. Guérison. — MM. Brulé, Hillemand et Mallarmé. Début par symptômes abdominaux intenses, avec légère contracture. Allure rapide de la maladie, le malade ayant présenté le 11 octobre un ictère d'aspect grave avec hémorragies gastro-intestinales, était guéri le 16 octobre. Aucune étiologie ne put être précisée.

Scarlatine puerpérale. — MM. Debré, Ramon, Bonnet et Lamy. Dans ce cas, on doit noter la netteté du phénomène de Schultz-Charlton, et le caractère négatif de la réaction de Dick dans la convalescence, s'accompagnant de la présence d'antitoxines dans le sérum. Présence de streptocoques hémolytiques dans les rachis. Il y a identité entre la scarlatine puerpérale et la scarlatine commune.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 28 février 1934)

M. Georges Labey, président, fait part du décès de M. Bousquet, membre correspondant national.

Surrénalectomie gauche. — M. Wilmoth, chez une malade très hypertendue, a obtenu, par surrénalectomie, une amélioration de l'hypertension, mais sans modification des signes fonctionnels.

Péritonite biliaire. — M. Mondor rapporte une intéressante observation de cette lésion et discute les diverses hypothèses pathogéniques.

Hématome intra-cérébral. — M. Rochet (de Bordeaux) a vu après traumatisme cranien s'organiser une hémiplégie. Il a évacué avec succès une collection sanguine intra-cérébrale.

Epididymites à staphylocoques. — MM. Gouverneur et Motz ont observé une forme aiguë et des formes subaiguës et chroniques de cette lésion, qui semble souvent primitive, en apparence, évoluant sans urétrite. L'examen des urines après massage de la prostate peut déceler l'existence de staphylocoques dans les urines.

M. Madier a observé une épididymite à staphylocoques qui avait simulé une torsion du cordon spermatique chez un garçon de quatorze ans.

M. Moure a observé une épididymite suppurée à staphylocoques chez un nourrisson, dont la mère présentait un abcès du sein.

M. Bazy pense qu'il faut discuter chez les enfants les diagnostics d'épididymite et de torsion.

M. Moulonguet rappelle que c'est à Lecène que revient le mérite d'avoir mis en évidence les épididymites non tuberculeuses (thèse de Redon). Certaines épididymites fondent sous l'influence du propidon.

M. Braine a observé une épididymite à staphylocoques au cours d'une pyohémie.

Radiologie dans l'hémopéricarde. — M. Maisonnet rapporte une observation de M. Lheureux (Le Cateau) qui, après une plaie thoracique, put observer l'image radiologique d'un hémopéricarde, ce qui détermina l'intervention. Le ventricule droit présentait deux orifices de perforation par balle.

Patella pluri partita. — M. Maisonnet commente une observation de M. Stefanini qui a observé un cas de cette lésion.

Péritonite biliaire. — M. Lenormant conclut que la cholécystectomie est l'opération logique. La pathogénie reste discutée entre la théorie infectieuse et la théorie chimique (reflux pancréatique).

Transfusion dans les septicémies staphylococciques. — M. Leveuf rapporte ce travail de M. Carajannopoulos (d'Athènes), ayant trait à six cas, dans lesquels la transfusion eut une action favorable.

M. Sorrel a observé une fois une aggravation après la transfusion.

M. Roubier remarque que le staphylocoque peut paraître pousser dans le sang lorsque l'aiguille a en réalité traversé des tissus infectés par le staphylocoque.

Tumeur conjonctive du creux de l'aisselle. — M. Jean Quénu fait un rapport sur une observation de MM. Mourgue-Molinet et W. Arnal (Montpellier). Cette tumeur fut traitée par désarticulation interscapulo-thoracique. Guérison opératoire, mais récidive au bout d'un an au niveau des ganglions sus-claviculaire et du poumon. Il s'agissait d'un réticulo-endothéliome. M. Quénu conseille la voie postérieure pour aborder ces tumeurs. Elles sont souvent radiosensibles.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

SÉANCE ANNUELLE

(séances des 15, 21 et 28 février 1934)

LA FIEVRE TYPHOIDE

Dans son rapport sur les *réactions biologiques au cours de la septicémie éberthienne*, le professeur Audibert montre : 1° que la fièvre typhoïde, comme il l'a indiqué il y a plus d'un quart de siècle, n'est pas une maladie à localisation primitivement intestinale, mais sanguine ; 2° que la lésion de la plaque de Peyer est une lésion de surinfection, la lésion de primo-infection étant représentée par l'énorme hypertrophie des ganglions mésentériques ; 3° que le typhique passe, au cours de sa longue maladie, par des phases alternées d'anaphylaxie et d'immunité.

Après avoir étudié l'hémogénie et les éléments de diagnostic et de pronostic qu'on peut tirer des multiples réactions biologiques au cours de la fièvre typhoïde, l'auteur termine par des considérations intéressantes sur la thérapeutique et la diététique de l'infection typhique.

Le professeur Violle expose, dans son rapport, l'*épidémiologie de la fièvre typhoïde* dans le département, l'état endémique de cette affection à Marseille, dû à diverses causes : absence d'égouts dans différents points de la ville, de la banlieue ; eau javellisée seulement dans les quartiers centraux ; pollution du rivage, etc.

Sur ce fond d'endémie, surgissent de temps à autre des foyers épidémiques ; ce foyer central paraît la cause de contamination de nombreuses communes du département.

La morbidité est importante ; la mortalité élevée.

La prophylaxie, épuration des eaux de boisson, — évacuation des eaux usées —, est à poursuivre activement. La

réglementation concernant les coquillages à appliquer strictement. La vaccination est peu appliquée.

Les pouvoirs publics devraient intervenir plus intensément dans la lutte contre cette redoutable maladie.

Rôle des coquillages dans la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — M. TEYSONNIÈRE fait une étude détaillée des divers coquillage consommés à Marseille et de leur richesse comparée en bacilles d'Eberth. Alors que les huîtres, mieux surveillées, passent au deuxième plan, il semble qu'à l'heure actuelle ce soient surtout les moules et les clovisses, beaucoup plus rarement les oursins ou les violets, qui restent responsables des contaminations les plus habituelles. La mer étant souillée sur une assez large étendue au voisinage des côtes, il paraît bien difficile d'obtenir des coquillages sains à Marseille. Tant que les égouts se déverseront directement sur le littoral, toute mesure de prophylaxie collective demeurera inefficace.

Aspects cliniques actuels de la fièvre typhoïde à Marseille. — M. D. OLMER. Les infections typhoïdiques actuellement observées à Marseille sont presque toujours dues au bacille d'Eberth (98 p. 100 des cas pour 1,40 p. 100 Para B et 0,22 p. 100 Para A).

Le rôle d'une vaccination antérieure s'est manifesté par la plus grande fréquence de la maladie chez la femme (89 cas chez la femme, 36 chez l'homme dans un service hospitalier) et par la gravité moins grande de la fièvre typhoïde chez les vaccinés.

Certaines épidémies récentes ont présenté une mortalité élevée, mais, dans leur ensemble, l'évolution et les complications ne diffèrent pas sensiblement par leur nombre et par leur importance de celles qui font l'objet des descriptions classiques.

Essai sur la fièvre typhoïde par ingestion de coquillages souillés. — M. D. OLMER. La fréquence du rôle des coquillages (huîtres, moules, clovisses, praires, etc.), dans la transmission de la fièvre typhoïde est parfois très élevée, puisqu'on les a retrouvés 65 fois sur 100 cas à l'origine de certaines épidémies.

Dans une statistique hospitalière de 125 cas, ce rôle a paru évident 28 fois, soit 22,4 %. Il s'est toujours agi d'une infection éberthienne.

La fièvre typhoïde due aux coquillages se distingue surtout par sa gravité (21,42 % de mortalité, 12,37 % dans la même période pour les infections n'ayant pas cette origine).

Certaines particularités cliniques et évolutives distinguent cette variété étiologique. Incubation parfois écourtée ; évolution en deux temps après un stade d'infection gastro-intestinale, banale, ou après un ictère ; fréquence des déterminations intestinales, de la diarrhée, de l'hémorragie, de la perforation ; formes graves dans lesquelles les accidents se précipitent comme si l'infection typhoïdique brûlait les étapes ; formes anormales qui peuvent égarer le diagnostic ; fréquence des troubles sanguins se traduisant par des modifications de la coagulation et de l'aspect du caillot.

Pour expliquer l'allure un peu particulière que présente assez souvent la fièvre typhoïde par ingestion de coquillages, on peut penser à une inoculation massive de bacilles par concentration des germes dans l'organisme du coquillage ou plutôt à une infection associée, le colibacille, les bactéries putrides, les anaérobies exerçant leur action peut-être « in situ » dans le milieu intestinal pour aggraver les effets locaux et généraux de l'infection typhoïdique.

La vaccination antityphoïdique curative. — MM. RANQUE et SENEZ, dont les études sur le vaccin T A B atténué par l'iode sont bien connues, se sont attachés dans leur rapport à montrer qu'il est possible d'obtenir une sédation et un raccourcissement de l'évolution fébrile, grâce au vaccin, pourvu que l'on injecte celui-ci dans les premiers huit jours de l'affection ; une injection, progressivement croissante, tous les deux jours, de vaccin iodé, donne très souvent des résultats appréciables, qu'il serait utile de vérifier sur une plus grande échelle, mais qui, d'ores et déjà, permettent d'envisager sous un jour favorable l'avenir de la méthode.

Données thérapeutiques actuelles sur la fièvre typhoïde. — MM. Ch. MATTEI et L. ISÉMEIN. Les auteurs résument au point de vue thérapeutique les données utiles que fournit au médecin la richesse malheureusement toujours trop grande de Marseille en fièvres typhoïdes.

Thérapeutique par certains agents biologiques. — *Sérothérapie.* — Après les travaux de Chantemesse, Rodet et Lagriffoul, Baumer et Peiper, Achard et Foix, une sérothérapie spécifique est à la portée du praticien, grâce au sérum de Rodet.

Le sérum de cheval modérément immunisé par des injections de toxine typhique, doit être employé de préférence dans les 5 premiers jours de la maladie, mais il est utile et peut-être efficace, à toutes les périodes (Rodet et Lagriffoul, Grasset, Etienne et ses élèves, Ch. Mattei). Injecter 20 à 30 cc. le premier jour, 15 à 20 cc. 48 heures après, enfin 10 à 15 cc. deux jours après. Une quatrième injection à la même dose peut être utilisée chez les enfants 20 cc., 15 cc., 10 cc. ou 15 cc., 10 cc., 5 cc.

Dans les cas heureux, l'action est nette sur la marche de la fièvre qui descend en lysis ou par paliers, sur l'état général qui s'améliore grandement dans les cas graves.

Dans cinq cas sur sept où le sérum de Rodet avait été employé par les auteurs, au cours du troisième septénaire, son action a été très favorable malgré la gravité sévère des cas traités.

Le sérum de Rodet est un agent thérapeutique très souvent efficace et toujours inoffensif.

Vaccinothérapie antityphoïdique curative. — Question exposée avec netteté au cours de la même séance, par MM. Ranque et Senez. M. et I. indiquent seulement la valeur thérapeutique indiscutable de la méthode si elle est précocement employée (1er septénaire) en surveillant les réactions locales et générales, dues à la piqûre et qui serviront de guide. 4 injections hypodermiques en tout à 3 jours d'intervalle, 1/4, 1/2, 1 et 1 cc. 1/2 ; chez l'enfant, doses réduites de moitié.

Bactériothérapie par le bactériophage d'Hérelle, Violle, Mannoussakis. — Son action en ingestion est irrégulière. Son utilisation par voie sous-cutanée, 10 à 40 cc. de bactériophage en bouillon, est plus efficace, mais provoque de vives réactions immédiates.

Hémothérapie. — *L'autohémothérapie* (Ramon) donne des résultats dans les formes traînantes. De même le sérum de convalescent (Bourgeois et Maisler).

La transfusion de sang normal (de Massary, Rosenthal et Vacher, Vialard et Darleguy, Flandrin et Tzanck, F. Trabue 1927) a été aussi un très utile moyen de traitement. Audibert et Raybaud, Poinso en ont eu d'excellents résultats, dans le traitement de l'hémogénie typhique chez l'adulte et chez l'enfant.

L'immuno-transfusion de sang d'un sujet sain préalablement vacciné contre les infections éberthienne et paratyphoïdique a donné des résultats très heureux et qui an-

noncent une méthode thérapeutique d'avenir (Wright, Trémollières et Tzanck, Tixier et de Sèze, Esbach).

La pyothérapie spécifique, imaginée et expérimentée par Ranque et Senez, à la suite des travaux de Belin, a donné depuis trois ans aux auteurs et à M. Olmer, des résultats satisfaisants qu'a rapportés ce dernier auteur.

On injecte deux fois par jour par la voie sous-cutanée ou intraveineuse (en ce cas sans dilution), des extraits obtenus par broyage de pus d'abcès de fixation provoqués chez le cheval immunisé contre Eberth, Para A et B. Cette méthode utilisable à toutes les périodes de la fièvre typhoïde est surtout indiquée après le 2e septénaire et peut constituer une méthode complémentaire de la vaccinothérapie.

Chimiothérapie de la fièvre typhoïde. — La *trypaflavine* a été employée par Stephin et Boydsin, dans la fièvre typhoïde : 0,05 à 0,20 centigr. en injections intraveineuses tous les 2 ou 3 jours. Résultats variables. Remède dangereux selon les auteurs, car il altère gravement foie et rein, comme l'ont montré Richet et Couder, Brûlé et Lenègre.

Le *Néosalvarsan* pour lequel les mêmes réserves s'imposent a été employé par Wohlers et Audéoud : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60 à 2 ou 4 jours d'intervalle. Les auteurs auraient eu une défervescence accélérée dans 12 cas sur 20. 3 décès sur 20 cas traités. Un cas à rechutes aurait été particulièrement bien influencé.

L'*iodobismuthate de quinine*, — Quinby, — préconisé depuis 1924 par Sahli (de Berne), a été également employé dans la fièvre typhoïde par Politzer, qui rapporte 37 cas graves avec 24 succès, 10 résultats douteux et 3 morts.

Technique : 3 cc. de Quinby tous les jours ou tous les 2 jours ; chez l'enfant, le tiers ou la moitié de cette dose avec le même intervalle, 6 à 8 piqûres en tout.

L'action de ce remède ne relèverait ni de la quinine, ni de l'iode isolés, mais bien du complexe médicamenteux lui-même. Les accidents toxiques seraient nuls.

Les médications symptomatiques. — Sans insister sur l'usage des tonicardiaques, de divers médicaments, colloïdaux, et des antiseptiques généraux, les auteurs résument l'évolution des idées, à propos du *régime alimentaire des typhiques*, qui doit être très surveillé et dans lequel le lait semble avoir perdu la place de choix que lui donnaient les anciens, réforme qui paraît réduire les manifestations intestinales de la maladie. Ils notent aussi que les régimes substantiels jadis préconisés paraissent à tous contre-indiqués, l'alimentation devant rester liquide, à base d'eau sucrée et au besoin de potages très fluides, dans le cours de la période fébrile.

L'*usage des antithermiques chimiques* leur paraît devoir être abandonné comme une médication trop incomplète contre la fièvre et comme un agent thérapeutique troublant d'une manière inopportune le tracé thermique, si utile au clinicien lorsqu'il est pur de toute modification artificielle.

L'*usage des antithermiques physiques*, grandement facilité par la pratique de la glace sur le ventre, peut être réalisé aussi dans la balnéation, mais prudente et modérée, les températures des bains ne devant pas dépasser 28 degrés minimum, le malade étant d'abord plongé dans un bain à 32° progressivement ramené à 30 ou 28.

Enfin le traitement du délire chez les typhiques paraît aux auteurs plus efficace, grâce à l'opothérapie hépatique injectable à assez fortes doses qui leur a donné souvent des résultats vraiment favorables.

Du traitement des complications, longuement étudié au point de vue chirurgical par divers rapporteurs, les auteurs retiennent simplement l'utilité remarquable des transfusions de sang normal à petites doses dans les hémorragies de la fièvre typhoïde.

Un perfectionnement appréciable dans le traitement de la fièvre typhoïde paraît donc résulter des expériences thérapeutiques récentes facilitées par la morbidité typhique à Marseille.

Les affections typhoïdiques dans l'armée avant et après la vaccination préventive. — Le médecin général Jude donne un aperçu très documenté, avec clairs graphiques à l'appui, de la fièvre typhoïde dans l'armée. Pratiquement, grâce à la vaccination préventive, celle-ci a à peu près disparu, et la 15e région, autrefois en tête de la morbidité et mortalité par dothiénentérie, a perdu cette fâcheuse prééminence.

Les associations microbiennes dans la fièvre typhoïde. — MM. E. Gaujoux, J. Brahic et M. Recordier se limitent à l'étude des associations microbiennes non spécifiques. Des recherches déjà anciennes en avaient révélé l'existence, mais il semble que les travaux de ces dernières années, ne leur accordent pas la place qu'elles devraient occuper.

Après avoir rappelé les particularités bactériologiques, pathogéniques et cliniques, propres à chacun des germes associés : colibacille, streptocoque, staphylocoque, entérocoque, pneumocoque, aérobies divers et anaérobies, les auteurs montrent dans une étude d'ensemble l'intérêt pratique qui s'attache à ces données.

Ils envisagent, dans une vue synthétique, la part qui revient dans le tableau clinique de la fièvre typhoïde à ces associations microbiennes. Elles peuvent se manifester soit en modifiant la courbe thermique et l'évolution générale, soit en déterminant certaines variétés de complications, probablement les plus nombreuses.

La thérapeutique peut tirer un grand parti de ces notions qui, à part la sérothérapie antigangréneuse, ne semblent pas avoir été utilisées comme elles le méritent.

Quelques particularités de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. E. Cassoute insiste sur la fréquence de la fièvre typhoïde chez l'enfant avec une prédominance plus élevée au-dessous de 8 ans, et sur le fait qu'il existe des familles à fièvre typhoïde et des familles où on ne la rencontre jamais. Il montre la difficulté du diagnostic différentiel avec la pneumonie en raison de l'absence des crachats et des signes métacoustiques, avec la typho-bacillose, l'appendicite et la forme septicémique de l'ostéomyélite.

Envisageant les complications, il montre la bénignité de certaines hémorragies intestinales et différencie le syndrome abdominal grave que l'on peut rencontrer dans les perforations, avec les simples poussées de péritonites localisées et aussi avec les lésions surrénales. A ce propos, l'auteur affirme la fréquence plus grande des insuffisances surrénales et de l'appareil nerveux du cœur, par rapport à la myocardite dont les atteintes chez l'enfant ne sont pas des plus graves.

Il cite plusieurs observations avec participation cérébrale méningée et médullaire, mais croit, dans la majorité des cas, à la fugacité de ces imprégnations du névraxe, qui disparaissent le plus souvent avec la fièvre typhoïde. L'auteur termine en préconisant la vaccination typho-diphtérique associée dès la 2e année dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique.

Les complications chirurgicales de la fièvre typhoïde font l'objet d'un rapport très documenté de MM. Fiolle, Bourde, J. Giraud, Caire, P. Sellior, Luccioni, Figarella et A. Léna. Chacun des auteurs a traité une partie de cette vaste question. Le prof. Fiolle, après un rapide exposé des diverses localisations et complications chirurgicales, insiste

tout particulièrement sur la fréquence des cholécystites typhiques, dont le traitement de choix est la cholécystostomie.

Le prof. agrégé Bourde brosse un tableau d'ensemble des perforations intestinales. Il insiste sur la difficulté de leur diagnostic et sur la gravité de leur pronostic, un peu atténué cependant, grâce aux nouvelles techniques d'extériorisation de l'anse malade.

Recherches sur la typhoïde expérimentale. — M. le prof. L. CORNIL, MM. Y. POURSINES et GIRAUD-COSTA.. Après avoir résumé les travaux classiques de Chantemesse, et Widal, de Sanarelli, de Ramon, de Besredka sur la typhoïde expérimentale, ils montrent que jusqu'aux travaux de Besredka, cette maladie expérimentale n'a pu être réalisée de manière régulière que chez les singes. Besredka, en 1919, parvint bien à rendre le cobaye et le lapin sensibles au virus typhique, mais il devait pour cela intoxiquer l'animal par l'absorption de 10 cm³ de bile.

Ce furent Sedan et Hermann, les premiers, qui en 1924 découvrirent une technique simple et sûre d'infection expérimentale du cobaye. Leurs travaux furent confirmés par les recherches de Zoeller et Bastouille, de Jean Dalsace et Gory, et celles des auteurs. La technique est aisée : il suffit de pratiquer une ou deux injections sous-conjonctivales de virus typhique récemment isolé de l'organisme d'animaux ayant jeuné pendant trois jours.

Les auteurs se sont attachés à étudier dans leurs travaux personnels l'aspect clinique de la maladie du cobaye : infection d'une durée de douze jours, mortelle dans les trois quarts des cas. Au cours de cette affection, ils ont plus particulièrement étudié le fonctionnement du myocarde au moyen de l'électrocardiographie ; ils ont ainsi pu établir un certain nombre de corrélations anatomo-cliniques entre les aspects lésionnels du myocarde et l'électrocardiogramme. Ils ont pratiqué l'étude anatomo-pathologique des différents viscères, les lésions intestinales, hépatiques et cardiaques paraissent constantes, et enfin ont montré l'intérêt de l'étude de l'allergie typhique, grâce aux renseignements quantitatifs fournis par les variations dans le temps et l'intensité des réactions oculaires provoquées.

LIVRES NOUVEAUX

Urologie infantile (1), par les docteurs BEER et HYMAN. Préface de M. le docteur E. PAPIN, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph. Traduit de l'américain par le docteur BUSSER..

La chirurgie infantile, écrit le docteur Papin dans la préface, est acceptée, par tous, comme une spécialité de la Chirurgie générale ; elle suffit à absorber l'activité de celui qui s'y consacre. Il existe aussi une urologie infantile, qui doit, naturellement, être confiée aux urologistes, car les méthodes d'examen sont les mêmes que celles de l'urologie des adultes et demandent encore plus de patience et d'adresse. Tous les urologistes ne connaissent pas également bien ce territoire ; il en est qui soignent rarement des enfants, d'autres jamais. Aussi faut-il être reconnaissant à Beer et à Hyman, particulièrement compétents en la matière, d'avoir écrit cet ouvrage. Il faut remercier, également, le docteur Busser d'en avoir donné une excellente traduction, qui sera favorablement accueillie par les spécialistes non familiarisés avec la langue anglaise. Il n'existe encore, chez nous, aucun livre de ce genre ; il faut même ajouter que l'urologie infantile n'y est pas organisée, la plupart des petits malades étant soignés dans les hôpitaux d'enfants, où l'on fait appel à l'urologiste pour les examens spéciaux.

L. G.

Hypertension artérielle, paroxystique (1), par Mariano R. CASTEX, membre de l'Académie nationale de médecine de Buenos-Ayres, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Buenos-Ayres, recteur de l'Université de Buenos-Ayres.

L'hypertension artérielle dite paroxystique est caractérisée par la brusque élévation de la pression sanguine sur un fond de tension artérielle normale.

Après quelques considérations générales, l'auteur présente une série de types cliniques de l'hypertension artérielle paroxystique, chacun d'eux formant un chapitre séparé : dans le saturnisme, le tabès, l'épilepsie, l'aortite, l'angine de poitrine, la lithiase biliaire, la lithiase rénale, la rétention urinaire aiguë, la typhoïde, certaines méningites, quelques tumeurs abdominales, surrénales, médiastinales et œsophagiennes, quelques pneumothorax aigus, des états de dyspnée violente, l'asphyxie aiguë, l'asthme bronchique, des types respiratoires spéciaux (Cheyne Stokes), l'éclampsie hypertensive pseudo-urémique aiguë. La description de chacun de ces types cliniques est appuyée par une abondante documentation et des faits puisés dans la littérature médicale.

L'étiopathogénie de l'hypertension paroxystique obéit à des mécanismes pathogéniques variés et à des causes des plus diverses. L'auteur passe en revue les faits expérimentaux et cliniques qui servent de base à ces mécanismes pathogénétiques. Successivement, il analyse le rôle de l'excitation du nerf splanchnique, notamment au cours de certains processus abdominaux, puis l'hypertension réflexe provoquée par la douleur, toujours d'origine centrale.

Toute cette étude forme un exposé consciencieux et des plus complets de l'état actuel de l'hypertension artérielle paroxystique. Cette question des plus controversées et que l'auteur a eu le mérite de présenter avec une grande clarté, est discutée avec autant de maîtrise que de compétence, basée sur des faits précis et judicieusement interprétés.

L. G.

Le bactériophage et ses applications thérapeutiques (2), par F. D'HÉRELLE, professeur de Bactériologie (Université de Yale (U.S.A.). — La Pratique médicale illustrée.

Dans le présent ouvrage, le professeur d'Hérelle expose d'une manière concise ce qu'est la bactériophagie, discute la nature de l'agent qui la provoque, et passe en revue toute la série de phénomènes qui se produisent dans l'organisme du malade sous son action, phénomènes qui aboutissent à la guérison. Il montre que cette dernière ne résulte pas, comme on l'a cru jusqu'ici, de l'acquisition d'une immunité par l'organisme malade, mais qu'au contraire, l'immunité est une conséquence de la guérison. En d'autres termes, ce volume expose les résultats des expériences qui démontrent que le bactériophage est un agent permettant de reproduire expérimentalement les processus naturels de la guérison et de la prévention des maladies infectieuses. La parfaite compréhension de ces faits permet au praticien d'utiliser en parfaite connaissance de cause un agent qui occupe une place à part dans l'arsenal thérapeutique.

L. G.

(1) In-8 (20 × 15) de 259 pages, avec 50 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(1) In-8 de 38 pages avec figures dans le texte et 1 planche en couleurs hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(2) In-8 de 32 pages avec schémas dans le texte. — Prix : 14 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES D'ALCOOL

Mon cher confrère, —

Ce petit mot à propos du très récent et très intéressant article du Dr Gurfinkiel (de Clermont-Ferrand) (*Gaz. hôp.*, 14 mars 1934). J'ai eu l'occasion d'essayer dans la streptococcémie puerpérale septicémique, mais dans un stade tardif, vers le 20e jour, (parce que les cas m'étaient envoyés tard par des confrères), la méthode de Bär, récemment remise en honneur par Walter Mestitz, dans *Wiener Klinisch. Wochenschrift*, tome XLIX, N° 43, 23 octobre 1931, à savoir 66 cc. d'alcool à 100°, dans 200 cc. d'eau salée physiologique, tiède. Injection intraveineuse continue à raison de 20 cc. par minute. Il aurait obtenu 20 guérisons sur 22 cas.

J'ai d'abord essayé des doses faibles analogues à celles employées dans les pneumopathies suppurées. Et ces doses faibles dans de l'*eau distillée simple*. Aucun accident, aucun choc. Puis j'ai augmenté les doses, en les fractionnant matin et soir. Enfin, j'ai injecté en une fois la dose totale de 66 cc. d'alcool à 100° dans 200 cc. de sérum physiologique salé — en un quart d'heure. Il n'y a pas de douleurs violentes dans l'épaule et l'aisselle, si l'injection est régulière, lente et sans à-coup. Seulement de la pâleur de la face, de l'euphorie, de la loquacité, puis du vertige, de la rougeur vultueuse de la face, de la lenteur extrême des réponses, une demi-somnolence (non du coma comme le disent les Allemands), et une respiration profonde, stertoreuse ; pendant deux heures, sommeil calme, mais réveil possible.

Ces injections sont renouvelables toutes les 48 heures sans le moindre inconvénient, — jusqu'à six fois en 12 jours. Euphorie extrême, l'appétit revient, les frissons disparaissent. La température tombe plusieurs heures et ne remonte plus si haut. Le pouls devient en quelques minutes extrêmement plein et fort. Le remplacement de la solution physiologique salée par une solution isotonique de glucose semble donner une solution contenant des particules en suspension, assez visibles, et de ce fait choque légèrement dans les premiers centimètres cubes d'injection. Certains auteurs emploieraient des solutions hypertoniques glucosées (le danger de choc doit en être très augmenté). Il semble que ce traitement agisse par augmentation de la polynucléose et déblocage du système réticulo-endothélial. Il semble également qu'on ne puisse parler d'hémolyse dans mes cas, car il s'agissait de streptocoque HÉMOLYTIQUE très virulent trouvé, *à plusieurs hémocultures différentes, dans le sang*. (Une septicémie, et une septicipyémie). Il y avait hémolyse nette et purpura pétéchial et ecchymotique. Ce traitement n'a pas amené la guérison dans les formes sévères. C'est vrai qu'il fut tenté tard (après des centaines de cc. de sérum antistrepto, des abcès de fixation négatifs et des immuno-transfusions sans succès), alors que tout avait échoué. Il semble seulement que la septicémie à allure aiguë et à grand frisson dans les 20 premiers jours, s'était transformée en septicémie subaiguë ou lente (trente à cinquante jours), sans frisson et ayant tendance aux localisations suppurées spontanées. Mais les cas ont été traités tard, alors qu'ils étaient sans espoir.

Ce traitement est cependant à employer prudemment, car il semble qu'il ne soit pas inoffensif pour le foie de grandes infectées (1) et qu'il puisse être un facteur surajouté d'œdème chez les grandes infectées ayant une tendance

(1) Il ne faudrait pas tout de même risquer de créer une hépato-néphrite par excès d'alcool.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
BEATOL
NERVEUX ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE, EXTRAIT DE JUSQUIAME, INTRAIT DE VALÉRIANE
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contre-indication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

spontanée à l'anasarque. Il y aurait lieu de tenter cette méthode dans les cas non désespérés.

Dr J. COURTOIS,
accoucheur de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

P. S. — Les auteurs qui ont essayé des mélanges plus concentrés en alcool à 100° ont remarqué des thromboses et des altérations vasculaires et des embolies, au-dessus d'un pourcentage de 33 % d'alcool dans le mélange. En ce qui concerne la quantité totale d'alcool de cette dilution injectable, il semble qu'une dose de 500 cc. serait une dose mortelle si on s'en réfère aux traités de médecine légale. On est donc encore loin de la dose léthale avec la méthode de Bär-Mestitz.

A noter encore que les tentatives de thérapeutiques se sont adressées à de robustes paysannes ne buvant jamais d'alcool et qui n'en ont cependant pas paru incommodées. J. C.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉMIE PERNICIEUSE

DEFINITION

L'anémie pernicieuse, ou *maladie de Biermer*, est un syndrome essentiellement caractérisé par une *déglobulisation extrême* et par *la gravité* de son pronostic ; c'est une anémie à rechutes ; souvent elle est *cryptogénétique*.

La *définition hématologique varie* suivant les auteurs :

a) Pour les uns (Aubertin, P. Emile-Weil et M. Bloch, Rieux, Agasse-Lafont...), de tous les caractères hématologiques de l'anémie pernicieuse, un seul est constant : *la diminution considérable des globules rouges ;*

b) Pour les autres (Naegeli, Hirschfeld, P. Chevallier..), c'est essentiellement une *anémie hyperchrome mégaloblastique.*

ETIOLOGIE

Le plus souvent : *absence totale de toute cause pathologique.* Dans d'autres cas on peut trouver un état pathologique chez le malade : la syphilis ou la tuberculose, *une parasitose intestinale*, des lésions du tube digestif, des troubles gastriques, des troubles intestinaux, des grossesses avec *allaitements multiples et rapprochés* et sorte d'intoxication par le fœtus (Brindeau).

Fréquence : relativement fréquente, contrairement aux traités classiques, depuis que l'on fait couramment des examens hématologiques.

Age et sexe : plus fréquente chez la *femme* et de 30 *à* 35 *ans ;* mais atteint tous les âges.

Hérédité et caractère familial : le caractère héréditaire est peu important ; le rôle de l'hérédo-syphilis reste douteux ; la *familialité* est rare, mais *peut exister.*

PATHOGENIE

a) *La nature de la maladie.* — 5 théories :

1. C'est une *ostéomyélopathie*, une affection systématisée de l'appareil hématopoiétique.

2. C'est la conséquence d'une *agastrie* (Martius, Knud Faber...), d'une *achlorhydropepsie.*

3. C'est une *anémie hémolytique :* il y a destruction globulaire exagérée (Aubertin).

4. C'est une anémie par manque d'apport des acides aminés spéciaux qui doivent se trouver réunis dans le noyau hémoglobinique (Fontès et Thivolle) ; c'est une *maladie de l'érythropoièse.*

5. *L'anémie pernicieuse est une maladie générale à localisations variées.* L'ostéomyélopathie est une localisation de prédilection, mais il y en a d'autres : localisations splénique, gastrique, linguale, nerveuse...

b) *L'agent pathogène.* — Il est *unique* pour les uns, multiple pour les autres (propriétés biologiques semblables) ; l'action serait due à un toxique chimique, à des toxines, ou à *un virus animé* vivant dans les lésions, suivant les conceptions.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — 1° Début *anémique.* — *a*) *Soit anémique pur :* asthénie progressive avec pâleur et dyspnée ;

b) Soit *anémo-digestif* : en dehors du syndrome anémique qui attire l'attention, on note un signe fréquent de grande valeur : *la glossite de Hunter ;* agastrie avec anorexie et mauvaises digestions ;

c) Soit anémo-nerveux ou *anémo-neuro-digestif.* En même temps que le malade pâlit, il se plaint des mains et des pieds et présente bientôt des troubles de la marche (forme *plus rapide*).

2° Début *atypique.* —*a*) Début *gastrique :* anorexie, lenteur des digestions, pesanteurs après les repas, achlorhydrie. (Dans 1 cas : 10 ans avant la phase anémique.)

b) Début *nerveux* (André Thomas et Foix) : avec un nombre normal de globules rouges on trouve dé l'*hyperchromie* et de la *mégalocytose* (parfois même de la mégaloblastose).

Etat. — 4 signes frappent dès l'examen du malade :

1° *La pâleur*, est extrême.

a) Peau : tantôt « pâleur de la mort » (Hayem) ; pas de plaques rouges des pommettes ; tantôt jaune clair terne, citron ; tantôt teinte subictérique, légère pigmentation en brun.

b) Les ongles : à peine rosés, ne se détachent guère sur la coloration des doigts.

c) Les muqueuses : leur décoloration est très prononcée : lèvres, gencives, voile du palais sont blanc-rosé ; *conjonctives blanc jaunâtre.*

2° Les *œdèmes.* — *L'absence* ou tout au moins *le peu d'importance de l'amaigrissement* est un des signes les plus frappants chez les anémiques.

Il existe toujours un certain degré d'*œdème :*

Soit *discret*, visage bouffi ; œdème dur à la face en particulier aux paupières et aux lèvres ; aux poignets et aux mains « certaine succulence » — il peut augmenter et empâter beaucoup les chevilles, gardant le godet. C'est un œdème d'hydrophilie tissulaire qui ne s'accompagne *pas de signes cliniques de néphrite.*

Soit *considérable :* il peut se généraliser (anasarque, avec ascite...).

3° La *dyspnée.* — Parfois ignorée du malade ; parfois très marquée (30 à 40), s'exaspère au moindre effort, existe même au repos : *aussi intense dans la position assise que dans la position couchée* (contrairement à la dyspnée des cardiaques).

4° *L'asthénie.* — Elle est constante, souvent l'un des premiers signes ; est généralisée, sans prédominance pour les membres inférieurs. Jusqu'à une période avancée de la maladie, les malades ont pu vaquer à leurs occupations, puis doivent prendre le lit ; son degré semble correspondre à l'allure évolutive.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 31 MARS 1934. — N° 26.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
L'électrologie en 1933, par MM. Louis Delherm et Jean Loubier.
SOCIETÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de médecine militaire française. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
CHRONIQUE
L'acupuncture chinoise, par M. Foveau de Courmelles.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 9 mai 1934, à 9 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du vendredi 6 avril au mercredi 18 avril 1934 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours de l'internat.* — Questions données :

Ecrit. — Rapports du rein droit. — Symptômes, diagnostic et traitement de la tuberculose rénale dite chirurgicale. — Signes, diagnostic et traitement des complications intestinales des fièvres typhoïdes.

Oral. — Signes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne. — Prophylaxie des infections de la mère et de l'enfant dans les suites de couches. — Conduite à tenir en présence d'un syndrome aigu douloureux de la portion sous-ombilicale de l'abdomen chez une femme de 20 à 50 ans.

Questions restées dans l'urne :

Ecrit. — Nerf grand hypoglosse. — Symptômes, diagnostic et traitement du cancer de la langue. — Signes, complications et traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — Anatomie du muscle diaphragme. — Symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. — Diagnostic et traitement des abcès du poumon.

Oral. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. — Hémorragies tardives des suites de couches. — Diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon. — Diagnostic et traitement du coma diabétique. — Accouchement de la tête dernière et sa dystocie. — Conduite à tenir en face d'un traumatisé du crâne.

Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Bouchacourt, Gatté et Ferron.

Internes provisoires : Mme Poggioli, MM. Calvet et Greverie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Parasitologie. (Professeur : M. E. Brumpt) — *Travaux pratiques supplémentaires en vue de la préparation aux examens de 3e année.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires, effectuée sous la direction du chef des travaux, aura lieu au laboratoire des travaux pratiques du jeudi 12 au vendredi 20 avril 1934.

Les séances auront lieu tous les jours, de 14 à 16 h.

Le programme comportera une revision complète et rapide de la parasitologie.

Cette série est destinée aux étudiants n'ayant pas accompli leurs travaux pratiques obligatoires et autorisés par la Commission scolaire à suivre cette série spéciale.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., jusqu'au 12 avril.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

— CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. F. TERRIEN.) — M. le professeur F. Terrien, avec le concours de MM. les professeurs Rathery, Regaud, Strohl et Tiffeneau, de MM. les agrégés Velter, Zimmern, de M. le docteur Ramadier, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et M. Renard ophtalmologiste des hôpitaux, de MM. les docteurs Cousin, Veil, Blum, Dollfus, Hudelo, Braun et Goulfier, chefs de clinique, chefs de laboratoire et assistants du service, fera un cours de perfectionnement d'ophtalmologie, du vendredi 20 avril au mardi 15 mai 1934.

3e Congrès français de Gynécologie 7, 8 et 9 mai 1934. Hôtel Chambon, siège de la *Société française de Gynécologie*, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). — Président d'honneur : M. le professeur R. Koenig (de Genève) ; Président : M. le professeur agrégé André Binet (de Nancy) ; Secrétaire général : M. Maurice Fabre, Secrétaire général de la Société française de Gynécologie ; Secrétaire adjoint : M. Turpault, Secrétaire annuel de la Société française de Gynécologie.

Lundi 7 mai. — A 14 h. 30 : Séance d'ouverture du Congrès. Discussion du rapport : *Histologie et Physiologie de l'ovaire.* Rapporteur : M. le professeur Max Aron (de Strasbourg). — Discussion du rapport : *Actions réciproques de l'ovaire et de la thyroïde.* Rapporteur : M. Léopold Levi. Ce rapport sera présenté par M. Roland Leven, Mlles Hirsch et Vouaux (de Paris).

Mardi 8 mai. — A 14 h. : Assemblée générale de la Société française de Gynécologie. — A 15 h. : Discussion du rapport sur *l'Etude clinique de l'Insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. Violet (de Lyon). — Discussion du rapport sur *la Thérapeutique médicale de l'Insuffisance ovarienne.* Rapporteurs : M. le professeur agrégé Guy Laroche et Mme Meurs-Blatter (de Paris). — A 21 h. 30 : Réception des congressistes par M. le Président et Mme André Binet.

Mercredi 9 mai. — A 15 h. : Discussion du rapport : *Physiothérapie de l'Insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. Pierre Lehmann, électro-radiologiste des Hôpitaux de Paris. — Discussion du rapport sur *la Thérapeutique chirurgicale de l'Insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. le professeur Jeanneney (de Bordeaux). — A 20 h. : Dîner du 3e Congrès français de Gynécologie, sous la présidence de M. le professeur R. Koenig, Président d'honneur du Congrès.

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements, on est prié de s'adresser à M. le docteur Maurice Fabre, Secrétaire général du Congrès, 6, rue du Conservatoire, Paris (9e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Veuillot, ancien externe des hôpitaux de Paris, décédé à Cambo, à l'âge de 33 ans.

CHRONIQUE

L'ACUPUNCTURE CHINOISE

La médecine change, évolue, va, vient et revient. De vieilles méthodes viennent ou reviennent en honneur. A la fin de sa vie, mon maître et ami, le prof. Albert Robin repréconisait le vésicatoire. Et voici que prennent corps et font leurs preuves d'activité les aiguilles enfoncées, ici ou là, en notre corps, d'après les Chinois et les Japonais. M. Soulié de Morant, leur désintéressé apôtre et propagateur en France, les fait largement utiliser. En la belle Revue *Hippocrate*, de février 1934, il signe avec le Dr Sakurazawa, la traduction d'un travail japonais du Dr L. Nakayama.

Grâce à M. Soulié de Morant, à M. Henry Frichet, qui dans *Médecine et Occultisme en Chine* s'en est inspiré, l'acupuncture chinoise a pris droit de cité en notre pays. Bien des médecins et non des moindres y recourent, connaissent les 800 points de cette télégraphie sans fils organique et salvatrice. On comprend par les corrélations organiques (actions à distance des radiations)... dont j'ai parlé à la *Société de Pathologie comparée*, que ces 800 points disséminés peuvent répondre à bien des cas morbides, les améliorer, les guérir... C'est, en effet, ce qui arrive.

Les moxas, plus connus, peuvent s'y ajouter et H. Duport, dans *Une Education de Femme* (1868) cite des succès pendant le choléra de 1832.

Droit de cité, ai-je dit, pour cette importation chinoise de procédés médicaux. Eh oui ! Le Dr Ferreyrolles, de la Bourboule, en est un apôtre fervent, il y a amené son ami, le Dr Flandin qui, à l'hôpital Bichat, j'en ai entendu d'heureux bénéficiaires, y recourt fréquemment. Bien des médecins homéopathes l'ont ajoutée à la méthode d'Hahnemann, et le Dr Martiny, dans la *Vie Médicale*, en a fait en octobre 1933, un lumineux exposé.

Mais c'est le numéro de février d'*Hippocrate*, que sous la plume autorisée de M. Soulié de Morant qui vécut seize ans en Chine, la traduction du travail parue au Japon (qu'ici conquiert la Chine ? !) nous éclaire plus encore, nous donnant des observations typiques et concluantes.

Les cas les plus divers, — et cela se conçoit, puisque l'on en a tant de points d'élection, — ont cédé, rétrocédé, guéri. Si on multipliait les applications de la méthode, on augmenterait et éluciderait son action. Ces lignes n'ont pas d'autre but. Jamais, la médecine ne sera trop riche en procédés thérapeutiques, et nous qui fûmes des premiers à ne pas douter de la physiothérapie, maintenant classique, nous sommes séduits par cette physiothérapie d'Extrême-Orient ne nécessitant nullement notre coûteux et encombrant outillage. Nous la trouvons difficile même à manier et apprendre. Il s'y fera sans doute aussi des spécialistes pour tel ou tel organe lésé. Il nous a paru utile de le dire. Avons-nous raison ? Les faits déjà connus semblent dire : « Oui » !

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

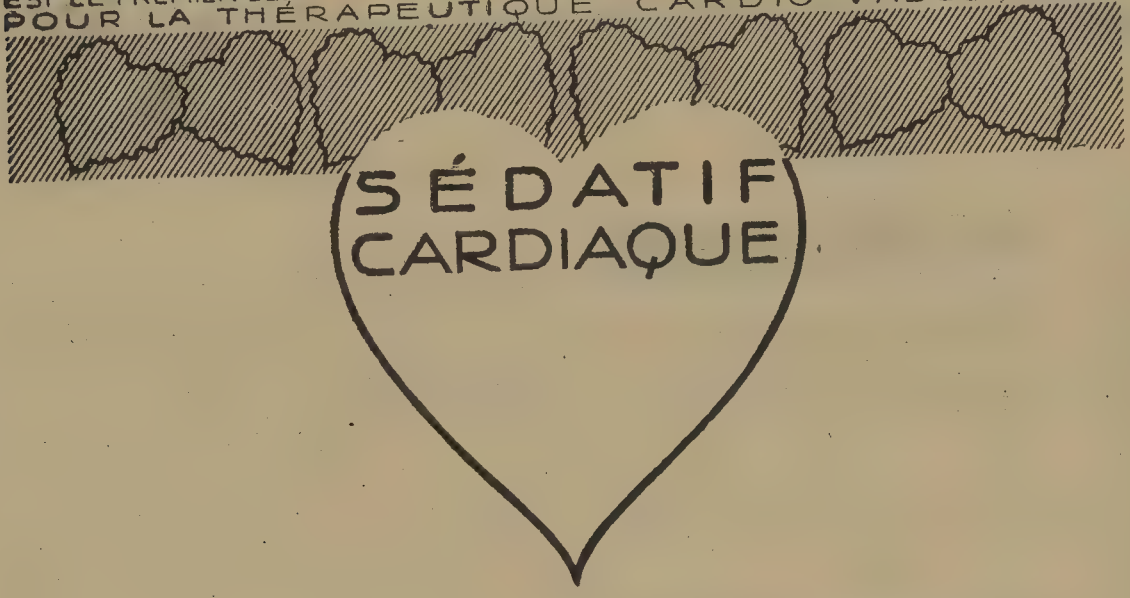
OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, et

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Iodarsenic DU Dr GUIRAUD
(Goutte Patdophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18e)

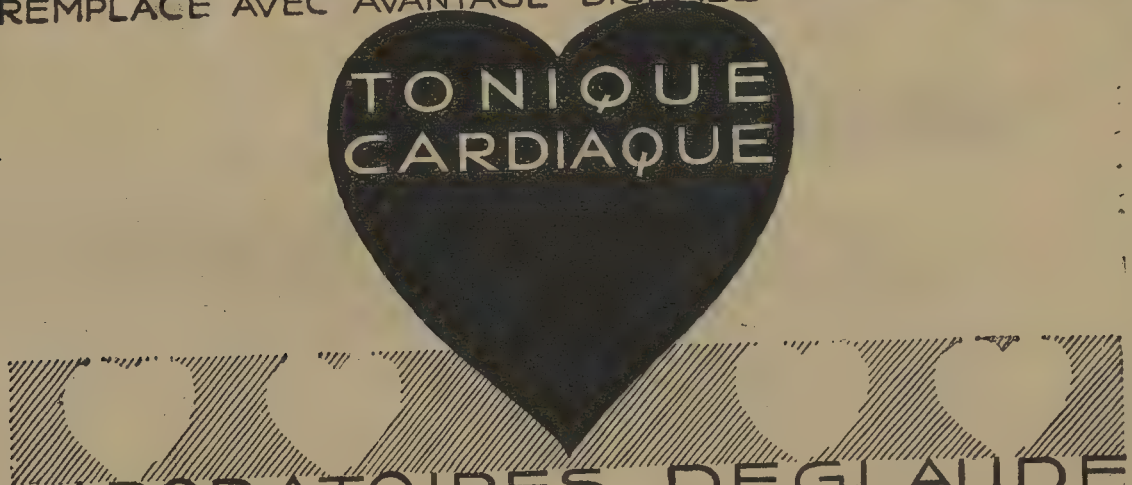
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

* *

Thérapeutique endocrinologique des Troubles Ovariens
par les principes endocriniens différenciés

l'AGOMENSINE
Thérapeutique de Stimulation

Substance protéidique extraite de l'ovaire
Hormone congestive et vasculaire

Action { Stimulante de la fonction ovarienne
Congestionnante de l'utérus
Déclanche la menstruation

la SISTOMENSINE
Thérapeutique de Substitution et de Régulation

Substance lipoïdique extraite de l'ovaire.
Hormone de croissance et d'évolution (Allen & Doisy)

Action { Equilibrante de la fonction menstruelle.
Régularise le flux cataménial.
Antimétrorragique et.
Antidysménorrhéique.

l'ANDROSTINE
Thérapeutique de Complément et de Neutralisation

Substance protéidique extraite du testicule
Hormone hétérologue complémentaire

Action { Neutralisatrice dans l'hyperovarie.
Régularisatrice dans troubles de la puberté et de la ménopause.
Calmante et équilibrante dans troubles du sympathique pelvien.

Ces trois produits sont présentés en Comprimés et en Ampoules

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 109-113, Boul.d de la Part-Dieu. LYON

336

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1933

PAR

Louis DELHERM et Jean LOUBIER

Chef du Service central d'Electro-Radiologie de l'hôpital de la Pitié.

Chef du service d'Electrologie de l'Hôpital Américain.

I. APPAREILS ET TECHNIQUE

Quelques considérations sur les applications de courants de haute fréquence et de haute tension au moyen d'une électrode condensatrice de verre. (M. CHANOZ et P. PONTHUS, *Soc. de Biol.*, CXII, 472, 1933.)

Electrocardiographe à amplificateur à lampes et à oscillographe industriel du type Thompson. (Jean PRIORE (Brésil). *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, juin 1933.)

Présentation d'appareil à ondes courtes (WALTER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1933.) — La caractéristique de l'appareil présenté est de permettre très facilement le passage des trois longueurs d'ondes différentes : 9 mètres, 13 mètres et 18 mètres.

Expérience sur l'ionisation de l'air. (WALTER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, janvier 1933.)

Installations à postes multiples d'utilisation de courants d'électrothérapie fonctionnant sur secteur alternatif (FOURNIER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, octobre 1933.)

Présentation des appareils à ondes courtes « Lasem ». (M. CHENAILLE, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, octobre 1933.) — Appareil pour fièvre artificielle ; appareil pour applications générales, appareil pour applications régionales et locales. Ces appareils sont munis de régulateurs automatiques et disjoncteurs.

Un dispositif correct d'électrophorèse. (Mlle CHOUCROUN, *C. R. Ac. des Sciences*, 13 mars 1933, t. 196, p. 777.)

Une nouvelle technique de diathermo-coagulation. Le montage par contrepoids. (WALTER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1933.)

Mesure des faibles doses en diathermie. (WALTER, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, avril 1933.) — On a souvent besoin de mesurer des petites doses ; il faut pouvoir apprécier des intensités variant entre 20 et 50 milli.; W. explique comment il a pu combiner différents dispositifs permettant de réaliser des lectures suffisantes.

Sur un générateur d'impulsions électriques fonctionnant sur trois millions de volts. (D'ARSONVAL, *C. R. Ac. des Sciences*, 26 juin 1933.) — Il s'agit de la mise en pratique d'expériences faites par De Romas (de Nérac), précédant celles de Franklin.

Nouvelles électrodes pour applications d'ondes courtes et disjonction statique. (POITTEVIN, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, novembre 1933.)

II. — PHYSIOBIOLOGIE

Sur les forces électromotrices développées par l'homme en contact avec un conducteur métallique. (Fred VLÈS, Anna GROSSMANN et Madeleine GEX. *C. R. Ac. des Sciences*, 27 mars 1933, T. 196.)

L'électrogramme des lambeaux ventriculaires de l'escargot et son évolution. (A. ARVANITAKI et H. CARDOT. *Soc. de Biol.*, CXI, p. 986, 1933.)

Action curarisante du froid sur la préparation neuromusculaire. (A. TOURNADE et J. MALMEJAC. *Soc. de Biol.*, CXII, p. 56, 1933.) — Le froid affecte le fonctionnement du muscle plus précocement que celui du tronc nerveux lui-même. Vers 0°, sur une préparation neuro-musculaire de grenouille, le froid détermine une curarisation qui n'est pas définitive.

Recherches sur l'intervention des conditions électriques dans la croissance des enfants. (F. VLÈS, *C. R. Ac. Sc.*, T. CXCVI, p. 62, 3 janvier 1933.)

Sur les corrélations entre l'évolution des poids des nourrissons et les propriétés électriques manifestées à leur niveau. (F. VLÈS, *C. R. Ac. Sc.*, t. CXCVI, p. 216, 16 janvier 1933.)

Courants d'action du nerf pneumogastrique. (P. RIJLAUT. *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1223, 1933.)

Courants d'action du système nerveux orthosympathique. (RIJLAUT, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1229, 1933.) — Chez la grenouille et le lapin, l'activité du grand sympathique est représentée par des groupes d'ondes lentes caractéristiques d'une décharge répétitive rythmée.

Cependant, à côté de ces activités lentes, apparaissent des activités caractéristiques à grande vitesse de propagation.

Le tonus musculaire chez la grenouille mâle pendant la période d'accouplement. (P. RIJLAUT, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1575, 1933.)

L'état tonique des muscles striés chez la grenouille. (P. RIJLAUT, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1579, 1933.)

Essai d'interprétation de l'excitabilité physiologique par les actions électriques alternatives en fonction des phénomènes ioniques. (P. BERNARD, *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, mai 1933.)

Excitabilité des diverses régions de l'estomac de grenouille et période latente des lambeaux circulaires. (G. MORIN, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1416, 1933.)

Par l'Association de
ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné
Thényl - Ethyl - Malonyl - Urée
Trinitrine

le **Disonyl**

Ex-**Nidyl**

Constitue
l'Agent thérapeutique Type

dans les :

TACHYCARDIES
EXTRA-SYSTOLES
ALGIES CARDIOTHORACIQUES
ANXIÉTÉS
INSOMNIES NERVEUSES

POSOLOGIE :
3 à 6 dragées par jour
à avaler sans les croquer

Echantillons
LABORATOIRES DU Dr ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard _ PARIS. (6e)

Pulsations électriques obtenues sur un modèle physico-chimique : électrode oxydable recouverte d'huile. (A. Fessard et Catherine Weil, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1663, 1933.)

Position des électrodes et période latente des lambeaux circulaires de l'estomac de grenouille. (G. Morin, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 901, 1933.)

Sur l'évolution du potassium et de la chronaxie chez le jeune animal. (A. Leulier, A. Bernard et A. Richard. *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 898, 1933.)

Modifications des chronaxies musculaires chez les cobayes présentant une paralysie diphtérique localisée. (W. Liberson, B. Neoussikine et P. Uhry. *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 736, 1933.)

Propagation des modifications électroniques de l'excitabilité dans le muscle longitudinal isolé de l'holothurie. (G. Morin, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 484, 1933.)

Etude comparée de la conductibilité électrique de l'homme et du chien en courants alternatifs de diverses fréquences. (J Dubost, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 243, 1933.) — Les différences que l'on observe peuvent s'expliquer par les structures histologiques des deux espèces de peau. La peau du chien ne possède pas, comme celle de l'homme, des glandes sudoripares, mais seulement des glandes sébacées.

La contraction musculaire par les courants industriels. (L. Stern, G. S. Junieur et P. I. Petrow, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 571, 1933.)

Action biologique des ondes hertziennes ultra-courtes de 80 centimètres. (Dénier, *Arch. d'Electr. méd. et de Physioth. du Cancer*, juillet 1933.)

L'oscillogramme cathodique du cœur humain. (Pierre Rijlaut, *Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 546, 1933.)

Action du venin de cobra sur l'excitabilité neuro-musculaire de la grenouille. (J. Gautrelet et N. Halpern, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 1486, 1933.) — Injecté dans les sacs lymphatiques, le venin de cobra provoque une curarisation caractérisée par une augmentation considérable de la chronaxie du nerf, alors que la chronaxie du muscle est peu modifiée.

L'influence de l'infradiathermie sur l'élaboration des anticorps agglutinants dans l'organisme des lapins soumis à l'immunisation anti-typhique. (Nicolau, Krainik, Kopciowska et Balmus, *Soc. de Biol.*, CXIII, p. 560, 1933.)

Variations de la résistance électrique des végétaux terrestres sous diverses influences. (Liaire de Félice, *Soc. de Biol.*, CXIII,p. 302, 1933.)

Variations du seuil galvanique en fonction de la résistance pour le nerf isolé. (A. Strohl, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 686, 1933.) — Expériences faites sur un nerf isolé de grenouille.

Coefficient thermique de l'effet alpha. (P.-H. Benoit, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, 1933.)

III. ELECTRODIAGNOSTIC

Conditions physiques d'une loi d'excitation électrique. (André Strohl, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, févr. 1933, 3 fig.) — Le phénomène de la polarisation est assez général dans l'organisme pour qu'on puisse supposer son existence dans le nerf et le muscle.

L'apparition des forces contre-électromotrices de polarisation se fera avec une vitesse qui dépendra du régime du courant, fonction lui-même des résistances du circuit.

Essai pour déceler la polarisation du nerf par des mesures de chronaxie. (A. Strohl et J. Audiat, *Soc. de Biol.*, CXII, 27, 1933.) — De leurs essais, les auteurs concluent que les forces contre-électromotrices de polarisation, si elles existent, doivent être faibles par rapport aux potentiels d'excitation du nerf.

Contribution à l'étude de l'excitabilité nerveuse. Excitation par courant électrique chevauchant autour du zéro. (A. Chweitz et D. Auger. *Soc. de Biol.*, CXII, 158, 1933.)

A propos de la résistance électrique du corps humain pour le courant continu. (M. Chanoz et P. Ponthus, *Soc. de Biol.*, CXII, p. 178, 1933.)

Electro-signal de contraction musculaire à tension et sensibilité constantes. (Ph. Fabre et J. Swynghedauw, *Soc. de Biol.*, CXII, p. 203, 1933.)

L'action des centres nerveux sur la fonction du temps dans l'excitabilité des nerfs moteurs du crabe. (Herbert et H. Jasper, *Soc. de Biol.*, CXII, p. 230, 1933.)

Pseudo-chronaxies des systèmes neuro-musculaires des crustacés dues à la réponse rythmique du nerf. (H. Jasper et A.-M. Monnier, *Soc. de Biol.*, CXII, p. 223, 1933.)

Electrotonus par courant transversal sur le nerf. (J. Audiat et J. Dubost, *Soc. de Biol.*, CXII, p. 518, 1933.) — Lorsque le nerf est rigoureusement parallèle aux lignes de force du courant, on n'observe pas de variations appréciables de l'excitabilité. Si le nerf est oblique par rapport aux lignes de force, il y a un courant électronisant dans le nerf. Du côté de l'anode du courant électronisant il y aura anélectrotonus, du côté de la cathode, cathélectrotonus.

Chronaxie et réflexes. Le rôle de la chronaxie dans le diagnostic des lésions centrales (3e mémoire). (G. Bourguignon, *Journ. de Radiol. et d'Electrol.*, mars 1933.)

Sur les mesures d'excitation du nerf dans un milieu conducteur. (J. Audiat, *Soc. de Biol.*, t. CXII, 1933.)

Sur le processus intime de l'excitation des nerfs par décharges très brèves. (Ph. Fabre, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 983, 1933.) — D'après Gondet, les ions de l'organisme ne peuvent se déplacer, lors des décharges très brèves, que d'une quantité peu appréciable. Pour vérifier cette hypothèse, l'auteur propose de charger, par une onde très brève, un condensateur dont les armatures seraient constituées par des électrolytes.

Recherches chronaximétriques sur la diffusion de l'excitation au cours de l'effort physique. (L. Alexin, H. Laugier et B. Neoussikine, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1174, 1933.)

Constance de la pente limite, variations inverses de la chronaxie et de la constante linéaire au cours de l'électrotonus des nerfs. (Ph. Fabre et P. Faidherbe, *C. R. Ac. des Sc.*, 9 janv. 1933, t. CXCVI, p. 134.)

L'isochronisme entre les fibres atoniques d'un muscle et le nerf moteur. (F. Hegemann, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1665, 1933.)

Chronaxie des nerfs lombaires de la grenouille déterminée pendant le repos et la contraction du gastrocnémien. (Miguel Ozorio de Almeida, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 1469,

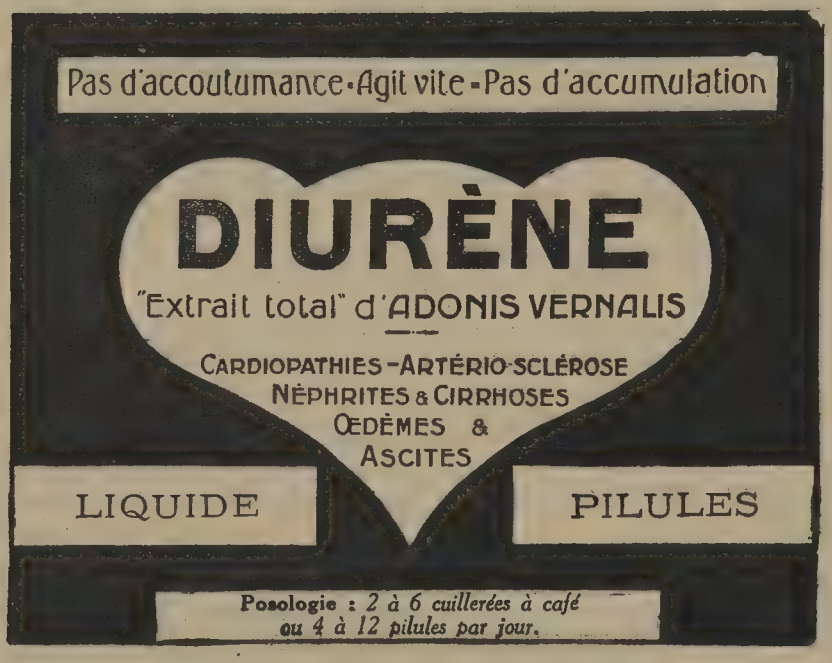
LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite



Échantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

1933.) — La chronaxie est la même, que le muscle soit au repos ou en activité.

Propagation et forme du potentiel d'action d'un nerf soumis à l'action de la strychnine. (P. AUGER et A. FESSARD, *Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 645, 1933.)

Sur l'électrotonus dans l'excitation par décharges brèves : un effet anormal. (Ph. FABRE, *Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 123, 1933.)

Quelques expériences sur la loi de Hoorweg chez les Japonais. (T. MUIRA et S. MATSUKI, *Soc de Biol.*, t. CXIV, p. 246, 1933.) — Chez l'homme normal, les courbes des voltages en fonction des capacités ont toujours montré une allure hyperbolique. Les courbes de Hoorweg relatives au muscle et à son nerf sont superposables, ce qui indique un isochronisme parfait entre les deux organes.

Les auteurs donnent également quelques résultats obtenus dans des cas pathologiques.

Influence de la circulation sur les modifications tardives de la chronaxie après un travail électriquement provoqué. (H. LAUGIER et B. NEOUSSIKINE, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 1139, 1933.)

Influence de l'alcool sur la chronaxie des muscles antagonistes chez l'homme. (A. COURTOIS et B. NEOUSSIKINE, *Soc. de Biol*, t. CXIII, p. 1343, 1933.)

Evolution dans le temps d'excitation latente engendrée dans un nerf par une décharge brève sous-liminaire. (Ph. FABRE et J. SWYNGEDAUW, *Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 269, 1933).

Sur la curarisation thermique. (L. et M. LAPICQUE, *Soc. de Biol.*, t. CXIV, p. 510, 1933.) — Un muscle chauffé un instant au voisinage du point où il est tué par la chaleur subit des modifications systématiques de sa chronaxie.

Interprétation théorique des variations de la chronaxie chez l'homme suivant la résistance du circuit d'excitation. (A. STROHL et J. PINCET. *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, juin 1933.) — Les auteurs montrent comment nos connaissances actuelles sur la loi d'excitation électrique et sur la conductibilité électrique du corps humain permettent d'expliquer les variations produites dans la valeur de la chronaxie des muscles de l'homme, suivant la résistance ajoutée en série avec le sujet. Bien que le calcul ne puisse tenir compte de toutes les actions qui interviennent dans l'excitation et la polarisation des tissus, les résultats obtenus présentent cependant une concordance satisfaisante avec l'observation.

Quelques expériences confirmant l'existence de la chronaxie de subordination. (P. DENISSOFF, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 150, 1933.) — Les résultats de ces expériences confirment, en général, les conclusions de l'école de Lapicque sur la chronaxie de subordination. Néanmoins, dans quelques cas, cette dernière n'a pas été trouvée. On ne doit pas, pour cela, nier son existence, mais rechercher la cause de ces dérivations dans l'état des centres.

Erreur dans la mesure des chronaxies nerveuses par électrodes capillaires sous l'eau physiologique. (L. LAPICQUE, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 160, 1933.)

Forme réelle de la courbe des quantités vers les temps courts. (I. AUDIAT et J. DUBOST, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 177, 1933.)

La contraction musculaire chez les crustacés. Ses rapports avec la réponse rythmique du nerf. Amplitude de la contraction. (Herbert-H. JASPER, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 396, 1933.)

Variations du seuil galvanique, chez l'homme, en fonction des résistances introduites dans le circuit d'excitation. (A. STROHL et J. PINCET, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 551, 1933.)

Variations de la chronaxie de l'écorce cérébrale sous l'influence des excitations thermiques périphériques. (A. et B. CHAUCHARD et P. DENISSOFF, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 596, 1933.) — L'excitabilité corticale change, d'une façon appréciable sous l'action des excitants thermiques périphériques. Il y a abaissement de la chronaxie par le refroidissement et augmentation par l'échauffement.

L'excitation des muscles par courants alternatifs de durée brève. (G. COPPÉE, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 86, 1933.)

De la comparaison des lois d'excitabilité par ondes cunéiformes et par ondes exponentielles. (Ph. FABRE, *Soc. de Biol.*, t. CXIII, p. 185, 1933.) — Quand les ondes cunéiformes et exponentielles sont très brèves, elles sont efficaces dans leur totalité ; quand elles sont suffisamment longues, leur début seul est efficace.

Sur la constance de la quantité d'électricité débitée dans l'excitation des nerfs par décharges brèves. (Ph. FABRE et J. SWYNGEDAUW. *Soc. de biol.*, t. CXIII, p. 765, 1933.) — Description de la technique utilisée.

Sur l'action curarisante du chlorure de sodium non balancé. (L. et M. LAPICQUE, *Soc. de biol.*, t. CXIII, 1933, p. 1056.)

Recherches sur la polarisation électrique du nerf. (A. STROHL, *Revue d'actinol .et de physioth.*, juillet-août 1933.)

IV. — SYSTEME NERVEUX

Sur l'action excito-motrice des courants de haute fréquence redressés. (CLUZET et PONTHUS. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 janvier 1933.) — Tous les courants de haute fréquence redressés sont capables de produire l'excitation neuro-musculaire. L'effet excitateur est toujours semblable, qu'il s'agisse de courants fournis par le meuble d'Arsonval, les postes de diathermie à lampes ou à éclateur ou les postes radiophoniques.

D'après l'intensité ou la durée de l'excitation, on obtient une secousse, une contraction ou la tétanisation musculaire.

Conférence sur la diélectrolyse. Action vaso-motrice dans la diélectrolyse transcérébrale et familles chimiques naturelles. (G. BOURGUIGNON. *Bull. off. de la Soc. fr. d'électroth. et de radiol*, fév. 1933.)

Une observation de maladie de Thomsen. (LAMARQUE et BERT. *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, fév. 1933.) Les auteurs ont rencontré un curieux syndrome d'hypertrophie musculaire congénitale du type de la maladie de Thomsen et en rapportent l'histoire clinique.

Diverses conceptions ont été émises sur ce syndrome myotonique : musculaire, nerveuse, endocrinienne et chimique.

Les syndromes parabasedowiens. (SANDRAIL. *Toulouse méd.*, fév. 1933.)

Paralysie réflexe radiale avec modifications des réactions électriques. (SIROL. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth.*

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE

MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTOSPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE • 111 BIS rue de Turenne PARIS 3e

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

et de radiol., mars 1933.) — Paralysie réflexe qui survint à la suite d'un traumatisme du dos du poignet par retour de manivelle et qui guérit par un traitement électrique.

Syndrome basedowien survenu après application de courant de haute fréquence sur la région cervicale antérieure. (J. MEYER et Gilbert DREYFUS. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1933.) — Cette observation montre le danger que peuvent faire courir au public les appareils de physiothérapie employés sans le contrôle du spécialiste. *Discussion.* Delherm émet des doutes, qu'un cas de Basedow ait pu être déterminé par les courants de haute fréquence.

La chirurgie doit-elle éliminer la chimio-physiothérapie dans le traitement de la maladie de Graves-Basedow ? (DELHERM et MOREL-KAHN, *Journ. belge de radiol.*, juin 1933.)

L'électro-radiothérapie doit-elle être éliminée du traitement de la maladie de Graves-Basedow ? (L. DELHERM. *La médecine internationale illustrée*, juillet 1933.) — L'auteur conclut : « En somme, dans l'immense majorité des cas, les syndromes d'hyperthyroïdie doivent être soumis au traitement chimio-physiothérapique judicieux pendant six mois au moins. Quand ce traitement, fait rigoureusement, suivi par le métabolisme, n'a pas donné les résultats qu'on est en droit d'attendre, il faut passer la main au chirurgien ; et on peut le faire sans crainte de lui livrer un sujet prédisposé plus que d'autres aux complications opératoires ».

Classification de différents ions en familles chimiques naturelles par leur action vaso-motrice dans la diélectrolyse transcérébrale. (Georges BOURGUIGNON et Socrate ELIOPOULOS. *C. R. Ac. Sc.*, t. CXCV, p. 176.)

A propos de quelques cas de sciatiques et de névralgies cervico-brachiales traitées par l'ionisation. (Henri BEAU. *Bull. off. de la Soc. franç. d'Electroth. et de Radiol.*, octobre 1933.) — Lorsqu'une première série de rayons X n'a pas donné une guérison complète, on doit s'adresser à l'ionisation qui a l'avantage de pouvoir se faire avec un appareil portatif au lit des malades.

Les chronaxies sensitives nerveuses et cutanées. (G. BOURGUIGNON. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1933.) — Dans cette conférence, l'auteur expose toute l'histoire de ses recherches sur les chronaxies pour aboutir à l'exposé d'une théorie générale des sensibilités thermique et douloureuse.

La pyrexie par la diathermie dans le traitement des maladies nerveuses. (MARTHA-BRUNNER-ORNSTEIN. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1933.)

A propos d'un cas de causalgie. (H. BEAU. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1933.) — Beau donne l'observation d'un cas de causalgie typique apparu à la suite d'une fracture de l'humérus avec traumatisme du carpe.

Bien que les crises douloureuses aient été nettement provoquées par la chaleur, un traitement par 20 séances de diathermie a été suivi d'une guérison complète.

V. — AFFECTIONS CHIRURGICALES

A propos du traitement des affections congestives du nez et du larynx par la diathermie. (MADURO et PORCHER. *Revue d'actinol. et de physioth.*, mai-juin 1933.)

Résultats de la diathermo-coagulation dans le traitement des angiomes caverneux. (BORDIER. *Arch. d'élect. méd. et de physioth. du cancer*, juillet 1933.) — L'auteur utilise la diathermie bipolaire ; la coagulation est obtenue en quelques secondes. On peut, en général, se passer d'anesthésie et quand l'angiome n'est pas trop volumineux, une séance suffit.

Traitement des papillomes cornés. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1933.)

Traitement faradique de la ténobursite bicipitale. (PASTEUR, *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1933.) — Technique : contractions de la longue portion du biceps pour en étirer le tendon ; périodes de repos supérieures à celles d'activité. On mobilise ainsi sans douleur le tendon du biceps.

Ionothérapie et maladie de Dupuytren. (BONNEAUX et DESGREZ. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, février 1933.) — L'ionisation iodurée donne d'excellents résultats, ainsi que le montrent deux observations rapportées. Le traitement doit être continué très longtemps et ce n'est qu'à ce prix que l'on obtient la guérison.

Action de la diathermie hypophysaire sur la congestion utérine, son application au diagnostic et au traitement des fibromes. (Marcel FERRIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. CIX, N° 12, mars 1933.)

La négativation électrique dans le traitement des algies chirurgicales. (P. AUBOURG. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, N° 5, 17 mars 1933.) — Bons résultats dans 16 algies post-traumatiques. L'auteur a traité également des cicatrices douloureuses post-opératoires et des rétractions de l'aponévrose palmaire.

Nouvelle statistique sur le lavement électrique dans les obstructions post-opératoires. (DELHERM, CODET et Mme DUCLAUX. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1933.) — 24 cas d'occlusion post-opératoire ont donné 21 succès, 2 insuccès et un résultat douteux. Les auteurs insistent sur les grands services que peut rendre le lavement électrique, bien administré, quand on n'a pas attendu que le malade soit à l'agonie.

Sur une méthode pratique de diathermie des sinus de la face. (J. SURMONT, *Ann. d'oto-laryngol.*, mars 1933.)

La diathermo-coagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés. (BORDIER, *Arch. d'élect. méd. et de physioth. du cancer*, fév. 1933.) — Malade de 76 ans présentant un épithélioma de la main, depuis plusieurs années. Traitée d'abord par excision et radiothérapie, elle présenta au bout de deux ans une récidive. Electrocoagulée en juin 1932, elle paraît actuellement guérie.

Le polype solitaire recto-sigmoïdien. Adénome. (R. BENSAUDE, P. HILLEMAND et P. AUGIER. *Ann. de méd.*, juin 1933, nomb. fig.). — 1° Le polype est nettement pédiculé, il descend facilement ; l'électrode active est constituée par l'anse diathermique, fil métallique maintenu dans un serre-nœud.

2° Le polype est haut situé et ne peut descendre : électrocoagulation avec la pince de Marchand ou la pince de Brunings.

3° Le polype est très volumineux ou sessile ; on le morcelle en le coupant avec l'anse ou en coagulant point par point.

Thérapeutique d'urgence de l'algie anale. (HUET. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1933.)

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS du Professeur MINET

(ASTHME — EMPHYSÈME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces *vaccins* établis sur des données scientifiques nouvelles sont des *vaccins adaptés*, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal MINET est employé à *titre préventif* de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur MINET, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur MINET à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener d'accidents*. Leur conservation est indéfinie.

MAISON DE VENTE :

Laboratoires STÉNÉ, 2, Place des Vosges, à PARIS (4e)

Diathermie médicale et gynécologique. (BEAU. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1933.)

Effets remarquables de la diathermo-coagulation dans les cancers des radiologistes atteints de radiodermites. (S. TURCHINI. *C. R. Ac. Sc.*, t. CXCX, p. 1498.) — L'auteur allait subir l'amputation de la main gauche qui, à la base du pouce et sur les moignons du médius et de l'index, présentait des lésions cancéreuses graves et très douloureuses. Bordier essaya la diathermo-coagulation ; chaque placard épithéliomateux fut traité successivement en quelques minutes. Quelques mois après, cicatrisation complète des lésions avec peau souple.

Traitement du cancer du rectum par l'électro-coagulation et le radium. (Robert JULIEN. *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de France*, janv. 1933.)

Le dosage de la diathermo-coagulation transclérale par l'électrode pyrométrique. (Léon COPPEZ. *Arch. d'ophtalmol.*, fév. 1933.)

Mes expériences avec l'électrocoagulation dans les décollements rétiniens. (J. GONIN. *Arch. d'ophtal.*, mai 1933, p. 338.) — L'auteur rapporte 16 observations. D'après lui, la H. F. n'est pas apte à supplanter le thermocautère ; c'est une technique délicate, à cause de la difficulté du dosage.

Un cas d'actinomycose faciale traité par diathermo-coagulation. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juill. 1933.) — Au 5e mois de l'affection, après traitements iodurés qui se sont montrés insuffisants, on pratique la diathermo-coagulation sous anesthésie à la percaïne, avec électrode bipolaire. Guérison en 4 séances.

La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. (Edgar AXIFA. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radial.*, nov. 1933.)

La haute fréquence thérapeutique de choc. Abaissement du métabolisme basal par action des courants de haute fréquence chez les déséquilibrés endocriniens. (MORAT. *Bullet. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1933.) — Travail fait en collaboration avec le docteur Joltrain et s'appuyant sur 100 observations.

Trois cas d'induration inflammatoire post-traumatique avec rétraction musculaire guéris par la diathermie et les infra-rouges. (Henri BEAU, *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1933.) — L'auteur donne le résumé de ces trois observations.

Résultats de la diathermo-coagulation dans le traitement des angiomes caverneux. (BORDIER. *Arch. d'électr. méd. et de physioth. du cancer*, juill. 1933.) — L'auteur utilise, en général sans anesthésie, la diathermie bipolaire. La coagulation est obtenue en quelques secondes. Si l'angiome n'est pas très volumineux, il peut disparaître en une séance.

A propos du traitement des affections du nez et du larynx par la diathermie. (MADURO et PORCHER. *Revue d'actinol. et physioth.*, mai-juin 1933.)

VI. — DIVERS

L'œuvre électro-radiologique de J. Babinski. (DELHERM. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juill. 1933.) — L'auteur a réuni les principales publications de son maître sur l'électro-radiologie. La lecture de cet important travail montrera la grande part qu'a prise Babinski dans l'évolution de notre spécialité.

Echauffement des corps poreux par les ondes courtes. (H. BORDIER. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mai 1933.)

Les ondes courtes en médecine. Production et utilisation thérapeutique. (Rapport présenté à la première réunion annuelle des médecins électro-radiologistes de langue française, par le professeur RÉCHOU, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, septembre 1933.) — Les applications thérapeutiques de la d'Arsonvalisation à ondes courtes peuvent se résumer ainsi :

1° D'Arsonvalisation proprement dite ou thérapeutique par la très haute fréquence. Utilisation probable de l'action vibratoire avec faible puissance, sans élévation notable de la température (Dausset, Saidman) ;

2° Ultra-diathermie : *locale*, étudiée par la plupart des auteurs. *Générale* (électropyrexie ou fièvre artificielle. Carpenter Halphen et Auclair, Drouet).

Les origines de l'électricité médicale. (A. LOMON, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mars 1933.) — L'auteur passe en revue : 1° Les précurseurs et les empiriques, la thérapeutique avant Duchenne, de Boulogne ; 2° Le magnétisme animal : Mesmer et le Mesmérisme ; 3° Les origines de l'électrophysiologie, l'électricité animale, les expériences de Galvani ; 4° L'électrophysiologie expérimentale au début du XIXe siècle ; les phénomènes électriques chez les animaux; Mattencci. 5° Les réactions des muscles et des nerfs au courant électrique passent du laboratoire à la clinique. Duchenne, de Boulogne. La faradisation. Erb, la réaction de dégénérescence.

Le courant faradique. (PASTEUR. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1933.) — L'auteur rappelle le traitement de l'entorse par le courant faradique, les actions motrices et rééducatives de la faradisation et surtout son rôle sur les ions.

La haute tension en électrothérapie. (PASTEUR. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1933.)

Le Jubilé du professeur d'Arsonval. (J. BELOT, *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1933.) — Dans une lumineuse conférence, Belot rappelle la vie, l'œuvre et les travaux de ce grand savant.

Electrothérapie. Electrodiagnostic. (J. BELOT et J. AIMARD. *Monde méd.*, 1-15 déc. 1933.) — Excellente revue d'ensemble sur l'électrodiagnostic et sur les diverses formes de courants électriques avec leurs applications. Ce travail devrait être lu par tous les médecins praticiens.

Sur l'état actuel de la thérapeutique des ondes courtes. (DAUSSET. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1933.) — L'auteur montre que les ondes courtes peuvent remplacer la diathermie dans tous les cas et qu'elles ont encore un domaine plus étendu, puisqu'avec elles, on peut très commodément soigner des hémiplégiques, des P. G., des angor pectoris, des tics douloureux de la face, etc... Il cite de nombreux cas qui montrent tout l'intérêt de cette nouvelle thérapeutique, soit à dose de fièvre, soit plus souvent à dose moyenne.

A propos des ondes courtes. Quelques indications et quelques techniques. (SAIDMAN. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1933.) — L'auteur passe en revue les indications des ondes courtes, en applications

DIURÉTIQUE D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

OLÉTHYLE-BENZYLE

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

extra-thermiques, c'est-à-dire sans élévation de température.

Valeur thérapeutique des courants de basse fréquence. (P. BERNARD. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1933.)

Précisions sur l'emploi thérapeutique de la basse fréquence. (P. BERNARD. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1933.) — L'auteur étudie le choix de la fréquence, la forme de la courbe, l'appareillage. Pour lui, la basse fréquence constitue la médication idéale pour la douleur.

A propos de la d'Arsonvalisation à ondes courtes. (AUCLAIR. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrol. et de radiol.*, déc. 1933.)

VII. — BIBLIOGRAPHIE

Jubilé du Professeur d'Arsonval. (numéro spécial du *Journal de radiologie et d'électrologie*, oct. 1933.) — Ce numéro contient les principales découvertes du prof. d'Arsonval. Le discours prononcé au Jubilé (J. Belot, Sorbonne, 27 mai 1933). — L'œuvre médicale du professeur d'Arsonval (A. Strohl). La diathermo-coagulation et ses indications (H. Bordier). Le traitement des affections ano-rectales par la haute fréquence (Delherm et Morel-Kahn). La physiothérapie gynécologique moderne a pour base les travaux du prof. d'Arsonval (H. Dausset). Utilisation des courants de haute fréquence dans la thérapeutique infantile (P. Duhem). La d'Arsonvalisation directe (diathermie) dans les infections des organes génito-urinaires (P. E. Roucayrol). A propos des mesures des courants de haute fréquence dans les applications médicales (Laquerrière et Pariseau). Oudin et les courants de haute fréquence (P. Cottenot). Pathogénie de la mort dans l'électrocution (A. Zimmern). Les travaux du prof. d'Arsonval sur l'électrothérapie à basse tension (G. Bourguignon).

Précis d'ionothérapie. (GIDON. *Edition des laboratoires* Clin, Paris, 92 pages.)

Précis d'électro-radiologie appliquée à l'odonto-stomatologie. (E. PIERRON. *Edition de l'Expansion scientifique française*, in-8°, 356 p. 136 fig. dans le texte.)

Lois d'excitation des nerfs par les courants de haute fréquence redressés. (Paul PONTHUS, Vigot frères, éditeurs, Paris 1933.)

Ionothérapie électrique et haute fréquence. (F. FIESCHI, Vigot frères éditeurs, Paris 1933.)

La haute fréquence en gynécologie. (X. BENDER et M. LEYDIER. *Expansion scient. française*, Paris 1933.)

Les courants de haute fréquence en gynécologie. (LAQUERRIÈRE et D. LÉONARD. *Médecine et chirurgie pratiques*, Masson et Cie, éditeurs.) — Petit livre de 136 pages qui traite d'un sujet que les auteurs connaissent à fond. Il sera consulté avec fruit par tous les médecins, spécialistes ou non, qui veulent être au courant des méthodes modernes en gynécologie.

Cours de mécanique physique à l'usage de l'enseignement supérieur scientifique et technique. (G. BRUHAT. Un vol. de 708 p. et 605 fig., Masson et Cie, éditeurs.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 27 MARS 1934)

Magnésium et cancer expérimental. — M. SERBESCU (de Bucarest). Présentation par M. Gabriel BERTRAND. Sur un nombre considérable de lapins soumis à l'action du goudron, une moitié a reçu à l'aide d'une sonde stomacale 20 milligrammes de sulfate de magnésium par jour et par kilo pendant six mois. Les animaux traités par le magnésium ont été plus facilement atteints par le cancer du goudron que les témoins. Leur mortalité a été plus grande.

Discussion. — M. Pierre DELBET fait remarquer que l'expérience a eu lieu avec du sulfate de magnésium et non avec des sels halogénés de magnésium. Il ajoute que le sulfate par voie gastrique est sans effet, qu'il n'en serait pas de même si on avait procédé par injection.

Cirrhose et diathermie. — MM. CARRIÈRE et MARTIN (de Lille) ont traité par la diathermie transhépatique, méthode de Ph. Pagniez, 10 cas de cirrhose avec ascite et 1 cas de cirrhose hypertrophique sans ascite. Les malades étaient soumis suivant la technique habituelle au passage d'un courant transabdominal de 1500 à 2500 milliampères pendant 15 à 20 minutes.

Dans 6 cas de cirrhoses atrophiques-éthyliques avec volumineuse ascite, résultat nul.

Dans 2 cas, résultat transitoire ou partiel.

Dans 2 cas enfin, disparition de l'ascite et des œdèmes.

Il paraît logique de faire bénéficier de cette méthode tous les cirrhotiques, mais particulièrement les cas au début de leur évolution ainsi que les formes hypertrophiques, la stimulation de l'émonctoire rénal et la chasse urinaire qui en résulte pouvant tout au moins entraîner l'amélioration de certains symptômes (météorisme, ascite, œdèmes), même si l'action sclérolytique du courant de haute fréquence n'est pas certaine au niveau du foie.

En conclusion, l'auteur garde une certaine prudence dans l'interprétation des résultats favorables, et il reste sur la réserve quant à la valeur thérapeutique de la méthode.

Procédé de désintoxication rapide des morphinomanes par les émulsions de lipides. — MM. DELAVILLE et DUPOUY. Les essais ont été faits avec de l'huile d'olives et de l'huile de ricin émulsionnées en présence de lécithine dans le sérum physiologique.

On administre l'émulsion huileuse en injections intramusculaires à la dose de 25 cc. par jour, chaque injection est de 5 cc. Pour favoriser le repos du malade, les auteurs emploient des sédatifs (gardénal). Les observations portent sur 50 malades et montrent une désintoxication complète.

Contribution à l'équilibre lipido-protéidique dans le sérum humain normal. — MM. SARTORY, MEYER et GUÉNY.

Diagnostic de la lèpre. — MM. LEFROU et BONNET poursuivant l'application des études présentées dans une première note proposent, discrimination faite de la syphilis, de compléter les éléments de diagnostic de la lèpre, quand on ne peut mettre en évidence le bacille de Hansen, par la mesure du rapport sérine globuline du sérum. Chez 39 des 90 lépreux qu'ils traitent, ils n'ont pas trouvé le bacille

de la lèpre, mais chez tous, ils ont reconnu la présence d'un déséquilibre protéique associé à des signes cliniques.

Vacances de Pâques. — La prochaine séance aura lieu le 10 avril 1934.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1934)

Remarques sur l'anesthésie épidurale. — M. Robert Monod étudie l'anesthésie épidurale, dite méthode de Dogliotti ; il en montre les avantages : anesthésie métamérique limitée à un segment du corps, anesthésie des ganglions para-vertébraux, absence de danger pour les centres bulbaires.

Les inconvénients tiennent avant tout à la difficulté technique de la méthode, et aux accidents mortels qui suivent l'injection, lorsque celle-ci est faite par erreur dans les espaces sous-arachnoïdiens, étant donné les doses élevées de novocaïne nécessaires (60 à 80 cc.). Il insiste sur les détails de technique qui doivent permettre d'éviter la catastrophe : soit piqûre poussée d'emblée jusque dans l'espace sous-arachnoïdien, puis injection après avoir retiré l'aiguille ; soit piqûre sous le contrôle du manomètre et injection lorsque la pression négative indique que l'on est dans l'espace épidural.

Physiologie chirurgicale de l'espace épidural. — M. Robert Monod analyse un important travail de M. Zorraquin (Buenos-Aires), confirmant l'existence d'une pression négative dans l'espace épidural.

M. Maurer estime que la méthode est encore trop peu sûre pour entrer dans la pratique, et signale un cas de mort.

M. Desplas, sur six cas, a obtenu un succès complet, un cas avec paraplégie, 4 cas sans aucun résultat.

M. Bréchot ne croit pas qu'un pertuis dure-mérien explique les céphalées post rachi-anesthésiques.

Invagination chronique sur un lympho-sarcome du grêle. — M. Mocquot rapporte cette observation de M. Cuny (Annemasse) qui guérit son petit malade (3 ans) par résection après radiothérapie. Guérison maintenue depuis un an.

Perforation typhique. — M. Moure analyse une observation de M. Bernardbeig (Toulouse), qui complète sa laparotomie de drainage par une appendicectomie. Guérison grâce au drainage de l'intestin et à la facilité du goutte à goutte cæcal.

Volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. — M. Huet rapporte cette observation de M. Banzet. Césarienne, détorsion, guérison.

Un cas exceptionnel d'obstruction intestinale. — M. Huet rapporte une observation curieuse de M. Christidi (Bucarest) qui, opérant une obstruction intestinale, trouva au milieu d'un bloc d'adhérences une anse intestinale contenant une compresse-champ.

M. Michon, à ce sujet, rapporte qu'il trouva dans un cas analogue une pince qui traversait à la fois plusieurs anses intestinales.

M. Mauclaire rappelle qu'il a vérifié expérimentalement la pénétration de compresses dans des anses inestinales.

Hémorragies après appendicectomie. — M. Auvray rapporte trois cas observés par M. Rolland (de la Marine) et les commente.

M. Oudard a également observé un cas d'hémorragie au 7e jour.

(SÉANCE DU 14 MARS 1934)

Péritonites biliaires. — M. Yves Delagenière a observé une péritonite biliaire chez une femme qui n'avait plus de vésicule, avec taches de cytostéatonécrose concomitante.

Amputation interscapulo-thoracique. — M. Fredet pense que pour éviter la paralysie du grand dentelé, il suffit, au lieu de désinsérer ce muscle, de garder une baguette le long du bord interne de l'omoplate.

Péritonite encapsulante. — M. Hardouin (de Rennes) a observé un nouveau cas de cette curieuse affection.

Cancer de l'appendice. — M. Hardouin a opéré un cas de cancer de l'appendice chez un enfant de 13 ans.

M. Moulonguet rappelle l'existence de carcinoïdes de l'appendice qui ne sont pas des cancers.

M. Barthélemy a enlevé un appendice en pensant à une infection subaiguë ; l'examen histologique démontra le néoplasme.

Onze résections diaphysaires dans l'ostéomyélite. — M. Leveuf rapporte ce travail de M. Oberthür : deux cas ont été suivis de mort par ostéomyélite septicémique, parmi les autres, l'un concerne une fracture spontanée ostéomyélitique, deux des ostéomyélites avec arthrites suppurées, les autres des ostéomyélites avec graves lésions osseuses. Un seul cas n'a pas présenté de régénération, mais il avait été soigné avec des antiseptiques.

M. Proust estime qu'en dehors du périoste les extrémités osseuses jouent leur rôle dans la régénération osseuse : lorsqu'on fait une résection centrale sous-périostée en supprimant les deux extrémités osseuses, la régénération ne se fait pas.

M. Sorrel rappelle un cas où le cartilage d'accroissement a joué un rôle important dans la régénération.

Syndrome de Volkmann du membre inférieur secondaire à une ligature de l'artère fémorale. — M. Proust rapporte cette observation de M. Dieulafé (Toulouse), qui a observé après ligature fémorale une rétraction des muscles postérieurs de jambe. Une sympathectomie péri-iliaque externe permit d'obtenir la guérison. Le rapporteur rappelle l'efficacité particulièrement grande de l'artériectomie.

Présentation de malades :

MM. Worms et Weiss ont dû enlever une parotide pour néoplasme. Paralysie faciale. Celle-ci disparut progressivement.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1934)

L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses du foie. — MM. Marcel Labbé et Boulin ont pratiqué l'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses du foie suivant la technique de Norgaard et Thaysen. Ils ont constaté que pendant cette affection, l'abaissement de la glycémie consécutif à l'injection intraveineuse d'insuline était moins rapide et surtout moins important que chez le sujet normal. Chez le sujet normal, avec 12 unités d'insuline, on observe en moyenne un abaissement de la gly-

cémie de 51 % et cela en 40 minutes environ ; chez les cirrhotiques, ils n'ont observé qu'un abaissement de 35 % qui a demandé cependant 56 minutes.

Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires (réaction phospho-vanillique). — MM. Etienne Chabrol, R. Charonnat, Jean Cottet et P. Blonde, se sont demandé s'il était possible de doser les sels biliaires en substituant dans la réaction de Pettenkofer l'acide phosphorique concentré à l'acide sulfurique et l'aldéhyde vanillique au furfurol. Ils obtiennent ainsi une réaction qui offre un double avantage : elle est plus sensible que ses aînées, car elle met en évidence un millième de milligramme d'acide cholalique par cm³ du milieu où s'effectue la réaction, alors que les techniques de Pettenkofer et de Herzfeld et Hoemmerli révèlent tout au plus un cinquantième de milligramme d'acide cholalique par cm³ ; d'autre part, la réaction phospho-vanillique est plus spécifique que les précédentes. Il faut savoir toutefois qu'une coloration assez comparable est donnée par les substances qui renferment un noyau indolique (tryptophane et protéines qui en contiennent), par les alcools terpéniques, quelques alcaloïdes et certains polyphénols.

La plupart de ces corps ne figurent point dans les liquides biologiques où l'on recherche les sels biliaires. Si l'on excepte les albumines faciles à éliminer et l'indoxyle rarement gênant, les constituants normaux du sérum sanguin, du liquide duodénal et des urines ne donnent point la réaction dans les conditions techniques que préconisent les auteurs.

La recherche des sels biliaires dans le sérum sanguin par la réaction phospho-vanillique. — MM. Etienne Chabrol, R. Charonnat et Jean Cottet précipitent à cet effet le sérum sanguin par l'alcool. La réaction phospho-vanillique beaucoup plus sensible, met en évidence non plus dix centig., mais quatre millig. de sels biliaires par litre de sérum. L'indoxyle peut être une cause d'erreur chez les brightiques, mais on sait qu'il fait défaut dans le sérum sanguin des ictériques et des cirrhotiques. La réaction phospho-vanillique a donné aux auteurs les résultats suivants : elle est négative chez les sujets indemnes de toute affection hépatique ; elle révèle en moyenne dix à vingt centig. de sels biliaires par litre dans l'ictère avec rétention, elle donne des oscillations comprises entre cinq millig. et quatre-vingt millig. dans la majorité des cirrhoses sans ictère.

Sur certaines conditions dans lesquelles le sympathique devient le nerf moteur de l'intestin. — MM. H. Loutsch et G. Ungar ont pu provoquer une contraction du rectum par excitation de son nerf sympathique ou par administration d'adrénaline dans les conditions suivantes : 1° après injection d'ergotamine ; 2° après section préalable, datant de six mois, du nerf parasympathique. Ces faits sont contre le rôle purement inhibiteur du sympathique sur l'intestin, opinion généralement admise.

L'innervation du rectum. L'effet de la section des deux nerfs pelviens. — M. H. Loutsch a constaté que le nerf moteur principal du rectum est le nerf pelvien. Ce nerf, d'autre part, n'a aucune action sur la motricité du côlon. La section des deux nerfs pelviens détermine chez le chien, au bout de quelques mois, une dilatation du rectum avec hypertrophie, rappelant le mégacôlon pathologique. L'antagonisme entre les nerfs sympathique et para-sympathique du rectum ne semble pas démontré.

Rôle curateur de l'atropine dans les syncopes cardiaques chloroformiques secondaires. — MM. L. Garrelon, R. Thuillant et R. Maleyrie montrent que sur des animaux dont le système nerveux inhibiteur cardiaque a été paralysé par l'atropine avant la chloroformisation poussée jusqu'à arrêt du cœur, l'injection intra-cardiaque de cet alcaloïde n'a plus d'effets curateurs, car le mécanisme de l'intoxication n'est pas celui des syncopes cardiaques chloroformiques secondaires au cours des anesthésies habituelles.

Sur une autre série d'animaux, la vagotomie double préalable n'empêche pas l'effet curateur constant des injections d'atropine sur un cœur arrêté après administration de chloroforme. Ils donnent ainsi la preuve du mécanisme de l'action toxique du chloroforme qui agit, dans ce cas, en hyperexcitant le système nerveux inhibiteur du cœur.

L'action du travail sur le rayonnement. — MM. Guy Laroche, Jean Saidman et Moscovici apportent les résultats de leurs recherches sur l'action du travail sur le rayonnement du corps. Contrairement aux données classiques, les mesures directes qu'ils ont faites avec le récepteur de Saidman ont montré que le rayonnement ne varie pas beaucoup sous l'influence du travail, du moins sous les diverses formes d'exercice physique intense et de courte durée qu'ils ont appliqué à leurs sujets. Ils ont vu qu'aussi bien chez le sujet normal que chez un athlète, une obèse et une basedowienne, c'est-à-dire les cas les plus variés, le métabolisme général de rayonnement ne varie pas plus de 3 à 5 %.

Action de la vagotonine sur l'équilibre acide base du sang chez l'homme normal. — MM. D. Santenoise, E. Stankoff et M. Vidacovitch ont constaté, chez le chien chloralosé, que l'administration de vagotonine est toujours suivie d'une part d'une notable modification de la concentration en ions H du plasma, traduite par un accroissement régulier du pH, et d'autre part — au moins dans une première phase — d'une diminution du volume total mesuré du CO_2 et de la valeur des bicarbonates calculée.

Il n'existe cependant pas de concordance régulière, dans le temps, entre les valeurs et le sens des modifications du pH d'une part et de la réserve alcaline d'autre part ; aussi les auteurs pensent-ils que l'alcalose consécutive à l'administration de vagotonine n'est pas une simple alcalose gazeuse et que la vagotonine conditionne des modifications plus complexes portant sur divers facteurs de l'équilibre physico-chimique du sang. Les auteurs soulignent en outre la différence entre ces effets de la vagotonine et ceux provoqués par l'administration d'insuline qui, pour la plupart des auteurs, est suivie chez l'animal normal (non dépancréaté) d'une chute marquée du pH.

Nouvelles recherches concernant l'action de la vagotonine sur le parasympathique.— Pour étudier l'action centrale de la vagotonine, en éliminant les effets périphériques possibles de cette hormone et des diverses substances à action vasomotrice périphérique, MM. D. Santenoise, L. Merklen et M. Vidacovitch, s'inspirant de la méthode de la « patte irriguée », ont réalisé l'irrigation, par un chien donneur B, du train postérieur d'un chien A circulatoirement séparé du reste du corps, mais maintenu en connexions nerveuses intactes avec ses centres. L'inscription simultanée de la pression artérielle de A et de B et de la pression récurrente fémorale d'une « patte irriguée » de B permet de suivre, avant et après injection intraveineuse de vagotonine au chien A, les effets dépresseurs de l'excitation d'un nerf de Hering du chien A ; que le chien A soit dépancréaté ou non, on observe toujours, après administration de vagotonine, un accroissement très précoce et très net (et un abaissement du seuil) des effets dépresseurs de l'excitation du nerf de Hering dans la patte irriguée, dont la pression fémorale récurrente présente alors des chutes beaucoup plus marquées et plus durables qu'avant vagotonine ; on note en outre une légère chute de la pression récurrente en dehors même de toute excitation du nerf de Hering.

La vagotonine ne limite donc pas ses effets à l'accroissement de la composante vagale du réflexe de Hering, mais augmente ses effets parasympathiques vasodilatateurs ; elle accroît non seulement l'excitabilité parasympathique, mais encore le tonus vasodilatateur ; enfin, elle exerce bien son action parasympathique par mise en jeu de modifications fonctionnelles centrales, et ceci la différencie nettement des substances parasympathicomimétiques, dont le point d'attaque est essentiellement périphérique.

Localisation de la vitamine C au niveau de la glande génitale mâle. — MM. A. Giroud et C.-P. Leblond ont trouvé la vitamine C dans les testicules par leur méthode au nitrate d'argent.

La vitamine C se localise avant tout au niveau des cellules interstitielles où elle est très abondante ; on en trouve aussi quelque peu dans les tubes, en particulier au niveau des éléments Sertoliens.

Cette communauté de propriété entre l'interstitielle et le cortex-surrénal ne paraît pas sans intérêt.

L'action comparative des agents pyrétogènes chez les lapins normaux et accoutumés à la morphine. — M. R. Cahen. Chez le lapin accoutumé à la morphine et hyposensibilisé vis-à-vis de ce poison, les agents pyrétogènes (macéré de levure de bière, tétrahydro naphtylamine) provoquent une élévation de température beaucoup plus importante que chez le lapin normal.

Action des hypnotiques chez les chiens normaux et accoutumés à la morphine. — M. R. Cahen. Le chien accoutumé à la morphine présente une hypersensibilité vis-à-vis d'un hypnotique qu'on classe parmi les poisons corticaux (chloralose) ; par l'action d'un hypnotique considéré comme basilaire (butylethyl-malonylurée) n'est pas modifiée.

La thyroïde dans une lignée de souris cancéreuses. — MM. Mercier et L. Gosselin. L'étude histologique de glandes thyroïdes prélevées sur des souris appartenant à une lignée cancéreuse, montre que chez les animaux atteints de lymphosarcome, la sécrétion thyroïdienne est anormale. Par contre, chez des animaux âgés parvenus à l'âge auquel les cas de cancer sont rares, la glande thyroïde contient encore de la substance colloïde en abondance.

Les auteurs se proposent de rechercher s'il est possible, par des injections d'extraits thyroïdiens pratiqués chez des animaux jeunes, prédisposés au lymphosarcome, de retarder ou même d'empêcher la manifestation du facteur cancérigène héréditaire.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 8 mars 1934)

Une forme larvée d'Angor aigu coronarien fébrile. — MM. L. Ferrabouc, A. Jude et R. Trial ont observé un malade chez qui une période fébrile a pris naissance à la fin d'un accès angineux. La défaillance cardiaque était à peine indiquée. Les tracés électrocardiographiques étaient en faveur d'une obstruction coronarienne. L'accès d'angor fébrile a clos, chez le sujet, la série des douleurs thoraciques qui duraient depuis quinze jours.

A propos des ruptures du tendon quadricipital. Un cas de rupture incomplète. — M. du Bourguet rapporte un nouveau cas : mais il s'agit ici de rupture par choc direct et non par contraction musculaire. La rupture était incomplète, la synoviale n'était pas ouverte et la suture put être faite facilement, car il restait au bord supérieur de la rotule suffisamment d'étoffe pour pouvoir rétablir la continuité du plan extenseur de la jambe par une suture aux crins perdus.

Une réaction de Schick négative répond-elle de l'avenir ? — MM. Feuillie, Blancardi et Thiry ont observé, en refaisant la réaction de Schick, deux mois après, chez 246 recrues ayant à l'incorporation donné une réponse négative, que 17 réactions étaient devenues positives, soit un pourcentage de 6,91 %. Ces faits confirment ceux rapportés ailleurs. Ils seraient un argument en faveur de la vaccination systématique.

M. Dopter souligne que la seule réaction de Schick ne peut renseigner sur le degré de résistance. Il semble d'autre part que pour un grand nombre de sujets chez lesquels on trouve dans ces conditions de fléchissement de l'immunité, une atteinte « diphtérique », il s'agisse d'angines banales développées chez des porteurs de bacilles.

Etat confusionnel aigu transitoire avec hallucinations sensorielles et fugue déclanché par une réaction sérique chez un hérédo-alcoolique. — MM. Carrat et Roquigny ont observé quatre jours après une injection de sérum antitétanique dans un cas de plaie contuse, une réaction colloïdoclasique avec agitation, anxiété, hallucinations et fugue. Le sujet n'avait antérieurement jamais reçu de sérum.

M. Pilod met en doute la réaction de cause à effet entre l'injection de sérum et les troubles psychiques présentés.

M. Fribourg-Blanc souligne l'importance du terrain dans ce cas d'accès confusionnel intense disproportionné à la cause provocatrice.

Trophœdème de Meige. — MM. Pilod et Passa rapportent une observation de trophœdème de Meige bilatéral des jambes, évoluant depuis l'âge de 13 ans, chez un malade actuellement âgé de 21 ans.

La notion d'une poussée ganglionnaire inguino-crurale bilatérale transitoire lors de l'apparition de l'œdème, la révélation radiographique d'un spina bifida posent la question de la pathogénie de l'affection. Les auteurs rappellent les principaux arguments de la théorie nerveuse et de la théorie circulatoire et soulignent que leur cas peut ressortir de l'une et de l'autre. Ils examinent en terminant les conditions d'aptitude au service des sujets atteints de trophœdème.

Kyste hydatique du grand épiploon. Extirpation, guérison. — MM. Brousses, Monot, Nouail, Denis et Rouquet soulignent dans leur observation la symptomatologie physique (tumeur oblongue, médiane, très mobile) et les recherches de laboratoire (pas d'éosinophilie, Weinberg négatif, Casoni fortement positif). Après l'extirpation, la réaction de Casoni était devenue très faiblement positive.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(séance du 19 janvier 1934)

Cancer du larynx chez un tuberculeux laryngo-pulmonaire. — MM. Terracol, Girod et R. Azémar.

Opacités cornéennes bilatérales et lésions du squelette chez un enfant de deux ans et demi nourri exclusivement au lait sec. — MM. H. Villard, H. Viallefont et F. Bourguet.

Deux cas de syndrome condylo-déchiré postérieur. — MM. Terracol, F. Puig et R. Azémar. Relation de deux cas particulièrement intéressants, où la pathogénie de l'association paralytique doit être rattachée à une métastase os-

seuse de la base du crâne consécutive à une néoplasie maligne de l'utérus et à une tumeur maligne de la cuisse.

Considérations sur quelques cas de paludisme autochtone. — MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et P. MAS attirent l'attention sur la recrudescence du paludisme de la région pendant l'été et l'automne 1933, particulièrement pluvieux et suivi d'inondation.

Ils insistent sur la difficulté de ce diagnostic dans les formes typhoïdes et surtout péritonéales par insuffisance surrénale aiguë.

Aussi la notion de séjour antérieur en pays palustre (région de l'étang de l'Or) pèse dans le diagnostic.

Enfin la grande sensibilité de ces paludismes régionaux au traitement quinique est une dernière et heureuse caractéristique.

Un cas de névrite radiale après sérothérapie. — MM. J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et R. LAFON.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS D'UN CAS DE MÉLANCOLIE (1)

Par le docteur H. TOURAINE.

A propos d'un cas de mélancolie anxieuse chez une femme jeune, venant de subir une double ovariotomie, l'auteur passe en revue les traitements utilisés dans cette affection relativement fréquente et il distingue d'une part le traitement étiologique basé sur l'opothérapie et d'autre part le traitement symptomatique pour lequel on a conseillé de multiples médicaments, bromures, sédobrol, hypnotiques, barbituriques, somnifène, allonal, préparations à base de valériane, de cratoegus, l'opium sous toutes ses formes, morphine, pantopon, etc...; mais M. H. Touraine tient à insister tout particulièrement sur la grande maniabilité de l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid, dont il a obtenu des résultats excessivement intéressants, non seulement dans le cas précité, mais encore toutes les fois qu'il a voulu soigner l'anxiété, la petite mélancolie et aussi toutes les insomnies si fréquentes chez les surmenés et les nerveux ; à la dose de 1 à 3 comprimés par jour, le sédormid s'est toujours montré un excellent médicament, d'action sûre et sans contre-indication.

LIVRES NOUVEAUX

La Gynécologie indispensable. Méthodes actuelles d'examen et de traitement (2), par le professeur agrégé André BINET, chargé de la Clinique de gynécologie à la Faculté de Nancy.

Voici un livre essentiellement pratique. Nous y retrouvons le lumineux talent d'exposition du professeur agrégé Binet, de Nancy. Ce livre connaîtra la même faveur que ses récentes publications : *La vie sexuelle de la femme*, et cette esquisse psycho-physiologique sur *l'Amour et l'Emotion chez la femme*, dont le succès s'affirme comme mondial.

En un raccourci saisissant, étudiants et praticiens sont mis au courant des méthodes modernes d'examen et de traitement utilisées en gynécologie.

Enumérons seulement les chapitres relatifs à la thérapeutique. Tour à tour sont exposés : l'*orthopédie gynécologique*, l'*hydrothérapie*, la *gymnastique*, le *massage*, l'*actinologie*, les *cures hydro-minérales*, la *diathermie*, la *rœntgen* et la *curiethérapie*, les *médications*, l'*opothérapie*, la *séro* et la *vaccinothérapie*, la *thérapeutique psychique*, les *traitements locaux*, les *chirurgies vulvo-périnéale*, *vaginale* et *abdominale*, enfin l'*anesthésie en gynécologie*.

Et, pour rompre l'aridité des descriptions purement techniques, le volume magistral est émaillé d'aperçus philosophiques, suivant la manière propre à l'auteur. Il est abondamment relevé d'illustrations, dont plusieurs en couleurs et toutes aussi limpides que le texte lui-même. L. G.

Le traitement de l'asphyxie (1), par le professeur Léon BINET, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Autant par la fréquence avec laquelle elle s'observe en clinique, que par les problèmes capitaux qu'elle pose en thérapeutique, l'asphyxie est une question d'extrême urgence, qui touche à toutes les branches de la médecine.

L'état d'un asphyxié demande des soins immédiats et appropriés ; faute de décision, faute de savoir-faire de la part de l'entourage, la partie est perdue.

Quelle est donc l'attitude que doit avoir le médecin pour lutter avec des chances de succès contre les états asphyxiques ? Tel est l'objet d'étude de cette monographie.

L'auteur y envisage successivement :

1° Les causes de l'asphyxie ;

2° Les données générales sur l'asphyxie (aperçu expérimental) ;

3° Le traitement de l'asphyxié qui conserve une respiration spontanée.

Etude de l'oxygénothérapie, de la carbogénothérapie, des agents pharmacologiques broncho-dilatateurs, de la saignée.

Considérations sur l'intoxication oxycarbonée ;

4° Le traitement de l'asphyxié qui n'a plus de respiration spontanée. La respiration artificielle (manœuvres et appareils). L'excitation réflexe du centre respiratoire ;

5° Les agents pharmacologiques capables d'exciter le centre respiratoire (la réanimation du centre respiratoire).

L. G.

Pour l'hygiène sociale

Un Manuel pratique et indispensable a été publié sous le titre *La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale* (Editions de la Vie Saine, 36, rue des Artistes, Paris 14e). Il contient une belle préface du professeur Calmette, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Cet ouvrage de 734 pages, comporte de nombreuses illustrations. Il renferme la documentation la plus récente et la plus complète qui soit actuellement sur les questions d'éducation et de propagande d'hygiène. Il est le *Manuel unique et indispensable* de tous ceux, hygiénistes ou éducateurs, qui se consacrent à la protection de la santé publique. Aucun ouvrage de ce genre n'avait encore été publié.

La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale constitue la véritable codification des principes de cette science nouvelle qu'est la propagande, mise au service de la médecine préventive, et le recueil méthodique des expériences les plus fécondes faites en ce domaine.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 30, juillet 1932.

(2) In-8 de 352 pages, 229 figures et 2 planches hors texte en couleur. — Prix : 60 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

(1) « Collection Les Thérapeutiques nouvelles. » In-8 de 44 pages avec 8 figures. — Prix : 6 fr.; franco France, 7 fr.; étranger, 8 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

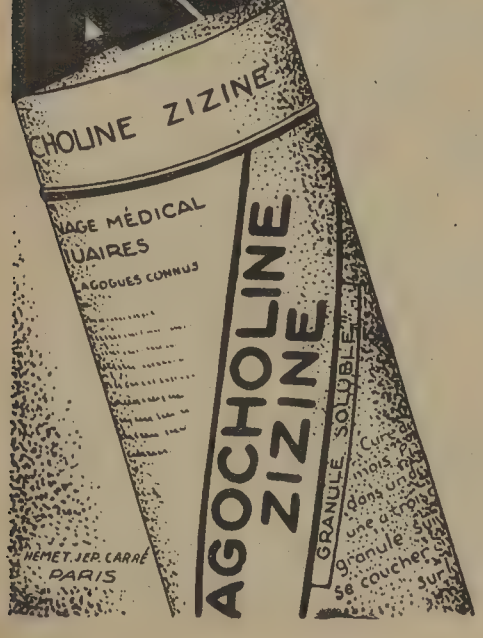
L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES — 19, RUE DROUOT-PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit
} d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 4 AVRIL 1934. — N° 27.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La téno-bursite de la longue portion du biceps, par M. le médecin-colonel F. Pasteur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société des chirurgiens de Paris. — Société de thérapeutique. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.

DOCUMENTS OFFICIELS

Arrêté fixant le programme pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Anémie pernicieuse (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour l'admission d'un médecin adjoint pour le service d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu d'Orléans aura lieu aux hospices de Tours le samedi 12 mai 1934.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

— Rouen. — Le jeudi 21 juin 1934 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux.

La liste des inscriptions sera close le 27 mai 1934, à 18 h.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Après concours, M. Chéneau a été nommé professeur suppléant de chimie.

M. le docteur Yves Boquien a été nommé professeur suppléant de pathologie et clinique médicales.

M. le docteur Guillon a été nommé chef des travaux de physiologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Le Nestour, directeur local de la santé en Annam.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Sont désignés pour faire partie de la commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, à compter du 1er mai 1934 et pour l'année en cours :

M. le docteur Langlois, membre titulaire et président, en remplacement de M. le docteur Odile.

M. Esquien, membre suppléant, en remplacement de M. le docteur Langlois.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le docteur Burckard, appelé à un autre poste.

Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille est vacant par suite du décès de M. le docteur Alaize.

LES MÉDECINS D'AMBULANCE DIVISIONNAIRE NE SERAIENT PLUS CONSIDÉRÉS COMME COMBATTANTS. — Telle est l'information que donnait il y a quelques jours notre excellent confrère le *Journal des praticiens*. Les confrères titulaires de la carte de combattant au titre des ambulances divisionnaires n'ont pas appris cette nouvelle sans émotion, et on annonce la prochaine constitution de l'*Association des médecins des ambulances divisionnaires* pour protester contre le retrait de la carte de combattant qui serait déjà commencé.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur Charles Nicolle, membre de l'Institut, commencera son cours au Collège de France sur « Quelques responsabilités de la médecine », le

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

mercredi 11 avril 1934, et le continuera les mercredi et vendredi, à 6 h., salle 8.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Maurice Chevassu commencera son cours le mardi 1er mai 1934, à 17 h., et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : Pathologie chirurgicale du rein, de l'uretère et de la vessie.

— Laboratoire d'anatomie pathologique. (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et sérologique*, par M. Edouard Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours comprendra 16 leçons, commencera le lundi 4 juin 1934, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Le droit à verser est de 250 fr. — Le nombre des auditeurs est limité.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Cazeneuve, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon, associé national de l'Académie de médecine depuis 1908, ancien sénateur et ancien président du Conseil général du Rhône, décédé à Paris ; MM. les docteurs Jean Béal (de Paris), Joseph Wehlin (de Clamart).

— Nous apprenons aussi la mort de M. Paul Achard, administrateur du *Journal des praticiens*. Nous prions nos excellents confrères et amis du *Journal des praticiens* d'agréer l'expression de nos vives condoléances.

IVe Congrès international contre le rhumatisme. — Le IVe Congrès international pour la lutte contre le rhumatisme aura lieu à Moscou, du 3 au 7 mai. Les représentants des principales sociétés et instituts médicaux y participeront. M. le professeur Kontchalowsky en présidera le Comité d'organisation.

Des rapports seront présentés par MM. les professeurs Kontchalowsky, Pierre-Mathieu Weil, Fischer (de Paris) et les plus éminents spécialistes de l'U. R. S. S., des divers pays d'Europe et d'Amérique.

A cette occasion, des circuits sont organisés qui permettront aux cercles médicaux d'assister au Congrès et de prendre contact avec la vie médicale en U. R. S. S., de réaliser à la fois un voyage de documentation d'étude et de grand tourisme.

Toutes informations sur ce Congrès et ces voyages seront communiquées par Intourist-France (S. A.), 12, rue Auber, Paris (9e).

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934). — A l'occasion de l'inauguration des nouveaux Thermes construits par l'Etat et actuellement achevés, la Municipalité et la Société médicale d'Aix-les-Bains ont organisé une conférence scientifique internationale qui sera consacrée à l'étude d'une question unique : le rhumatisme chronique progressif généralisé.

M. le professeur Bezançon, membre de l'Académie de médecine, président de la Ligue française contre le rhumatisme, a bien voulu accepter la présidence de cette Conférence, et le Dr Mathieu-Pierre Weil, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (Paris), le secrétariat général.

Les rapports ont été confiés aux plus hautes personnalités scientifiques françaises et étrangères : prof. Bezançon, Dr Mathieu-Pierre Weil, prof. Mouriquand (Lyon), prof. Loeper (Paris), Dr Coste (Paris), Dr May (Paris), prof. Roch (Genève), G. Scott et F. Bach (London), prof. Abrami (Paris), prof. Maranon (Madrid), Dr Weissenbach (Paris), prof. Kahlmeter (Stockholm), prof. Gunzburg (Bruxelles-Anvers), prof. Giraud et prof. agrégé Puech (Montpellier), prof. Leriche (Lyon), prof. Mathieu (Paris), Sir William Willcox (Londres), prof. Rathery (Paris), prof. Chabrol (Paris).

Les séances auront lieu le matin, l'après-midi étant réservée aux excursions. Des facilités de voyage et de séjour seront faites aux médecins et étudiants qui voudraient participer à la Conférence.

Le Comité étudie les conditions nécessaires pour organiser une exposition des appareils de cure, des produits pharmaceutiques, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Dussuel, trésorier de la Conférence, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains (Savoie).

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — La XXXVIIIe session du *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays langue française* se tiendra à Lyon, du 16 au 22 juillet 1934.

Président : M. le docteur L. Lagriffe, médecin-directeur de l'Asile de Quimper (Finistère) ; Vice-Président : M. le docteur René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) ; Secrétaire général : M. le professeur P. Combemale, médecin chef à l'Asile de Bailleul (Nord) ; Secrétaire annuel : M. le docteur J. Dechaume, professeur agrégé à la Faculté, médecin des Hôpitaux de Lyon ; Trésorier : M. le docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIIe session :

Psychiatrie : *L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.* — Rapporteur : M. le docteur André Repond, médecin-chef à la Maison de santé de Malévoz, Monthey (Valais).

Neurologie : *Tumeurs du IIIe ventricule : étude clinique et thérapeutique.* — Rapporteur : M. le docteur Paul Meignant, médecin de l'Hospice J.-B. Thiéry, à Maxéville (Meurthe-et-Moselle).

Assistance : *Classification et statistiques des maladies mentales.* — Rapporteur : M. le docteur Desruelles, médecin-chef de l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le docteur Vignaud, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (4e).

RENSEIGNEMENTS

LA REPRÉSENTATION DE CONSTRUCTEURS FRANÇAIS est sollicitée par un Irlandais bien placé pour le commerce direct entre la France et l'Irlande en ce qui concerne les fournitures pour hôpitaux, appareils de radiographie et films, lampes pour salles d'opération, etc., et tout article employé dans les hôpitaux modernes à l'exception des appareils de stérilisation et des tables d'opération.

L'annonceur séjournera à Paris en avril et désire entrer immédiatement en correspondance : Murphy, 33, Upper O'Connell Street, à Dublin (Irlande).

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paidophile)
TOUS ETATS GANGLIONNAIRES • LYMPHATISME • SALABIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

sirop "roche"

au thiocol

toutes les affections des voies respiratoires

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

* *

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES**

De 1 à 2 ampoules par jour ou tous les 2 jours. Séries de 15 à 20 injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

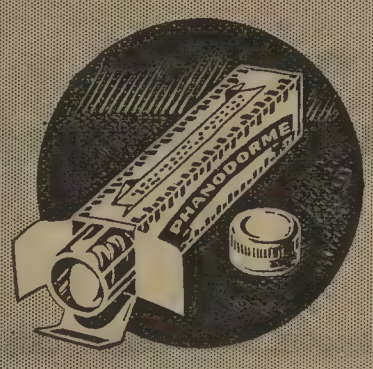
Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

PHANODORME

procure un sommeil paisible et réparateur suivi d'un réveil euphorique



non toxique, aucune action nocive sur l'appareil rénal ou respiratoire, ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20

BAYER

Renseignements et demandes d'échantillons :
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

« DÉPOT GÉNÉRAL : »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

LA TÉNO-BURSITE DE LA LONGUE PORTION DU BICEPS

Par le Médecin-Colonel F. PASTEUR,
Hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Arthralgies de l'épaule. Considérations générales. — Les Traités de Pathologie interne et externe énumèrent de nombreuses causes capables de déterminer la raideur ou l'ankylose de l'épaule. Cette grande variété étiologique comprend tous les traumatismes ouverts ou fermés, les infctions primaires ou secondaires et les différentes affections générales à localisations articulaires qui ont intéressé cet organe ou les tissus environnants avec une élection plus ou moins particulière sur chacun d'eux.

Il serait hors des proportions de ce travail de les rappeler ici. On note toutefois en les considérant attentivement qu'il est le plus souvent difficile de distinguer l'origine anatomique de leurs lésions. Les parties molles participent à ces évolutions soit directement ou par réaction et propagation. Leur part y est prépondérante. Elles peuvent par leur seule intervention constituer cette complication. On connaît mieux déjà le rôle du tissu cellulaire.

Un tel complexe anatomique et pathologique ne sera donc jamais trop éclairci, d'autant plus que beaucoup de ces périarthralgies sont rangées sous ce même vocable. Cependant, mise à part la bursite sous-acromio-deltoïdienne de Duplay, elles doivent comprendre des affections fort différentes dans leur origine, leur évolution et les organes primitivement ou secondairement atteints.

Téno-bursite-bicipitale. Notions anatomiques. — Cette considération s'est trouvée confirmée depuis que j'ai décrit une nouvelle forme de périarthralgie de l'épaule, la téno-bursite bicipitale. Son entité n'est pas contestable et s'affirme de plus en plus chaque jour. La longue portion du biceps est intéressée dans l'étroite coulisse ostéofibreuse où elle passe avant de s'insérer sur le rebord glénoïdien, malgré et souvent à cause de sa bourse séreuse. Toutefois, cette altération peut s'étendre en descendant entre les insertions des muscles rotateurs internes et externes de l'humérus qui lui forment à ce niveau une nouvelle et véritable gouttière séreuse qui se prolonge jusqu'au voisinage de son insertion et de sa fusion au ventre du biceps. On verra plus loin l'importance de toutes ces dispositions anatomiques dans la symptomatologie, l'évolution et le traitement de cette affection.

Notions physiologiques. — La prédilection afflictive qui incombe à ce tendon se comprend fort bien. Il joue un des rôles prépondérants dans la statique et la dynamique du membre supérieur. Tous les mouvements qui s'y passent, s'accomplissent en synergie avec ses contractions. On s'explique mieux ainsi pourquoi elle se confond par son insertion inférieure avec la courte portion pour former une seule et même attache sur le radius. La longue portion n'a cependant sur ce levier qu'une action à peine perceptible. Son œuvre de coopération est de participer à sa manière et d'une façon incessante à tous les actes de fixité et de mobilité du membre supérieur. Cette obligation explique la fréquence de ses lésions isolées ou associées. Aucune étude antérieure n'y apporte, à ma connaissance, le plus léger discernement. Sa situation anatomique n'a pas paru susciter d'intérêt. Son rôle est inconnu, ignoré ou infiniment restreint. Duchenne de Boulogne, lui-même, qui, dans son livre magistral sur la Physiologie des mouvements, expose avec une minutieuse attention, grâce à l'électrologie qu'il appelle l'anatomie vivante, la physiologie des muscles, y accorde peu d'importance. Il donne bien pour chacun d'eux à leur place respective, dans le corps humain, l'indication de leurs fonctions et les conséquences de leurs altérations pathologiques sur les mouvements et le déséquilibre du squelette. En ce qui concerne le biceps brachial, son expérimentation attribue presque exclusivement une valeur effective à la courte portion soit dans les mouvements de flexion de l'avant-bras et sa supination ainsi que dans les mouvements d'élévation du bras. « L'excitation électrique, « dit-il, localisée dans la longue portion du biceps bra- « chial agit avec bien moins d'énergie que la courte « portion de ce muscle, c'est à peine si elle produit « la semi-supination. Il ajoute : On ne remarque pas « pendant sa contraction isolée le moindre mouve- « ment de l'omoplate. » Les livres classiques ont unanimement adopté les conclusions du grand Maître de l'électrophysiologie sans en rien modifier. En s'appuyant sur son autorité, il est donc admis que le biceps est simplement un « muscle fléchisseur supinateur ». Cette affirmation est certainement incomplète.

Rôle de la longue portion du biceps brachial. — Exclure la longue portion du biceps de la fonction spéciale qui lui est dévolue, c'est méconnaître son existence même.

Toute inactivité provoquerait son atrophie et sa situation est bien celle d'un organe important et non de second ordre. En s'enroulant autour de la partie supérieure de la tête humérale comme une sangle, le tendon renforce les ligaments capsulaires à ce niveau. Il ajoute sa contrainte pour en limiter l'ascension par un effort proportioné à la force même de sa contraction musculaire. Cette disposition constitue encore un arrêt puissant à la manière d'une amarre sur son guindeau, et un guide dont la glissière oriente son mouvement contre toute déviation. Il aide et supplée dans une certaine mesure, grâce à son arrimage en cargue, la déficience du muscle sus-épineux et maintient la tête humérale que la contraction du deltoïde sans sa présence et par suite de son lieu d'insertion inférieure ferait, par une sorte de sub-luxation, basculer en bas.

Tous les mouvements d'abduction se passent autour de ce centre. — On s'en rend compte quand il est altéré. Le bras n'a plus, en effet, qu'une certaine liberté dans son balancement antéro-postérieur avec une légère circumduction. Il y a donc un double état, l'un statique qui vient d'être décrit et dynamique par la contraction synergique de ce tendon avec les autres muscles du bras et coordination pour aider à maintenir la tête humérale dans la cavité glénoïde de l'omo-

plate. Une action si incessante, qui exige un effort si constant, ne va pas sans faire courir des risques pour ainsi dire professionnels et des dommages à ce tendon et à sa séreuse dont on comprend à la fois l'importance et le regrettable privilège pathologique. En conséquence, ils sont le plus souvent atteints, l'un et l'autre, dans les périarthralgies de l'épaule.

Cette situation peut se définir en disant que si la longue portion du biceps est bien là, le centre anatomique, le pivot dynamique et la sangle la plus active de l'articulation de l'épaule, elle en est fréquemment aussi le point névralgique et pathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

Ces notions sont essentielles pour comprendre l'évolution des affections de cette région allant de la douleur, qui entrave tous les mouvements du bras, à l'ankylose, qui le solidarise à l'omoplate. Ces deux phases bien distinctes se succèdent toutefois insidieusement, à l'insu du patient qui constate l'atténuation et la disparition des douleurs quand la lésion est déjà en partie constituée. Cet avertissement a ses conséquences préventives dans une extrême vigilance. Il n'est jamais trop tôt d'attirer l'attention des malades, si la pensée de surmonter la douleur chez les uns, la confiance en une guérison spontanée chez les autres, ne les a pas fait trop tarder à se présenter au médecin. Celui-ci, prévenu, saura et comprendra l'opportunité d'un traitement approprié, rapide, qu'il y ait absence ou présence de lésions radiographiques.

Cette téno-bursite bicipitale a donc pour symptôme primordial la douleur et l'impotence du bras qui en résulte. Spontanée, diurne et souvent nocturne, au point d'entraîner l'insomnie, elle peut être provoquée par la pression sur tout le trajet du tendon. Chaque mouvement qui met en jeu son action la réveille très vive, soit pour porter la main à l'autre épaule, derrière la tête ou derrière le dos et dans tous les gestes intermédiaires suivant la gravité de l'affection. Certains de ces mouvements sont parfois plus limités que les autres quand on met le bras en dehors ou en dedans et qu'ainsi interviennent d'une façon plus immédiate la traction des tendons du groupe rotateur externe ou interne de l'humérus dont les tendons ont des attaches proximales de ces lésions. Ces signes fonctionnels, que corrobore l'électrodiagnostic, sont à ce point invariables qu'ils suffisent à établir le diagnostic différentiel avec toutes les autres affections de la région scapulaire.

L'examen clinique avec la préoccupation constante que j'ai essayé de susciter à l'égard de cette longue portion du biceps démontre que la douleur qui en est le signe péremptoire cesse bien quand cette portion du biceps est en état de relâchement complet et réapparaît à tout effort spontané qui la met en jeu ou à toute traction exercée sur elle. La contraction électrique permet cette sélection parfaite et améliore la liberté des mouvements en atténuant la douleur. Elle constituera même, comme je le dirai ultérieurement, un agent physique de premier ordre pour opérer sa mobilisation.

A la période d'ankylose, le bras immobilisé conserve la position primitive qu'il avait prise dans l'attitude la plus propice, la moins douloureuse. Il est généralement accolé à la paroi thoracique avec laquelle il ne fait plus qu'un angle aigu. Tous les mouvements qu'il sera susceptible d'exécuter entraîneront l'omoplate contre lequel il est bloqué.

ETIOLOGIE

Les causes déterminantes de cette affection sont multiples. Parmi les infections qui ont pu être nettement incriminées, je signalerai deux infections colibacillaires, une complication du syndrome de Fiessinger consécutive à une dysenterie bacillaire et d'autres comme relevant d'une affection dite rhumatismale. Mais généralement il faut l'attribuer à une tension musculaire excessive par effort simple ou survenant dans un traumatisme direct ou indirect de l'épaule comme une chute sur la main étendue pour protéger ou lutter contre tout déséquilibre du corps. Ma statistique accrue comprend actuellement trente-deux cas, dont vingt-trois sont dus à cette dernière origine. Il y a lieu de remarquer que huit fois sur dix il s'agit d'hommes ayant dépassé la quarantaine, et que, parmi les quatre femmes que j'ai eu à traiter, deux cas étaient d'origine traumatique, une chute et un effort en lançant une balle au tennis, les deux autres, l'une rhumatisante, l'autre coli-bacillaire avec phénomènes articulaires.

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A défaut de pièce anatomique que ne pourrait livrer qu'une maladie intercurrente fatale, on peut, par analogie, interpréter les lésions qui causent cette affection par étirement ou ruptures fibrillaires, réactions sériques, formations plastiques, organisations et adhérences tissulaires. Le tendon s'éraille, se gonfle, perd sa souplesse et devient dur et rigide jusqu'à son insertion au bourrelet glénoïdien. Il est fiché comme une cheville. On comprend fort bien que cette portion de tendon, qui ne glisse plus dans sa coulisse, forme au-dessus de l'articulation comme un arc-boutant d'autant plus résistant qu'il est court, incapable de céder à aucun mouvement même de latéralité, par fixité et inextensibilité.

A défaut de lésions radiographiques osseuses et, au début, on a pu, après un temps assez long et grâce à des rayons mous, rendre visibles des ombres d'opacités qui, malgré les difficultés inhérentes à une telle interprétation, semblent bien suivre le trajet de la gouttière bicipitale et apporter ainsi par ce développement et cette densification ostéophytique une confirmation de la vraisemblance des lésions ainsi décrites.

THERAPEUTIQUE

Aucune médication interne ne paraît calmer la douleur et hâter la guérison. D'autre part, la temporisation n'est pas plus heureuse en prolongeant l'affection qui risque de s'acheminer vers l'ankylose. Le traitement doit donc être hâtif et comprendre les agents physiques. Un des meilleurs est le mouvement ou kinésithérapie sous la forme de massage et de mobilisation manuelle et mécanique. Ce massage s'exécute par

effleurement, puis par pétrissage de plus en plus profond avec la pulpe du pouce à travers la masse musculaire du deltoïde sur tout le trajet du tendon et du muscle de la longue portion du biceps jusqu'à sa fusion avec le ventre du biceps, point généralement extrême où s'irradient les douleurs.

La radiothérapie me paraît plus indiquée au deuxième stade. Quant à l'effluvation de Haute-Fréquence, les frictions hertziennes, la photothérapie par les ultra-violets, la lumière blanche et même par les infrarouges dont l'action est cependant déjà plus profonde, elles sont peu favorables. Par la diathermie, on atteint mieux le réseau vasculaire qui, par une hyperhémie régionale voisine sera des plus salutaires pour activer la nutrition des tissus, aider la résorption des exsudats et des empâtements des gaines et la mise en état de défense des tissus pour prévenir les troubles trophiques et l'atrophie.

Avec des touches faradiques prudentes en force et surtout en durée, on diminue la douleur au point que certains malades peuvent exécuter sans appréhension les mouvements dont ils étaient auparavant totalement incapables. Ce traitement, dans certains cas, peut même suffire, ainsi que la manœuvre de traction dont il sera question plus loin.

Le courant galvanique simple ou avec ionisation d'un sel, soit iodure, soit salicylate de soude ou encore atropine, pour analgésier ou obtenir par sclérolyse la résolution des dépôts d'exsudats ou des néoformations tissulaires, a une action lente, sinon efficace.

Mais une mention spéciale doit être faite du courant Galvanique à Haute Tension et faible intensité que j'ai préconisé pour d'autres affections et qui, dans cinq cas plus récents, m'a donné des succès remarquables et très rapides en trois et quatre séances à deux jours d'intervalle.

Quand l'ankylose est établie, les mêmes traitements doivent être poursuivis avec persévérance. On peut aider à récupérer la mobilité de l'articulation par des tractions manuelles. Elles doivent être lentes et graduées avec rémissions momentanées. Le malade étant assis, le corps immobilisé, l'opérateur saisit d'une main le bras malade en l'élevant jusqu'à l'horizontale et, de l'autre, exerce une traction en dehors sur l'avant-bras à demi fléchi en équerre par la contraction du biceps. Cete manœuvre sur la longue portion du biceps est assez puissante et donne un gain lent sans doute, mais progressif. Ainsi se trouve diminuée l'opportunité d'une réduction violente ou d'une opération sanglante que les malades seraient peu disposés à accepter si elle leur était proposée. Cette appréhension est d'autant plus justifiée que l'on a grande chance d'obtenir la guérison par les procédés indiqués.

CONCLUSIONS

Parmi les périarthralgies de l'épaule, la forme que j'ai décrite sous le nom de téno-bursite bicipitale de la longue portion du biceps est l'une des plus fréquentes et dont le diagnostic peut désormais être parfaitement établi. Souvent seule, elle peut être aussi associée à d'autres lésions, mais ne comporte pas à ses débuts de signes radiographiques en ce qui la concerne. Les raideurs et les ankyloses de l'épaule qui en résultent et relèvent d'une même localisation étaient jusqu'à ces premières observations complètement ignorées dans ses causes, sa localisation, son évolution et son traitement. Elles sont consécutives le plus généralement à un effort, à un traumatisme ou à une affection celluleuse ou séreuse. Le privilège de sa fréquence est dû à la particulière activité fonctionnelle de cette région anatomique. Son évolution est caractérisée par une vive douleur au commencement et qui cause une impotence relative ou totale du membre supérieur atteint. Ce stade franchi, dans le cours d'une accalmie apparente, mais trompeuse, s'installe après une immobilisation par cette algie, une raideur, puis une ankylose que l'on peut prévenir à tous les stades de l'affection par les soins appropriés que j'ai indiqués ou guérir par les mêmes moyens employés avec une énergie constante et persévérante. Cette affection mérite donc bien toutes les préoccupations du malade autant que l'attention éclairée du médecin et du chirurgien.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 MARS 1934)

L'ingestion journalière de petites quantités d'aluminium favorise-t-elle le cancer ? — MM. Gabriel BERTRAND et Pierre SERBESCU. La nocivité de l'aluminium (ustensiles de cuisine, levains chimiques) a été très fortement exagérée par certains auteurs. Les expériences montrent que la production et le développement du cancer à la suite d'ingestion de faibles quantités d'aluminium apparaissent comme invraisemblables.

Sur quelques propriétés physiques du sérum sanguin. — M. Maurice DOLADILHE.

Election. — M. Emile Schribaux est élu membre de la section d'économie rurale, en remplacement de M. A. Calmette, décédé.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 MARS 1934)

Paludisme après transfusion. — M. HARVIER. Malade présentant hématémèses très abondantes. Deux transfusions de 500 gr. provenant de deux donneurs différents. Trois jours après la deuxième transfusion, apparitions d'accès palustres typiques. Le deuxième donneur avait séjourné aux colonies et présentait à l'examen hématologique de rares hématozoaires, malgré l'absence de tout signe clinique de paludisme. Ce donneur vivait en France depuis 18 ans, et son dernier voyage en Algérie remontait à 9 ans. Il a pu, malgré l'absence de tout accident palustre antérieur, transmettre le paludisme, et son sang renfermait des hématozoaires. Ne pas utiliser comme donneurs les individus ayant séjourné en pays suspects ; même s'ils n'ont jamais présenté d'accidents paludéens et s'ils ont été soumis à la quinisation préventive.

Syphilis et paludisme après transfusion. — M. PINARD. Il faut ajouter aux cas connus ceux qui passent inaperçus toujours ou longtemps ; à ces cas s'apparentent les cas de

superinfection syphilitique par transfusion. Cas semblables avec le paludisme. Le sang paludéen injecté avec du cyanure de mercure n'empêche pas les accès de se produire.

Syphilis par transfusion au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. Carnot, Caroli et Maison. La syphilis peut se transmettre par transfusion à la période préserologique. Quant à la syphilis tertiaire, elle ne semble pas donner lieu en général à des accidents après transfusion. Un donneur atteint de lésions oculaires avec W. positive a pu servir à 8 transfusions sans transmettre la syphilis. Seul Spillmann a observé une infection syphilitique rétrograde chez un médecin contaminé par un sujet atteint d'une syphilis datant de 6 ans.

Transmission de septicémie du receveur au donneur. — MM. Tzanck et Martineau. Exemple d'une donneuse infectée par le sang d'une malade atteinte de septicémie à streptocoques hémolytiques. Contamination contrôlée par hémoculture. Après guérison, la donneuse a pu être utilisée à nouveau en vue d'immuno-transfusion. Résultats beaucoup plus favorables que ceux obtenus communément par la transfusion du sang de sujets préparés par vaccination.

Transmission des maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine. Rôle des instruments et des techniques. — MM. Tzanck et Jubé. Dans 4 cas, l'intervention a été effectuée par des techniciens improvisés. La contamination a eu lieu malgré l'usage du sang citraté, interventions ne mettant aucunement en contact le donneur avec le receveur. Il y eut sans doute chaque fois faute de technique, les praticiens étant inexpérimentés.

Transmission des maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine (donneurs occasionnels et donneurs réguliers). — MM. Tzanck et Liege. La presque totalité des syphilis transmises par la transfusion concernent des donneurs non examinés, soit par manque de temps, soit par crainte de vexer les donneurs bénévolement offerts. Les contaminations dues à des donneurs régulièrement étudiés sont exceptionnelles.

Cholécystite aiguë à forme angineuse. — M. Langeron (Lille). Tableau d'angor typique réalisé sans aucun signe de lésion cardio-aortique, par une cholécystite subaiguë du type « vésicule irritable ». La mise en tension de la vésicule était seule responsable des crises, sans qu'on en trouve la raison dans la sphère cardio-aortique.

Le kala-azar met-il les sujets atteints en état d'anergie ? — M. d'Œlnitz (Nice) soutient l'action anergisante habituelle du kala-azar. D'où la nécessité d'isoler rigoureusement les malades pendant la période active de l'infection, et de leur appliquer les traitements stibiés.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 3 mars 1934)

Modification des cultures de bacilles tuberculeux sous l'influence du glycocholate de soude. — M. Lominski recherche les modifications des types de cultures obtenues en traitant des bacilles tuberculeux de diverses origines par des solutions de glycocholate de soude au voisinage de la concentration mortelle. Il ressort de ses expériences que le glycocholate de soude en solution dans du bouillon, à des concentrations variant entre 1 et 2 %, modifie les caractères biologiques du bacille tuberculeux. Ces modifications tendent à la transformation des souches R en type S. Les résultats ne sont pas constants, car il intervient probablement outre le glycocholate de soude des facteurs comme l'âge des bacilles et d'autres que l'auteur essaie de déterminer.

Histologie des lésions tuberculeuses de primo-infection dermique chez le cobaye. — M. R. Laporte. Les lésions cutanées tuberculeuses de primo-infection par de faibles doses de bacilles (0 mgr. 001) sont caractérisées d'abord par une réaction inflammatoire diffuse et fugace. Puis un abcès dermique se constitue aboutissant à l'ulcération. Cet abcès est entouré par le granulome qui est compact et très développé dans les couches lâches de la peau (derme profond et hypoderme) ; il est dissocié dans le derme par les travées fibreuses. L'accroissement de la lésion s'effectue par fonte caséo-purulente centrale et par extension périphérique du tissu de granulation. Celui-ci est le siège d'altérations cellulaires intenses ; il est envahi par les polynucléaires, et la structure folliculaire ne devient nette qu'aux stades tardifs, accompagnant le ralentissement du processus extensif. Les bacilles tuberculeux sont toujours très abondants dans ces lésions.

De l'influence des substances non spécifiques ajoutées à l'antigène dans la production de l'immunité antitoxique. MM. G. Ramon, E. Lemétayer et R. Richou. Parmi les substances utilisées dans les essais rapportés, seules la cholestérine et la lanoline favorisent très nettement chez le cobaye et le lapin, l'immunité antidiphtérique ou antitétanique due aux anatoxines spécifiques ; les autres substances employées : lécithine, cerveau, benjoin, charbon ne semblent avoir qu'une influence réduite ou même nulle.

L'influence favorisante de la lanoline et de la cholestérine est assez variable suivant l'espèce animale à laquelle on s'adresse ; elle s'exerce aussi avec une intensité sensiblement différente suivant qu'il s'agit d'immunité antidiphtérique ou antitétanique.

Influence des sections sur l'excitabilité des systèmes neuro-musculaires de la pince et de la queue de l'écrevisse. — Mme H. Mazoué, expérimentant sur l'écrevisse, constate que l'élimination des centres nerveux par section provoque une stabilisation de la rhéobase, mais que les variations de chronaxie des nerfs moteurs de la pince et de la queue ne sont que passagères, elle les attribue à des perturbations dues à la section.

Inoculation du virus lymphogranulomateux par voie intra-splénique et intra-intestinale chez le singe. — MM. J. Levaditi fils et L. Reinié. Après inoculation du virus lymphogranulomateux dans la rate et l'intestin du singe, établissent les conclusions suivantes : 1° le virus lymphogranulomateux détermine des lésions au point d'inoculation et au niveau des organes lymphopoiétiques directement tributaires ; 2° le germe disparaît du lieu d'injection pour se disperser dans certains éléments du système réticulo-endothélial et dans le rein ; 3° après inoculation intracérébrale, la barrière cérébro-méningée n'empêche pas la dissémination du virus dans le reste de l'organisme, alors que pour toute autre voie d'inoculation, cette barrière réalise une protection efficace du système nerveux central.

La constante systolo-diastolique (durée respective de la diastole). — MM. Lian, Golblin et Baraige proposent une formule assez simple permettant de préciser dans tout électrocardiogramme, quelle que soit la fréquence du rythme cardiaque, si les longueurs respectives de la systole et de la diastole sont normales ou non.

L'étude de nombreux électrocardiogrammes recueillis chez des sujets sains avant et après un exercice physique les a conduits à formuler une constante systolo-diastolique.

$$K = \frac{D}{C\,(C + 41)}.$$

Dans cette formule, D représente la durée de la diastole, et C la durée totale de la révolution cardiaque en centièmes de seconde. La valeur de K varie chez les sujets sains de 0,0040 à 0,0049.

Une valeur de K inférieure à 0,0040 indique que la systole est allongée. Inversement, une valeur de K supérieure à 0,0049 indique que la systole est diminuée.

Valeur séméiologique de l'allongement et du raccourcissement relatifs de la durée de la systole ventriculaire. — MM. Lian, Golblin et Baraige. La mise en œuvre de la constante systolo-diastolique et sa confrontation avec les données cliniques font considérer que l'allongement de la systole est un signe de surcharge fonctionnelle du myocarde ventriculaire.

En effet, l'allongement de la systole ventriculaire coexiste le plus souvent avec des signes manifestes d'insuffisance cardiaque. En l'absence de ces derniers, il conduit à redouter leur apparition dans un avenir non éloigné.

Toutefois dans les rétrécissements aortiques et pulmonaires, l'allongement de la systole peut constituer une simple adaptation ventriculaire au surcroît de travail constitué par le rétrécissement orificiel.

Le raccourcissement de la systole, fait exceptionnel, s'observe surtout dans le rétrécissement mitral.

Enfin l'insuffisance cardiaque peut exister sans modifier la durée normale respective de la systole et de la diastole.

Etude chronaxique et interprétation physiopathologique de la poliomyélite expérimentale du singe après inoculation intracérébrale. — M. et Mme Chauchard, Mlle B. Erber et M. P. Mollaret ont appliqué à l'étude de la poliomyélite expérimentale du singe une technique de mesure percutanée des chronaxies motrices. Les résultats obtenus en cas d'inoculation intra-cérébrale démontrent que l'affection ainsi réalisée n'est pas comparable au point de vue physiopathologique à la maladie humaine spontanée, le processus initial étant essentiellement d'ordre encéphalitique.

Etude chronaxique de la poliomyélite expérimentale du singe après inoculation intrapéritonéale. — M. et Mme Chauchard, Mlle B. Erber et M. P. Mollaret. L'inoculation intra-péritonéale du virus poliomyélite au singe, faite dans certaines conditions, peut donner naissance à une affection extrêmement comparable à la maladie humaine. L'étude chronaxique montre alors deux ordres de modifications, différentes tant par leur intensité que par leur date. L'une est tardive, contemporaine des paralysies dont elle traduit fidèlement l'évolution. L'autre apparaît précocement, en pleine période latente d'incubation, et traduit sans doute une dissémination encéphalique du virus, préalable à l'éclosion apparente de l'affection.

Sur le lobe intermédiaire de l'hypophyse, la fente hypophysaire et l'immigration des cellules glandulaires dans le lobe nerveux. — MM. G. Roussy et Mosinger étudient, chez l'enfant, la *fente hypophysaire* et ses annexes, ainsi que les modalités d'invasion du lobe nerveux par les cellules glandulaires.

En ce qui concerne le revêtement de la fente hypophysaire, ils distinguent, au niveau de la paroi postérieure, deux types cellulaires : l'un étant représenté par un épithélium cubique ou aplati, non secrétant, l'autre par un épithélium pluri-stratifié, formé de 4 variétés d'éléments. Ils insistent particulièrement sur la présence de cellules qu'ils dénomment « rameuses », dont les prolongements enfourent les autres variétés cellulaires.

Les auteurs décrivent par ailleurs 5 *groupes de diverticules* : céphaliques, latéraux, antérieurs, inférieurs et postérieurs.

Les *glandes séro-albumineuses* se distinguent nettement des diverticules postérieurs de la fente et affectent deux types :

En ce qui concerne les modalités d'immigration de cellules glandulaires dans le lobe nerveux, les auteurs décrivent 5 foyers : un foyer central, deux foyers latéraux internes, généralement les plus importants et deux foyers latéraux externes.

La constitution de chacun de ces foyers varie.

Les auteurs distinguent trois types : 1° l'immigration par cellules isolées ; 2° l'immigration par traînées cellulaires compactes ; 3° l'invasion à partir de diverticules postérieurs intranerveux, les deux derniers modes ayant été observés chez l'enfant seulement.

En ce qui concerne leur nature, les cellules d'infiltration ne sont chez l'enfant que des éléments basophiles, provenant uniquement du lobe intermédiaire. Les cellules éosinophiles s'observent uniquement chez l'adulte. Elles sont abondantes chez le vieillard.

Les auteurs pensent que les différentes variétés de cellules hypophysaires jouent, par neurocrinie, un rôle distinct.

Etude expérimentale de l'action du venin de cobra sur la circulation. — MM. J. Gautrelet et N. Halpern ont observé chez le chien après injection intraveineuse d'une dose non mortelle de venin de naja, une hypotension marquée et durable : elle persiste après section des vagosympathiques, après injection d'atropine, d'ergotamine. La circulation céphalique croisée montre que l'irrigation des centres ne produit pas d'hypotension dans le tronc du receveur, la technique des trois manomètres met en évidence l'origine périphérique de l'hypotension : celle-ci est sous la dépendance — quant à son degré — du parasympathique et du tonus vasculaire. L'exploration du système vasculaire durant la chute de pression montre que l'hypotension ne relève pas d'une vasodilatation paralytique, mais d'une action directe du venin sur les capillaires.

Sur un syndrome humoral caractérisé par une augmentation de la sérine, du cholestérol et du chlore plasmatique, coexistant avec un faible taux d'urée sanguine. — MM. Jacques Decourt, A. Malinsky et R. Lesourd rappellent que les troubles de l'équilibre protidique du sérum étudiés au cours de ces dernières années ont presque toujours été caractérisés par une diminution du taux des protides, avec $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ abaissement plus ou moins considérable du rapport.

L'augmentation du taux des protides est de constatation beaucoup plus rare ; et, dans les cas où elle a été signalée, elle portait sur la globuline, si bien que le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ se montrait, là encore, abaissé ou tout au plus normal.

Chez deux femmes hypertendues, et présentant une bouffissure particulière des téguments, les auteurs ont observé une augmentation des protéines sanguines, portant exclusivement sur la sérine, si bien que le rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ était supérieur à la normale (3,9 dans un cas ; 2,6 dans l'autre). Cette hypersérinémie coexistait avec un abaissement du taux de l'urée sanguine. On constatait en outre, dans les deux cas, une augmentation importante du cholestérol sanguin et du chlore plasmatique.

Cet ensemble réalise un syndrome humoral très particulier, dont on ne peut encore préciser la nature et l'origine, mais qui est d'autant plus digne de remarque que les deux malades chez qui il a été rencontré présentaient d'incontestables analogies cliniques.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE ANNUELLE DU 12 JANVIER 1934)

Allocution du Président pour 1934, M. Hautefort.

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1933, par M. Raphaël Massart.

Eloge de Maurice Cazin, par M. Dupuy de Frenelle.

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1934)

Luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien chez une femme de 65 ans. — M. Barbarin fait un rapport sur cette observation de M. Le Page (d'Orléans), où l'auteur insiste sur les difficultés de maintenir réduite la luxation de la hanche, conséquence fatale de la fracture. Moyens orthopédiques : mise en abduction du membre à 70°. Grand plâtre ou extension continue. Moyens chirurgicaux réservés aux cas anciens ou incoercibles : butée iliaque postéro-supérieure.

Une observation de fracture du col chirurgical de l'humérus avec luxation de la tête humérale réduite chirurgicalement. — M. Fernand Masmonteil fait un rapport sur ce travail de M. Chevereau (d'Orléans). A propos de cette observation et de deux personnelles, le rapporteur reprend la question du traitement de ces luxations-fractures. La réduction orthopédique doit être tentée : ses succès, rares, commandent très souvent le traitement chirurgical. La reposition sanglante, suivie ou non d'ostéosynthèse, est l'opération de choix. Néanmoins, la résection rendra encore des services, en cas de fractures communitives, en cas de luxations infectées, en cas d'accidents anciens.

Appendicite aiguë avec étranglement de la pointe sous le ligament cystico-colique et distension vésiculaire corrélative. — M. R. Bonneau. L'appendice sous-séreux, né normalement d'un caecum bien en place, remontait le long et en dehors du côlon ascendant ; il contournait l'angle colique pour se terminer sur la face supérieure du côlon transverse. Un épais ligament cystico-colique était soulevé par cet appendice enflammé et la mise en tension du ligament coudait le cystique au point de provoquer une rétension aiguë de bile dans la vésicule distendue. Dès que le ligament cystico-colique eut été coupé, le cystique reprenant sa perméabilité, la bile vésiculaire s'évacua en quelques instants dans le cholédoque et l'appendicectomie put être totalement réalisée avec bonne guérison.

Infarctus de l'appendice iléo-caecal. — M. Thevenard communique ce cas observé chez un homme de 24 ans. L'examen histologique ayant prouvé l'absence de toute affection inflammatoire aiguë ou chronique de l'appendice, l'auteur croit pouvoir attribuer cet infarctus à une cause mécanique : striction vasculaire par volvulus intermittent de l'appendice, affection qui a fait le sujet d'une de ses précédentes communications.

Le syndrome de haute gravité précoce dans les fractures du crâne et son traitement. — M. René Dumas. Le tableau clinique se caractérise par des signes d'hypertension intracranienne aiguë et particulièrement par des troubles bulbaires. L'élévation de la température, la rapidité du pouls, l'existence d'une carphologie génitale prouvent la gravité du cas. La ponction lombaire permet, par l'épreuve jugulaire de Queckenstedl-Stooke de rechercher l'existence du blocage ventriculaire. Les procédés de traitement sont : 1° la ponction lombaire, insuffisante dans ces cas ; 2° la trépanation décompressive sous-temporale ; 3° la ponction ventriculaire, presque toujours nécessaire ; 4 la trépanation du corps calleux ; 5° la trépanation atloïdo-occipitale ou opération d'Ody. Préciser leurs indications respectives est un problème particulièrement difficile. Les résultats sont décevants ; mais il semble que nous sommes mieux armés pour lutter contre ces cas d'extrême gravité. Les chirurgiens doivent sortir de leur réserve et peuvent améliorer leurs résultats.

A propos d'un cas de fracture du fémur au tiers inférieur traitée par l'ostéosynthèse. Considérations sur le traitement orthopédique et le traitement chirurgical de ces fractures. — M. Fernand Masmonteil, à propos de ce cas de fracture du fémur au tiers inférieur, passe en revue les avantages et les inconvénients de deux méthodes : orthopédique et chirurgicale. Il expose ensuite sa technique personnelle d'ostéosynthèse qui lui a permis d'en faire une opération simple, bénigne, capable de donner d'une façon courante la restauration anatomique et physiologique complète. 1° Il a adopté la voie d'abord antéro-interne de Duval, qui permet d'éviter les phénomènes de shock ; 2° l'opération se fait en position de Trendelenburg, utilisant la pesanteur comme agent de contre-extension ; 3° l'intervention se fait le genou en flexion ; 4° l'immobilisation post-opératoire (membre inférieur en flexion complète) est obtenue par un appareil en duralumin qui permet la mobilisation quotidienne du genou.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1934)

Le chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans le traitement des spasmes digestifs. — MM. Paul Viard et R.-A. Casaubon exposent les résultats thérapeutiques brillants obtenus au cours de trois années d'expérimentation clinique dans les affections spasmodiques du tube digestif et de ses annexes. Ils ont expérimenté cette médication également dans le syndrome de Parkinson, la sclérose en plaques, les convulsions infantiles, la chorée des adolescents, les spasmes artériels type Raynaud, les coliques hépatique et néphrétique, les états anxieux et certaines lésions de l'œil et de l'oreille.

Ces résultats ont été obtenus en injectant par voie veineuse une solution en sérum marin isotonique de 80 cg. d'hyposulfite de magnésium et de 75 cg. de chlorure de calcium pour 10 cc.

Note clinique sur l'emploi du suc de muguet. — M. A. Challamel apporte les résultats de sa pratique et oppose les résultats décevants qu'il obtenait avec l'extrait usuel de muguet à ceux qu'il obtient avec le suc de muguet.

Pris *per os* à la dose de 30 à 40 gouttes par jour, le suc de muguet est un cardiotonique de valeur, un auxiliaire de la digitale, dans les cas de myocardite et d'arythmie sans lésions rénales.

Traitement de l'asthme et vaccination intradermique. — Mlle B. Fournier expose les heureux résultats thérapeutiques que lui donne l'application d'un auto-vaccin préparé à sa demande par Laurent Gérard, à partir de la flore microbienne rhino-pharyngée de ses asthmatiques. Les corps microbiens recueillis après culture et tués par la chaleur sont injectés en très faible quantité par *voie intradermique*.

Mlle Fournier cherche à obtenir de faibles réactions locales jamais douloureuses. Les malades n'ont jamais présenté de réaction générale. Sur 9 cas traités d'asthme franc, sans sensibilité spéciale, ou de coryza spasmodique, Mlle Fournier présente 8 guérisons définitives dont quatre remontent à plus de 18 mois. Les auteurs supposent au derme des propriétés réflexogènes dues peut-être à son origine

ectodermique commune avec celle des tissus nerveux. Il est difficile d'affirmer la spécificité du vaccin dans ce traitement de l'asthme. Une seule chose est certaine : cette méthode entre les mains de ses auteurs présente pour les malades de gros avantages et aucun inconvénient.

Un grand méconnu, le courant continu (2e partie). — M. Ch. Schmitt, après avoir brièvement exposé les bases théoriques et expérimentales de l'électroionisation ou introduction des médicaments au moyen du courant continu passe en revue quelques anions et cathions, d'un usage actuellement courant et mentionne les principales indications de chacun d'eux. Il conclut que cette méthode a sur les autres voies d'introduction de médicaments l'avantage de ménager le tube digestif, d'exalter l'activité des substances employées, d'exercer une action énergique, progressive, et continue *loco dolenti*, et sur le système nerveux dont elle régularise le fonctionnement. On ignore trop les services que l'électroionisation peut rendre dans nombre d'affections contre lesquelles on se croit partiellement ou totalement désarmé.

Un cas d'érythème noueux grave rapidement guéri par les injections intraveineuses de gonacrine. — MM. Léon Tixier et Pierre Bardin ne croient guère, contrairement à l'opinion classique, à des rapports étroits unissant l'érythème noueux et la tuberculose. L'influence rapide de la gonacrine n'est d'ailleurs pas en faveur de cette conception. Au contraire, cette action, si elle est accréditée par des observations de contrôle, doit orienter les recherches bactériologiques vers la présence de germes gram négatif, car on connaît l'action quasi spécifique de la gonacrine sur un certain nombre de septicémies à germes gram négatif, méningocoques, gonocoques, mélitensis et germes encore indéterminés.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 23 janvier 1934)

Rupture double totale de l'intestin grêle, post-traumatique. Intervention, guérison. (Présentation de malade et de pièce anatomique.) — MM. Courty, Callens et Fruchart.

Résection du tarse antérieur pour tuberculose. (Présentation de malade et de radiographies). — M. Vincent.

Les étapes d'un diagnostic radiologique (avec présentation de radiographies stéréoscopiques). — MM. Delattre et Béra.

Septicémie post-abortive à coli-bacilles, guérie par le sérum anti-colibacillaire de Vincent. — MM. Bernard et Delanghe.

Néphrite chronique hypertensive chez une enfant de neuf ans : ses manifestations cliniques. — M. Bernard.

La pyélographie intra-veineuse dans les traumatismes du rein. — M. Stobbaerts.

Hématome péri-rénal spontané. — M. Stobbaerts. Crise rénale très douloureuse, survenue brusquement. La pyélographie montre un bassinet et des calices de formes bizarres et comme bosselés. Une tumeur apparaît dans la fosse lombaire ; l'incision donne un demi-litre environ de sang pur. Tamponnement ; guérison.

L'auteur insiste sur la rareté et sur la gravité de l'hématome périrénal ; il indique les symptômes principaux et la ligne de conduite à tenir.

Traitement par la méthode ambulatoire des ulcères variqueux chez les vieillards. — M. P. David.

Un cas de rhinolithe. (Présentation de pièce.) — M. Lavrand.

Corps étranger du genou. — M. Becquet.

(séance du 6 février 1934)

Ostéosynthèse du radius (Présentation de malade.) — M. Courty.

Examen radiographique d'un trajet fistuleux à l'aide du lipiodol. — M. Belle.

Réflexions à propos d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, compliquée secondairement de paralysie radiale. — M. Becquet.

Sur un cas de leucémie aiguë, avec douleurs épiphysaires des os longs, comme phénomène initial. — M. Bernard.

Sur un cas de leucémie à monocytes. MM. Bernard et Godin.

La simulation des maladies de l'oreille dans les centres de réforme. — M. Didier.

DOCUMENTS OFFICIELS

ARRÊTÉ FIXANT LE PROGRAMME POUR L'OBTENTION DU CERTIFICAT D'ÉTUDES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET BIOLOGIQUES.

Article premier. — Les programmes prévus par l'article 4 du décret susvisé du 23 janvier 1934 sont fixés ainsi qu'il suit :

PHYSIQUE (environ 75 leçons).

I. — Généralités sur les phénomènes physiques, métrologie (environ 11 leçons).

Phénomènes physiques. Définitions. Lois et théories physiques. Exemples concrets empruntés aux différents chapitres de la physique (1).

Systèmes d'unités et méthodes de mesure relatives aux principales grandeurs géométriques et physiques.

Erreurs et corrections dans les mesures. Représentation graphique des résultats.

Méthode graphique. Chronophotographie. Cinématographie.

II. — Propriétés générales de la matière, état des corps (environ 8 leçons).

Constitution de la matière. Molécules, atomes, ions, électrons.

Etat gazeux. — Notions sur la théorie cinétique des gaz. Lois de Mariotte et de Gay-Lussac. Gaz parfaits. Statique des gaz. Pression atmosphérique. Lois des mélanges de gaz. Tension partielle des gaz dans un mélange. Manomètres. Pompes à compression. Pompes à vide. Résistance au mouvement dans les gaz.

Etat liquide. — Hydrostatique. Hydrodynamique. Ecoulement des liquides dans les tubes étroits. Coefficient de viscosité. Viscosimétrie. Résistance au mouvement dans les liquides. Loi de Stokes.

Phénomènes de surface : tension superficielle, capillarité, adsorption ; imbibition ; gouttes liquides ; stalagmométrie.

Etat solide. — Etat amorphe et état cristallin. Elasticité. Compressibilité. Divisibilité. Choc. Frottement.

(1) Des leçons facultatives seront faites par le professeur de physique sur les notions de mathématiques élémentaires indispensables pour l'étude des phénomènes physiques et la compréhension des lois qui les régissent.

III. — Energétique (environ 12 leçons).

Energie mécanique. — Grandeurs fondamentales cinématiques et dynamiques.

Unités. Mesures. Travail mécanique. Force vive. Puissance. Energie cinétique. Energie potentielle.

Energie calorifique. — Grandeurs et unités thermiques. Thermométrie. Calorimétrie. Notions de thermochimie. Conductibilité thermique. Propagation de la chaleur. Notions de thermodynamique. Principe de l'équivalence et principe de Carnot. Rendement des moteurs. Températures absolues. Changements d'état. Dissolution des solides, des liquides et des gaz.

Hygrométrie. Mesure du volume des gaz. Méthodes densimétriques.

Etude des solutions étendues. — Cryométrie. Tonométrie. Ebulliométrie.

Diffusion dans les solides, dans les liquides et dans les gaz. Osmose ; dialyse ; membranes et parois hémiperméables.

Pression osmotique. Lois de Raoult et de Van T'Hoff. Electrolytes. Coefficient de dissociation. Loi d'action de masse. Concentration en ions H. Notions du pH. Suspensions. Emulsions. Etat colloïdal. Propriétés des colloïdes. Micelles. Ultrafiltration. Stabilité. Floculation. Sols et gels. Cataphorèse.

IV. — Acoustique (environ 4 leçons).

Généralités sur les mouvements périodiques. Mouvement sinusoïdal. Amplitude, période, fréquence, longueur d'onde. Propagation des ondes sonores. Interférences. Ondes stationnaires.

Qualité du son. Ultrasons et infrasons. Analyse des sons complexes. Résonances. Synthèse des sons. Tuyaux sonores. Cordes. Verges et diapasons. Plaques et membranes vibrantes.

V. — Optique (environ 20 leçons).

a) Optique géométrique. — Rappel des phénomènes fondamentaux et des lois générales. Réflexion. Diffusion. Réfraction. Dioptres plans. Prismes. Indice de réfraction. Réfractométrie. Double réfraction. Dioptres sphériques. Systèmes centrés composés de deux dioptres, de trois dioptres. Eléments cardinaux. Constructions géométriques et formules. Verres cylindriques (focométrie, aberrations, aplanétisme, achromatisme). Vision et instruments d'optique améliorant la vision. Loupes. Microscopes. Qualités des objectifs microscopiques. Pouvoir séparateur. Grossissement. Ultramicroscopes. Lunettes.

b) Eléments d'optique physique. — Théories modernes sur la nature de la lumière. Interférence. Diffraction, réseaux. Etude expérimentale et applications. Polarisation rectiligne. Polarisateurs. Analyseurs. Polarisation chromatique. Microscope polarisant. Polarisation rotatoire. Polarimétrie et saccharimétrie optiques.

c) Les diverses formes de l'énergie rayonnante. — Emission des radiations. Incandescence ; luminescence. Répartition de l'énergie dans les spectres d'émission. Analyse des radiations. Spectroscopie. Spectrographie. Spectrométrie. Absorption des radiations. Colorimétrie. Spectres d'absorption. Spectrophotométrie. Milieux troubles. Lois de Rayleigh. Néphélométrie. Source de lumière. Eclairage et éclairement. Photométrie. Lucimétrie.

VI. — Electricité (environ 20 leçons).

Electrostatique. — Rappel des notions fondamentales. Lois de Coulomb. Quantité d'électricité. Champ électrique. Influence. Potentiel. Capacité. Machines électrostatiques. Electricité atmosphérique. Ionisation de l'air.

Le courant continu. — Expériences de Rowland. Théories modernes sur la nature de l'électricité. Conducteurs. Isolants. Lois d'Ohm et de Kirchoff. Résistivité. Causes qui la font varier. Mesure des résistances. Cas des électrolytes.

Actions électrothermiques. Loi de Joule. Effet thermoélectronique. Lampes diodes et triodes. Thermoélectricité. Piles thermoélectriques.

Actions électrochimiques. Electrolyse. Polarisation des électrodes. Piles hydroélectriques. Accumulateurs.

Théorie thermodynamique des piles. Théorie osmotique de Nernst. Piles de concentration. Ionométrie. Mesure électrométrique du pH.

Actions électromagnétiques. Aimants. Electroaimants.

Champ magnétique. Ampèremètres et voltmètres. Actions électrodynamiques. Galvanomètre à corde.

Induction. Lois générales. Self induction. Courant de Foucault. Bobines d'induction.

Le courant alternatif. — Intensité et force électromotrice efficaces. Production. Utilisation. Redresseurs de courant.

Transformateurs électriques.

Oscillations électriques. Décharges oscillantes. Ondes entretenues. Propriétés physiques des courants de haute fréquence. Emission et réception des ondes hertziennes.

Décharge électrique dans les gaz raréfiés. — Rayons cathodiques. Rayons positifs. Rayons X. Propriétés générales et nature des rayons X. Emission. Absorption. Production. Utilisation. Mesure du rayonnement X. Photoélectricité. Cellules photoélectriques et cellules photorésistantes.

Radioactivité. — Rayonnement des corps radioactifs. Constantes radioactives : période, vie moyenne. Transformation des corps radioactifs. Radium et Radon. Equilibre radioactif. Définition du Curie. Méthodes de mesure de la radioactivité : minerais, sources thermales. Désintégration artificielle de la matière.

Eléments de météorologie. — (Qui pourront être répartis dans les enseignements précédents.)

CHIMIE (environ 75 leçons).

I. — Chimie générale (environ 15 leçons).

Etat naturel. Analyse immédiate. Définition de l'espèce chimique d'après la connaissance des caractères physiques et chimiques. Définition du corps simple. Extension aux espèces composées. Définition de l'élément chimique. Caractérisation des éléments (méthodes spectrométriques, méthodes chimiques).

Corps composés. Caractères de l'espèce chimique définie. Lois fondamentales de la chimie.

Molécules. Définition à partir de l'hypothèse d'Avogadro. Poids moléculaires et leur mesure. Relations entre les grandeurs moléculaires et certaines grandeurs physiques. Densité des vapeurs. Lois de Raoult.

Atomes. Structures. Modèles atomiques. Electrons de valence. Notation atomique. Familles d'atomes. Classification des éléments. Principaux types de composés.

Formules chimiques développées.

Phénomènes thermiques accompagnant les réactions. Principes de thermodynamique chimique. Dégagement de chaleur au cours des réactions. Travail extérieur dans les réactions gazeuses. Travail électrique dans les cas des réactions électrochimiques. Conservation de l'énergie. Principes de thermochimie.

Principe de Carnot considéré comme déterminant le sens des réactions chimiques. Energie utilisable. Méthode générale des cycles.

Equilibres chimiques considérés d'un point de vue énergétique et d'un point de vue cinétique. Lois des tensions fixes. Loi d'action de masse.

Cinétique chimique. Vitesse de réaction. Influence de la température. Faux équilibres. Catalyse. Ferments.

Dissociation électrolytique. Ions simples et ions complets. Electroaffinités. Classification électrochimique.

Réactions en milieux aqueux, considérées comme réactions d'ions. Principe de l'analyse par voie aqueuse. Acides

forts. Acides faibles. Hydrolyse irréversible et hydrolyse réversible. Indicateurs. Mesure colorimétrique du pH. Solutions tampon.

Systèmes homogènes et hétérogènes. Systèmes dispersés. Emulsions. Colloïdes. Importance biologique de l'état colloïdal.

II. — Chimie minérale (environ 24 leçons).

Métalloïdes

Hydrogène. Réducteurs. Hydracides.

Familles des métalloïdes et notamment : Halogènes. Sels halogènes, Hypochlorites. Chlorates.

Oxygène. Ozone. Eau. Eaux naturelles. Eau oxygénée. Oxydes.

Oxydants. Autoxydation. Catalyseurs d'oxydation. Antioxygènes.

Soufre. Hydrogène sulfuré. Sulfures. Acides sulfureux et sulfuriques. Sulfites. Sulfates. Hyposulfates.

Azote. Air. Gaz rares. Ammoniaque et sels ammoniacaux. Acide nitrique et nitrates. Nitrites. Cycle de l'azote.

Phosphore. Acides phosphoriques et phosphates.

Arsenic. Arsénites et arséniates.

Antimoine et émétiques.

Carbone. Oxyde de carbone. Acide carbonique et carbonates. Cycle du carbone.

Silice et silicates. Acide borique et borates.

Métaux

Méthodes générales pour l'isolement des métaux, suivant leurs différents caractères. Méthode électrolytique. Méthode de réduction. (Exemples choisis dans les différentes familles de métaux.)

Exposé élémentaire des propriétés des métaux usuels et de leurs principaux composés (oxydes, sulfures, sels) et notamment :

Métaux alcalins et alcalino-terreux.

Série magnésienne, sels de magnésium et de zinc.

Sels ferreux et ferriques.

Série alunique.

Sels manganeux et permanganates.

Etude sommaire des autres métaux et de leurs composés : cuivre, argent, or, mercure, platine, étain, plomb et bismuth.

Rôle catalytique des métaux.

III. — Chimie organique (environ 36 leçons)

Généralités. Analyse immédiate. Principes de l'analyse élémentaire.

Grandeurs moléculaires. Isométrie et polymérie. Valences. Formules développées. Stéréochimie : isomérie optique et géométrique.

Synthèses et dégradation organiques.

Carbures d'hydrogène saturés et non saturés. Homologie.

Dérivés halogénés.

Fonctions chimiques. Fonction alcool. Ethers ordinaires.

Fonctions aldéhyde et cétone.

Fonction acide. Chlorures et anhydrides. Principaux acides simples.

Acides gras (saturés et non saturés).

Fonction éthers-sels. Etherification. Hydrolyse. Saponification. Cires.

Fonction amide, amine et nitrile. Cyanogène, acide cyanhydrique, cyanures.

Urée et principaux dérivés.

Fonctions multiples. Polyols : glycol, glycérine, érythrite, mannite.

Lipides. Corps gras. Glycérophosphates.

Polyacides. Acide oxalique et homologues.

Fonctions complexes. Alcools-aldéhydes.

Acides-alcools. Lactides, lactones. Acide lactique, citrique, tartrique. Acides cétoniques.

Glucides : pentoses, hexoses. Bioses. Amidon. Dextrines. Glycogène. Cellulose.

Glucosides.

Alcools aminés. Choline. Lécithines, Bétaïne.

Acides aminés. Polypeptides. Protides.

Séries cyclique et polycyclique. Carbures benzéniques. Naphtalène. Anthracène.

Fonction phénol. Quinone. Amines phéloliques. Aniline.

Alcool benzylique. Aldéhyde et acide benzolique et homologues.

Alcools-phénols. Aldéhydes-phénols et acides-phénols. Tannins.

Amines-phénols.

Notions sur les Terpènes. Cholestérols.

Notions sur les séries hétérocycliques : le pyrrol, l'indol, sur les polypeptides correspondants, ainsi que sur la chlorophylle et l'hémoglobine.

Notions sur les alcaloïdes animaux et végétaux.

BIOLOGIE (environ 75 leçons)

I. — **La biologie cellulaire**

LA CELLULE ET L'ENTRETIEN DE L'ORGANISATION CELLULAIRE, LES TISSUS (environ 9 leçons)

I. — *Organisation générale de la cellule*

Méthodes d'étude : observation vitale ; coloration vitale ; microdissection ; fixation et coloration.

Cytoplasma. Noyau. Mitochondries. Vacuoles. Réserves. Enclaves. Centrosome.

Membranes (cuticules, formations cuticulaires).

Dimensions relatives des diverses parties de la cellule. Rapport nucléo-plasmatique.

Caractères physiques des diverses parties de la cellule. Rigidité et viscosité du cytoplasma et du noyau.

Composition des diverses parties de la cellule. Microchimie cellulaire.

Constitution physicochimique de la cellule. Etat colloïdal des diverses parties.

La cellule, système hétérogène. Equilibres intracellulaires. Réaction du milieu cellulaire. Notion de pH.

Rôle des diverses parties de la cellule. Microtomie.

II. — *Les échanges cellulaires*

Cellules à parois perméables, partiellement perméables, imperméables.

Variations de la perméabilité cellulaire.

Echanges d'eau entre la cellule et le milieu. Influence du milieu sur ces échanges : influence de la concentration moléculaire ; influence de la composition du milieu ; action des ions H et OH, des ions monovalents, plurivalents.

Balancement des ions, solutions équilibrées (Ringer, Locke, Tyrode).

Mécanisme des échanges d'eau. Parois hémiperméables. Isotonie. Turgescence. Plasmolyse. Les lois de l'osmose s'appliquent-elles à la cellule ? Dans quelles conditions ? Phénomènes électriques de surface et cataphorèse. Phénomènes d'imbibition et de composition du milieu.

Echanges de sels entre la cellule et le milieu.

Echanges de substances nutritives.

Mécanisme de ces échanges. Solubilité réciproque. Rôle des lipides. Cas des anesthésiques.

III. — *Respiration élémentaire*

Vie aérobie et anaérobie. Respirations et fermentation.

Mécanisme de la respirations élémentaire. Rôle de l'oxygène. Pigments respiratoires. Transporteurs d'oxygène.

Oxydations, déshydrogénations, oxydo-réductions dans la cellule. Mécanisme de la fermentation.

IV. — *Nutrition élémentaire*

Réserves.

Diastases. Généralités sur les diastases ; leur isolement ;

codiastases ; conditions d'action des diastases ; lois d'action. Classification des diastases. Spécificité des diastases.

Dégradation des réserves. Dégradation des glucides en vie aérobie et anaérobie. Dégradation des graisses. Dégradation des protides.

Synthèses. Synthèses chez les autotrophes, chez les hétérotrophes, dans les cellules à chlorophylle. Etapes principales.

V. — *Les mouvements cellulaires*

Adhésion cellulaire aux surfaces. Turgescence. Etat quiescent, état actif. Mouvement amæboïde. Phagocytes. Mouvements cillaires. Mouvements des cellules différenciées : fibres lisses et striées.

VI. — *Les tissus*

Différenciation des tissus. Caractères des principaux tissus. Lignées cellulaires.

Greffes. Cultures des tissus.

II. — **La biologie animale** (environ 36 leçons)

A. — Développement des organismes animaux (environ 8 leçons)

I. — *La division cellulaire*

Etapes de la division cellulaire. Modifications morphologiques et physicochimiques au cours de la division.

Reproduction sexuée et gamètes. — Notions sommaires sur la gamétogénèse. L'œuf. Réduction chromatique.

La fécondation de l'œuf. Autofécondation, fécondation croisée, fécondations hybrides. Notions sommaires sur la parthénogénèse.

II. — *Notions d'embryologie générale*

Segmentation de l'œuf. Ses modalités. Formation des feuillets blastodermiques. Dérivation des principaux systèmes d'organes à partir des feuillets. Développement embryonnaire et développement larvaire. (Exemples sommaires de métamorphose larvaire.)

III. — *La régénération*

Extension et modalité. Comparaison entre les processus de l'embryogénie normale et ceux de la régénération. Hétéromorphose.

IV. — *Notions sommaires sur la reproduction asexuée*

Extension et modalités (divisions, bourgeonnement). Vie coloniale.

V. — *La sexualité*

Hermaphroditisme et gonochorisme. Détermination du sexe chez les animaux gonochoriques. Caractères sexuels secondaires et dimorphisme sexuel. Notions sommaires sur l'intersexualité et le gynandromorphisme.

B. — La vie des organismes animaux en état d'équilibre (environ 10 leçons)

I. — *Organisation générale des métazoaires*

Processus physiologiques généraux ; notion de fonction et d'appareil. Interdépendance des fonctions. Leur intensité relative dans les organismes.

Les deux grands types de fonctionnement : homéothermes ; poïkilothermes. Cas des hibernants.

Autorégulation et constance du milieu intérieur, surtout chez les homéothermes. Rôle du système nerveux, du système circulatoire, des hormones.

II. — *Nutrition des organismes*

Equilibre de l'homéotherme adulte. Equilibre de poids, équilibre en eau, en sels, équilibre azoté, équilibre carboné. Ration d'entretien. Bilan matériel des entrées et des sorties.

Lois générales de l'énergétique biologique. Valeur énergétique des aliments sous forme thermique, mécanique, chimique, électrique. Bilan énergétique.

Nécessité des espèces alimentaires, protides, glucides et lipides. Ration équilibrée. Facteurs accessoires de la nutrition. Vitamines.

Constitution des réserves et de leur dégradation. Aliments préférentiels. Rendement des aliments en travail. Ration de travail.

III. — *Relation des organismes avec leur milieu*

Irritabilité. Sensibilité.

Réception des excitations. Organes récepteurs. Champs de réception extéro, intéro, proprioréceptifs.

Transmission des excitations. Excitation et inhibition.

Réponses. Tropismes. Tactismes. Réflexes. Réflexes alliés et antagonistes. Action intégrative du système nerveux. Réflexes conditionnés. Instincts. Intelligence.

IV. — *Croissance des organismes*

Enfance et jeunesse, état adulte ; vieillesse. Caractères biométriques et physiologiques généraux de ces différents états. Bilans de croissance.

V. — *Déformation des organismes*

Parasitisme. Commensalisme et symbiose. Montrer par quelques exemples significatifs la dégradation résultant du parasitisme.

C. — Les groupes d'animaux (environ 18 leçons)

a) *Les invertébrés* (environ 8 leçons)

I. — Les protozoaires

Structure unicellulaire. Types principaux. Flagellés. Rhizopodes. Sporozoaires. Ciliés.

Différenciations principales de la cellule chez les protozoaires ; appareils cinétiques (blépharoplastes ; membranes ondulantes, cils), le protozoaire, organisme unicellulaire.

Mode de reproduction : division, sporulation, enkystement, etc.

Phénomènes de sexualité. La conjugaison des ciliés. Isogamie et anisogamie.

Etude particulière de quelques types parasites. Amibes parasites. Grégarines. Coccidies. Hémosporidies. Leur cycle évolutif.

II. — Les métazoaires

Spongiaires. Coelentérés. — Vie coloniale, reproduction asexuée. Polypes. Méduses.

Annélides. Polychètes. Oligochètes et hirudinées. Morphologie sommaire. Larve trochophore. Exemples de multiplication asexuées.

Plathelminthes. — Anatomie sommaire d'une planaire, d'une nemerte, d'un trématode et d'un cestode adultes. Les principaux types de trématodes et de cestodes. Cycle évolutif des trématodes (formes monogéniques et digéniques. Miracidium. Sporocyste. Rédicercaires. Hôtes provisoires et migrations) et des cestodes (cysticercides et cysticerques, multiplication et migration).

Némathelminthes. — Anatomie sommaire. Nématodes et acanthocéphales. Nématodes parasites de l'homme. Modes de pénétration. Migrations.

Arthropodes. — Caractères généraux : mues, métamorphoses. Principaux types. Crustacés. Arachnides. Acariens (parasites, en particulier les tiques). Insectes. Notions sommaires sur l'anatomie et la biologie des insectes en rapport avec leur rôle dans la transmission des maladies. Larves. Insectes piqueurs. Principes de la lutte contre les insectes nuisibles.

Morphologie sommaire des principaux types d'échinodermes et de mollusques.

b) *Les vertébrés* (environ 10 leçons)

L'amphioxus, prototype des vertébrés. Anatomie sommaire et développement.

Quelques mots sur les tuniciers et leurs larves, les rapprochant de l'amphioxus.

Le type vertébré défini par son embryogénie et son organogénèse.

Poissons et batraciens. — Anatomie sommaire. Métamorphose de la grenouille (rôle des hormones. Adaptation à la vie aquatique.

Les amniotes. — Développement des amniotes, étudié chez le poulet ; en indiquant l'étroite ressemblance des reptiles et des oiseaux.

Annexes embryonnaires (amnios et allantoïde). Conditions générales de la vie de l'embryon.

Reptiles et oiseaux. — Anatomie sommaire. Adaptation à la vie aérienne.

Les mammifères. — Leur développement. Ovogenèse et follicule. Ovulation, nidation, cycle œstrien. Annexes embryonnaires et placentation. Gestation. Durée de la gestation chez les différents types. Allaitement. Lactation. Composition du lait chez les différents types.

Croissance des différents types. Durée de la croissance. Jeunesse. Etat adulte. Puberté, causes de son apparition. Durée de la vie des divers types de mammifères.

Régimes alimentaires des mammifères. Dentition. Morphologie et physiologie du tube digestif dans les types principaux.

Ostéogenèse, développement des articulations ; adaptation aux divers modes de locomotion.

Développement du système circulatoire, du système urogénital.

Système nerveux ; développement de l'encéphale.

Les primates. — Les hommes fossiles. Principales races d'hommes fossiles.

Les races humaines. Notions très sommaires d'anthropologie. Caractères physiologiques des diverses races.

III. — **La biologie végétale** (environ 25 leçons)

I. — *Caractères particuliers de la cellule et de la différenciation cellulaire chez les végétaux*

Cellule végétale. Vacuoles. Membranes cellulosiques. Plastes (amylo, chloro, chromoplastes).

Les mouvements protoplasmiques dans la cellule végétale.

Origine et formation des tissus. Les méristèmes. Principaux tissus : protecteurs, conjonctifs, de soutien, conducteurs et excréteurs.

II. — *Biologie des végétaux hétérotropes*

A. — 1° *Les bactéries.* — Question de la génération spontanée et travaux de Pasteur. Méthode d'isolement et de cultures pures de bactéries. Sporulation. Bactéries pathogènes. Virus filtrants. Classification des bactéries ;

2° *Les champignons.* — Notions sommaires sur les mucorinées et péronosporées (moisissure du pain, mildiou) ; sur les ascomycètes (levures, truffes, aspergillées, teignes) ; sur les basidiomycetes (rouille du blé, champignon de couche). Notion sur les champignons vénéneux. Mycorhizes.

B. — Les problèmes physiologiques posés par les végétaux hétérotrophes ;

1° Respiration et fermentation. Les variations des phénomènes respiratoires. Aérobiose et anaérobiose chez la levure. Bactéries aérobies et anaérobies. Les fermentations. Fermentations aérobies (acétique, nitrique) et anaérobies (butyrique, dénitrifiante). Fermentation lactique. Fermentation ammoniacale. Fermentation sulfureuse.

Essais de généralisation : fermentation propre ou respiration intramoléculaire chez les végétaux aérobies ;

2° L'eau. Anhydrobiose et reviviscence. Sclérotes et kystes. Spores ;

3° La nutrition minérale. Expérience de Raulin ;

4° La nutrition carbonée et azotée.

Le saprophytisme des champignons et des bactéries. Les saprophytes du sol et des eaux. Le parasitisme. Champignons parasites de l'homme et des plantes cultivées. Cycles évolutifs. Changements d'hôtes.

III. — *Biologie des végétaux autotrophes*

A. — Végétaux non vasculaires

L'autotrophie par chimiosynthèse. Les bactéries nitriques.

L'autotrophie par photosynthèse.

Les algues, leurs pigments et leurs chloroplastes.

Les lichens. L'association lichenique.

Alternance de générations (sporophytes, gamétophytes). Notions sommaires sur la reproduction des algues.

B. — Les végétaux vasculaires

Les fonctions de l'appareil végétal.

Les échanges normaux avec le milieu :

1° *La respiration.* — Généralité du phénomène. Méthode d'étude. Quotient respiratoire, ses variations. Les mécanismes. Stomates et espaces intercellulaires. La respiration des plantes aquatiques.

2° *L'eau.* — *a*) Emission d'eau : transpiration. Cuticules, tissus protecteurs ; stomates ;

b) Absorption de l'eau. Poils absorbants. Le problème de l'entrée de l'eau ;

c) Le transit dans la plante. Conduction par les vaisseaux ;

d) Bilan de l'eau. Fanaison.

3° *Les substances minérales.* — *a*) Corps simples nécessaires à la vie des végétaux. Méthodes utilisées pour les déterminer. Méthode analytique ; analyse des cendres. Méthodes synthétiques ;

b) Absorption des substances minérales. La sève brute ; sa circulation ; concentration de la sève.

4° *Le carbone et l'azote des molécules organiques :*

a) Fonction chlorophyllienne. La chlorophylle. Sa composition chimique et son rôle.

Théorie du mécanisme chimique de la photo-synthèse ;

b) La nutrition azotée de la plante verte. Rôle des nitrates du sol ;

c) Formation et circulation de la sève élaborée ;

d) Les substances élaborées : 1° matière vivante nouvelle ; 2° substances de réserve (amidon et autres glucides, graisses, protides) ou de déchets (essence et leurs dérivés). Cas des alcaloïdes.

5° *La croissance.* — Vie active et vie ralentie : graines et germination, repos hivernal, bourgeons.

La croissance des végétaux supérieurs : une embryologie indéfinie.

Phénomènes périodiques chez les végétaux.

Multiplication asexuée : bouturage ; marcottage, greffe. La taille, le forçage. Vieillissement et mort.

6° *Mouvements et sensibilité chez les végétaux.* — Tactismes et tropismes. Mouvements nyctitropiques et mouvements provoqués.

7° *Les fonctions de reproduction.* — Les phénomènes de conjugaison : isogamie et anisogamie.

Les cellules sexuelles : réduction chromatique et fécondation : alternance des générations (sporophytes, gamétophytes).

Notions sommaires sur la reproduction des algues et des champignons ; des bryophytes et des cryptogames vasculaires.

Phanérogames : pollen et sac embryonnaire ; fécondation, développement de l'œuf, fruit, graine.

L'hybridation dans le monde végétal. Les mutations.

8° Notions sommaires de phytopathologie. Parasites. Réaction de l'hôte aux actions des parasites. Tumeurs et galles.

IV. — *Les végétaux dans la biosphère.*

La matière végétale et le cycle des éléments chimiques. Cycle du carbone. Protosynthèse et respiration. Evolution des déchets organiques. Cycle de l'azote. Ammonisation et nitrification. Le sol et ses variations de teneur en azote. Bactéries fixatrices d'azote. Nodosités des légumineuses. Cycle du soufre.

V. — *L'évolution des organismes.*
(environ cinq leçons).

I. — L'hérédité.

Lois de Mendel. Exemples tirés des organismes végétaux. Exemples tirés des organismes animaux (Drosophile, Souris). Parallélisme des données expérimentales de la génétique et de celles de la cythologie. Notions sommaires sur la théorie chromosomique de l'hérédité.

II. — L'espèce.

Critériums de similitude morphologique et de fécondité. Variations. Principes de la biométrie. Méthodes statistiques. Génotypes et phénotypes (définis à l'aide des notions de génétique expérimentale).

III. — Le problème de l'évolution.

Preuves principales (anatomiques, embryologiques et paléontologiques). Notions sommaires sur les principales théories du mécanisme de l'évolution. Lamarckisme. Influence du milieu sur les êtres vivants. Exemples tirés du règne végétal. Darwinisme. Mutationisme.

Art. 2. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent arrêté et notamment les arrêtés des 31 décembre 1893 et 20 février 1907 relatifs aux programmes du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Art. 3. — Le présent arrêté entrera en vigueur au début de l'année scolaire 1934-1935.

LIVRES NOUVEAUX

Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance (1), par M. PÉHU et Mlle A.-Z. ROUGIER.

Les pleurésies sont une des affections qui ont le plus tôt suscité l'intérêt des médecins du passé, mais c'est depuis les travaux d'A. Netter qu'on a pu réserver à la pleurésie à pneumocoques la place qu'elle mérite en pathologie infantile.

La présente étude résume nos connaissances cliniques, bactériologiques, radiologiques et thérapeutiques ainsi que les notions étiologiques et anatomopathologiques, dont tout le reste découle.

Les auteurs se sont néanmoins fort heureusement gardés de tout ce par quoi la théorie pourrait obscurcir les notions essentiellement pratiques qu'ils ont eu le souci de dégager. L'étude des diverses formes cliniques (selon le début, la localisation et le terrain) des complications nombreuses et importantes, du syndrome radiologique ne laissent rien ignorer de ce que le clinicien doit actuellement connaître pour venir à bout de sa tâche.

Le problème diagnostique demeure cependant délicat ; la ponction exploratrice précoce, systématique et répétée, est ici de rigueur ; et pourtant il pourra demeurer délicat d'éviter des confusions avec la pneumonie causale, la tuberculose aiguë, l'abcès du poumon surtout, mais aussi avec des atteintes pleurales d'autre nature, ou celles d'organes voisins. Le diagnostic des complications est traité aussi avec

(1) Monographies de pédiatrie et de puériculture. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes PARIS (17e)
G. CHENAL — PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd de STRASBOURG PARIS (10e)

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS du CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue

Neutralisation des Toxines

Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit

AUBRIOT

56, Boulevard Ornano — PARIS

R. C. Seine, 20.019

De Trouette-Perret

l'

Aphloïne

Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la

Nisaméline

(Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos Névralgies

la

Papaïne

Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

toute l'ampleur et toute la clarté que mérite un point aussi important.

Le pronostic, relativement bénin, dépend du diagnostic bactériologique et de l'appropriation d'un traitement, soit médical, soit chirurgical, dont le dernier chapitre de ce petit livre détermine les directives et étudie l'époque de mise en œuvre ; car aucune méthode ne doit être ici écartée à priori.

Un index bibliographique substantiel et de nombreuses radiographies complètent cette remarquable étude qui nous paraît devoir longtemps être l'autorité en la matière.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉMIE PERNICIEUSE [1]

Les signes négatifs ont une importance capitale :

Aucune adénopathie ;

Absence de grosse splénomégalie : la rate est généralement augmentée à la percussion, mais d'une façon modérée ;

Absence d'hépatomégalie (ou légère augmentation) ;

Absence de syndrome hémorragique : un syndrome hémorragique ne fait pas partie du tableau habituel de la maladie de Biermer. Chez les femmes, les règles persistent, souvent diminuées toutefois, jusqu'à la phase cachectique. Cependant on peut observer des extravasations sanguines par dégénérescence de capillaires en très petits foyers maculaires, par exemple au niveau de la tache vasculaire de la cloison nasale : d'où *épistaxis*, mais sans gravité ; quelques *pétéchies ; surtout hémorragies rétiniennes péripapillaires, souvent très légères, persistantes.*

Lorsque l'anémie est forte, on observe un *mouvement fébrile continu et* un peu *irrégulier* autour de 38 ou une température à peu près normale le matin et vers 38 le soir. Les élévations épisodiques vers 39 ne sont pas rares. Les urines, abondantes, contiennent souvent de l'urobiline et ont été surtout étudiées au point de vue pathogénique (Hinot, Bockmann et Hannssen...).

Les *troubles cardio-vasculaires* sont habituels aux anémies graves : quelquefois des troubles fonctionnels (palpitations, lipothymies, syncopes, bourdonnements d'oreilles, *céphalées*, des sensations de battements dans la tête) ; *au cœur*, on entend des souffles orificiels : le souffle diastolique de la base est rare. Constamment existent *un ou deux souffles systoliques*, qui sont doux. L'inféro-externe, le plus fort, est *apexien* et sus-apexien (préventriculaire) et ne se propage guère dans l'aisselle. Le supéro-médian a le siège classique des souffles aortiques. S'ils sont très forts, souffle unique à deux maxima. Le cœur est de volume et de rythme normaux ; les palpitations ne s'accompagnent pas d'extrasystoles. Aux *jugulaires*, et parfois à la fémorale, existe un *souffle continu à renforcement systolique.* Les battements veineux sont exagérés (Bard). Le pouls régulier est rapide et mou. La tension est *abaissée* ou, plus souvent, normale.

Les troubles digestifs doivent faire l'objet d'un examen minutieux : *la muqueuse des voies digestives est atrophiée.*

Cette atrophie est souvent bien visible à la langue : c'est la GLOSSITE DE HUNTER ; elle ne consiste pas en vésicules ni en taches hémorragiques (qui se voient dans d'autres anémies graves que celle de Biermer), mais en une atrophie de la muqueuse : la surface de la langue est *lisse*, comme *rasée ;* les papilles manquent, les plis et les sillons sont effacés, le dos lingual est *blanc-bleuâtre ;* la glossite de Hunter est un signe de grande valeur.

Déchaussement des dents, infections gingivales, pyorrhée alvéolo-dentaire ; l'état septique de la bouche serait pour certains le point de départ de l'anémie. Fétidité de l'haleine.

Anorexie peu marquée au début, puis *considérable, parfois élective pour les viandes ;* des *pesanteurs épigastriques* ne sont pas rares ; les *vomissements* sont souvent observés, alimentaires, bilieux ou muqueux.

La radioscopie gastrique montre de l'*atonie ;* l'étude radiologique des *plis gastriques* est négative ; *la gastroscopie* a permis de voir, dans certains cas, l'*atrophie gastrique :* aspect aminci d'une muqueuse rose pâle, présentant une réduction et parfois même un effacement presque total des plis. Les lésions peuvent être presque *généralisées* ou *localisées* en plaques circonscrites, généralement isolées — sur une muqueuse plus ou moins normale se détachent alors de petites plages blanches ou verdâtres, à bords dégradés, généralement arrondis (Moutier). — L'étude du chimisme gastrique montre très fréquemment : de l'hypochlorhydrie, de l'achlorhydrie ou même de l'achylie totale (achlorhydropepsie). Cette achylie, fréquente pour certains (74 % des cas pour Friedenwald), a pu, dans quelques cas, précéder de quelques mois ou même d'années le début de l'anémie pernicieuse.

Les troubles intestinaux sont fréquents : *diarrhée.*

La recherche des *hémorragies occultes* est généralement négative.

Dans les *selles* on recherchera les parasites et œufs de parasites ; on peut également mesurer l'intensité du processus hémolytique par la recherche de l'*urobiline ou plutôt la stercobiline des matières fécales* et son dosage (Eppinger, 0 gr. 90 au lieu de 0 gr. 15 p. j.). Urobiline et bilirubine sont également augmentées dans le suc duodénal.

Les troubles nerveux sont très fréquents, mais d'*ordre* et de *gravité très divers.*

1° *Troubles subjectifs :* douleurs dans la longueur des os, acroparesthésies avec refroidissement des extrémités.

2° *Troubles médullaires* donnant le *syndrome neuro-anémique.*

a) Cas typique : *syndrome de Risien-Russel* (lésions multiples et petites des faisceaux blancs surtout postérieurs et latéraux) ; la maladie présente alors une allure *progressive* et *maligne ;* on a différents stades dans cette *myélopathie anémique.*

α Première période : dysesthésies dans les pieds et les mains ; *douleurs ;* puis quelques troubles pyramidaux (éveillent l'idée d'une sclérose en plaques très fruste) ou troubles de la coordination avec atteinte de la sensibilité profonde (pseudo-tabès).

β Deuxième période : apparition d'une paraplégie spasmodique intense ; ataxie ; troubles de la sensibilité superficielle (jambes et tronc).

γ Troisième période : paraplégie flasque ; la paralysie s'étend aux membres supérieurs qui associent les troubles parétiques aux troubles spasmodiques. La sensibilité est très atteinte, les troubles psychiques quasi constants. L'état général s'aggrave : incontinence des sphincters, œdèmes, escarres, et la mort survient en six mois à deux ans.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 25, p. 450.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Iodogénol Pépin

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 7 AVRIL 1934. — N° 28.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les chordomes, par MM. A. PEYRON et G. PIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

UNION MÉDICALE LATINE. — Le dîner de l'Union médicale latine ou Umfia aura lieu cette année le 2 mai, à 20 h. précises, au Palais d'Orsay, sous la haute présidence de M. le sénateur Léon Bérard, ancien ministre, et sous la présidence de M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Cette manifestation, sous le nom de dîner des Voix latines, sera donnée en l'honneur des éminents conférenciers qui ont bien voulu apporter leur concours à la section de l'Umfia, les Voix latines : MM. les professeurs Forgue, Sergent, Léon Bernard, Legueu, Roule, Lutrario (de Rome), J.-L. Faure, Lépine, commandant Charcot, et en l'honneur des ambassadeurs et ministres plénipotentiaires des pays latins.

Prière envoyer dès maintenant son adhésion accompagnée de sa cotisation (55 fr. par personne) à l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1933-1934, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain, entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le troisième trimestre 1933-1934. — 15 avril : M. Michel Léon-Kindberg. Le traitement de la tuberculose pulmonaire.

22 avril : M. Noël Peron. Les méningomyélites infectieuses et les formes anormales de la poliomyélite.

29 avril : M. André Martin. Les interventions les plus fréquentes chez le nouveau-né et dans la première année de la vie.

6 mai : M. H. Grenet. Scarlatine et rhumatisme.

13 mai : M. G. Métivet. Coup d'œil sur la chirurgie gastrique.

27 mai : M. Le Lorier. Le mouvement obstétrical en 1933-1934.

3 juin : M. Raymond Benda. De la chimiothérapie dans la tuberculose pulmonaire (projections).

10 juin : M. J. Tinel. Les psychoses autotoxiques. Rôle et mécanisme de l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses.

17 juin : M. Etienne Boltanski. Les cholécystites chroniques.

24 juin : M. Lévy-Valensi. Les convulsionnaires de Saint-Médard (projections). (Exceptionnellement, cette conférence sera faite à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Niclot, ancien directeur du Service de santé de la 14e région, décédé à Lyon; M. le docteur Georges Papillault des Charbonnières, professeur à l'Ecole d'anthropologie, directeur du laboratoire d'anthropologie des hautes études scientifiques, secrétaire général de l'Institut international d'anthropologie, décédé à Paris; M. le docteur Maurice Denis (d'Orléans), décédé à l'âge de 57 ans.

COQUELUCHES

AQUINTOL MIALHE

Congrès des médecins de langue française d'Amérique et d'Europe (Québec, 27-31 août 1934). — Le 27 août prochain s'ouvrira, à Québec, le Congrès des Médecins de Langue française d'Amérique et d'Europe. Ce Congrès sera à la fois le XIIIe Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord et le XXIIIe Congrès français de médecine.

Ce Congrès coïncidera en outre avec la célébration du IVe centenaire de la découverte du Canada, en juillet 1534, par le Malouin Jacques Cartier, et la commémoration de la fondation de la ville des « Trois-Rivières » par le Seigneur Laviollette.

Organisation matérielle. — Etant donnés le nombre prévu des voyageurs, la participation de nos confrères belges, la nécessité pour la France de faire flotter en 1934 les couleurs nationales dans cette baie de Gaspé, où a flotté, le premier, le drapeau français en 1534, deux navires recevront à l'aller les personnes désireuses de se rendre à Québec :

Le *Champlain* de la Compagnie transatlantique, une des plus belles unités de la flotte transatlantique.

L'*Empress of Australia*, magnifique et confortable navire de la « Canadian Pacific Cie ».

Le retour en France se fera, à volonté, par le *Champlain*, l'*Ile-de-France*, le *Lafayette* suivant l'époque à laquelle les voyageurs quitteront les Etats-Unis ou par un navire de la Canadian Pacific pour les personnes qui ne seraient pas désireuses d'aller aux Etats-Unis. La Transatlantique et la Canadian Pacific sont entièrement d'accord pour donner aux voyageurs toutes les facilités possibles d'utiliser tels ou tels navires à leur choix.

Le *Champlain*, qui doit représenter le pavillon français à Gaspé, à la grande fête commémorative franco-canadienne, portera outre les congressistes, les personnalités officielles françaises, les membres du Barreau français, les représentants du Comité Jacques Cartier, etc...

L'itinéraire du voyage aller sera le suivant :

Départ du Havre : 19 août, à 12 heures.
Plymouth : 19 août, 22 h. à 20 août, 1 h.
Saint-Pierre-et-Miquelon : 24 août, 12 h. à 17 h. 30.
Gaspé : 25 août, 13 h. à 18 h.
Tadousac : 26 août, 12 h. à 14 h.
Arrivée à Québec : 27 août, 6 heures.

Cette croisière permettra, en même temps qu'une visite de nos pêcheries de morue, un arrêt à Gaspé, le jour des fêtes du Centenaire et à l'île de Tadousac, dans l'embouchure du Saint-Laurent.

Pour le retour, le *Champlain* partira de New-York, le 3 septembre à 18 h. et arrivera au Havre le 10 septembre au soir.

Le prix en classe cabine (Le Havre-Québec, New-York-Le Havre), aller et retour sur le *Champlain*, est de 333 dollars, ce qui fait, si l'on met le dollar à 15 fr. : 4.995 fr.

En classe touriste, le prix aller et retour sur le *Champlain* est de 212 dollars.

Ces prix sont, ce que l'on appelle, des prix de base. Comme à bord des grands paquebots, semblables au *Champlain*, on trouve des cabines de plus en plus luxueuses, quelques-unes constituant même de véritables appartements, le prix augmente suivant l'importance du logement.

L'*Empress of Australia* prendra à Anvers les médecins belges, les membres du Barreau belge, au Havre, elle prendra les médecins français groupés par le « Concours médical » ou ne voulant pas faire escale à Gaspé.

L'itinéraire du voyage de l'*Empress of Australia* aller sera le suivant :

Départ d'Anvers : 18 août.
Départ du Havre : 19 août, dans la soirée.
Arrivée à Québec : 26 août, dimanche, dans la soirée.

Le prix en première classe, Havre-Québec, et New-York-Havre (retour par le *Champlain*), est de 322 dollars.

Le prix en classe touriste Havre-Québec par l'*Empress of Australia* et New-York-Havre par le *Champlain*, est de dollars 209,50.

Les voyageurs de l'*Empress of Australia* arriveront donc à Québec le dimanche 26 août, dans la soirée ; ce qui permettra aux congressistes de prendre contact avec leurs confrères canadiens avant les séances de travail du lendemain.

Les voyageurs du *Champlain*, qui auront fait escale à Gaspé, arriveront à Québec dans la nuit du 26 au 27 août.

Qu'ils soient venus par la ligne française ou par la ligne canadienne, les voyageurs seront, sur terre, confiés à la Canadian Pacific qui possède les plus grands hôtels et le plus grand réseau ferroviaire du Canada.

Pour la partie matérielle du voyage, soit sur mer soit sur terre, pour le choix des cabines et toutes questions connexes, écrire directement :

Soit à la Compagnie Transatlantique, 6, rue Auber, Paris (19e).

Soit à la Canadian Pacific Railway, 24, boulevard des Capucines, Paris (19e).

Prière de s'inscrire aux adresses ci-dessus avant le 15 juin 1934, date limite.

L'ADRM (Faculté de médecine de Paris) a préparé plusieurs itinéraires pour les excursions à terre, au Canada et aux Etats-Unis. Lui demander ces renseignements sans retard.

VIIIe Congrès français de Stomatologie. — Le VIIIe Congrès français de Stomatologie aura lieu à Paris, du 8 au 13 octobre 1934.

Les rapports et la question en discussion porteront sur :

1er rapport : *Complications locales proximales et générales des troubles de l'articulé dentaire*, par le docteur Chatellier (Paris).

2e rapport : *Les manifestations buccales des maladies du sang*, par le docteur Sassier (Paris).

3e Question en discussion : *Indications des différents modes d'anesthésie en stomatologie*, par le docteur Lacaisse (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : docteur Jean Vilenski, 5, rue de Phalsbourg, Paris.

RENSEIGNEMENTS

A LOUER 7 gr. pièces, 1 vest., s. de b., 2 cab. toil., 2 ch. dom., 2 cav. gr. balcon midi, chauff. app. 144, bd Saint-Germain.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE — MANGAÏNE — DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La Spartéine "Houdé"

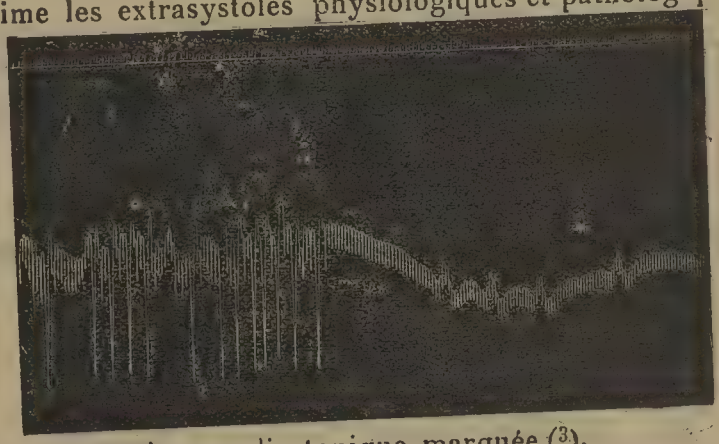
Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **6** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V•

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS-15e

REVUE GENERALE

LES CHORDOMES

PAR MM.

A. PEYRON, Professeur à l'Institut Pasteur de Paris et à l'Université d'Aix-Marseille.

et

G. PIRAUD, Ancien interne des hôpitaux.

Les tumeurs de la Notochorde ou chordomes, considérées longtemps comme exceptionnelles, ont été en réalité méconnues par beaucoup de pathologistes. Leur étude présente cependant un *grand intérêt*. Le cancérologue y trouve des données importantes concernant le problème pathogénique des tumeurs ; le clinicien, en particulier le neurologiste, doit désormais discuter ce diagnostic. Dans un travail récent, l'un de nous s'est efforcé de dégager quelques idées générales, utiles à la fois aux histopathologistes, aux médecins et aux chirurgiens. Nous avons pensé en effet que, devant le nombre et l'importance des documents relatifs à ces tumeurs, il devenait nécessaire de réunir en une étude d'ensemble les principaux travaux publiés tant en France qu'à l'étranger et jusqu'alors non coordonnés. Nous devons d'ailleurs avouer qu'un tel sujet avait d'avance toutes nos sympathies. Il y a une vingtaine d'années, l'un de nous avait, dans les premiers, avec Alezais, attiré l'attention des cliniciens sur l'aspect spécial de cette variété néoplasique. Rapidement, au cours de nos recherches, nous nous sommes rendu compte qu'il était indispensable, pour éclairer le développement des chordomes, de préciser certains points d'organogénie normale et tératologique du tissu chordal. Ces considérations ne répondraient pas au but de cet article, nous rappellerons seulement quelques notions d'embryologie.

Notions d'Embryologie sur la Notochorde. — La *Notochorde* ou *chorde dorsale* est un organe de différenciation très précoce dans le blastoderme et d'origine ectodermique. Physiologiquement, elle assume simultanément ou successivement une série de fonctions importantes : rôle de soutien, rôle dans l'accroissement des formations axiales, action de voisinage dans l'organisation ou la différenciation des ébauches de l'œuf (travaux de l'école de Speemann et du Pr. Wintrebert), fonction secrétoire. Morphologiquement, elle représente un des caractères fondamentaux des vertébrés. Nous ne devons ici retenir que sa fonction essentielle : constituer un axe ou un support transitoire à la colonne vertébrale en voie de formation. La chorde joue donc simplement le rôle temporaire de tige directrice ou de foyer matriciel pour la constitution des vertèbres. Peu à peu, le tractus chordal primitif se disloque et chez l'adulte, il n'est plus représenté que par des petits nodules plus ou moins atrophiés dans les disques intervertébraux. Il est exceptionnel de trouver des vestiges chordaux dans les corps vertébraux eux-mêmes. Etant donnés les sièges de prédilection des chordomes, régions cranienne et surtout sacro-coccygienne, il faut rappeler la destinée de la chorde dans ces deux segments. *A l'extrémité céphalique*, la chorde présente, chez l'homme, par rapport à la plaque cartilagineuse basilaire une topographie dite sous-basilaire. Ses vestiges siègent les uns dans la plaque elle-même, d'autres font saillie sur sa face endocranienne ou encore entre la face inférieure du crâne et le pharynx. Nous verrons que cette topographie répond à différentes variétés de chordomes craniens. *Dans la région sacro-coccygienne*, la chorde fait d'abord partie de l'appendice caudal de l'embryon ; son extrémité s'incorpore ensuite complètement aux dernières vertèbres laissant parfois persister de petits vestiges qui ont pu être retrouvés au sommet du coccyx chez le fœtus.

Historique. — On peut, dans l'histoire générale du chordome, distinguer trois grandes périodes. Dans une *première période*, antérieure aux travaux fondamentaux de H. Müller, les proliférations du tissu notochordal sont méconnues et rattachées à tort aux chondromes sous le nom d'*ecchondroses* (descriptions de Luschka en 1856 et surtout de Virchow en 1857 ; puis observations de Hasse, Zenker, Schröder, Klebs).

Dans une *seconde période*, de 1858 à 1897, l'existence du chordome est soupçonnée puis confirmée. Dès 1858, l'histologiste allemand Müller essaye, en effet, de démontrer qu'il s'agit d'un tissu spécial, le tissu chordal. Virchow empêche cette opinion de prévaloir. Il faut attendre les travaux de Ribbert et Steiner, en 1894, pour voir enfin les idées de Müller admises par tous. Les tumeurs de la notochorde, sous le nom de *chordomes*, sont dès lors individualisées, mais il ne s'agit encore que de pures curiosités anatomiques, sans histoire clinique. Une *troisième période* ou période contemporaine est marquée par la publication de nombreux cas de chordomes (premières observations de chordomes craniens en 1903 par Grahl ; en 1910, en France, par Frenkel et Bassal — premier cas français de chordome sacro-coccygien, observé en 1904 par Curtis et Lefort, identifié seulement en 1911 par Peyron).

Classification des Chordomes. — Ils sont divisés en craniens, vertébraux et caudaux.

Les *chordomes craniens* comprennent :

a) Les chordomes du *clivus* (région de la synchondrose sphéno-occipitale). Les plus fréquents des chordomes craniens, ils sont soit bénins (petits nodules sans histoire clinique), soit malins (tumeurs à développement progressif avec phénomènes de compression) ;

b) Les chordomes *hypophysaires* ;

c) Les chordomes *nasopharyngiens*, soit primitifs (paraissant issus de vestiges du segment sous-basilaire de la chorde), soit secondaires (tumeur intra-cranienne, envahissant le cavum, après avoir traversé l'os basilaire), soit enfin doubles (deux noyaux, l'un intracranien, l'autre nasopharyngien) ;

d) Les chordomes développés aux dépens de l'*apophyse odontoïde*.

A ces variétés, on rattache les chordomes des régions occipitale et maxillaire.

Les *chordomes vertébraux* se divisent en cervicaux, dorsaux et lombaires.

Les *chordomes caudaux* ou *sacro-coccygiens* peuvent se développer en avant du plan osseux (chordomes antérieurs ou présacrés), en arrière (postérieurs ou rétrosacrés) ou à l'intérieur du squelette (centraux) (1).

Etiologie. — *Fréquence* : la rareté apparente des chordomes tient surtout à ce qu'ils étaient restés méconnus. Prédilection manifeste pour les régions cranienne et sacro-coccygienne (sur 115 cas relevés dans la littérature, 57 sont à localisation sacro-coccygienne, 47 cranienne, 11 vertébrale).

Age. Dans les chordomes craniens, sujets relativement jeunes (maximum des cas entre 21 et 40 ans). Au contraire, l'âge moyen dans les chordomes sacro-coccygiens et vertébraux est plus avancé (de 50 à 60 ans).

Sexe. 69 cas chez l'homme pour 45 seulement chez la femme.

Traumatisme. Question toujours très discutée. Dans plus de 22 % des cas, le rôle du traumatisme nous a paru difficile à contester (2). En conclusion, nous avons estimé que les traumatismes les plus divers (sauf en ce qui concerne les chordomes craniens, en raison de leur lien vraisemblable avec de simples vestiges) pouvaient déclencher la néoformation de ce tissu dont le développement et les réactions sont exclusivement déterminés par des facteurs mécaniques.

Anatomie pathologique. — Des caractères sont *communs* à tous les chordomes. Aspect un peu variable suivant le degré de malignité. Pour Stewart et Morin, une apparence mucoïde ou gélatiniforme dénote une bénignité relative. Une capsule entoure la tumeur, émettant dans la profondeur des cloisons secondaires qui délimitent des sortes de lobules. Ces derniers contiennent un tissu gélatiniforme avec souvent des foyers hémorragiques d'âges différents. Cette capsule peut se rompre, la tumeur devenir solide et opaque avec tendance à la nécrobiose (parfois formations pseudo-kystiques). Un fait important : la tendance très marquée à l'infiltration destructive des os.

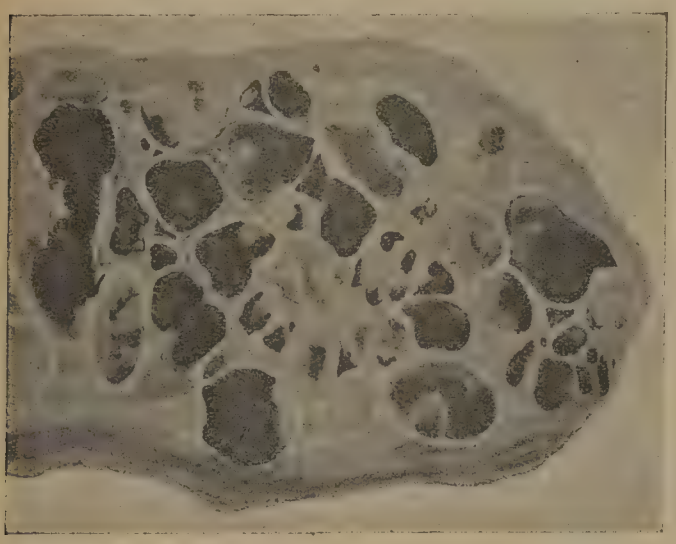


FIG. 1. — D'après STEWART. Coupe macroscopique d'un chordome sacro-coccygien montrant la capsule et le caractère alvéolaire de la tumeur.

A. *Caractères propres aux chordomes craniens*. Nous n'avons en vue que les chordomes proprement dits. De peu d'intérêt sont les petits nodules mous et translucides de la grosseur d'un pois ou d'une cerise, sans histoire clinique et trouvés lors d'autopsies (dans 2 % pour Ribbert). Simples vestiges embryonnaires, ils siègent le plus souvent sur la lame quadrilatère de la selle turcique ou un peu en arrière (ecchordoses). Les chordomes se développant dans la région de la synchondrose sphéno-occipitale (clivus) sont les plus fréquents des chordomes craniens. Ils s'insèrent à la base du crâne par une large surface. De forme arrondie, ils sont de la grosseur d'une amande ou d'une noix. Aspect grisâtre, surface plus ou moins bosselée, consistance variable. La dure-mère est souvent in-

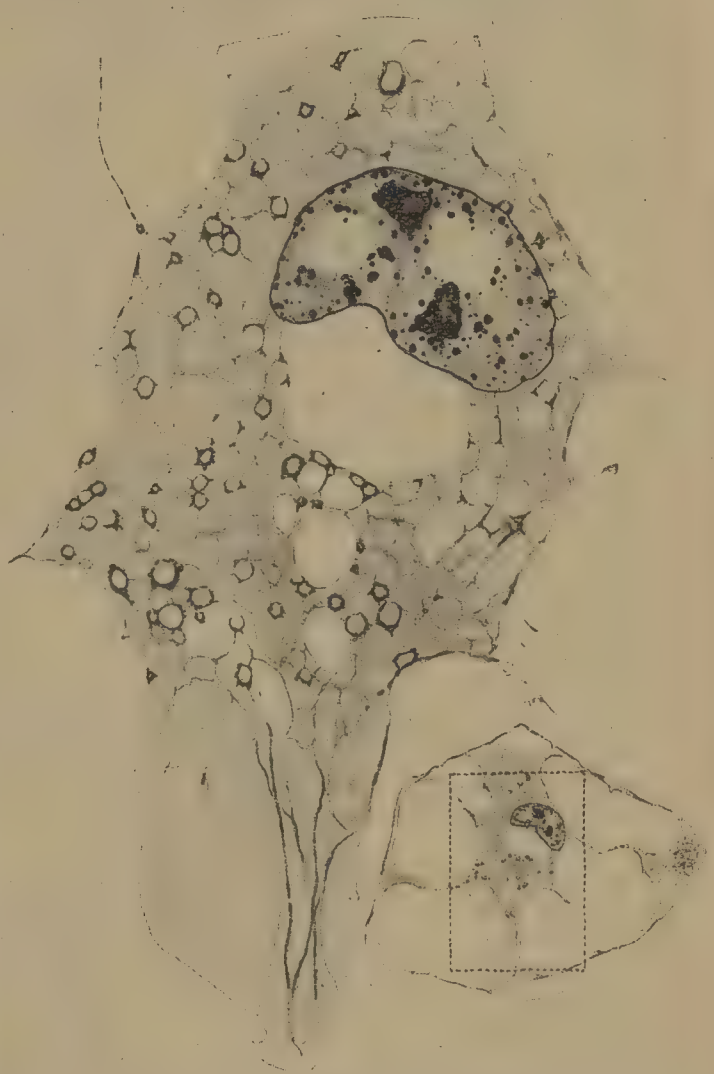
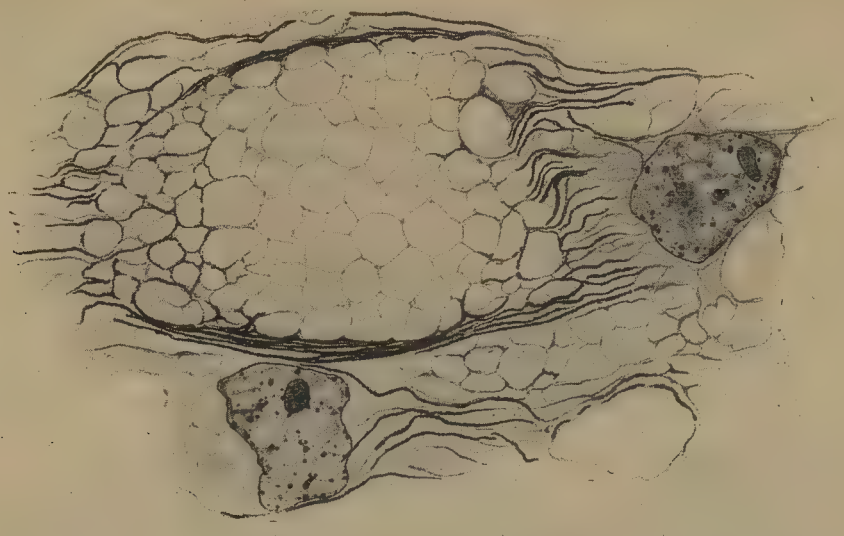


FIG. 2. — (Atlas du Cancer) (PEYRON) Cas de CURTIS. En bas, vue d'ensemble d'un élément correspondant au physaliphore de VIRCHOW. Les vacuoles occupent la périphérie du corps cellulaire. Le petit rectangle en pointillé est représenté à gauche à un grossissement plus considérable (2400/1).
On y observe en bas des fibrilles sidérophiles paraissant naître des cloisons tendues entre les volumineuses vacuoles. (HEMATOX ferrique).

(1) Nous n'avons pas besoin d'insister sur le caractère souvent théorique de cette classification des chordomes, proposée par Cœnen et divers auteurs.

(2) On trouvera des détails sur ces cas dans le travail de l'un de nous.



Même tumeur que dans la figure 2

FIG. 3. — Atlas et cas id. Hématoxylique ferrique Gross. 1/1400. — Eléments néo-plasiques avec fibrilles localisées à leur périphérie. Analogies avec les cellules musculaires à striation corticale du myocarde (c. de Purkinje).

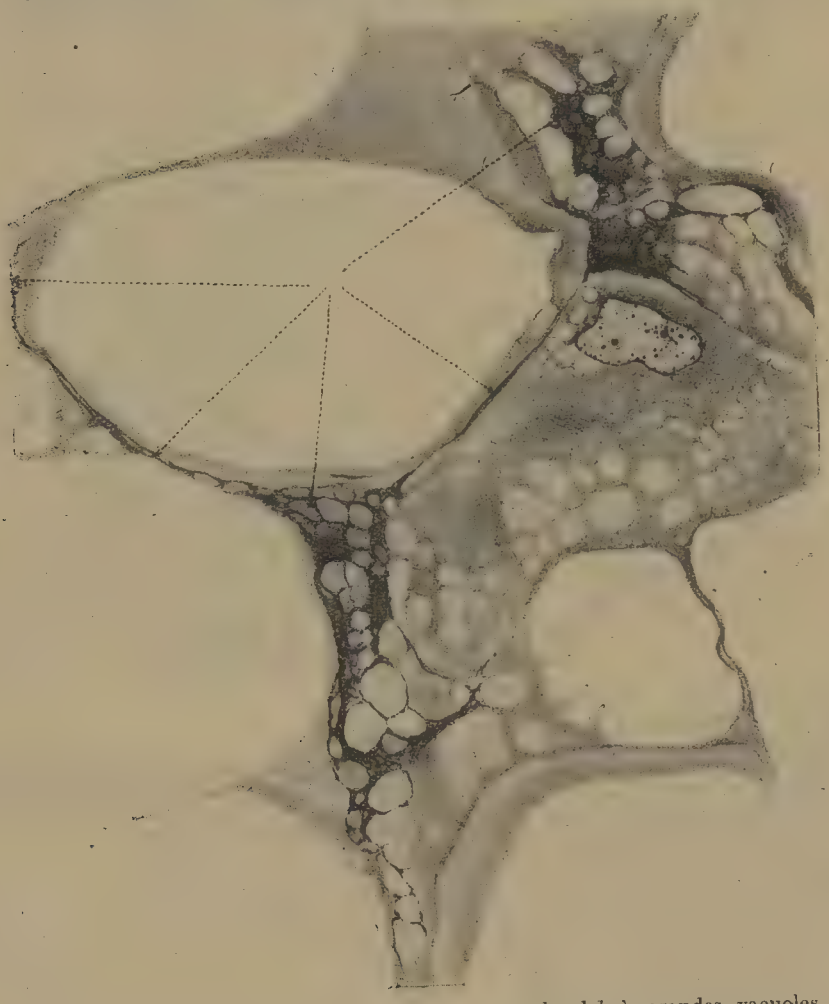


FIG. 4. — Chordome. Cas de CURTIS. Tissu chordal à grandes vacuoles. Coloration à la thionine, pour montrer la fonte des exoplasmes en substance unitive. Les exoplasmes qui étaient colorés en rouge sont ici en gris et désignés par des pointillés.

lacte (1). Les nerfs craniens sont enveloppés et dissociés. Par contre, la base du cerveau, les pédoncules cérébraux, la protubérance, la portion supérieure de la moelle sont refoulés plutôt qu'envahis. Atteinte possible de la région hypophysaire. Par destruction de la base du crâne, la tumeur peut se développer dans le nasopharynx, les sinus et les fosses nasales. Envahissement ganglionnaire et métastases non encore constatés d'une façon indiscutable dans cette variété.

B. *Chordomes vertébraux*. En général, plus volumineux, ils ont des caractères identiques aux précédents.

(1) Fait curieux, alors que dans les nodules bénins, elle est parfois perforée.

Ils sont rencontrés surtout dans la région cervicale (8 cas sur 11) où ils détruisent plusieurs vertèbres et compriment la moelle. Ici, de même, des métastases ganglionnaires et viscérales n'ont pas été observées.

C. *Chordomes sacro-coccygiens.* Lors de l'étude clinique, nous retrouverons en détail les caractères de ces tumeurs. Bornons-nous à indiquer la présence possible, dans la coupe, de la pointe du coccyx et l'existence, dans cette variété, de métastases ganglionnaires et viscérales incontestables. Dans 12 % des cas, nous avons relevé une atteinte ganglionnaire et dans 9 % des métastases viscérales (vérification histologique).

Fig. 5. — Chordome occipito-cervical. (ALEZAIS-PEYRON).
Vue d'ensemble d'un amas épithélial montrant la vacuolisation qui s'accentue de la périphérie au centre.
En haut : cloison connective.
Au milieu : aspect de physaliphore : cellule à endoplasme ramifié.

Histologie pathologique (1). — Le chordome se reconnaît surtout à l'*architecture vacuolaire* spéciale de ses éléments. Sa forme la plus typique et d'ailleurs inconstante est représentée par la *cellule physaliphore.* les autres caractères principaux de la tumeur sont :

a) La genèse de substances fondamentales au niveau des exoplasmes ou des membranes intercellulaires ; ce processus est constant, mais très irrégulier. Accentué et accompagné d'une dédifférenciation des éléments cellulaires eux-mêmes, il peut conduire par métaplasie à des dispositions sarcomateuses ;

b) Le développement de syncytiums avec vacuoles plus ou moins confluentes et fibrilles sidérophiles. Cet ensemble de caractères permet d'*éviter la confusion* avec :

1. Les tumeurs à cellules muqueuses issues du tube digestif et en particulier leurs métastases viscérales (le mucus de ces dernières s'imprègne électivement par le mucicarmin ; on ne trouve pas dans l'architecture des éléments néoplasiques les caractères spéciaux de l'exo et de l'endoplasme chordal) ;

2. Les tumeurs mixtes parabuccales, les cylindromes, les adamantinomes (pas de vacuolisation intracellulaire).

(1) Nous renvoyons sur ce point aux nombreuses figures de notre monographie.

Symptômes. — Ils diffèrent suivant la localisation.

I. Les chordomes craniens. — 1. Du *clivus*. Dans les 22 observations que nous avons pu réunir, on trouve la symptomatologie ordinaire des tumeurs de la base. Il serait sans intérêt d'insister sur chacun des éléments du syndrome d'hypertension intra-crânienne : céphalée, vomissements, vertiges, troubles mentaux..., etc. Bien connus, ils existent dans la néoplasie chordale au même titre que dans les autres tumeurs craniennes. Parfois, d'ailleurs, ils ont fait défaut, par exemple chez le malade de Camauer, Llambias, Mortola et chez celui de Castex-Camauer. La grande valeur séméiologique de la névrite optique, n'a pas besoin ici d'être soulignée, malgré son absence dans quelques cas assez rares. L'examen du liquide de C. R. n'a guère montré qu'une augmentation de tension. Plus intéressante est l'étude des *symptômes régionaux* dits *focaux*, qui, dans certaines observations, ont existé seuls plus ou moins longtemps. L'on constate que de nombreux nerfs craniens peuvent être atteints (englobés ou simplement comprimés) avec une fréquence sensiblement égale les 3e, 4e, 5e, 6e et 7e paires, plus rarement les 8e, 9e, 10e, 11e et 12e. Deux faits d'une certaine valeur diagnostique sont à retenir : d'une part la fréquence de l'atteinte initiale du M.O.E. et d'autre part, la multiplicité des nerfs craniens touchés les uns après les autres. A ces réactions s'en ajoutent parfois d'autres traduisant la compression des voies centrales de conduction nerveuse qui traversent protubérance et pédoncules cérébraux. Le plus souvent, troubles moteurs : spasmes toniques et secousses cloniques des extrémités, parésie ou paralysie parfois unilatérale avec, dans la plupart des cas, exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski. Très rarement, troubles sensitifs, douleurs des membres, hémianesthésie.

Fig. 6. — (Cas Bérard-Dunet et Peyron). Partie de la tumeur dans laquelle les éléments cellulaires de type fusiforme allongé sont groupés en faisceaux parfois réguliers. A gauche éléments vus en section transversale et cloisonnés par des lames de substance collagène ; à droite la section est faite suivant l'axe longitudinal. Bouin, hématoxyline ferrique, Van Gieson. Gross. 790/I.

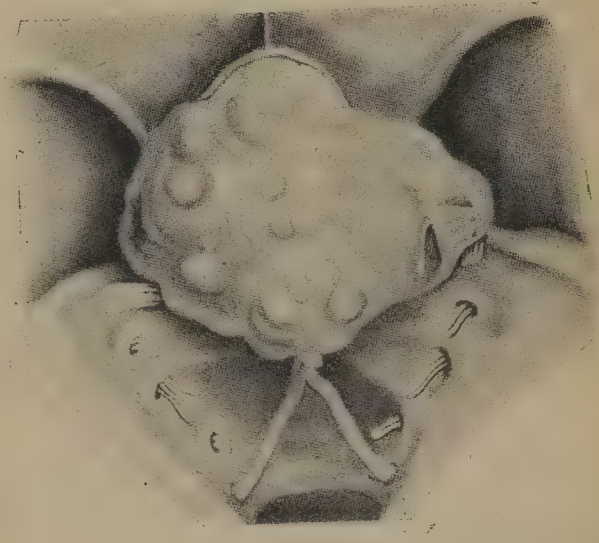


Fig. 7. — Burrow et Stewart. Chordome malin sphéno-occipital. Vue de la base du crâne, (face endocranienne) montrant la tumeur au niveau de la région de l'apophyse basilaire et de la selle turcique.

2. *Hypophysaires*. Exceptionnels (5 cas). Des symptômes particuliers ont traduit l'envahissement de la région infundibulo-hypophysaire : siège de la céphalée à l'angle interne de l'œil, hémianopsie bitemporale avec atrophie optique primitive, adiposité et perte de l'instinct sexuel. La polyurie, la glycosurie, l'acromégalie ou le gigantisme n'ont pas été signalés. A noter la constance des signes radiologiques : déformation et surtout destruction plus ou moins avancée de la selle turcique.

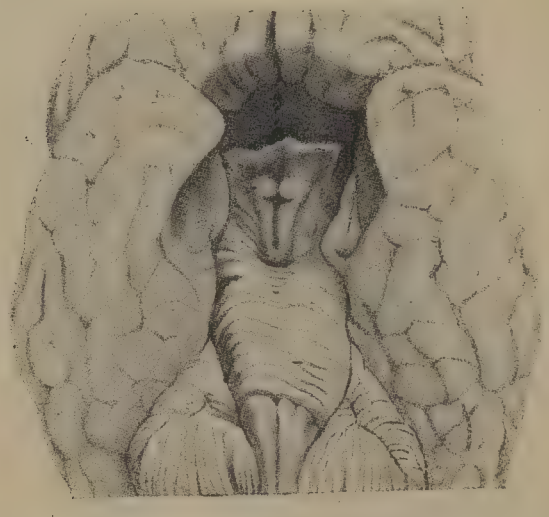


Fig. 8. — Chordome malin sphéno-occipital (Burrow et Stewart). Vue de la face inférieure du cerveau montrant la profonde dépression causée par la tumeur, la compression et la torsion du pons, des crura cerebri — des tractus optiques et du chiasma.

3. *Naso-pharyngiens.* Diverses variétés :

a) Variété dite primitive. Assez rare (10 cas publiés), se manifeste exclusivement par des troubles d'ordre oto-rhino-laryngologique : surtout une gêne de la respiration nasale avec voix nasonnée, plus rarement une infection rhino-pharyngée subaiguë ou chronique avec possibilité d'otite secondaire, une diminution de l'acuité auditive et même une surdité, type oreille moyenne. L'examen rhinoscopique montre à la partie postéro-supérieure du pharynx une tumeur arrondie, lobulée, rougeâtre mais peu saignante. Aucune adénopathie ; pas de troubles neurologiques.

b) Variété secondaire. Bien plus fréquente. En plus d'une tumeur du cavum, présence de signes nerveux.

c) Variété primitivement mixte. Contestable (un seul cas, Linck), les deux tumeurs cranienne et pharyngée avec leur symptomatologie respective seraient indépendantes et simultanées.

4. *Autres chordomes craniens.*

a) Apophyse odontoïde de l'axis. Deux cas (Fischer-Steiner et Wegelin). Symptomatologie à la fois cervicale supérieure et intra-cranienne.

b) Région occipitale. Cas unique d'Alezais et Peyron, simple tumeur au niveau de la ligne courbe occipitale supérieure.

c) Région maxillaire. Trois observations (Koritzki, Rubaschow et Hirch), d'ailleurs douteuses en raison d'une confusion histologique probable avec les tumeurs mixtes para-buccales.

(*à suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 MARS 1934)

Gélification du sérum. — M. le prof. D'ARSONVAL transmet un travail du Dr KOPACZEWSKI, dans lequel l'auteur fait connaître un cas de gélification particulièrement intéressant du sérum humain. Au cours de ses recherches sur le pouvoir phylactique de l'acide lactique et des lactates, l'auteur a constaté que l'acide lactique en particulier augmentait très fortement la viscosité sérique ; ajouté à une dose plus forte, il gélifie le sérum. Ce gel est transparent et ne se trouble que longtemps après sa formation, ce qui le différencie de celui que l'on obtient par le chauffage. Mais, point plus important, la rapidité de cette gélification semble fortement accélérée dans le cancer : dans les conditions identiques d'expérimentation, le gel est formé en quelques minutes dans les cas de cancer, tandis que cette formation nécessite plusieurs heures à l'état normal.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 MARS 1934)

Cavernes plurilobaires. — MM. AMEUILLE, COSTE et LEMELLETIER. Observations de cavernes géantes intéressant plusieurs lobes d'un même poumon : difficulté de les distinguer du pneumothorax ou du pyopneumothorax. Elles résultent des communications des excavations lobaires entre elles à travers les surfaces, grâce à l'oblitération des bronches de drainage d'un lobe.

Avenir et descendance des énurésiques n'ayant pas reçu de traitement antisiphylitique. — M. PINARD. Grande valeur de l'énurésie comme signal d'alarme révélateur d'une hérédo-syphilis. Si le traitement antisyphilitique n'intervient pas, des accidents peuvent survenir tôt ou tard aussi bien sur la génération touchée que sur la suivante.

Traitement des troubles post-encéphalitiques par l'atropine à haute dose. — MM. MARINESCO et FAÇON (Bucarest). Nouveaux cas confirmant les constatations antérieures quant aux bons résultats de l'action de l'atropine à haute dose. Cette méthode thérapeutique constitue le meilleur traitement des troubles post-encéphalitiques.

Elimination maxima de glycose sous l'action de la phlorizine. — MM. GOVAERTS et CAMBIER (Bruxelles). Expériences pratiquées sur le chien phloriziné. L'index de concentration du glycose rejoint progressivement celui de la créatinine. C'est d'après l'élimination de la créatinine qu'on peut prévoir l'excrétion maxima de glycose provoquée par la phlorizine.

Leucémie à cellules différenciées et à évolution suraiguë chez un tuberculeux pulmonaire traité par les sels d'or. — MM. AMEUILLE et COSTE. Tuberculeux pulmonaire unilatéral traité par les sels d'or, chez lequel apparut un syndrome rappelant l'agranulocytose, mais se caractérisant par une formule de leucémie aiguë. Cette observation provoque une longue discussion à laquelle prennent part MM. L. Bernard, Sergent, Rist, Tzanck, Hallé, Lemierre, Rathery..., qui insistent sur ce fait que la question de l'autothérapie est loin d'être jugée et que cette médication doit être maniée discrètement, pouvant parfois être l'origine de dangers.

Azotémie et déchloruration, tétanie gastrique avec alcalose et chloropénie. — MM. MOZER et MOCH (Genève). Malade atteint de sténose du pylore ayant présenté plusieurs crises de tétanie. Examen du sang (hypochlorémie plasmatique et globulaire, azotémie et alcalose). Taux de calcémie normal. Tous les troubles disparurent à la suite d'injections de sérum salé.

La tétanie pourrait être en relation avec l'alcalose consécutive aux vomissements.

Trois cas de splénomégalie chez l'adulte. Guérison par le traitement stibié. — MM. GIRAUD, MOLLARET et MONGES (Marseille). Dans les trois cas, syndrome clinique et sérologique du kala-azar. Guérison par le traitement stibié d'épreuve. Dans la région du sud-est de la France, toute splénomégalie fébrile qui ne fait pas sa preuve doit être soumise au traitement par les sels d'antimoine.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MARS 1934)

Sur l'hyperimmunisation streptococcique de la chèvre. — MM. A. JAUBERT et P. GORET immunisent la chèvre par l'inoculation de streptocoques morts provenant de nombreuses souches d'infections puerpérales et d'endocardites lentes. Le sérum obtenu fixe énergiquement le complément en présence d'un antigène streptococcique et se montre très riche en sensibilisatrices. Il est parfaitement toléré par l'organisme humain.

Vitesse de sédimentation globulaire chez la femelle de cobaye pleine et chez le fœtus. — M. L. GRIMARD-RICHARD. La vitesse de sédimentation des globules rouges est

toujours plus grande chez la femelle pleine que chez le cobaye normal. Elle est plus faible chez le fœtus que chez la femelle qui le porte, mais elle est plus grande chez le fœtus que chez les cobayes adultes normaux.

Effets de la vagotonine sur l'activité fonctionnelle neuro-musculaire chez les diabétiques. — MM. D. Santenoise, L. Merklen et M. Vidacovitch. L'adjonction de vagotonine au traitement insulinien permet d'accroître les possibilités neuro-musculaires des diabétiques et de retarder l'apparition des phénomènes de fatigue. Le cas d'un sujet atteint de diabète consomptif, suivi et traité depuis plusieurs années, est particulièrement typique : alors que l'insuline ne paraît pas améliorer notablement l'ergogramme du diabétique, la vagotonine l'améliore considérablement.

Outre qu'elles apportent une preuve de plus de la différence des propriétés fonctionnelles de l'insuline et de la vagotonine, ces observations soulignent l'intérêt des recherches qui permettront de préciser les conditions d'utilisation de cette nouvelle hormone pancréatique dans la thérapeutique du diabète.

Dépression atmosphérique et variations numériques des hématies. — MM. J. Beyne, L. Binet et M. V. Strumza ont cherché à préciser, sur le chien, les conditions et le mode de production de la polyglobulie déterminée par la dépression atmosphérique. Ils ont tenté de dissocier et d'étudier isolément l'action : 1° de la diminution de la tension partielle de l'oxygène dans l'atmosphère ; 2° de la basse pression atmosphérique ; 3° des variations de la pression dans l'unité de temps. La réaction polyglobulique à court terme peut être rapportée à deux facteurs : l'un biochimique, l'anoxémie ; l'autre mécanique, la rapidité de la dépression.

Les injections intra-veineuses de gaz carbonique et des gaz thermaux. — MM. C. Lian, Barrieu, Facquet et Ménétrel. A une vitesse de pénétration inférieure à 50 cc. à la minute, elles n'influencent pas la pression artérielle, augmentant le débit respiratoire et la réserve alcaline.

Pour un débit supérieur à 50 cc. à la minute, la pression s'abaisse, la respiration s'accélère. A 100 cc. à la minute, la pression artérielle s'effondre et l'animal meurt.

Chez les animaux vagotomisés, mêmes réactions.

L'injection intra-veineuse expérimentale des gaz thermaux carboniques de Royat est hypotensive, même pour une vitesse de 30 cc. à la minute.

Les auteurs ont fait des injections intra-veineuses de gaz carbonique chez quatorze malades.

Sur 10 cas d'angine de poitrine, 5 ont été améliorés. Bons résultats dans 3 cas de prurit, dans 1 cas d'asphyxie par le gaz d'éclairage, pour faire cesser l'apnée qui résistait à la respiration artificielle avec inhalation de carbogène. Des bons résultats favorables avaient été obtenus chez plusieurs chiens soumis à une inhalation expérimentale de gaz d'éclairage.

Faites avec l'oxygénateur de Bayeux, à un débit de 20 à 30 cc. à la minute, les injections intra-veineuses de gaz carbonique paraissent sans danger, et un emploi plus large montrera peut-être l'intérêt pratique de leur utilisation thérapeutique.

Hypoglobulie expérimentale par intoxication saturnine ménagée. — M. Roger Netter. En faisant ingérer chaque jour à des cobayes quelques gouttes d'une solution d'acétate de plomb, on peut réaliser, d'une manière régulière, une hypoglobulie expérimentale chronique, dont l'observation peut être suivie pendant des semaines et des mois d'expérience.

Répartition de la vitamine C dans l'organisme. — Parmi leur étude histochimique, MM. A. Giroud, C.-P. Leblond et M. Rabinowicz ont étudié la répartition de la vitamine C dans l'organisme. Elle se trouve en abondance dans la cortico-surrénale, le tissu interstitiel du testicule, le corps jaune de l'ovaire. Elle se trouve dans d'autres formations en moindre quantité : médullo-surrénale, tubes séminifères. Les tissus conjonctifs et musculaires, le poumon, la thyroïde, la parathyroïde, n'en paraissent pas contenir. On constate sa présence dans tout l'intestin grêle. On la retrouve dans le sang et dans le foie. Dans cet organe, elle existe en bien moindre abondance que dans la surrénale, mais cependant on la trouve en quantité notable en cas d'hypervitaminose. Le système nerveux en renferme des quantités notables. Enfin, on observe des traces de son passage dans le rein, ce qui correspond avec la présence reconnue de la vitamine dans l'urine.

La polypeptidorachie au cours du ramollissement cérébral. — MM. Jacques Decourt, S. Kaplan et Mlle Y. Bonnard, dans quatre cas de ramollissement cérébral par thrombose ou embolie artérielle, ont noté, dans des délais de quatre à trente jours après l'ictus, une quantité très appréciable de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien, variant de 12 à 55 milligrammes. Il semble donc utile, dans les semaines qui suivent la formation d'un ramollissement cérébral, de pratiquer des ponctions lombaires, pour favoriser le drainage des produits d'autolyse dont la nocivité vis-à-vis des centres nerveux n'est certainement pas négligeable.

Etude physico-chimique du sang de dix sujets adultes présentant le signe de Chvostek. — MM. Jacques Decourt et Ch.-O. Guillaume, chez dix sujets adultes présentant le signe de Chvostek, n'ont constaté que trois fois un abaissement du calcium plasmatique, portant deux fois sur le calcium total, et une fois sur le calcium ionisé. Dans les sept autres cas, l'examen humoral ne révélait pas d'anomalies appréciables de la calcémie, du rapport $\frac{K}{Co}$, de la réserve alcaline et du pH sanguin. Pour des raisons d'ordre clinique et thérapeutique, les auteurs pensent pourtant que le signe de Chvostek, observé dans ces derniers cas, ne peut être distingué, au point de vue physiopathologique, de celui qui accompagne la tétanie.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(séance du 14 mars 1934)

Que faut-il entendre par les termes : solution de Lugol ? — M. Lesure expose les nombreuses formules qui ont été insérées dans les ouvrages classiques, soit de Bactériologie, soit de Thérapeutique, sous le nom de solution de Lugol.

Ces formules présentent des concentrations d'iode et d'iodure de potassium extrêmement différentes. Certaines pharmacopées étrangères ont adopté une formule-type de solution aqueuse iodo-iodurée ; le Codex français n'en mentionne aucune. Les pharmaciens, et en leur nom le Comité technique et disciplinaire de la Chambre syndicale, auraient le vif désir de voir combler cette lacune. On s'expose autrement à voir une même ordonnance exécutée dans des conditions de concentration les plus variées.

Il semble que la Société de Thérapeutique est qualifiée pour donner son avis sur la meilleure formule à adopter en vue d'une proposition à faire à la Commission du Codex.

Nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de la feuille d'artichaut. Essai clinique et expérimental d'un principe cristallisé. — MM. Léon Tixier, Stanislas de Sèze et Marcel Eck ont utilisé une solution à 2 p. 100 injectée à la dose de 5 cc. dans les veines ou dans les muscles. Chez l'animal, action diurétique et action empêchante sur le rôle hypercholestérinémique de la cholestérine.

Chez l'homme, heureux effets sur tous les petits signes du Brightisme, résultats obtenus plus rapidement qu'avec l'extrait ingérable.

Les résultats cliniques paraissent bien en rapport avec l'action du produit sur le métabolisme des matières grasses et des matières azotées. On obtient, en effet :

1° Une décharge uréique précoce dès les premières injections, suivie d'un abaissement rapide de la constante d'Ambard ;

2° Une décharge de la cholestérine d'apparition plus lente s'effectuant plus vraisemblablement aux dépens du cholestérol en cours dans l'organisme.

Anémie pernicieuse rebelle au traitement du foie cru. Guérison rapide par l'extrait de muqueuse gastrique. — M. Jean Minet (de Lille) présente l'observation d'un homme de 36 ans qui, après avoir absorbé 300 à 400 gr. par jour de foie cru pour lutter contre son anémie pernicieuse, a été traité par un extrait sec de muqueuse gastrique, à la dose de 3 à 4 cuillerées à soupe par jour. En deux mois et demi, l'amélioration est si importante que les hématies passent de 1.100.000 à 3.800.000. L'auteur signale ici l'avantage net de la méthode de Castle dans le cas cité.

La thérapeutique parathyroïdienne de certaines dyspepsies gastriques (2e note). — M. Gaston Durand rapporte les résultats de son expérimentation clinique de 4 ans, dans les dyspepsies invétérées avec « brûlure » gastro-œsophagienne, quotidiennes ou presque quotidiennes : *a*) soit comme seul symptôme ; *b*) soit associées à des pesanteurs et malaises divers ; *c*) soit associées à migraines, urticaire récidivant, œdème de Quincke, crises anxieuses.

Sur 57 cas retenus par l'auteur : 16 échecs. Amélioration notable et stable d'un « état de mal » invétéré dans 19 cas ; dans 22 cas, disparition complète de tous troubles, depuis 6 mois à 1 an 1/2 (14 cas) ; 1 an 1/2 à 3 ans (8 cas). Traitement : injections d'extrait, sous-cutanées, par cures de 12, répétées à intervalles de 1 à 4 mois. Moyenne des cures nécessaires : 4.

Administration, par la voie rectale, du cholalate de soude, médicament hypotenseur. — MM. G. Carrière et E. Gérard font observer que l'administration des médicaments par la voie rectale offre de grands avantages : absorption rapide par le gros intestin qui, en raison des plis nombreux de la muqueuse, facilite cette absorption, action plus efficace des effets médicamenteux. Cette pratique est préférable, dans certains cas, aux injections sous-cutanées, parfois douloureuses et susceptibles de donner des nodosités difficilement résorbables, et même quelquefois des abcès.

MM. Carrière et Gérard se sont servis de la voie intestinale pour administrer le cholalate de soude à l'aide d'une seringue de Pravaz dont la canule spéciale coudée est terminée par un bout olivaire qui empêche de léser la muqueuse. L'absorption s'opère en 5 à 10 minutes, puisque l'on n'injecte guère que 1 à 3 centimètres cubes, rarement 5. Après avoir donné un petit lavement évacuateur avec de l'eau légèrement glycérinée, on introduit comme il est dit 1 à 3 ampoules de cholalate de soude, qui sont très bien tolérées. Parmi les malades traités, et dont le nombre est maintenant imposant, il y a un lot de cas irréductibles, soit 26 p. 100. Dans tous les autres cas, on observe la même baisse de tension que lorsqu'on pratique les injections sous-cutanées, susceptibles quelquefois de donner quelques réactions inflammatoires.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS
R.C., 221.839, Se.

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

PERLES
GOUTTES

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÉPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE-INCOLORE PROPRE-INJECTION FACILE

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(séance du 2 février 1934)

Décollement de la rétine symptomatique d'un sarcome de la choroïde : Difficultés diagnostiques. — MM. Ch. Dejean et L. Varnier.

Néphrite albuminurique et amygdalite chronique. — MM. Terracol, Cazalas et J. Balmes.

(séance du 23 février 1934)

Un cas d'anesthésie complète du pavillon d'une oreille. Guérison par l'effluvation. — MM. Terracol et J. Balmes.

A propos de trois cas de hernie ombilicale du nouveau-né opérés dans les vingt-quatre premières heures. — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac.

Hernie inguinale étranglée chez un nourrisson avec émission de sang par l'anus. — MM. Etienne, Lapeyrie, Cabanac et Passebois.

Syndrome neuro-anémique et intoxication oxycarbonée chronique. — MM. J. Euzière, Viallefont, R. Lafon et Mas.

Sur une nouvelle technique de coloration par la safranine. — M. Jean Grynfelt.

Au sujet de deux abcès du poumon guéris : le premier par le traitement médical, le second après intervention chirurgicale. — MM. Stefanini et Roux attirent l'attention sur le diagnostic précoce de l'abcès dès sa phase de maturation, diagnostic que l'on peut soupçonner par la leucocytose et confirmer par la ponction, faite en un endroit donné, et surtout des règles qu'ils précisent.

La ponction suivie d'injection de lipiodol, devient à la période d'état, un adjuvant précieux du traitement médical.

Lobe supplémentaire du foie. — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac. Chez un nouveau-né atteint de hernie ombilicale de type foetal existait un lobe supplémentaire du foie, ce lobe sous-jacent au lobe droit, de forme triangulaire, était relié seulement au pédicule hépatique, il occupait tout le flanc droit. La vésicule était coincée entre le lobe droit et le lobe supplémentaire. De telles malformations soulèvent parfois des problèmes de diagnostic auxquels Apert a récemment consacré une « petite clinique » de la *Presse médicale*.

LIVRES NOUVEAUX

Le secret médical (1), par Georges Jacomet, docteur en droit. Préface du professeur Balthazard.

Il n'est pas de problème déontologique susceptible au premier chef d'intéresser davantage le médecin que celui du secret médical, vieux comme la médecine.

L'auteur, qui est un juriste, dans une langue précise et claire qui ne sent jamais l'effort et le style d'école, analyse minutieusement cette question, moins en érudit qu'en vulgarisateur. Il n'oublie pas néanmoins de terminer chacun de ses chapitres par un relevé limpide et judicieux des arrêts ou jugements qui font autorité dans cette matière complexe.

Il examine sans en oublier une toutes les faces de la question, jusqu'au certificat prénuptial, y compris les déclarations obligatoires de la tuberculose et de la syphilis, problèmes d'un passionnant intérêt et auxquels, selon l'expression de l'éminent Doyen, l'auteur apporte toujours des vues originales susceptibles d'émouvoir et d'intéresser. L'ouvrage débute par une critique décisive de la théorie fantaisiste de Perreau-Charmantier, qui repose le secret sur l'idée de contrat, et par un exposé de l'ordre public qui est, de l'avis de l'auteur, le seul fondement possible du secret.

Un historique alerte et vivant, une étude sommaire sur les législations étrangères, complètent ce livre attendu et réclamé par le public médical, et qui constitue le premier travail d'ensemble consacré exclusivement au secret hippocratique. Cet ouvrage est à la fois, selon la pensée même du professeur Balthazard, par sa compilation jurisprudentielle et sa philosophie très personnelle, pour l'homme de l'art, un guide et un mémento.

L. G.

Hygiène de la grossesse (1), par L. Cleisz, accoucheur des Hôpitaux de Paris. Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de E. Schulmann, médecin des Hôpitaux de Paris.

Suivant l'esprit de la Collection « Hygiène et Diététique », l'auteur s'adresse aussi bien au médecin qu'au public, en l'occasion aux futures mères. Rompant avec la tradition, il renonce à « bêtifier » pour se faire comprendre, considérant sans doute que les femmes de la génération actuelle ont assez de notions de toutes choses, et de ces choses en particulier, pour qu'on ne soit pas obligé de s'adresser à elles comme à des enfants d'école primaire.

L'auteur répond aux questions que peut et doit se poser la femme désireuse de procréer, et répond aussi et surtout aux questions que peut et doit se poser la femme enceinte ; il prévoit en outre les incidents qui peuvent se produire ; enfin, il donne les conseils essentiels relatifs aux préparatifs de l'accouchement.

Ainsi l'auteur donne-t-il satisfaction et à la cliente qui trouve réponse à toutes ses curiosités, et à son accoucheur qui se trouve soulagé d'avoir à répondre verbalement à un interrogatoire qui, malgré sa longueur, se trouve trop souvent incomplet, du fait qu'il est conduit sans méthode.

Ce petit livre comporte cinq chapitres. Il est fait, en réalité, de trois parties :

— La première partie a essentiellement trait à l'hygiène prégravidique.

— La deuxième partie traite de l'hygiène proprement dite.

— La troisième partie enfin décrit les préparatifs de l'accouchement.

La division en cinq chapitres vient de ce que l'auteur a fait suivre l'hygiène prégravidique (chapitre I) d'un examen de la femme enceinte (chapitre II). De même a-t-il fait suivre l'hygiène proprement dite (chapitre III) de notions indispensables mais succinctes sur « quelques anomalies, inconvénients et incidents, observés au cours de la grossesse, et susceptibles de devenir accidents » (chapitre IV).

L. G.

(1) In-8 de 112 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) In-8 de 136 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

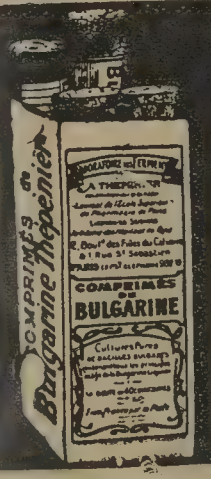
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

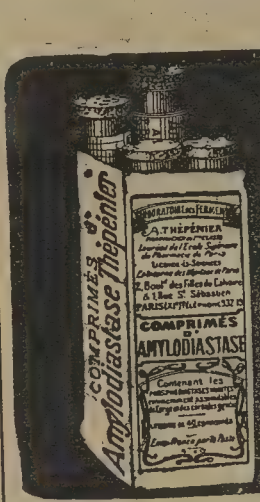
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies :** délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

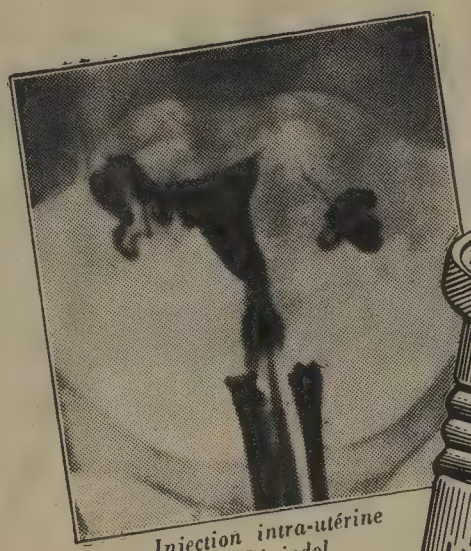
R. C., 150.854, Seine.

LIPIODOL LAFAY

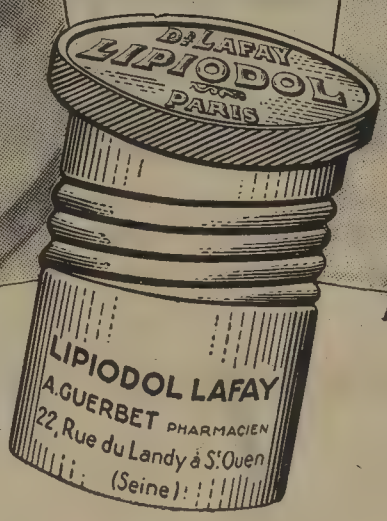
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol



Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3, = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 11 AVRIL 1934. — N° 29.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Malariathérapie et notions nouvelles sur le paludisme, par M. L. ANDRÉ.

Quelques réflexions sur le rôle physiologique de l'humidité dans l'atmosphère, par M. TERRA.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'allaitement par une nourrice mercenaire, par M. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Paris. — Société des chirurgiens de Paris. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille. — Société de médecine d'Alger.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Anémie pernicieuse (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Bezançon, Pagniez, Aubertin, Courcoux, Fiessinger, Ameuille, Vallery-Radot, Milhit, Huber, Janet, Moulonguet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le jeudi 28 juin 1934 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux.

La liste des inscriptions sera close le 3 juin 1934, à 18 h.

UNIVERSITÉ DE MADRID. — A l'occasion du IXe Congrès international de chimie, MM. les professeurs Le Chatellier, membre de l'Académie des sciences, et Fourneau, membre de l'Académie de médecine de Paris, ont été nommés docteurs *honoris causa* de l'Université de Madrid.

SUPPRESSION D'OFFICES. — Les décrets-lois publiés au *Journal officiel* du 5 avril 1934 prévoient la suppression à compter du 1er mai 1934 en tant qu'établissements dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière un certain nombre d'établissements parmi lesquels : l'*Office national d'hygiène social* et l'*Institut d'hydrologie et de climatologie.*

Les conditions d'incorporation dans les divers ministères des établissements et services susvisés, le mode de dévolution de leurs biens propres, la situation du personnel qu'ils emploient et, d'une façon générale, toutes mesures qui seront nécessitées par l'application de l'article précédent, seront fixées par décrets:

Les recettes et les dépenses de ces établissements seront incorporées en tant que de besoin, au budget général de l'exercice 1934, par décrets pris en application de l'article 36 de la loi du 28 février 1934.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — 1° PRIX GINGEOT (1.500 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

2° PRIX PAUL LE GENDRE (3.000 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques). — Chirurgie des annexes du tube digestif. — Un cours hors série d'opérations

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

chirurgicales (chirurgie du foie, voies biliaires, rate, pancréas, glandes salivaires, péritoine), en huit leçons, par M, le docteur p. Lecœur, prosecteur, commencera le mercredi 23 avril 1934, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NECROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edouard Retterer, professeur agrégé d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, décédé à Bertrichamps (Meurthe-et-Moselle), à l'âge de 83 ans; Aristide Viard (de Paris); Stanley Melville, le radiologue britannique bien connu, décédé à l'âge de 66 ans.

4e Voyage de l'« Univers Médical » aux Etats-Unis et au Canada (Extension au Colorado). — Le 4e voyage de l'*Univers Médical* au Canada et aux Etats-Unis sera cette année particulièrement attrayant, grâce à son programme très étudié, à la coopération du Canadian Pacific, à la stabilisation du dollar et à la baisse des prix qui en résulte.

A des conditions très abordables, il sera permis d'accomplir un merveilleux voyage. Le renom des chutes du Niagara, du Grand Canyon du Colorado, des villes telles que Québec, Montréal, Chicago, Washington, San-Francisco, Hollywood et New-York n'est plus à faire. Le charme du Canada est à lui seul une invite au voyage. Le Comité organisateur, qui groupe aux Etats-Unis un certain nombre de sommités médicales, se mettra, comme chaque année, à la disposition des voyageurs qui en manifesteront le désir pour leur faire visiter les centres médicaux en ce qui se rapporte à la spécialité de chacun. Le Congrès de Québec rehaussera l'intérêt scientifique du déplacement.

Les départs sont prévus les 18 juillet et 18 août. Prix à partir de 530 dollars tout compris (un mois minimum de voyage), soit environ 8.000 francs.

L'*Univers Médical*, poursuivant son effort, organise ce voyage dans un but de propagande scientifique et touristique, et groupe ainsi chaque année un nombre plus important de médecins de toute l'Europe. Le Comité des Voyages et Congrès de l'*Univers Médical* est placé sous la présidence du professeur G. Roussy, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et de nombreuses personnalités du monde médical et littéraire.

Renseignements, notices et inscriptions à l'*Univers Médical*, 24, rue Caumartin, Paris. Tél. Opéra 82.73.

Croisières médicales françaises. — Voyage au Canada et aux Etats-Unis, organisé avec le concours de l'A.D.R.M. et de l'U.M.F.I.A. — A l'occasion du 4e centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier, et du Congrès de Médecine de Québec, les Croisières Médicales Françaises ont obtenu que la Cie Générale Transatlantique déroute vers Québec une des plus belles unités de la ligne Nord-Atlantique : le *S/S Champlain*.

Le paquebot, qui partira du Havre le 19 août, touchera tout d'abord Saint-Pierre et Miquelon, puis, remontant le Saint-Laurent, empruntera l'itinéraire jadis suivi par Jacques Cartier, et fera escale à Gaspé et Tadousac. Il arrivera à Québec le 27 août.

Le retour s'effectuera par New-York, où le *Champlain* mouillera le 1er septembre. Les passagers pourront gagner New-York soit par le paquebot, soit en utilisant une des excursions organisées à leur intention à travers le Canada et les Etats-Unis. Ils pourront ainsi visiter Montréal, Toronto, les chutes du Niagara, etc... Le *Champlain* quittera New-York le 3 septembre et arrivera au Havre le 10 septembre.

Pour ceux qui désireraient prolonger leur séjour au Canada, des excursions plus longues ont été prévues, leur permettant de visiter : Détroit, Chicago, Rochester, Philadelphie. Les passagers pourront rentrer en France par les paquebots *Ile-de-France* ou *Lafayette*, qui quitteront New-York le 8 et le 15 septembre.

Pour ce voyage, comme pour tous ceux qui sont organisés par les Croisières Médicales Françaises, des réductions spéciales seront accordées aux confrères et aux femmes de confrères.

A titre exceptionnel, tous les élèves des Hôpitaux bénéficieront de conditions particulièrement avantageuses.

Pour tous renseignements, s'adresser à : Croisières Médicales Françaises, 9, rue Soufflot, Paris. Tél. Odéon 20-63.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale des Enfants. Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen (1), par le prof. P. NOBÉCOURT.

Voici paraître un nouveau volume de clinique, le onzième d'une série dont le premier recueil ne date que de 1925.

Consacré aux affections du tube digestif et de l'abdomen chez l'enfant, il étudie plus particulièrement les vomissements chez l'enfant (spasme et sténose pylorique, vomissement acétonémique et ses formes trompeuses), les dyspepsies gastro-intestinales par le lait de vache et la dénutrition qui peut en résulter, ainsi que le traitement qu'elles comportent; l'influence du corps thyroïde sur la dénutrition chez l'enfant, et le mécanisme de son action thérapeutique, les lésions du côlon (méga, dolichocôlon), les syndromes coliques et appendiculaires, le diagnostic de l'appendicite et de la pneumonie si fertile en surprises, la péritonite à pneumocoques.

On retrouvera dans ce volume les qualités qui ont valu aux précédents un succès mérité et assureront au présent ouvrage une diffusion hautement désirable.

Avec une abondante illustration de photographies et de radiographies, de nombreux schémas et tracés explicatifs, on consultera avec fruit le trésor d'observations cliniques lucidement exposées et judicieusement interprétées qui feront leur large part au lecteur de tout ce qui est communicable à autrui d'une longue expérience professionnelle.

L. B.

(1) Paris, Masson et Cie.

A adjer Étude Me MOREAU not. à Paris, 76, r. Saint-Lazare, le vendredi 20 avril à 14 h. 30
FONDS DE COMMERCE DE PHARMACIE
R. DU BAC N° 19 M. à p. (pouv. ét. baiss. jusqu'à 75.000 f.) 275.000 f. Matér. et marchand. en sus. Obligen pr enchérir de pouvoir être pharmacien. Consignon 10.000 f. S'adr. MMes BARBIER et Nouel, avoués; Moreau et Tansard, not.

Iodarsenic du Dr GUIRAUD
(Goutte Paidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES + LYMPHATISME + MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Sirop Granulés CROSNIER Cure sulfureuse

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

Prévention et traitement de la COQUELUCHE PAR LE

NÉO-DMÉTYS

STOCK-VACCIN ATOXIQUE

Aucune douleur locale

Aucune réaction même chez les jeunes enfants

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

EN BOITES DE 6 AMPOULES DE 1cc

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

MALARIATHÉRAPIE ET NOTIONS NOUVELLES SUR LE PALUDISME

Par M. L. ANDRÉ,

Médecin de la marine, attaché au Laboratoire de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'éloge de la malariathérapie n'est plus à faire, mais à côté de ses résultats thérapeutiques il en est d'autres moins connus. Nous voulons parler des répercussions heureuses que cette méthode a entraînées dans l'étude du paludisme.

La malariathérapie est en effet une véritable méthode expérimentale que l'on provoque à loisir, sur des sujets d'observation facile, dans des conditions de technique rigoureuses. Et elle est d'autant plus précieuse au malariologue que celui-ci n'a pu jusqu'à aujourd'hui inoculer l'hématozoaire aux animaux, se privant ainsi d'un atout non dédaignable pour étudier à fond une maladie. Certes l'impaludation artificielle n'est pas exactement superposable au paludisme vrai; mais s'il y a entre ces deux états quelques différences, du moins présentent-ils assez de rapports communs pour que nous étendions au paludisme les notions nouvelles apportées par la méthode expérimentale.

Nous allons passer en revue ces récentes acquisitions sans nous attarder à de longs développements.

1° **Conservation du sang parasité.** — Les malariathérapeutes se sont ingéniés à conserver le sang parasité afin de pouvoir le transporter loin de son lieu d'origine le cas échéant. Ils conseillent donc de prélever le sang longtemps après les accès pour éluder l'action antiparasitaire du sérum, plus marquée au moment de l'accès — de le chauffer 1 h. à 45° afin de détruire complètement cette « parasitolysine » — de le débarrasser des leucocytes — de le citrater ou l'additionner de gélatine ou gélose — enfin de le placer dans une atmosphère refroidie à 4°.

Ainsi a-t-on pu conserver pendant 4 à 5 jours des hématozoaires capables d'infecter un paralytique général au bout de ce laps de temps.

2° **La transmission du paludisme.** — L'impaludation thérapeutique se transmet habituellement par voie sous-cutanée au moyen de l'injection de 5 cm³ de sang environ. Mais l'on a pu employer des doses plus minimes, 1 goutte par exemple (Fribourg-Blanc). Il n'est donc pas illogique de penser que tout insecte piqueur, pou, puce ou punaise, pourrait aussi bien propager l'infection en intervenant seulement comme moyen de transport, par pure action mécanique.

S'ensuit-il que les impaludés sont dangereux pour leurs voisins ? En admettant que des anophèles (sinon d'autres insectes) puissent transmettre accidentellement l'impaludation, ils ne transmettront pas du vrai paludisme, car ces deux états diffèrent. Le parasite contenu dans le sang d'un paralytique général inoculé n'est pas superposable dans sa virulence à celui qui pullule dans le sang d'un colonial contaminé par des anophèles. En outre, la plupart des auteurs signalent que le sang des malades impaludés pour raison thérapeutique ne renferme pas de vrais *gamétocytes*, ou n'en renferme que transitoirement. Car l'anophèle seul pourrait inoculer des formes destinées à devenir gamètes (Dionisi), et ceux du paralytique général, non renouvelés, finiraient par disparaître.

Comme il est nécessaire que le sang contienne au moins 1 gamétocyte sur 500 leucocytes pour rendre infectant un moustique (Darling, James), le sang des impaludés, absorbé accidentellement par un anophèle, ne saurait contribuer à propager le paludisme.

Cette discussion est importante du point de vue hygiène sociale. Wagner-Jauregg, Mme Barzilaï-Vivaldi, entre autres auteurs, assurent effectivement que les malades impaludés dans les hôpitaux ne peuvent représenter une source d'infection paludéenne, un danger d'épidémie. Hâtons-nous d'ajouter que la théorie inverse a ses défenseurs (Engel, Mülhens et Kirschbaum) quoique aucune preuve flagrante de ce danger n'ait été apportée.

3° **Différences entre le pouvoir infectant du sang et sa richesse en parasites.** — La pratique de la malariathérapie nous a montré qu'un sang n'était pas nécessairement d'autant plus infectant qu'il renfermait de parasites. Il n'y a pas de parallélisme entre le nombre d'hématozoaires et la virulence du sang, au point que souvent l'on ne réussit même pas à déceler un parasite dans un sang infectant (Mayn, Fribourg-Blanc).

Chose plus étonnante encore, des auteurs italiens, Ascione et Mariotti, ont signalé dernièrement la possibilité d'obtenir une impaludation avec du liquide céphalo-rachidien ou du sang de paludéen filtrés à travers des bougies Berkefeld. Mais personne n'a confirmé leurs expériences, et Marchoux et Troisier en particulier nient l'existence d'une forme infravisible de l'hématozoaire.

Nous retiendrons donc simplement qu'un tout petit nombre de parasites paraît suffire à rendre un sang très infectant.

4° **L'incubation du paludisme.** — Quoique dans la nature les conditions d'infection soient différentes, l'étude expérimentale permet de préciser quelques notions sur la durée d'incubation du paludisme.

Ainsi a-t-on pu se rendre compte de l'existence de deux sortes d'incubation, l'une thermique, l'autre parasitaire, la première plus courte. Dans 75 % des cas (in thèse Journe), chez des paralytiques généraux, la fièvre précéderait l'apparition de l'hématozoaire dans le sang.

En tout cas, il a été prouvé que la période d'incubation varie sous l'influence de nombreux facteurs, climat, richesse de sang en parasites, espèce de parasite, terrain. L'incubation est plus longue en hiver qu'en été, plus longue également quand le sang inoculé est pauvre en hématozoaires. Ses moyennes sont environ de 30 jours pour Pl. malariæ, 16 pour Pl. vivax, 8 pour Pl. proecox, nombres qui sont justement entre eux dans le même rapport que le nombre des merozoïtes des rosaces respectives (8, 16; 32). Coïncidence ou relation vraie ? Par ailleurs, cette durée

est fonction du terrain d'inoculation lui-même. Une même souche inoculée à deux individus donne des accès thermiques après un délai différent dans les deux cas. On en a rendu responsables les groupes sanguins car lorsque les globules du donneur sont agglutinés par le sérum du receveur, la période d'incubation est plus longue, comme s'il existait alors une gêne à la diffusion du parasite. Il semble en outre qu'interviennent des notions d'immunité, car l'inoculation de la même souche à deux sujets, l'un indemne de parasite, l'autre anciennement infecté, entraîne la maladie plus rapidement chez le premier.

Des cas expérimentaux à inoculation très prolongée (6 à 9 mois) ont été signalés par James et doivent être rapprochés des cas de paludisme latent n'éclatant qu'à l'occasion d'un surmenage ou d'un refroidissement. Comme explication, il serait trop facile d'invoquer la latence du parasite, voire l'immunité du terrain. Par contre, Lambert a signalé que chez certains P. G. inoculés, l'hématozoaire évoluait normalement dans le sang sans entraîner d'accès thermiques. Si une telle constatation se vérifiait, elle pourrait peut-être s'appliquer aux cas de paludisme latent.

Enfin, il a été aisé de se rendre compte des modifications sanguines au cours de l'incubation de l'impaludation thérapeutique, à savoir leucopénie, mononucléose et augmentation de la sérum-globuline.

5° **L'immunité paludéenne.** — Dans les lignes précédentes, nous avons effleuré la notion d'immunité. Voyons maintenant si la malariathérapie a permis vraiment d'établir l'existence d'une immunité vis-à-vis du paludisme. Entre autres auteurs, James, étudiant la malariathérapie sur une grande échelle (1.168 sujets) constata quelques échecs qui ne pouvaient relever que d'une mauvaise adaptation des hématozoaires à certains organismes. De même, lors des réinoculations, les malariathérapeutes se heurtent souvent à des difficultés, et n'obtiennent que des accès de fièvre minimes et peu nombreux, ce qui semble témoigner de l'installation d'un état réfractaire chez les malades. Ainsi, Ciucca et Ballif ont réussi à conférer à 100 % de leurs P.G. une véritable immunité contre *une* souche de Pl. Vivax, au moyen d'inoculations répétées de sang virulent. L'immunité s'applique d'ailleurs strictement à la même espèce de parasite, ce qui vérifie la théorie pluraliste de l'hématozoaire.

Passons du domaine expérimental au paludisme naturel. La prémunition de la race noire à la maladie est un fait connu depuis longtemps et mis sur le compte de l'infection palustre que subit le noir dans son jeune âge, ce qui concorde avec la notion précédente d'état réfractaire entraîné par des impaludations répétées. De même l'arrêt spontané de la malaria thérapeutique après le 11e ou 12e accès concorde avec la guérison spontanée et relativement rapide des paludéens soustraits à toute nouvelle contamination.

Les preuves biologiques de l'immunité palustre ont également été recherchées chez des P.G. impaludés puis guéris. Nous ne retiendrons pas la réaction de Henry, excellente certes, mais qui ne décèle pas l'existence d'anticorps antiplasmodiaux, ni même pigmentaires probablement. Par contre, l'intradermo-réaction faite sur d'anciens impaludés avec du sang de malades en accès, est presque toujours positive et paraît être la signature d'un état non d'immunité mais d'allergie. Surtout, les injections répétées de sérum de sujets guéris arrêteraient chez des P. G. récemment inoculés l'évolution de la maladie (Kauders, Horn), ce qui témoignerait de l'existence d'anticorps dans le sérum d'anciens impaludés ; mais ces expériences sont critiquées, les anticorps paludéens ne sont encore qu'à l'état de rêve, et la résistance de nos P.G. aux réinfections est trop fragile, trop limitée à une souche pour que l'on puisse établir définitivement la notion de l'immunité palustre. Mieux vaut parler seulement de prémunition (Sergent) à propos des précédents phénomènes.

6° **L'évolution du paludisme expérimental.** — A nouveau la méthode expérimentale apporte des arguments à la théorie pluraliste de l'hématozoaire. Selon que le donneur est atteint de quarte, de tierce bénigne ou maligne, se développent chez l'inoculé les parasites de quarte, de tierce bénigne ou de tierce maligne, et l'on n'a jamais observé de transformation d'une espèce en une autre. L'inoculation de sang à pl. vivax entraîne souvent une fièvre quotidienne à partir du 4e ou 5e accès, et inversement des accès quotidiens finissent par se transformer en accès de tierce. Mais ces faits assez troublants relèvent de questions de groupes sanguins, de modifications de virulence des souches et ne sauraient gêner la théorie de la spécificité des espèces, car le type d'hématozoaire reste toujours le même chez un même malade, en dépit des variabilités cliniques.

D'ailleurs, le parasite est souvent difficile à déceler chez l'impaludé, au début surtout. Alors que dans le paludisme l'accès de fièvre coïncide avec l'éclatement des rosaces et le passage de formes jeunes dans la circulation, bien souvent les frottis restent négatifs au cours de l'impaludation thérapeutique. Et l'on est ainsi enclin à chercher des explications nouvelles de l'accès fébrile ; l'existence d'une forme invisible du parasite satisferait notre curiosité mais nous avons déjà vu que l'existence de cette forme n'avait pu être prouvée.

7° **Biologie de l'Anophèle.** — On peut, assez difficilement il est vrai, infecter un moustique en lui faisant piquer un P.G. impaludé, à condition que le nombre des gamétocytes du sang soit supérieur au taux de 1 p. 500 leucocytes, que la qualité (?) de ces gamétocytes convienne, et que la température ambiante soit propice. D'après James, des anophèles ont pu transmettre l'infection 92 jours après la contamination. L'on n'a jamais observé l'immunisation des moustiques ; infectés une première fois, puis une deuxième, une troisième, même avec la même souche, ils peuvent transmettre la maladie à de nombreux sujets.

8° **Le paludisme expérimental et la thérapeutique.** — Il est évident que la pratique de la malariathérapie ne peut qu'aider à la lutte contre la malaria. C'est peut-être sur ce point que la méthode a le plus profité au paludisme, car elle provoque une affection que

l'on peut suivre dès l'origine et traiter de façon rigoureuse. Voyons d'abord l'action de la quinine.

On a constaté que l'administration de la quinine au moment où le sang contenait de nombreux parasites était plus efficace qu'au moment où il n'en contenait point. W. Yorke et Macfie en ont déduit que la quinine agit dans le sang en détruisant d'abord quelques hématozoaires, mettant ainsi en liberté des antigènes qui vont provoquer la formation d'anticorps, lesquels à leur tour contribueront à détruire les parasites.

Ainsi, des doses élevées de quinine ne s'imposeraient pas, puisque dans le combat contre l'hématozoaire, l'organisme intervient avec ses anticorps aussi bien que la quinine. Il conviendra d'autre part de renforcer le plus possible les défenses de l'organisme en soignant spécialement l'individu, en lui évitant toute fatigue, en améliorant son régime.

Qui plus est, les fortes doses de quinine seraient préjudiciables car elles risqueraient, pour Yorke, d'épuiser les cellules destinées à sécréter les anticorps, elles gêneraient le développement des facteurs d'immunité et provoqueraient les cas de quinio-résistance.

Effectivement, l'on s'est rendu compte que de toutes petites doses, 0 g. 20 pendant 2 jours, suffisent pour arrêter l'évolution des accès ; elles ne détruisent certes pas tous les parasites, mais elles réussiront à les faire disparaître pourvu qu'elles soient continuées et que l'état général du sujet soit amélioré : nous devons faire une réserve cependant au sujet de l'application stricte au paludisme vrai.

La prophylaxie du paludisme a pu bénéficier également de la méthode expérimentale. Les essais ont permis de conclure : 1° que la quinine devait être donnée précocement, avant ou immédiatement après l'inoculation de sang infecté, et 2° qu'il fallait surtout continuer à donner la quinine, longtemps après la dernière contamination. En effet, l'hématozoaire va vivre dans le sang après la piqûre, quoique restant inoffensif sous l'effet de la quinine, l'infection évoluera sournoisement et ne s'extériorisera brusquement sous forme d'accès fébriles que lorsque la quinine aura disparu du sang.

Nous avons maintes fois vérifié le bien-fondé de cette théorie dans les ports où viennent se soigner les matelots au retour de voyages sur la côte occidentale d'Afrique. Donc la malariathérapie nous conduirait à l'emploi de doses faibles et prolongées aussi bien du point de vue curatif que prophylactique.

Quant aux médicaments antipaludéens autres que la quinine, ils ont pu être également expérimentés avec précision et succès dans l'impaludation thérapeutique. La plasmochine s'est révélée fort puissante sur les gamètes, et quinio-stovarsol et atebrine (quinacrine) excellents contre les schizontes.

En résumé, la pratique de la malariathérapie a fait bénéficier la malariologie d'utiles acquisitions : technique pour conserver les hématozoaires, renseignements sur le mode d'inoculation et l'incubation de la maladie, contribution à l'étude de l'immunité paludéenne, atouts apportés à la théorie pluraliste, précisions sur la biologie de l'anophèle et surtout sur le mode d'emploi de la quinine et des autres médicaments, autant de notions qui depuis quelques années sont venues s'ajouter à la somme de nos connaissances sur ce vaste chapitre de la pathologie qu'est le paludisme. La thèse d'Imbert (Bordeaux 1933) donne sur la question une bibliographie abondante.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE ROLE PHYSIO-PATHOLOGIQUE DE L'HUMIDITÉ DANS L'ATMOSPHÈRE

Par M. TERRAY,

Médecin consultant aux Eaux d'Aix-les-Bains.

Du remarquable rapport présenté par MM. Baldit et Rochaix, aux Journées Thermales et Climatiques de Lyon (16-17 mars 1934) et des discussions qui ont suivi son exposé, il semble ressortir que la distinction n'a peut-être pas été suffisamment marquée, quant à l'action de l'humidité sur l'organisme entre les — non pas trois — mais quatre formes sous lesquelles l'eau peut exister dans l'atmosphère :

$$m = 1{,}05\, f \times \frac{1}{1+\alpha t}.$$

1° La **forme de vapeur,** fonction de la température ;

2° La **forme colloïdale** de dispersoïde où l'eau forme la phase dispersée et l'air la phase de dispersion : nuages, brouillards, embruns, brumes, formes qui sont fonction de facteurs divers mais non encore précisément discriminés : état électrique de l'air (Cf. Prof. Rochaix : « Par les temps humides l'air renferme plus d'électricité que par les temps secs »), — des courants atmosphériques et par voie de cause à effet des variations de pression barométrique, tous éléments dont l'absence crée, — on peut le noter ici, — l'action calmante des climats modérateurs ;

3° La **forme liquide** qui représente la fin de l'état colloïdal, la floculation : les micelles (diamètre de 10 à 100 μ) que leur charge électrique avait soustraites momentanément aux lois de la pesanteur, cessent de se repousser, elles s'agrègent en gouttes dont la dimension est elle-même fonction de la tension superficielle et qui forment la pluie dans les conditions précisées par le rapport de MM. Baldit et Rochaix ;

4° Les **formes solides :** neige, grésil, grêle qui sont fonction de la température.

Or il semble bien que des quatre états ci-dessus, celui qui joue le rôle principal dans l'action de l'humidité sur l'organisme, soit l'état colloïdal.

I. — *Rôle positif de l'humidité atmosphérique sous forme colloïdale dans certaines maladies contagieuses.* D'une part le rôle pathogène des brouillards n'est pas discutable, qu'il s'agisse de brouillards purs ou de brouillards impurs, chargés de gaz ou de produits toxiques en dissolution : le brouillard de 1880 a fait à Londres en 3 semaines 3.000 décès de plus que la moyenne.

D'autre part, le fait que certains embruns peuvent être bacillifères a été confirmé par les expériences de Trillat. Mais il n'est pas possible de concevoir que le rôle de vecteur de germes morbides puisse être attribué à la vapeur d'eau : l'expérience de Remlinger suffirait à le démontrer. Dans les expériences de Trillat, ni le microbe, ni l'eau, ne sont à l'état de vapeur, mais bien à l'état de dispersoïdes, de nuage microbien, le microbe formant souvent le centre des micelles liquides au sein du milieu de dispersion gazeux.

II. — *Rôle négatif de l'humidité dans les douleurs dites « rhumatismales »*. — Mais dans l'apparition des douleurs « dites rhumatismales », il semble bien que les conditions météorologiques qui donnent à l'humidité atmosphérique la forme colloïdale aient plus d'importance que l'humidité elle-même. « Les Anglais qui sont très sensibles aux rhumatismes ne sont en général pas frappés sous les tropiques dans les régions chaudes, mais seulement en Angleterre. Le climat tropical est cependant extraordinairement humide... il ne favorise pas le rhumatisme .» (Prof. Rochaix.) L'auteur de cette note — qui a séjourné à Santos (Brésil), ville indiquée dans le diagramme de Griffith Taylor comme la ville type de grande humidité avec température élevée, n'y a jamais constaté ni brouillards, ni douleurs dites « rhumatismales » — comme on en observe dans les villes de grande activité dans lesquelles les conditions météorologiques donnent plus volontiers à l'humidité la forme colloïdale de brouillards : Londres, Lyon, etc...

Ces constatations du reste trouvent leur confirmation dans le rapport de MM. Baldit et Rochaix : si les conditions météorologiques encore mal précisées qui sont génératrices de l'état colloïdal de l'eau dans l'atmosphère viennent à cesser, les micelles liquides s'agrègent, la pluie tombe et « au moment des pluies « abondantes d'été, alors que l'état hygrométrique « de l'air est proche de 100 %, les rhumatisants n'ac- « cusent aucune douleur, tandis que dans d'autres « saisons les douleurs apparaissent et sont très aiguës « avec un état hygrométrique qui ne dépasse pas « 80 % ».

Ainsi les rapports de l'humidité atmosphérique et du rhumatisme semblent surtout liés aux conditions météorologiques encore mal définies qui ont pu donner naissance à l'état colloïdal (brouillard) de l'eau lorsqu'il en existe dans l'atmosphère.

L'eau n'apparaît que comme un témoin de ces conditions météorologiques et ces conditions peuvent exister même s'il n'y a pas d'eau dans l'atmosphère. Gockel a observé que « quand le Fohn souffle, l'air « est chaud, sec et présente une forte ionisation et « cependant les douleurs rhumatismales sont forte- « ment exacerbées ». D'où l'on peut conclure avec les éminents rapporteurs que « les rhumatisants souffrent « plus à certains moments dans certaines circonstan- « ces météorologiques » et que « rien n'est moins « prouvé que l'action de l'humidité atmosphérique « sur l'apparition des douleurs rhumatismales ».

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'ALLAITEMENT PAR UNE NOURRICE MERCENAIRE[1]

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)

Lorsque, pour une raison quelconque, la mère ne peut allaiter, elle a recours, si ses moyens le lui permettent, aux bons offices d'une nourrice. Selon que celle-ci emmène ou non l'enfant chez elle, elle est dite *à distance* ou *sur lieu*.

I. **Avantages et inconvénients.** — Inférieur à l'allaitement maternel, l'allaitement mercenaire est infiniment supérieur à l'allaitement artificiel, puisqu'il assure au nourrisson une alimentation aussi voisine que possible de celle dont il aurait bénéficié s'il avait été mis au sein maternel.

En face de cet incontestable *avantage*, que d'*inconvénients !*

1° Jusqu'à la promulgation de la loi Roussel, il était impossible de surveiller les nourrices à distance qui, ou gardaient leur lait pour leur propre enfant, ou commettaient, dans l'alimentation du nourrisson dont elles avaient la charge, des fautes les plus grossières : tétées rares et mal réglées, administration précoce de farineux, adjonction au lait de vin, de café, parfois d'eau-de-vie ;

2° Quant aux nourrices sur lieu, elles sont trop sous le contrôle de la famille pour que de pareils inconvénients soient à redouter. Aussi le nourrisson qui leur est confié ne tarde-t-il pas à prospérer. Pour lui, la situation comporte donc un bénéfice évident. Pour lui seul, car tous les autres en pâtissent : son entourage, toujours prêt à passer à la nourrice toutes ses fantaisies ; le bébé de la nourrice qui, abandonné à des mains mercenaires, ne tarde pas à dépérir ; son mari qui, peu accoutumé au maniement de sommes relativement considérables, n'est que trop porté à en faire un mauvais usage ; la nourrice elle-même qui, revenue au pays, y garde les habitudes de luxe et de paresse qu'elle a contractées à la ville.

3° Nourrices sur lieu comme nourrices à distance étant de plus en plus difficiles à se procurer, ne manquent pas, en vertu de l'offre et de la demande, de se montrer de plus en plus exigeantes.

Y a-t-il moyen de remédier à ces inconvénients ? Oui, dans une certaine mesure. S'agit-il de nourrices sur lieu, il faut, toutes les fois que faire se peut, l'autoriser à garder son bébé. A-t-on affaire à des nourrices à distance, on s'efforcera de les rattacher à un centre de placement surveillé.

II. **Choix de la nourrice.** — Elle doit, autant que possible :

Etre jeune : de 25 à 35 ans, disait Ambroise Paré ;

Venir de la campagne ;

En être à sa seconde ou troisième nourriture, la sécrétion lactée se montrant plus abondante chez les multipares que chez les primipares ;

Non réglée ;

N'être ni trop loin ni trop près de son accouchement. Trop près, elle est exposée aux gerçures du sein. Trop loin, elle sécrète un lait trop riche, et qui prédispose à l'eczéma : en pratique, son lait ne doit pas avoir *moins de trois et plus de six mois.*

Ces conditions une fois acquises, il convient de procéder à un examen complet de la nourrice et de son nourrisson.

L'*examen de la nourrice* portera sur :

Son *état général :* respire-t-elle la santé, son teint est-il rosé, son embonpoint suffisant ?

(1) Cf. MARFAN. *Traité de l'Allaitement*, 4e édit. Paris, 1930; in-8°.

Ses *principaux appareils :*

Digestif, pour vérifier l'état de la dentition et, surtout, de la muqueuse buccale, afin de s'assurer de l'absence de toute lésion spécifique ; on s'enquerra des fonctions intestinales ; on ne manquera pas, non plus, d'examiner l'anus.

Respiratoire, pour être certain qu'il n'existe ni ozène, ni rhino-pharyngite chronique, ni, surtout, tuberculose.

Circulatoire, pour éliminer les lésions organiques du cœur et, aussi, les adénopathies suspectes.

Génito-urinaire, pour le cas où il y aurait, soit une grosse albuminurie, soit une métrite en évolution, soit des lésions vulvaires.

La *peau*, qui ne doit être le siège d'aucune éruption.

Le *système nerveux* et, particulièrement, le caractère, qui doit être agréable.

Les deux affections sur lesquelles l'attention du médecin devra toujours être attirée, car elles engagent sa responsabilité morale et matérielle, sont la *syphilis* et la *tuberculose*. Aussi l'examen clinique dont nous venons d'indiquer les grandes lignes ne sera-t-il jamais trop poussé, et l'on aura soin de le compléter, pour la première par les réactions sérologiques, pour la seconde par les radiographies du thorax.

S'il s'agit d'une bonne nourrice, les seins, dont la peau est sillonnée de veines volumineuses, doivent donner à la palpation la sensation de nodosités volumineuses, nombreuses et dures ; leurs mamelons seront saillants, recouverts d'une peau non gercée ; à la pression, ils donneront facilement, tous deux, une quantité de lait suffisante, qu'on recueillera dans une cuiller d'argent pour apprécier son aspect. On ne manquera pas d'assister à une tétée et de s'assurer que le lait, clair au début, s'épaissit ensuite. Au besoin, on fera procéder à un examen histo-chimique, en ayant soin qu'il porte sur du lait recueilli au début de la tétée du matin, au milieu de la tétée de midi et à la fin de la tétée du soir.

A l'examen, l'enfant de la nourrice, véritable *réactif* (E. Terrien), doit offrir toutes les apparences de la bonne santé. Ici encore, c'est l'*hérédo-syphilis* qu'il s'agit de dépister, en recherchant l'existence des signes habituels : fissures des lèvres et de l'anus, onyxis, éruptions cutanées, varicocèle, hydrocéphalie, anémie, adénopathie sous-épitrochléenne et, surtout, hépato-splénomégalie. On n'oubliera pas, à ce sujet, combien seraient fréquentes les substitutions d'enfants, si la surveillance exercée par les autorités sur les bureaux de nourrices et le soin avec lequel sont établis les livrets de nourrices ne les rendaient aujourd'hui si difficiles.

Avant d'engager la nourrice, il faudra, si elle doit donner le sein à un nourrisson *débile*, prévoir le cas où elle perdrait rapidement son lait, et où on aurait, par suite, à lui verser une indemnité (J. Renault et Mad. de Tannenberg).

III. **Direction et surveillance de l'allaitement mercenaire.** — Pour les *nourrices sur lieu*, on appliquera les mêmes règles que pour l'allaitement maternel, et, en plus, on exercera sur elles une surveillance discrète, mais efficace, pour qu'elles ne commettent pas de fautes, comme celle qui consiste à prendre l'enfant dans leur lit, pour s'assurer qu'elles donnent bien régulièrement le sein, qu'elles n'absorbent pas en cachette des boissons spiritueuses. Il sera bon de leur trouver quelques menues occupations : lavage des langes, soins de ménage, etc. On leur conseillera, tous les après-midi, si les circonstances atmosphériques le permettent, une courte sortie. Il est préférable qu'elles s'abstiennent de tout rapport sexuel. Elles resteront, si tout va bien, jusque vers 10-15 mois, quitte à rester ensuite comme nourrices sèches.

Quels sont les *incidents à craindre ?*

1. La *suralimentation du début*, le nouveau-né trouvant, chez une nourrice dont l'enfant a au minimum trois mois, un lait beaucoup plus abondant qu'il ne le trouverait au sein maternel, d'où, parfois, un peu de diarrhée. Aussi les tétées doivent-elles, les premiers jours, être courtes et espacées : si la nourrice a pu garder son bébé, il ne peut y avoir que des avantages à ce qu'elle donne le sein aux deux.

2. La *sous-alimentation*, succédant à la suralimentation, et liée, le plus souvent, au changement de vie de la nourrice, aux craintes qu'elle éprouve, si son lait passe, d'être renvoyée. C'est le moment de lui prodiguer les encouragements, et d'exhorter l'entourage à la patience : au bout de quelques jours, la sécrétion lactée se rétablit.

3. Le *refus du sein*, chez les enfants déjà âgés, et auquel on remédie en donnant la tétée dans l'obscurité.

4. L'*arrêt de croissance et de poids*, n'imposant le renvoi de la nourrice que si l'on est bien certain qu'aucune faute n'a été commise et qu'il y a incompatibilité entre le lait de la nourrice et l'organisme du nourrisson.

5. La *contamination de la nourrice par un nourrisson hérédo-syphilitique*, avec accident primitif localisé au sein. Malgré l'opinion de la plupart des classiques, nous pensons que la notion d'une spécificité chez le père, même ancienne, même bien traitée, même avec réactions sérologiques négatives, constitue une contre-indication formelle à l'allaitement par une nourrice. Mieux vaut, dans ce cas, si la mère ne peut nourrir, recourir à l'allaitement artificiel. S'agit-il de débiles, comme cela est si fréquent chez les hérédo-syphilitiques, et dispose-t-on de nourrices, comme à l'hôpital, on aura soin de recueillir leur lait avec un tire-lait électrique, de le mettre dans un biberon et de le donner ainsi au nourrisson. Grâce à ce système ingénieux, dû à M. Marfan, aucun risque de contamination, à condition que biberon et tétines soient suffisamment désinfectés. En ville, ces faits soulèvent des problèmes auxquels il est difficile de donner une solution générale, car il s'agit de cas d'espèces dont la solution varie avec les circonstances.

Pour les *nourrices à distance*, le mieux est de les faire dépendre d'un centre de placement familial, avec contrôle médical hebdomadaire et visites régulières, à domicile, d'infirmières visiteuses.

IV. **Mesures légales destinées à protéger l'allaitement mercenaire.** — Depuis longtemps, les médecins (Monot, de Montsauche, Brochard, Bouchut, Baillot de la Meuse) signalaient la triste situation des petits enfants que leur mère a quittés pour venir se placer dans une grande ville. Après avoir passé des heures dans des salles d'attente, glaciales en hiver, torrides en été, dans des compartiments de 3e classe, dans des bureaux de placement, ils sont ramenés chez eux assez fatigués. Privés du sein et des soins maternels, condamnés au biberon, élevés à la va-comme-je-te-pousse par quelque commère, ils succombent en grand nombre. Mais ce n'est qu'en 1874 que l'attention du législateur s'est fixée sur eux. C'est, en effet, le 23 décembre 1874 qu'a été promulguée la loi dite loi Roussel, du nom de son rapporteur, et qui, complétée par le règlement d'administration publique du 27 février 1877, stipule que « tout enfant de deux « ans qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en se- « vrage avec garde, devient, par ce fait, l'objet d'une sur- « veillance de l'autorité publique ayant pour but de proté- « ger sa vie et sa santé ». Tel est le but de cette loi, qu'on a pu définir un des faits les plus considérables de notre époque, et qui a rendu, à la cause si intéressante des enfants du premier âge, d'éclatants services.

L'article 8 de ladite loi décide que « toute personne qui veut se placer comme nourrice est tenue de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, indiquant si son dernier enfant est vivant et constatant qu'il est âgé de 7 mois révolus ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme ». Il n'a jamais été observé. Pourquoi ? Pour deux raisons :

1. Strictement appliqué, il équivaudrait à la suppression des nourrices mercenaires, peu de médecins pouvant se résigner à donner à un nouveau-né du lait vieux d'au moins sept mois.

2. Il priverait de leur gagne-pain des pauvres femmes qui trouvent, dans l'état de nourrice, les ressources nécessaires à leur subsistance.

Aussi, l'Académie de médecine a-t-elle demandé que cette *limite d'âge* soit réduite à quatre mois. Les autorités compétentes n'ont pas encore statué. Il est à craindre que leur décision n'arrive trop tard. L'industrie des nourrices mercenaires, jadis si florissante, agonise, et ce n'est pas un règlement, fût-il d'administration publique, qui la ressuscitera.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 MARS 1934)

Mécanisme physiologique de l'action hypotensive du venin du cobra. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, WÜRMSER et KORESSIOS. Expériences sur le lapin. L'action hypotensive est nette quand on injecte à l'animal un cinquantième de milligr. de venin du cobra par kilog de poids d'animal. Elle persiste après suppression du vague. Le venin du cobra possède donc une action élective sur les vaisseaux périphériques indépendamment du vague.

Indications de l'emploi du venin du cobra dans le traitement des algies cancéreuses. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et KORESSIOS. 1° Le venin du cobra produit une sédation des phénomènes douloureux. Ses effets sont durables ;

2° Utilité de déterminer pour chaque malade la dose utile de venin qu'il devient ultérieurement inutile de dépasser ;

3° Dans les congestions très fortes du plexus nerveux, le venin du cobra est inopérant ;

4° Son action sur les vaisseaux périphériques explique la diminution de certains œdèmes ;

5° L'action lytique sur la cellule humorale n'a pas été observée sur le cancer humain.

Encéphalite léthargique à forme ondulante prolongée. — MM. Louis RAMOND et BOUDIN. Jeune fille de 24 ans, présentant une encéphalite léthargique évoluant depuis 6 ans par poussées séparées par des périodes de parfaite santé, chaque poussée durant de 25 à 30 jours. Insuccès total de toutes les thérapeutiques tentées.

Intoxication oxycarbonée brutale. — M. CAUSSADE. Trois cas d'intoxication oxycarbonée brutale chez des sujets placés dans des conditions identiques. Manifestations : stupeur, délire confessionnel et hallucinatoire. Chez l'un persistance du CO dans le sang le 3e jour, amaurose chez un autre. Pas de troubles de la motilité chez aucun. Guérison.

Myosite blennorrhagique. — MM. CARNOT, CAROLI et MAISON. Myosite gonococcique du plexus brachial chez un homme de 37 ans au 10e jour d'une blennorrhagie s'accompagnant d'un gros cylindre de dureté ligneuse inclus dans le muscle qui disparut lentement, laissant à sa place un peu d'amyotrophie. En cas semblable, ce sont communément le biceps et le grand pectoral qui sont pris.

Les suites de la splénectomie. — MM. CHABROL et CACHIN recherchent si la splénectomie peut enrayer la sclérose progressive du foie qui caractérise la maladie de Banti. Sans rien pouvoir affirmer, ils pensent que devant une thrombo-phlébite avérée du système porte, la splénectomie fait courir au malade un trop gros risque pour le priver imprudemment d'un précieux réservoir de sûreté.

Sclérodermie avec concrétions calcaires associée à une atrophie cutanée. Parathyroïdectomie. — MM. BAESCH, LEIBOVICI, DURUPT et Mme BASCH. Malade atteinte d'un syndrome de Raynaud accentué chez laquelle on constate des dépôts calcaires aux doigts, aux coudes et aux genoux. Les lésions cutanées observées consistent en sclérodermie et en atrophie cutanée à type de poïkilodermie atrophiante décrite par Petges et Clejat. Une parathyroïdectomie droite associée à une sympathectomie humérale eurent un résultat favorable.

Formol-opacification à Paris. — MM. TROISIER et BARIÉTY ont recherché la formol-opacification sur le sérum de 312 malades. Six fois la réaction s'est montrée positive chez des malades indemnes de leishmaniose. La valeur de cette réaction pour le diagnostic de la leishmaniose est donc considérable.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1934)

L'endoscopie utérine. — M. Ch. DAVID regrette que cette excellente méthode d'exploration ne soit pas entrée dans la pratique courante. Il décrit l'hystéroscope à éclairage interne qu'il a fait construire, rappelle les indications et le manuel opératoire de l'endoscopie utérine : il décrit les lésions que l'on peut voir par ce procédé et insiste sur son importance capitale dans le diagnostic du cancer utérin au début : il indique enfin les résultats que l'on peut en obtenir au point de vue thérapeutique, en particulier dans la pratique de la diathermocoagulation que l'on peut ainsi faire sous le contrôle de la vue.

La méthode physiologique. Revigoration ou rajeunissement. — M. Georges ROSENTHAL, fidèle à la méthode physiologique qui l'a toujours guidé dans ses recherches, sépare entièrement les cas d'évolution pathologique des organismes et les cas d'évolution normale vers la vieillesse. Dans toute évolution pathologique, le médecin a le devoir d'intervenir et de combattre la déchéance organique précoce. Dans toute évolution physiologique, le médecin doit diriger, ralentir, mais non pas chercher à remonter l'évolution voulue par les forces naturelles régulières. Il distingue le maintien des forces physiques ou revigoration, du rajeunissement qui, au sens exact, est un contresens physiologique.

Traitement préventif et curatif de l'infection puerpérale. — M. LEMELAND montre que par les injections préventives d'éthers diphénoliques, on peut déterminer une réaction organique de défense contre l'infection. Cela résulte des faits cliniques et des recherches de laboratoires. Le traitement, inoffensif, est facile à pratiquer, mais doit être fait préventivement pour donner tout son effet.

La bronchoscopothérapie dans le traitement des dilatations bronchiques. — M. A. SOULAS est d'avis que la méthode bronchoscopique doit être considérée à l'heure actuelle comme un des meilleurs moyens de guérison ou d'amélioration des dilatations des bronches. Son efficacité est variable d'après le type d'ectasies. A côté de quelques échecs (6 %), on peut espérer de véritables guérisons cliniques et anatomiques (12 à 15 %), des guérisons dites sociales (28 à 30 %) et de simples améliorations (50 à 55 %). Dans ces derniers cas, il faut envisager un très long traitement d'entretien composé de « périodes bronchoscopiques actives » et de « périodes intercalaires ».

Il faut souligner d'autre part le rôle prophylactique de premier plan que peut avoir la bronchoscopothérapie dans les dilatations qui surviennent chez l'adulte ou chez l'enfant après un épisode broncho-pulmonaire.

Sur la qualité des cures hydrominérales et sur le contrôle médical de leurs effets. — M. A. Boudry est convaincu qu'il existe un manque d'accord à la base, sur l'interprétation de l'effet biologique des eaux minérales. L'excitation, la *stimulation*, la *sédation* organiques ne peuvent pas être *alternativement* une résultante qualitative sur un même organisme, du complexe physico-chimique des eaux minérales : les réactions qui provoquent ce complexe sur l'organisme sont d'une qualité « unipolaire », toujours la même, dont seule et exclusivement l'intensité varie. Un étalonnage précis des réactions de l'organisme au moyen de tests et de critères doit faire état, et du sens des influences pharmaco-dynamiques et du moment physiologique optimum du bénéfice thérapeutique hydro-minéral.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 2 février 1934)

Inondation péritonéale d'origine ovarienne chez une vierge. — M. Canonne fait un rapport sur un travail de M. Roger Chureau (de Châtillon-sur-Seine). Les hémorragies ovariennes semblent fréquentes ; elles sont soit d'origine tumorale, soit (et ce sont les seules qui présentent de l'intérêt) d'origine glandulaire, c'est-à-dire dues aux troubles des différentes phases de l'ovulation : soit pendant la maturation du follicule, soit pendant la ponte de l'ovule, soit pendant l'évolution du corps jaune. Leur pathogénie est mal connue et semble sous la dépendance d'une crase sanguine. Leur symptomatologie est trompeuse, et presque tous les auteurs signalent des erreurs de diagnostic nombreuses : c'est presque toujours pour des appendicites aiguës que les malades furent opérées.

Traitement orthopédique et chirurgical d'une ankylose en attitude vicieuse de la hanche consécutive à une ostéomyélite — M. Lamy fait un rapport sur une observation de M. Charry (de Toulouse). Ostéomyélite de la hanche chez un enfant de dix ans. Suites orthopédiques. L'auteur a pu obtenir une bonne mobilisation secondaire de la hanche. Le rapporteur conteste le diagnostic, et il lui semble qu'il peut s'agir d'une coxalgie et non d'une ostéomyélite. Quoi qu'il en soit, le résultat actuel est bon, mais il est possible de craindre qu'ultérieurement, il soit moins favorable et, peut-être serait-il indiqué de faire, d'ici quelques années, une transplantation du grand trochanter.

Fracture sous-capitale du col du fémur. Traitement orthopédique. Col osseux. — M. André Trèves communique l'observation et les radiographies d'un homme de 47 ans, atteint de cette variété grave de fracture du col. Le résultat fonctionnel et radiographique est parfait deux ans après l'accident. L'immobilisation plâtrée a été de quatre mois, plus deux mois d'appareil de marche. L'auteur insiste sur la nécessité de réengrener les fragments l'un dans l'autre après la réduction, en frappant sur le trochanter. Malgré la résorption inévitable du col dans cette variété de fracture, les fragments restent en contact assez étroit pour que la consolidation osseuse se fasse avec un léger raccourcissement. La méthode lui paraît bien plus simple et moins dangereuse que le vissage ou l'arthrotomie. L'auteur a signalé depuis longtemps la fréquence de la syphilis chez ces malades, et la nécessité de leur faire suivre un traitement spécifique intensif pendant la période d'immobilisation. Les deux seules pseudarthroses qu'il a observées se sont produites chez les syphilitiques ignorés, où le traitement n'avait pas été institué.

Lymphangiome caverneux suppuré du mésentère. — M. Raymond Bonneau présente cette tumeur mésentérique atteignant à l'intestin grêle, enlevée au cours d'une péritonite suraiguë généralisée.

Utérus bicorne gravide. Hémi-hystérectomie. — M. Lavenant. A l'occasion de l'hémi-hystérectomie pratiquée, parce que la corne gravide prise pour une grossesse extra-utérine, était en imminence de rupture, l'auteur insiste sur la taille en coin qui lui a permis de faire un rapprochement et un redressement de la corne utérine restante. Il examine la conduite à tenir dans des cas semblables, en soulignant la gravité des ruptures des cornes utérines dans la grossesse.

Résultat tardif d'une fracture intra-capsulaire du fémur gauche traitée par le double vissage. Nouvel accident. Fracture transtrochantérienne. Résistance du cal ancien. — M. Fernand Masmonteil présente la radiographie d'une malade opérée il y a dix ans pour une fracture juxta-capitale du col du fémur traitée par le double vissage. Cette malade a fait une nouvelle chute. Le col ancien a résisté. La fracture siège dans la région transtrochantérienne. Il faut noter l'absence d'ostéite raréfiante autour des vis et de décalcification du voisinage.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 20 février 1934)

Métastases cancéreuses à localisation pulmonaire (présentation de radiographies). — M. Belle.

A propos des symptômes hépato-thyroïdiens, note sur la séméiologie du goitre exophtalmique. — M. Parturier.

Le rôle des carences alimentaires dans la pathologie du nourrisson. — Mlle Senellart. L'auteur estime qu'à la suite d'un régime uniforme trop longtemps prolongé, peut se produire une baisse considérable de l'immunité anti-infectieuse. Pour y remédier, il faut modifier le régime et y ajouter des vitamines A et D. Les besoins en vitamines sont d'ailleurs plus élevés au cours d'une infection qu'à l'état normal.

Septicémie à streptocoques avec spléno-pneumonie, traitée par le sérum de Vincent et deux immuno-transfusions. Guérison. — MM. Bernard, Barbry et Debail.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(séance du 16 février 1934)

Myosite ossifiante. — M. Manceaux.

Ostéite fibro-kystique de Recklinghausen. — M. Dumolard.

Tumeur de la moelle. Opération. Guérison. — M. Manceaux.

Arachnoïdite spinale. — MM. H. Costantini et A. Levi-Valensi. Observation d'un homme de 39 ans chez lequel une paraplégie spasmodique progressive, brusquement devenue complète et flasque, fit pratiquer une intervention

chirurgicale d'urgence qui ne montra aucune cause de compression médullaire, mais seulement quelques adhérences arachnoïdiennes ; régression relative, mais reprise ultérieure des troubles sensitivo-moteurs.

MM. MONTPELLIER, LOUBEYRE et DJOURNO montrent un indigène syphilitique depuis 3 ans, porteur de nodosités juxta-articulaires digitales et palmaires. Ce siège insolite, susceptible d'égarer le diagnostic, mérite de retenir l'attention.

MM. MONTPELLIER, DIEUZÈDE et LAFFARGUE présentent un Cyprin atteint de « maladie polykystique du rein ». C'est une sorte d'hydronéphrose parcellaire. Cette curieuse affection paraît devoir être rapprochée du rein congénital humain.

MM. FERRARI, MONTPELLIER et FRANÇOIS rapportent l'observation d'un mycétome du cou-de-pied observé chez un indigène et dû à *Acremonium potroni* (identification pratiquée par M. le docteur Catanei, de l'I. P. d'Alger. Voir Etude histo-parasitologique dans le *Bull. de la Soc. de Path. Exot.*, 1934, février-mars).

Pouls lent permanent juvénile avec dissociation auriculo-ventriculaire complète. — MM. LOUBEYRE et BARDENAT. Observation d'une jeune fille atteinte de bradycardie permanente avec dissociation complète, constatée dès l'enfance, contrôlée par des tracés des pouls jugulaire et radial, et dont les accidents nerveux se trouvèrent aggravés dans le décours d'une pleurésie séro-fibrineuse ayant entraîné la rétraction d'un hémi-thorax.

Sur un cas d'infantilisme type lorrain au cours d'un syndrome de Banti avec hémogénie et insuffisance testiculaire. — MM. LOUBEYRE, ALCAY et NOTTE. Chez un malade âgé de 26 ans, indemne de toute insuffisance thyroïdienne, hypophysaire et hématique notoire, mais présentant une insuffisance testiculaire avec hypersplénomégalie, d'étiologie complexe, les auteurs se demandent si cette dernière n'a pas joué un rôle considérable dans l'infantilisme constaté.

A propos de 5 observations de goitres exophtalmiques traités chirurgicalement. — MM. AUBRY, COSTANTINI et CURTILLET. Mis à part les cas vraiment bénins d'une part et les cas très graves d'autre part, les goitres exophtalmiques (G. E. typiques ou G. basedowifiés) relèvent actuellement du traitement chirurgical.

Leur pronostic immédiat (grâce à la préparation iodée) et leur pronostic éloigné (grâce à l'emploi de la thyroïdectomie subtotale) sont aujourd'hui supérieurs à ceux de tous les autres traitements. Les auteurs rapportent 5 observations traitées chirurgicalement avec de très bons résultats, qui confirment entièrement cette opinion.

Sur le réflexe œsophago-vaso-moteur de Collet. — MM. TOURNADE et ROCCHISANI. Le réflexe œsophago-vaso-moteur décrit par Collet chez l'homme se peut obtenir aussi chez l'animal. Le « ramonage » de l'œsophage d'un chien modérément éthérisé détermine : 1° de l'hypertension ; 2° de la cardio-modération ; 3° de la sécrétion salivaire ; 4° enfin, parfois, de l'accélération respiratoire.

Adopté par les hôpitaux de Paris

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE

AMPOULES 1/2 cc. à 1 ampoule. — COMPRIMÉS 1 à 2, trois fois par jour. — GOUTTES XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e — B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boulevard Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* *Toutes Pharmacies.* — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

la Phytine

DANS LA PUERPÉRALITÉ

Médicament phosphoré très assimilable, la PHYTINE permet d'administrer à une haute concentration, sous une forme commode et toujours bien tolérée, les phosphates organiques végétaux;

Chez les gestantes,

elle comble le déficit phosphoré causé par l'appel fœtal;

Chez les allaitantes,

elle augmente la sécrétion lactée et permet à celle-ci de s'effectuer sans fatigue.

CACHETS	COMPRIMÉS	GRANULÉ
2 par jour.	4 par jour.	2 cuillerées à café par jour.

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 109-3, Bd de la Part-Dieu, LYON

Le Percaïnal "CIBA"

anesthésie **douleur** et **prurits**

Toutes affections cutanées et lésions des muqueuses

Laboratoires Ciba O. Rolland
109-113, Boul.d de la Part-Dieu à Lyon

Ce réflexe est presque complètement supprimé par la section haute des vago-sympathiques, au-dessus du point que rallie le laryngé supérieur.

L'image lipiodolée des abcès chroniques du poumon. Le diagnostic entre abcès chronique et dilatation bronchique. — M. H. Curtillet. La règle qui veut que les abcès du poumon ne soient pas injectés par du lipiodol bronchique, si elle est vraie pour les abcès aigus, est inexacte pour les abcès chroniques. Plusieurs observations sont rapportées.

Granulie froide chez un indigène syphilitique et paludéen. Traitement anti-syphilitique. Méningite tuberculeuse. — MM. A. Levi-Valensi et R. Negri. Indigène présentant depuis quatre ans des manifestations de paludisme, atteint également de syphilis pharyngée, et chez lequel, en l'absence de tout signe d'auscultation et de toute altération de l'état général, la radiographie du poumon montra une image de tuberculose miliaire.

Le traitement anti-syphilitique institué, mal supporté, fut suivi de méningite tuberculeuse.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉMIE PERNICIEUSE [1]

b) Cas légers ou dissociés, sans valeur pronostique.

α Type latéral : où les troubles pyramidaux dominent.

β Type des cordons postérieurs : syndrome des fibres longues des cordons postérieurs de Déjerine où n'existent que les troubles ataxiques et sensitifs.

γ Type intermédiaire.

3° Troubles polynévritiques : syndrome de Lépine et de Van Bogaert.

4° Troubles psychiques : syndrome psycho-anémique (P.-E. Weil et R. Cahen), 35 à 40 % des cas ; accidents dépressifs, assez peu fréquents — plus souvent phénomènes d'excitation, délire systématisé à type de persécution — parfois troubles plus légers avec modifications du caractère. — Pas de pronostic particulièrement sévère.

5° Troubles sensoriels ; deux surtout :

α *La rétinite anémique* relativement précoce, fréquente, persistante, décoloration du fond de l'œil *sans plaques blanches*, stase papillaire plus ou moins marquée, hémorragies péripapillaires fréquentes ; amblyopie plus ou moins grande.

β *La surdité labyrinthique*, due probablement à des hémorragies.

On voit donc que l'examen clinique montre dans la maladie de Biermer l'association de trois syndromes : un syndrome anémique accompagné de signes cardio-vasculaires ; — un syndrome digestif avec atrophie de la muqueuse ; — un syndrome nerveux. Ces différents syndromes se comportent comme des variables indépendantes.

L'examen hématologique confirme le diagnostic clinique.

Le sang est très pâle. Sur lame, il paraît visqueux, s'étale mal et sèche lentement.

L'*hypoglobulie* est considérable ; elle atteint 2 millions, 1 million et moins. L'*hémoglobine* est concurremment diminuée, mais relativement moins que les hématies. *La valeur globulaire* est supérieure à 1 et souvent même très supérieure à 1. Pour certains auteurs, l'élévation de l'index colorimétrique est un des principaux caractères de la maladie. C'est de façon tout à fait exceptionnelle et passagère, et presque toujours sous l'influence d'une cause extérieure, que la valeur globulaire peut se trouver un peu inférieure à 1. *L'anémie de Biermer est hyperchrome. La taille* des hématies est inégale (anisocytose : 6,5 à 13 μ), dans l'ensemble elle est supérieure à l'unité et l'on trouve beaucoup de cellules grosses, et même d'énormes : les *mégalocytes* ont une valeur diagnostique très importante. Les *déformations* sont considérables (poïkilocytose). Les colorants, qui teintent souvent le fond albumineux, révèlent des affinités diverses (*anisochromie*). Il y a basophilie (*polychromatophilie*) de beaucoup d'éléments. Des granulations peuvent se voir (*hématies ponctuées*). La régénération sanguine est attestée par des hématies jeunes, *granulo-filamenteuses* (par les colorations vitales) ; mais, en dehors des périodes de réparation active, elles sont en quantité peu supérieure à la normale. Enfin on trouve des *globules rouges nucléés*. Leur nombre varie de 200 à 500 par mmc. environ. Presque tous sont *en dégénérescence* : noyau homogène, franchement picnotique, restes de chromatine (corps de Jolly) ou de l'enveloppe nucléaire (anneaux de Cabot), noyaux libres. Certaines hématies nucléées sont très petites (*microblastes*). La plupart sont de taille normale (*normoblastes*) avec un cytoplasme acidophile et un noyau picnotique. Quelques-uns sont énormes : les énormes cellules peuvent être beaucoup plus nombreuses que les normoblastes, surtout si l'anémie est intense. Ce sont les *mégaloblastes* qui, sans être pathognomoniques de l'anémie de Biermer, en sont un élément capital il faut savoir les rechercher sur plusieurs lames de sang et s'assurer de leur présence habituelle (sinon constante) par des examens répétés. Souvent ce sont des cellules de bonne vitalité apparente : noyau rond, vésiculeux, ou plutôt succulent, réseau de chromatine délicat, aspect en rosace, cytoplasme très souvent basophile. De certains cependant le noyau est altéré, pycnotique ou réduit en boule toute petite (*métrocyte*). A côté de ces figures de caryolyse on peut voir toutes les phases de la multiplication caryocinétique.

Malgré les déformations globulaires, *la résistance* aux solutions salines hypotoniques est normale ou subnormale. Aux poisons hémolytiques, la résistance est diminuée. Il n'existe *pas* habituellement d'*hémolysines* dans le sérum. Weissenbach a montré que les hémolysines étaient le témoin de la destruction sanguine.

Les *leucocytes* sont, en règle, diminués (3.000 — 2.000). Les monocytes sont augmentés. Lymphocytose parfois réelle, le plus souvent relative par diminution des granulocytes (50 p. 100). Eosinophilie légère ou nulle (1 à 5 p. 100) ; formule d'Arneth très étalée mais déviée à gauche ; quelques myélocytes. On trouve quelques grands lymphocytes, myéloblastes, plasmazellen plus ou moins à type de cellules de Türck.

Les *plaquettes* sont diminuées, d'une façon modérée. Aucun stigmate de diathèse hémorragique : coagulation, rétraction du caillot, épreuve de Duke, épreuve du lacet sont normaux.

Le *sérum* est plus jaune que normalement, avec excès de bilirubine.

En résumé :

1° Pour certains auteurs (Paul Chevallier, Ecoles allemande, suisse, américaine...), l'anémie pernicieuse a une formule bien à elle, spécifique, permettant de la différencier des anémies graves ; elle est *hyperchrome* et *mégaloblastique*.

2° Pour beaucoup d'auteurs français, il n'y a pas de stigmates sanguins spécifiques, mais l'ensemble de ces éléments doit faire penser à l'anémie pernicieuse.

(à suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 25, p. 450 et n° 27, p. 490.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

NÉVROSES
INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

PANTOPON
"ROCHE"

F.R.

OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES **3 FORMES** COMPRIMÉS

SIROP

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — **ETAIN** (Meuse)

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHTT — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 14 AVRIL 1934. — N° 30.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les chordomes (fin), par MM. A. PEYRON et G. PIRAUD.

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE
Comment apprécier la gravité des blessures de guerre pour en catégoriser l'urgence aux postes de triage et d'évacuation, par M. BARTHÉLEMY.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de biologie. — Société de médecine de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE PROSECTEUR DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes : la première le 1er novembre 1934, la deuxième le 1er novembre 1935, sera ouvert le jeudi 14 juin 1934, à 16 h., dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les candidats qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), à partir du jeudi 17 mai jusqu'au mercredi 30 mai 1934 inclusivement, de 14 à 17 h.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — VERSAILLES. — Le mercredi 16 mai 1934, à 9 h. du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de dix internes en médecine (6 titulaires et 4 provisoires).

Les quatre premiers internes titulaires prendront leurs fonctions aussitôt après le concours.

Les deux autres n'auront un service qu'après le départ de titulaires en fonctions. Ils ne recevront jusque-là, sauf en cas de remplacement, aucun traitement, mais bénéficieront des avantages en nature accordés par l'établissement.

Les internes provisoires ne seront appelés qu'au fur et à mesure des besoins hospitaliers.

Conditions de l'internat. — La durée de l'internat est fixée à quatre ans, divisés en deux périodes de deux années ; l'autorisation de l'administration et l'avis favorable des chefs de service sont nécessaires pour accomplir la seconde période. Une année supplémentaire peut être accordée exceptionnellement par l'administration, après avis favorable des chefs de service. Les internes en fonctions (titulaires et provisoires) sont nourris, chauffés et éclairés ; les internes titulaires en fonctions reçoivent, en outre, un traitement annuel de 4.000 fr. et une indemnité pour voyages à Paris de 300 fr. par an.

Un prix annuel de 100 fr. (fondation de Bizy) et deux prix biennaux, l'un de 600 fr. (fondation Despagne) et l'autre de 680 fr. (prix du docteur de Fourmestraux) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de M. le Recteur de l'Université de Paris le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine peut être fait à l'hôpital de Versailles en qualité d'interne nommé au concours.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital civil, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h.

SOCIÉTÉ D'ENTR'AIDE DES MEMBRES DE LA LÉGION D'HONNEUR. — Dans sa dernière réunion la médaille de bronze de Reconnaissance de la Société a été décernée à M. le professeur Dominguez (de Cuba). C'est en effet notre confrère qui organisa, il y a sept ans, le Comité de la Légion d'honneur à la Havane. Il en fut président d'honneur et délégué à Paris.

HÉMORROÏDES

ANUSOL MIALHE

POMMADE — SUPPOSITOIRES

LE DÉVELOPPEMENT DE L'HERBORISTERIE. — M. Mussolini a reçu le professeur Emile Perrot, membre de l'Académie de médecine de Paris, président de la Fédération internationale pour le développement de l'herboristerie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE. (Professeur : M. E. BRUMPT.) — *Mycologie théorique et clinique* (24 manipulations sous la direction du docteur Maurice Langeron). — Le but de cet enseignement, essentiellement pratique, est d'exercer individuellement les élèves à toutes les manipulations nécessaires pour l'étude des champignons pathogènes. Les élèves prépareront donc eux-mêmes leurs milieux de culture et feront chacun les ensemencements, inoculations, colorations, etc.

La durée de l'enseignement est de 24 jours. Les séances auront lieu tous les jours, à 15 h., du 1er au 30 mai 1934.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Le droit d'inscription est de 400 fr.

CONFÉRENCES-PROMENADES. — Comme les années précédentes, M. le professeur Laignel-Lavastine organise des conférences-promenades. La première aura lieu le dimanche 15 avril 1934, à 10 h. 30 : Les Cordeliers, le collège Saint-Cosme, l'amphithéâtre de Winslow. Réunion dans la cour de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Société Française d'Ophtalmologie. — La Société Française d'Ophtalmologie tiendra son XLVIIe Congrès à Paris, du lundi 14 mai au jeudi 17 mai 1934.

Le rapport d'usage sera présenté par MM. Cuénod et Nataf (de Tunis), sur la « *Biomicroscopie de la conjonctive normale et pathologique* ».

Le mardi 15 mai, une excursion sera organisée aux Châteaux de Grosbois et d'Ormesson.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général de la S.F.O. : Docteur René Onfray, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (7e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 16 *avril.* — Jury : MM. Brumpt, président ; Lœper, Galliard, Turpin. — M. DUROUSSEAU-DUGONTIER. Technique de préparation et utilisation en chirurgie des larves de *Lucia sericates.* — M. GRÜNBERG. Etiologie et pathogénie des troubles de la pigmentation cutanée. — M. HUBERMAN. Etude de l'aménorrhée au cours des psychoses et névroses.

Mercredi 18 *avril.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Boulin, Joannon. — M. ARNAUD. Les endocardites typho-paratyphiques. — M. ESCHENASY. Appareils frigorigènes. — M. GUTNIC. Prophylaxie spécifique de la coqueluche. — M. TRAN VAN BANG. Traitement des syndromes cholériformes et du choléra par la Gonacrine.

Jeudi 19 *avril.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Lenormant, Marion, Vaudescal. — M. RICHARD. Mise en surveillance de la suture utérine dans les césariennes pratiquées après la rupture de la poche des eaux. — M. JOUANNARD. Ruptures du muscle grand pectoral. — M. DE LANGRE. Fractures du calcanéum. — M. AYADI. L'avenir des déformations des uretères dilatés après la suppression de l'obstacle.

Samedi 21 *avril.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Gougerot, Huguenin, Lian. — M. ERRERA. Etude de la nature allergique de l'eczéma du nourrisson. — M. GUISON. La rachicentèse sous-occipitale. — M. KÉHAÏOFF. Etude du traitement des varices par le biodure de mercure.

Jeudi 19 *avril.* (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Robin, Panisset. — M. GUGUEN. Nos connaissances sur le B C G. Son innocuité chez le chien.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques (1), par Louis VIDAL.

L'ouvrage, de 1.700 pages, de format 10 1/2×16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend quatre parties, comme l'édition précédente, qui a reçu l'approbation unanime du Corps médical.

1° La table de spécialités par actions médicamenteuses et indications thérapeutiques, revisée dans tous ses détails. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner des conseils déplacés, de retrouver rapidement les spécialités ayant une action précise ou indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie ont été groupées de nombreuses documentations nouvelles, et les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative.

3° La nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresses des fabricants, a également été mise à jour, ainsi que

4° La nomenclature des spécialités classées par Laboratoires, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du fabricant est connu.

Le *Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, restera pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera, comme par le passé, à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

(1) Quinzième édition, 1934.

RENSEIGNEMENTS

A LOUER 7 gr. pièces, 1 vest., s. de b., 2 cab. toil., 2 ch. dom., 2 cav. gr. balcon midi, chauff. app. 144, bd Saint-Germain.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS 2e

Iodarsenic du Dr GUIRAUD
(Goutte Faidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES • LYMPHATISME • MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Tréphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

1°_ Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°_ Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°_ Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de **TOUTES** les
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.

Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

PRATIQUE MÉDICALE

LES ORIENTATIONS ACTUELLES DE LA THÉRAPEUTIQUE OVARIENNE (1)

Par le docteur SAINT-PIERRE.

Extraire des organes à fonction endocrine des hormones purifiées, éléments purs qui permettent d'étudier expérimentalement les troubles de leur dysfonction, est un but patiemment poursuivi par les pharmacologues. En ce qui concerne l'extrait ovarien, depuis plusieurs années déjà le principe de sa dissociation a été posé par quelques auteurs : Shaeffer, Pouliot, en vue de remédier aux troubles en hypo ou en hyper de la fonction et de réaliser ainsi une thérapeutique plus adéquate aux cas de la clinique. La découverte de la folliculine fut une étape intéressante, mais qui n'a pas entièrement résolu le problème, car il faut bien reconnaître, maintenant, qu'elle n'a pas apporté, dans le domaine de la clinique, une médication plus active que celle que nous possédions déjà avec certains extraits complexes (d'ailleurs folliculiniques) tels que l'Agomensine et la Sistomensine. C'est que, comme l'a dit Laqueur, dont le nom fait autorité en la matière, il n'y a jamais dans l'organisme action isolée d'une hormone pure, mais toujours collaboration entre plusieurs hormones ; les hormones pures, certes, ont un puissant intérêt pharmacodynamique, mais elles ne sauraient remplacer la sécrétion hormonale d'un organe déficient et, par conséquent, combattre efficacement les troubles de cette déficience.

En pratique, et pour s'en tenir aux préparations extraites de l'ovaire, l'auteur estime que celles qui présentent les hormones dans leur milieu naturel sont beaucoup mieux adaptées au traitement des symptômes complexes de la clinique que les substances pures cristallisées. La folliculine a un rôle indéniable dans le concert endocrinien ; elle concourt à préparer la menstruation, mais elle ne peut, seule, déclencher le phénomène, qui exige, en plus, le stimulus d'une autre hormone congestive. La présence de cette dernière dans l'Agomensine explique sa grande efficacité dans de nombreux cas d'aménorrhée, de règles rares ou trop espacées. De même la Sistomensine, extrait lipoïdique, possède une action régularisatrice et exerce une influence manifeste sur les troubles de la fonction ovarienne se traduisant par des règles trop prolongées ou métrorragiques.

(1) *Concours méd.*, n° 46, 12 nov. 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Les hémorroïdes. Diagnostic et traitement (2), par Jean RACHET, médecin des Hôpitaux de Paris. — La Pratique Médicale illustrée.

La fréquence des hémorroïdes en fait une affection que le médecin est appelé à diagnostiquer et à traiter chaque jour.

Si banal qu'il puisse paraître, ce diagnostic exige cependant une exploration endoscopique simple, que tout médecin non spécialisé doit savoir pratiquer ; l'auteur expose la technique de cet examen, qu'il illustre par des schémas et des figures, et les aspects endoscopiques des diverses variétés d'hémorroïdes auxquelles s'appliquent les traitements différents.

L'auteur consacre un long chapitre aux divers traitements des hémorroïdes et, se basant sur une longue expérience personnelle, il discute les diverses méthodes proposées durant ces dernières années pour la cure d'un hémorroïdaire. Et, marquant parmi celles-ci sa préférence pour les traitements strictement ambulatoires, il illustre par des figures claires les techniques qu'il applique avec succès, et expose enfin, après une critique des méthodes qu'il rejette, une nouvelle application ambulatoire de la diathermie, qu'il a mise au point depuis plus d'un an et demi, et qui, combinée aux injections sclérosantes sus-hémorroïdaires, réalise le traitement applicable à presque toutes les variétés de varices ano-rectales.

C'est donc un livre de pratique, écrit par un spécialiste pour les médecins non spécialisés ; il leur permettra de se familiariser avec les méthodes endoscopiques et les divers modes de traitement que tout praticien peut appliquer lui-même.

L. G.

Le sucre, agent thérapeutique (1), par le docteur J. SIGWALD, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Les corps sucrés ou glucides, dont le rôle dans la nutrition de l'organisme humain est important, puisqu'ils sont indispensables à l'équilibre alimentaire normal, constituent également de précieux agents thérapeutiques. Appelés à agir dans les domaines les plus divers, ils ont l'avantage d'être toujours bien tolérés, car leur action n'est pas assimilable à celle des médicaments, corps plus ou moins toxiques pour l'organisme, mais se rapproche plutôt de celle d'aliments directement absorbables. Aussi n'exercent-ils aucune action brutale ou nocive, venant suppléer une défaillance locale ou générale. Ils peuvent être appliqués dans les affections les plus diverses, au point que logiquement, on devrait douter de leur action, mais si leur activité n'est pas spécifique, elle est générale et atteint indirectement le trouble morbide visé, en suppléant ou en stimulant certaines fonctions.

La médication sucrée utilise donc deux sucres : le glucose et le saccharose ; le saccharose est surtout prescrit par voie buccale, alors que le glucose est surtout utilisé au cours des absorptions intestinales ou parentérales.

Accessoirement la thérapeutique fait usage de lactose, de lévulose et aussi de galactose, mais les indications en sont limitées et restreintes.

Avant d'étudier par le détail les indications du sucre en thérapeutique, il est nécessaire, pour bien comprendre son action, de passer brièvement en revue les conditions de son métabolisme général, d'envisager son importance dans la nutrition, et de connaître les facteurs et les symptômes de son déficit. Ainsi s'ouvrent des horizons étendus vers les atteintes morbides les plus diverses.

L. G.

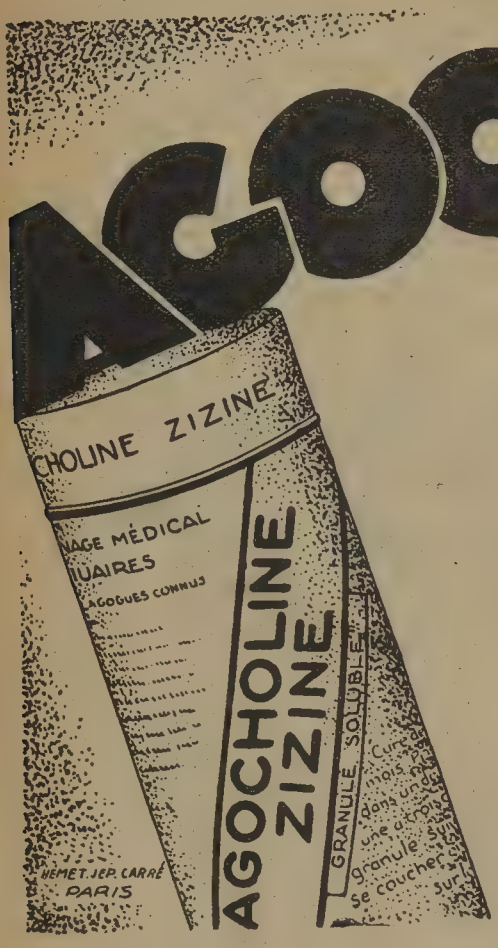
(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Un vol. in-8 de 68 pages. — Prix : 6 fr.; franco : France, 7 fr.; Etranger, 8 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les constipations. Diagnostic et traitement, d'après les conceptions actuelles, par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Bichat, et R. STIEFFEL, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Plombières. Avec une note historique de Jean Vinchon, ancien chef de clinique psychiâtrique à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume de 158 pages. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 59). — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 80 pages avec 16 figures dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets.

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16... Seine.

REVUE GENERALE

LES CHORDOMES [1]

PAR MM.

A. PEYRON, Professeur à l'Institut Pasteur de Paris et à l'Université d'Aix-Marseille. et G. PIRAUD, Ancien interne des hôpitaux.

II. LES CHORDOMES VERTÉBRAUX. — 1. *Cervicaux.* Début marqué constamment par des douleurs dans la nuque, les épaules et les membres supérieurs, plus rarement par des troubles moteurs légers des membres supérieurs. Plus ou moins rapidement (entre 3 et 18 mois), la symptomatologie se complète :

a) Apparition d'une tuméfaction, le plus souvent rétropharyngienne (4 cas), ferme, légèrement lobulée et laissant intacte la muqueuse. Elle peut entraîner une gêne mécanique de la respiration, de la déglutition et même de la parole. Dans un seul cas (Trélat 1868), la tumeur a été latéro-cervicale, au-dessous du sterno-cleido-mastoïdien.

b) Des *troubles neurologiques.* Il est à noter que ces troubles dus à la compression de la moelle à l'intérieur du canal vertébral, ne co-existent pas avec une tumeur perceptible. Ils n'ont, par ailleurs, rien de très particulier. Les troubles moteurs sont variables suivant le niveau de la compression (région cervicale supérieure : paralysie des 4 membres, prédominant aux membres supérieurs ; — région cervicale moyenne : paralysie du plexus brachial type Duchesne-Erb; — la compression de la région cervicale inférieure n'a pas été observée). Les douleurs ont habituellement les caractères des algies d'origine radiculaire ; quelques troubles objectifs de la sensibilité sont plusieurs fois notés. Les troubles des réflexes ont eu leur intérêt habituel pour le diagnostic topographique de la compression. Un fait curieux et anormal : l'absence de réflexes de défense ou d'automatisme médullaire. Troubles sphinctériens et trophiques dans quelques cas.

c) *Dorsaux.* Unique observation de Cappell. Ici encore, douleurs intenses, à siège thoracique inférieur, bilatérales ; puis paraplégie. Troubles sensitifs, réflexes, sphinctériens habituels.

3. *Lombaires.* Deux observations. Dans l'une (Raul et Diss), douleurs lombaires et tumeur abdominale, profonde, rétropéritonéale, déplaçant les viscères. Dans l'autre (Davison et Weil), la tumeur chordale a comprimé moelles lombaire et sacrée, cône terminal et queue de cheval, déterminant une symptomatologie complexe : troubles moteurs et sensitifs particuliers, troubles sphinctériens.

III. LES CHORDOMES SACRO-COCCYGIENS. — Ils débutent le plus souvent par des douleurs dans la région sacro-coccygienne (surtout en cas de chordome central) ; plus rarement par l'apparition d'hémorroïdes ou de troubles de la défécation (variété présacrée) ou encore le développement d'une tuméfaction sacro-coccygienne (variété rétrosacrée). Après ces troubles initiaux, les *manifestations* douloureuses occupent toujours le premier plan. La névralgie sciatique en est le type le plus fréquent (radiculite ou plexite), le plus souvent bilatérale, très intense et limitée à la région fessière. Avec les douleurs, des *troubles urinaires*, et des *troubles de la défécation*, importants bien que plus rares (d'abord dysurie et pollakiurie puis incontinence vraie ou par regorgement — constipation opiniâtre, rarement incontinence des matières). L'exa-

FIG. 9. — Cas de CAPPELL. Chordome de la colonne vertébrale. Section médiane de la colonne cervicale montrant l'envahissement du corps vertébral de la 4e vertèbre et le développement de la tumeur sur la partie antérieure de la colonne.

men montre la tumeur sacro-coccygienne. Volumineuse (noix à tête d'enfant), elle a une forme arrondie, une surface souvent irrégulière avec des bosselures de différentes grosseurs. Médiane ou paramédiane, elle infiltre toujours latéralement les fessiers et peut même atteindre l'échancrure sciatique ; ses limites sont d'ailleurs difficiles à préciser. De consistance ferme, élastique, la fluctuation vraie y est rare et seulement au niveau des kystes. Indolente, son caractère capital est d'être fixe : adhérences très marquées avec le plan osseux, mais faibles ou inconstantes avec la peau. Celle-ci est simplement distendue, de coloration normale avec parfois un léger réseau veineux collatéral. Le toucher rectal doit systématiquement être pratiqué. Il a presque toujours (une seule exception, observation de Linck et Warstadt) permis de sentir une tumeur. Cette dernière bombe dans le bassin, en avant du sacrum, refoulant le rectum, mais n'envahissant pas sa paroi : tantôt solide et pleine, tantôt kystique et molle, elle adhère intimement en arrière, à la concavité sacrée, faisant corps avec

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 28, p. 497.

la tumeur perçue à la palpation. Le toucher permet en outre de préciser les limites intra-pelviennes de la tumeur, en particulier son extension vers les échancrures sciatiques. Dans quelques cas exceptionnels (Mazzia et Vecchi, H. Albert, Lewis), elle a paru libre; mobilisable, non adhérente à l'os. Pour Andler, il s'agit de chordomes intestinaux ; pour d'autres, de chordomes aberrants, développés aux dépens de formations paravertébrales de la notochorde (Linck et Warstadt). Pour des raisons à la fois embryologiques et cliniques, l'existence de tels chordomes aberrants

Fig. 10. — Cas de Stewart et Morin. Vue latérale de la tumeur.

nous a semblé peu vraisemblable. Dans 2 cas (Lewis-Gerber), le volume considérable de la tumeur a provoqué des troubles de la circulation veineuse : cyanose et œdème des cuisses, du scrotum et de la partie inférieure de la paroi abdominale. La rectoscopie a permis de vérifier l'intégrité de la muqueuse rectale, déjà soupçonnée par le toucher. L'examen clinique doit encore porter :

a) Sur les zones ganglionnaires : inguinales, pelviennes (toucher rectal : région de l'articulation sacro-iliaque) ;

b) Sur différents organes, en particulier le foie pour rechercher l'existence de métastases ;

c) Sur la sensibilité objective et la motricité des membres inférieurs : troubles inconstants.

L'état général, dans la majorité des cas, est resté indemne pendant longtemps.

Evolution et Pronostic. — Ces tumeurs ont toujours entraîné la mort, mais leur évolution est ordinairement *lente*, durant parfois des années. Il faut reconnaître que ce pronostic très grave n'est guère modifié par une thérapeutique même précoce : aucune guérison certaine n'a encore été constatée. Le chordome est donc cliniquement une tumeur maligne, mais de malignité atténuée. Dans ses différentes variétés, l'on retrouve cette lenteur d'évolution si particulière. La mort, dans le chordome du clivus, survient en général au milieu de phénomènes bulbaires en 3 ou 4 ans. Dans les chordomes nasopharyngiens, les cas suivants sont particulièrement démonstratifs : Arauz et Podesta (12 ans), Filippini (7 ans), Institut Curie-Ripert (4 ans 1/2). De plus, dans cette variété apparaît un deuxième caractère fondamental d'ordre évolutif, retrouvé dans les chordomes vertébraux et surtout sacro-coccygiens : une tendance extrêmement marquée à la récidive après ablation. Nous citerons par exemple les tumeurs du cavum de Möller (récidive 6 mois après intervention), de Hirsch (1 an après), de Pavlica (3 récidives en 3 ans), de Uffenorde, de Loebell (1 an 1/2). Mêmes conclusions pour les chordomes vertébraux (Klebs : récidive et mort quelques mois après ablation ; — Syme et Cappell : récidive 6 mois après ; — Davison et Weil ; Owen Hershey et Gurdgian : id.). En ce qui concerne les chordomes sacro-coccygiens, la durée moyenne de leur évolution est comprise entre 5 et 7 ans. Comme pour les autres cancers, la marche de l'affection a été d'autant plus rapide que le sujet était plus jeune : malade de Lewis (22 ans, récidive 2 ans après la première intervention, et mort l'année suivante), de Bérard, Dunet, Peyron (22 ans, récidive énorme et mort 1 an après exérèse).

En résumé, l'évolution des chordomes est dominée par cette tendance aux récidives précoces et tenaces. Ce caractère évolutif, d'importance capitale, fait toute la gravité de l'affection.

Diagnostic. — Il reste très *difficile* en dehors de la biopsie, si celle-ci est possible. Nous avons vu sur quels caractères histologiques l'on devra s'appuyer pour reconnaître une telle tumeur et éviter des confusions.

Les symptômes cliniques, différents suivant la localisation du chordome, ne traduisent en somme, dans la plupart des cas, que la compression de l'axe nerveux cérébro-médullaire. Ils n'ont rien de très particulier. Nous ne pouvons qu'indiquer les différentes étapes du diagnostic et montrer toute la complexité des problèmes à résoudre.

1) *Chordome du Clivus.* — Deux questions :

a) Reconnaître et situer la tumeur cérébrale. C'est là un problème assez courant de neurologie, reposant sur des bases bien établies.

b) Eliminer d'autres variétés bien plus fréquentes. Nous insistons, sans nous en exagérer l'importance, sur la valeur des deux faits suivants : d'une part la multiplicité des nerfs craniens touchés les uns après les autres et en particulier l'atteinte initiale du M.O.E.; d'autre part, l'intérêt capital d'un examen radiologique avec une technique minutieuse (arguments : calotte osseuse tumorale, destruction osseuse).

2) *Chordome Hypophysaire.* — Goerke a insisté sur l'absence d'acromégalie ou de dystrophie adiposo-génitale dans le chordome. En fait, confusion habituelle avec les autres tumeurs de la région plus fréquentes.

3) *Chordome naso-pharyngien.* — Un important diagnostic différentiel, le fibrome naso-pharyngé ou

le polype nasal. La différenciation pourrait, dans certains cas, être faite d'après la tendance aux hémorragies, spontanées ou provoquées au moindre contact, qui est très marquée dans les fibromes et fait défaut dans le chordome. Pour les autres tumeurs : biopsie.

4) *Chordome vertébral.* — A. En cas de *tuméfaction paravertébrale*, l'on pense tout d'abord à l'abcès froid tuberculeux, d'origine osseuse ou ganglionnaire; plus accessoirement à certaines tumeurs primitives du rachis. Biopsie indispensable, aucun élément clinique de diagnostic.

B. En présence de *troubles nerveux*, surtout algiques ou parétiques, divers problèmes :

a) Eliminer les affections médullaires primitives, les différentes myélites, en particulier, syphilis médullaire, sclérose en plaque, syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique ; reconnaître la compression médullaire (histoire de la maladie, examen neurologique, divers examens spéciaux : radiographie du rachis, ponction lombaire, épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien).

b) Etablir le niveau de la compression (éléments d'ordre clinique et radiologique).

c) Eliminer les autres causes de compressions. Ici, le diagnostic se heurte à des difficultés de plus en plus grandes. En général, le mal de Pott est reconnu assez facilement. Plus délicate est déjà l'élimination des tumeurs de la moelle, surtout dans les variétés juxta-médullaires (exploration lipiodolée). Le diagnostic se circonscrit enfin autour des tumeurs du rachis : tumeurs primitives (dont les chordomes) et tumeurs secondaires. Arrivé à ce point, il faut avouer qu'il est le plus souvent impossible de conclure. Dans une étude très complète parue ici même en mai 1933, R. Poinso et G. Farnarier ont essayé de dégager quelques faits fondamentaux, à la fois sur les cancers secondaires et sur les différentes tumeurs primitives du rachis : sarcomes, myélomes, chondromes, angiomes. Nous renvoyons à ce travail pour les caractères de ces diverses affections, en constatant qu'aucun aspect physique particulier, aucun syndrome radiologique ou humoral spécial ne permettent de poser avec certitude le diagnostic de chordome vertébral.

5) *Chordome sacro-coccygien.* — Devant une « tumeur du siège » (P. Moulonguet) l'on doit désormais songer au chordome. Ce diagnostic reposera en dernière analyse sur l'examen histologique après ablation d'un fragment de tumeur. Les clichés radiographiques peuvent montrer des images intéressantes, mais non pathognomoniques (ombre grisâtre, diffuse et irrégulière, infiltrant le sacrum, taches plus claires traduisant la destruction d'une ou plusieurs vertèbres). La présence d'une *tumeur présacrée*, solide ou molle, adhérente au squelette, fera penser à des affections plus fréquentes que le chordome. Avant tout, à l'abcès froid ossifluent rétro-rectal, dû soit à une sacro-coxalgie, soit à une ostéite tuberculeuse sacrée. L'erreur a été commise de nombreuses fois ; ce n'est qu'après plusieurs ponctions blanches que ce diagnostic a été rejeté. L'élimination des tumeurs solides ou kystiques des organes du petit bassin, des affections rectales, en particulier le cancer de la face postérieure du rectum, est en général aisée. Il n'en est pas toujours de même pour le sarcome de la face antérieure du sacrum (nuances cliniques, évolution plus rapide et souvent fébrile) et surtout pour le chondrome, tumeur également d'évolution lente et de malignité atténuée. Citons enfin, les fibromes périostiques pelviens inférieurs, les exostoses ostéogéniques et les tumeurs discutables de la glande coccygienne. En cas de *tumeur rétro-sacrée*, il faudra ici encore éviter la confusion avec une sacro-coxalgie ayant donné un abcès rétro-sacré ou avec une ostéite tuberculeuse. Plus accessoirement, avec les kystes dermoïdes sacro-coccygiens (ils adhérent aussi à l'os, mais sont mieux limités, en arrière de la pointe du coccyx ; phénomènes inflammatoires fréquents) ou les kystes hydatiques du sacrum.

Chez l'*enfant*, le chordome est exceptionnel. On n'y pensera qu'après avoir éliminé des affections congénitales fréquentes : spina bifida et embryomes.

Traitement. — Il est décevant. La chirurgie est tenue en échec par cette tendance si caractéristique et si marquée du chordome aux récidives. La radiothérapie profonde et le radium se heurtent à une radiosensibilité très faible, vraisemblablement inhérente à la nature même du tissu chordal. Il faut cependant reconnaître que des survies parfois assez prolongées ont été obtenues par ces 2 méthodes, mais en aucun cas l'on ne peut parler de guérison. Des tentatives récentes ont été faites avec des techniques minutieuses que nous ne pouvons détailler ici. Il est encore trop tôt pour conclure. On sait combien il est prématuré d'apprécier la valeur d'une thérapeutique anti-néoplasique avant un délai minimum de 5 à 6 ans. Cette remarque s'applique tout spécialement aux chordomes.

Pathogénie. — Ce chapitre constitue la conclusion de tous les faits observés depuis 1856. Il est désormais acquis que les chordomes peuvent avoir deux modes d'origine :

a) *Aux dépens de vestiges anormaux ou hétérotopiques du tissu chordal.* Ici, comme dans les autres tumeurs d'origine embryonnaire, on n'a pas retrouvé jusqu'à présent de facteur étiologique net. Cette éventualité, seule envisagée autrefois, s'applique de préférence aux chordomes craniens.

b) *Aux dépens des vestiges normaux intervertébraux.* Cas probablement le plus fréquent dans la colonne vertébrale et surtout dans la région sacro-coccygienne où l'hypothèse de la hernie traumatique d'un noyau chordal paraît confirmée par une série d'observations cliniques et même expérimentales (cas de Ribbert et Steiner : ponction des disques intervertébraux chez le lapin). D'autres liens pathogéniques plus discutables ont été invoqués : une dystrophie osseuse plus ou moins méconnue (Morpugo), des exostoses incitant à la prolifération cellulaire (Linck et Hassner), des troubles de l'équilibre humoral physico-chimique (Machulko, Horbatzewitch et Rochlin).

Bibliographie

(*Indication de quelques ouvrages ou articles*)

Alajouanine, de Martel, Oberling et J. Guillaume. Chordome de la région sellaire. Considérations anatomiques et cliniques, *Rev. Neur.* I : 1221-1227, juin 1930.

Alezais et Peyron. Contribution à l'étude des chordomes, *Bull. Ass. franç. p. l'étude du cancer*, Paris 1914, t. VII, p. 184 ; — Sur l'histogénèse et l'origine des chordomes, *C. R. Acad. des Sciences*, 1932. Vol. CLXXIV, p. 419.

Andler (R.). Die Klinik des sacrococcygealen Chordoms, *Arch. f. Klin. Chir.* 143 : 467-490, 1926.

Argaud (R.). Chordome malin, *Arch. de Med. exp. et d'anat. path.*, 1919, XXVIII, p. 364 ; — la néoplasie chordale, *C. R. des Journées médicales*, Toulouse 1924.

Argaud et Clermont. *Monographie générale*, Toulouse, 1925.

Aymé. Les chordomes sacro-coccygiens, *Thèse de Lyon*, 1922.

Bailey (P.) et Bagdasar (L.). Intracranial chordoblastoma, *Am. J. Path.* 5 : 439-450, septembre 1929.

Bérard, Dunet et Peyron. Les chordomes de la région sacro-coccygienne et leur histogénèse, *Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1922, XI, pp. 28 à 68.

Burrow (J.) et Stewart (M.-J.). Malignant sphéno-occipital chordoma, *Journ. neurol. and psychopath.* 1923, vol. IV, p. 205.

Cappell. Chordoma of the vertebral column with three new cases, *Journ. of path. and Bact.*, vol. XXXI, 1928, 797-814.

Chiari (H.). Ueber ein Chordorm der Wirbelsäule, *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 42 : 481-486, 20 juin 1928.

Cœnen. *Das Chordom, Beitr. z. Klin. chir.*, t. 133, 1925, 1, 77.

Corsy et Surmont. Sur l'histogénèse et l'évolution des tumeurs de la notochorde, *Bull. du Cancer*, t. XVI, N° 5, mai 1927, pp. 316-376.

Davison and Weil. Malignant chordoma of the lumbar region, *Arch. of. Neurol. and Psychiatry*, 1928, XIX, 415-423.

Eckel (J.) et Jacobs (W.). Malignant spheno-occipital chordoma, *Journ. of Nerv. and. ment. diseases.* Vol. LXI, p. 471, 1925.

Goerke (M.). Hypophysaires Chordom, *Ztschr. f. Laryng. Rhin.*, 20 : 9-13, octobre 1930.

Grinda (J.-P.). Les chordomes sacro-coccygiens, *Thèse de Paris*, 1930.

Klotz (A.). Chordome malin du naso-pharynx, *Sem. Hôp. de Paris*, 1931-2, pp. 56-60.

Machulko (G.-S.), Horbatzewitsch et Rochlin (L.-L.). Klinik, Pathomorphologie und Histogenese der Chordome, *Arch. f. Psychiat.* 89 : 222-262. 1930.

Morin. Sur le chordome coccygien, *Bull. Méd. de Québec*, juin 1928, p. 169.

Moulonguet (P.). Le chordome sacro-coccygien, *Revue crit. de path. et de thérap.* 2 : 217-221, fév. 1931.

Müller (H.). Ueber das Vorkommen von Resten der Chorda dorsalis beim Menschen nach der Geburt über ihr Verhältniss zu den Gallertgeschwülsten am Clivus, *Zeitschr. f. ration Med.*, 1858. Vol. 2, p. 202-230.

Owen (C.-I.), Hershey (L.-N.) et Gurdjian (E.-S.). Chordoma dorsalis of cervical spine, *Am. J. Cancer*, 16 : 830-840, juillet 1932.

Pavlica. Sur les tumeurs nées aux dépens de la chorde dorsale, *C. R. Soc. biol.* 102, 400-401, 4 nov. 1929 ; — un cas de chordome naso-pharyngien primitif, *Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, nov. 1929, t. XVIII, N° 8, p. 634 à 642.

Peyron (A.). Cas de Robineau figuré dans l'*Atlas du Cancer*, 1923, fasc. II.

Piraud (G.). La Notochorde. Embryologie générale et expérimentale. Vestiges et Tumeurs, *Monographie*, 1933, Lefrançois, Paris.

Poinso (R.) et Farnarier (G.). Les tumeurs primitives du rachis, *Gaz. des Hôp.*, N° 38, 1933, 701-707.

Raul et Diss. Chordome malin de la région lombaire, *Bull. Soc. d'Anat.*, Paris, 1924, XCIV, 395.

Ripert (J.). Les chordomes du Naso-Pharynx, *Thèse Paris*, 1931.

Sénèque (J.) et Grinda (P.). Les chordomes sacro-coccygiens, *Journ. de Chir.*, 1930, 35, pp. 817, 842.

Stewart (M.-J.). Malignant sacrococcygeal chordoma, *J. of path. and bact.* 1922, vol. XXV, p. 60.

Stewart (M.-J.) et Morin (E.) Chordoma. A review with, report of a new sacrococcygeal case, *J. of path. and bact.*, 1926, vol. XXIX, p. 41.

Syme and Cappell. Chordoma of cervical vertebre vith involvement of pharynx, *Journ. of laryngol. and otol.*, 1926, XLI, 209.

Thomas (A.) et Villandre (M.). Tumeur extra-dure mérienne de la région cervicale (chordome), *Rev. neurol.*, 1928, 1, 98, 103.

COMMENT APPRÉCIER LA GRAVITÉ DES BLESSURES DE GUERRE POUR EN CATÉGORISER L'URGENCE AUX POSTES DE TRIAGE ET D'ÉVACUATION

Par M. BARTHÉLEMY,

Professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Nancy.

Toutes les fois qu'une action offensive ou défensive se déroule sur un point du champ de bataille, le premier devoir du service de santé est d'assurer avec le maximum de rapidité, de sécurité et de confort l'évacuation des blessés. Dès la fin de l'action, en principe à la tombée de la nuit, les blessés, dont les uns sont restés sur place, tandis que les autres ont pu se traîner jusqu'à des abris naturels, sont rassemblés aux postes de secours régimentaires par les soins des médecins auxiliaires et des brancardiers dont le courage, le dévouement et l'abnégation ne sont peut-être pas assez connus.

Sur le terrain et *aux postes régimentaires*, il n'est pas en général possible de faire autre chose que de l'emballage et des applications de garrot.

C'est au deuxième échelon, *aux postes de secours divisionnaires* que peuvent et doivent s'effectuer les premiers triages. C'est là qu'incombe au médecin le rôle délicat de préciser que tel blessé doit être traité en toute urgence au relais chirurgical le plus proche, c'est-à-dire à l'*ambulance chirurgicale de corps d'armée*, tandis que tel autre blessé peut supporter un transport à plus longue distance, c'est-à-dire à l'*hôpital d'évacuation*.

Toutes ces précisions doivent être portées en termes concis et précis sur la *fiche d'évacuation* du blessé.

Cette fiche, dont l'importance capitale ne peut vous échapper, doit comporter deux indications. *La première* est le *diagnostic initial*, appelé évidemment à

être complété ou modifié par le chirurgien, mais diagnostic de première nécessité puisqu'il doit commander la destination à donner au blessé en vue de son traitement. C'est cette *destination* qui constitue la *deuxième* indication que doit comporter la fiche.

Pour rendre les indications plus apparentes sur ces fiches, il est d'un usage courant de souligner d'un trait de crayon rouge les fiches de tous les blessés chez lesquels une *hémorragie* a nécessité l'application d'un garrot.

Munis de ces fiches, et en conformité avec les indications qu'elles comportent, les blessés sont aiguillés différemment :

Les blessés catégorisés *en première urgence* sont dirigés sur le premier relais chirurgical, l'ambulance de corps d'armée.

Les blessés catégorisés *en deuxième urgence* sont dirigés sur le second relais, l'hôpital d'évacuation ou sur des centres spéciaux et notamment des centres de fractures destinés à alléger l'hôpital d'évacuation en groupant certaines catégories de blessés pour un meilleur traitement.

L'ambulance chirurgicale de corps d'armée et l'hôpital d'évacuation doivent eux-mêmes effectuer un nouveau triage en vue de conserver certains blessés et d'évacuer les autres. Dans ces formations *sont conservés* tous les blessés dont la blessure pansée ou opérée nécessite des soins et une surveillance immédiats et ininterrompus, tout nouveau transport devant être préjudiciable.

Sont évacués deux groupes très différents de blessés :

1° Tous les blessés dont après examen complet et au besoin surveillance de 24 ou 48 heures la blessure a été reconnue très bénigne. Ceux-ci sont dirigés sur un dépôt de petits blessés pour être maintenus au front et immédiatement récupérés.

2° Tous les blessés dont la blessure pansée ou opérée permet l'évacuation immédiate vers l'arrière.

Le triage est donc très différent suivant qu'il s'effectue aux postes de première ligne, postes de secours régimentaires et divisionnaires ou aux formations de seconde ligne, ambulances chirurgicales de corps d'armée, et hôpitaux d'évacuation.

En première ligne, la règle absolue est l'évacuation intensive et rapide vers les relais chirurgicaux de seconde ligne.

En seconde ligne, à ces relais chirurgicaux, la règle est soumise aux fluctuations du combat. En période d'action normale, l'évacuation est commandée par les principes qui viennent d'être énoncés. En période d'action brusquée il n'en est plus de même :

S'il s'agit d'un repli de l'ennemi le terrain est largement dégagé et l'ambulance devant suivre son corps d'armée passe la main à une formation d'arrière sans avoir à se soucier de déplacer ses blessés.

S'agit-il au contraire d'une brusque avance de l'ennemi ?

Voilà l'ambulance prise sous le bombardement. Les événements commandent une évacuation intensive et rapide de tous les blessés qu'un devoir impérieux nous oblige à soustraire immédiatement à de nouveaux périls.

La règle devient : *évacuation totale* par les moyens les plus prompts, en se gardant de tout affolement et en s'efforçant de rendre cette évacuation aussi peu préjudiciable que possible à l'évolution des blessures.

Les blessés les plus graves, ceux pour lesquels en période d'action normale tout transport serait interdit (nous verrons tout à l'heure de quelles variétés de blessures ils peuvent être atteints) seront transférés avec le maximum de douceur et de confort au relais chirurgical le plus proche situé en dehors de la zone dangereuse. Tous les autres blessés, c'est-à-dire tous ceux qui du fait du traitement sont devenus transportables sans qu'il puisse en résulter une aggravation de leur état, seront évacués beaucoup plus loin vers l'arrière.

Ce bref rappel des évacuations aux différents relais et suivant les phases de la bataille vous démontre que les opérations de triage des blessés en chirurgie de guerre ont une importance primordiale.

1° Pour le blessé parce qu'une opération retardée peut lui coûter la vie ou au moins la perte d'un membre ;

2° Pour la collectivité parce que d'un triage judicieux va dépendre la récupération du plus grand nombre d'unités.

Vous engagez aussi lourdement votre responsabilité par des évacuations trop larges que par des évacuations insuffisantes. Faites des évacuations intempestives ; vous laissez passer le moment opératoire et vous privez le blessé de sa seule chance de salut. Quand il arrive sur la table d'opérations, l'hémorragie ou l'infection a déjà fait son œuvre.

Faites des évacuations insuffisantes ; vous conservez des blessés pour lesquels l'intervention peut être retardée de quelques heures sans que le pronostic opératoire s'en trouve assombri et c'est l'embouteillage à brève échéance avec ses conséquences funestes : surmenage des équipes chirurgicales, fonte rapide des approvisionnements sans possibilité de les renouveler à temps, encombrement des salles d'hospitalisation, nécessité brutale de renvoyer plus loin en totalité et au péril de leur vie les prochains arrivages de blessés quelle que soit l'urgence des blessures et sans même pouvoir les panser. Vous avez voulu trop bien faire pour quelques unités et votre acte a des conséquences d'une gravité exceptionnelle pour toute une collectivité.

Pénétrez-vous donc bien de l'importance capitale du rôle que vous allez jouer aux postes de triage et mettez-vous en demeure de le jouer avec toute votre science et toute votre conscience.

Les urgences ne sont pas toutes d'égale valeur et pour rendre l'exposé plus clair, nous avons vu qu'on peut diviser les blessures dont le traitement est urgent en blessures de *première* et de *deuxième urgence*.

A. **Blessures de première urgence.** — En faisant abstraction des comateux et des moribonds tout de suite classés, l'indication de première urgence peut

résulter d'abord de deux grandes causes : l'hémorragie et l'état de choc.

1° *L'hémorragie.*

Vous savez qu'il y a hémorragie toutes les fois qu'un blessé continue à saigner malgré l'application d'un pansement compressif et que la pose d'un garrot est nécessaire. Méfiez-vous tout de suite des *fausses hémorragies. Tantôt* il s'agit de blessures qui saignent par suite de l'application d'un garrot intempestif, garrot mal serré en amont de la plaie et qui favorise l'écoulement du sang veineux comme pour une saignée. Il suffit de l'enlever pour que l'hémorragie s'arrête. *Tantôt* il s'agit de blessures recouvertes par des pièces de pansement surtout transpercées par la pluie et simplement rougies par le sang. Il suffit de remplacer le pansement détrempé par un pansement sec pour arrêter le suintement sanguin.

Méfiez-vous davantage des *plaies artérielles sèches.* L'artère a été arrachée, ses tuniques élastiques se sont étirées et rétractées et un caillot mou obture le moignon artériel. Obturation bien précaire ; tant que le blessé est refroidi, syncopal et que son pouls bat faiblement, l'hémostase persiste. Le blessé vient-il à se réchauffer, le pouls devient plus plein, le sang artériel projeté plus violemment fait sauter le caillot bouchon et l'hémorragie se produit à retardement en pleine nuit quand le chirurgien n'est plus là pour la guetter et l'arrêter. Pour éviter de pareils mécomptes ne laissez passer sans la débrider à fond aucune plaie en séton dont le trajet est susceptible d'avoir intéressé une artère et souvenez-vous de l'anatomie chirurgicale.

Méfiez-vous des *artères de petit calibre* autant que des plus grosses et considérez leur ligature comme d'une égale urgence. J'ai souvenir d'un jeune aspirant arrivé moribond avec une plaie de la péronière liée trop tardivement et qu'aucune thérapeutique n'a pu sauver.

Enfin en présence d'une anémie aiguë ne vous en laissez pas imposer par l'*hémorragie légère* d'une plaie *superficielle* qui retient à tort toute votre attention, tandis que l'*hémorragie grave* et bientôt mortelle dépend d'une autre plaie *plus profonde*, moins évidente parce que le sang s'épanche à l'intérieur dans une grande séreuse.

2° *L'état de choc.*

Vous aurez vite fait de le reconnaître chez ces malheureux blessés pâles, froids, les traits livides, les yeux ternes et sans vie. Leur voix est éteinte, leur pouls à peine perceptible, leur respiration superficielle. Ils sont toujours atteints d'une blessure grave par broiement ou par éclatement. Ils ont eu bien souvent une hémorragie importante ou prolongée. Vous les rencontrerez plus nombreux en période de dépression, de retraite, après une longue résistance à l'ennemi.

Peu importe d'ailleurs la nature de la blessure, l'essentiel est de reconnaître cet état de choc qui, à lui seul, nécessite une thérapeutique de toute urgence. La multiplicité des blessures sans que chacune d'elles prise à part ait un caractère de gravité évidente peut suffire à provoquer le choc. Retenez que *les polyblessés* sont toujours des blessés choqués.

La forme de la blessure peut aussi motiver un traitement de première urgence. *Un broiement* de membre même en l'absence de choc interdit tout transport à longue distance. L'immobilisation des parties broyées est impossible et le moindre déplacement du blessé lui occasionnerait des souffrances horribles.

Broiements. Plaies du cou. Rachis.

La même urgence peut résulter de ce que le transport ferait courir au blessé des risques d'aggravation sérieuse, de complication brusque et mortelle due à la mobilisation de la région atteinte et impossible à contenir en raison du siège de la blessure. Il est des régions difficiles à immobiliser. Dans cette classe rentrent les plaies du rachis par crainte de rupture de la moelle ; les plaies du cou dans lesquelles les lésions de la trachée ou des gros vaisseaux peuvent du fait d'un mouvement intempestif entraîner une issue fatale par suffocation ou hémorragie.

Nous avons à envisager ensuite les blessures qui en raison de leur *siège* nécessitent une thérapeutique de première urgence.

1° Toutes *les plaies du crâne.*

Je n'insiste pas sur les cas d'*éclatement de la voûte* avec issue de matière cérébrale dont l'urgence est indiscutable. Il est beaucoup plus intéressant d'attirer votre attention sur les *petites plaies du cuir chevelu* qui commandent toujours un débridement immédiat parce qu'elles cachent souvent un enfoncement de la table interne, une embarrure, une esquille fichée dans la dure-mère ou même en pleine écorce cérébrale : autant de délabrements que seule la trépanation peut déceler. Elles peuvent même cacher des dégâts beaucoup plus profonds. Pendant les bombardements de Verdun on m'apporte au poste chirurgical avancé un grand gaillard qui succombe au moment où on l'étend sur la table d'opérations. L'examen au poste de triage et l'examen plus attentif encore dans la salle de déshabillage n'avaient permis de découvrir qu'une toute petite plaie du cuir chevelu, au vertex. J'ai pris le temps de faire l'autopsie. Un petit éclat d'obus avait fait balle, traversé le crâne à l'emporte-pièce et le cerveau jusque vers le bulbe.

Les *fractures de la base*, dès qu'elles sont compliquées par un syndrome cérébral ou par un écoulement abondant de sang ou de liquide céphalo-rachidien, rentrent dans le même groupe.

2° *Les plaies de poitrine par éclat d'obus.*

J'ai pu faire pendant les attaques d'Arras comme chirurgien du 20e corps et grâce à la bienveillance du médecin-général Sieur, une étude approfondie de ces plaies au point de vue anatomo-pathologique clinique et thérapeutique. Cette étude m'a démontré la différence fondamentale de gravité entre ces plaies et les sétons par balle. La plaie par éclat d'obus s'accompagne toujours d'un foyer de fracture de côtes dont les esquilles vont s'incruster dans un lobe pulmonaire très souvent dilacéré et éclaté. L'hémo-pneumothorax est en pareil cas un facteur fréquent de gravité. Ces

lésions commandent la thoracotomie immédiate. Vous distinguerez sans peine la blessure par éclat d'obus du simple séton par balle, parce que le blessé vous renseignera en général sur la nature du projectile qui l'a frappé et parce que vous constaterez un syndrome thoracique beaucoup plus grave et plus impressionnant.

3° *Les plaies de l'abdomen.*

L'indication d'extrême urgence pour le traitement de ces plaies n'a jamais été discutée. Dans les cas en apparence les plus bénins, le tableau clinique peut se transformer brusquement et la péritonite généralisée peut en quelques heures déclancher une issue fatale alors qu'une accalmie trompeuse laissait espérer l'absence de toute lésion viscérale.

Il faut donc être extrêmement circonspect au poste de triage et serrer de très près l'examen des blessés de l'abdomen.

Doivent être catégorisés en première urgence dans ce groupe : tous les blessés présentant *un signe certain de plaie pénétrante de l'abdomen*, c'est-à-dire chez lesquels vous constatez soit l'issue d'une frange épiploïque ou d'un viscère, soit l'issue de matières par la plaie.

Tous les blessés *suspectés d'être atteints* de plaie pénétrante de l'abdomen soit parce que la blessure *siège* sur la paroi abdominale, soit parce qu'en reconstituant le *trajet* d'un séton ce trajet intéresse la région abdominale. Ces blessés doivent tous être soumis à l'examen du chirurgien qui décidera soit l'intervention exploratrice, soit la mise en observation, ou qui prendra la responsabilité de l'évacuation.

Enfin tous les blessés qui présentent *un syndrome abdominal* même léger, même fruste, quel que soit, et ceci est capital, *quel que soit le siège de leur blessure*. C'est ainsi que j'ai vu plus d'une fois un projectile pénétrer par le creux sus-claviculaire, traverser le thorax sans léser d'organe important et s'arrêter dans le flanc après avoir perforé une ou deux anses grêles. Il s'agit en somme de plaies thoracoabdominales compliquées d'une lésion viscérale abdominale.

N'allez pas conclure de ce fait que toutes les plaies thoraco-abdominales justifient un traitement de première urgence. J'ai publié sous le titre de balles migratrices de l'abdomen les observations de blessés atteints de projectiles qui ayant pénétré par le thorax et traversé le diaphragme s'étaient arrêtés dans l'abdomen et s'y promenaient sans avoir lésé aucun organe important. Des examens radioscopiques successifs pratiqués à quelques jours d'intervalle avaient pu localiser la même balle d'abord dans un flanc, puis dans l'autre. Elle avait fini par se fixer et s'enkyster et était parfaitement tolérée.

4° *Les plaies pénétrantes du genou.*

C'est-à-dire toutes les plaies qui par leur siège ou la reconstitution de leur trajet, s'il s'agit d'un séton, semblent avoir intéressé la séreuse articulaire. Il serait tout à fait imprudent de ne conserver que les gros genoux et de laisser évacuer sans traitement immédiat une de ces plaies, sous prétexte qu'elle ne s'est pas compliquée aussitôt d'hémarthrose. Les plaies du creux poplité qui ont lésé l'artère du même nom et nécessitent trop souvent l'amputation se classent naturellement avec les plaies du genou.

B. **Blessures de deuxième urgence.** — Nous arrivons maintenant à l'étude des blessés de deuxième urgence.

Comme pour le premier groupe nous envisagerons successivement les affections chirurgicales générales et spéciales qui motivent ce classement. Ce sont d'abord *en chirurgie générale :*

Les gangrènes gazeuses dont un traitement rapide et énergique peut souvent limiter l'extension, *les brûlures profondes et étendues* qui occasionnent des douleurs aiguës exaspérées par le moindre transport et qui s'accompagnent toujours d'un certain état de choc.

Ce sont *en chirurgie spéciale :* les plaies *pénétrantes du globe oculaire*, les *fractures du bassin compliquées* de lésions de l'urèthre ou de la vessie, lésions faciles à reconnaître par suite de rétention d'urine ou d'évacuation de quelques gouttes d'urine sanglante.

Toutes les *blessures importantes des voies urinaires* doivent être classées dans la même catégorie. Que faut-il entendre par blessures importantes ? Au niveau du *rein*, tout éclatement total ou même partiel de l'organe s'accompagnant d'un hématome périrénal et d'hématurie : cet éclatement est en général la conséquence d'une plaie par éclat d'obus. Le séton par balle souvent beaucoup plus bénin, peut ne provoquer que des dégâts et des symptômes discrets et permettre une évacuation à plus longue distance. Au niveau de la *vessie*, c'est la perforation, aussi bien dans sa portion sous-péritonéale que péritonéale ; cette perforation se manifeste par des signes évidents et l'urgence de son traitement est indiscutable. Il est bien entendu que si la blessure rénale ou vésicale s'accompagne d'une plaie pénétrante de l'abdomen, c'est la lésion viscérale intrapéritonéale qui domine la scène. Elle catégorise la blessure non plus en deuxième urgence, mais comme nous l'avons vu en première urgence.

Les plaies de l'*urèthre* ont été envisagées à propos des fractures du bassin. Elles sont justiciables à l'état isolé de considérations analogues à celles que nous avons exposées.

Les *blessures du rectum*, faciles à reconnaître, nécessitent toutes une intervention urgente et cette urgence n'appelle aucune discussion.

Quelles sont les lésions des *membres* dont le traitement ne peut être différé au delà d'une deuxième urgence ? Toutes les *luxations*, pour permettre une récupération du blessé d'autant plus rapide.

Les *plaies articulaires, sauf les plaies du genou* déjà catégorisées en première urgence.

Toutes les *fractures compliquées à foyer esquilleux*, c'est-à-dire d'une manière générale toutes les fractures *par éclat d'obus*. N'oubliez pas que dès qu'une lésion vasculaire importante s'ajoute à la lésion osseuse, la lésion vasculaire fait passer d'autorité le blessé dans le groupe de première urgence. Il s'agit d'une hémorragie, nous n'avons pas à revenir sur cette question. Enfin, il faut rattacher au même groupe une blessure extrêmement importante et dont la gravité ne doit pas être méconnue : la *plaie de la*

fesse. C'est une plaie qui est toujours grave, soit par l'atteinte des vaisseaux ischiatiques, soit par une lésion de l'articulation de la hanche, soit très souvent par une perforation concomitante du bas-fond de la vessie ou du rectum.

Tel est, résumé dans ses grandes lignes, l'exposé des notions indispensables à tout médecin qui a reçu la mission de confiance d'assurer le fonctionnement d'un poste de triage dans une formation de l'avant.

De cet exposé que faut-il retenir ? Il faut retenir : la catégorisation en première urgence de toutes les blessures comportant une hémorragie ou un état de choc, des plaies pénétrantes du crâne, de la poitrine, de l'abdomen, du genou, des plaies du rachis, de certaines plaies du cou et des larges broiements de membre. La catégorisation en deuxième urgence des gangrènes, des brûlures étendues, des plaies pénétrantes du globe oculaire, de la généralité des blessures des voies urinaires et du rectum et, aux membres, des luxations, des plaies articulaires sauf celles du genou, déjà nommées, des fractures esquilleuses et des plaies de la fesse.

Il faut retenir enfin que toutes les fois que vous pourrez connaître la nature du projectile vous ne devrez pas manquer de vous en informer en prenant pour maxime dans la majeure partie des cas : *plaie par éclat d'obus = thérapeutique urgente.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1934)

M. LE PRÉSIDENT fait part du décès de M. Cazeneuve, associé national.

Suicides, tuberculose, vieillesse et terrains magnésiens. — M. ROBINET, dans une note présentée par M. Pierre DELBET, étudie la mortalité par suicides, tuberculose et vieillesse et leur fréquence dans les terrains plus ou moins magnésiens.

Pour la France entière, il apparaît que les chiffres des suicides augmentent régulièrement et au fur et à mesure que la teneur du sol en magnésium se raréfie.

Pour la tuberculose (appareil respiratoire), M. Robinet ne peut conclure.

Par contre, pour la sénilité, la mortalité est beaucoup plus forte dans les terrains magnésiens que dans les terrains dépourvus de magnésie.

En résumé, dit M. Delbet : « Il y a plus de cancers, plus de suicides et moins de vieillards dans les régions pauvres en magnésium. »

L'eau dans les tissus. — M. NICLOUX. Les expériences de M. Nicloux montrent que l'eau joue un rôle prépondérant dans la fixation de l'alcool par les tissus. Tout se passe, cependant, pour les tissus placés dans un milieu faiblement alcoolisé, comme si une partie de l'eau était imperméable à l'alcool. L'auteur suppose que cette eau est liée aux protéines et définit un coefficient qui en permet l'évaluation.

Action phylactique de l'acide lactique et de ses sels. — M. KOPACZEWSKI démontre que l'acide lactique et les lactates permettent d'éviter le choc anaphylactique lorsque les substances déchaînantes sont mélangées aux lactates, ou bien lorsque ces derniers sont introduits dans la circulation ou dans le péritoine avant l'injection déchaînante. L'emploi de l'acide lactique et de ses sels est donc justifié en clinique et les thérapeutes trouveront parmi ces corps des agents actifs (lactate d'ammonium) susceptibles d'influencer favorablement divers états de choc. Le mode d'action de ces substances réside, d'après M. Kopaczewski, dans l'effet stabilisant du complexe colloïdal sanguin ; de cette façon, sa conception physique des états de choc semble s'enrichir d'un argument expérimental nouveau. Ajoutons que M. Kopaczewski cite de nombreuses mesures physiques effectuées sur du sang circulant pour étayer ses conclusions.

La valeur alimentaire de quelques poissons de la Méditerranée et des cours d'eau qui s'y jettent. — M. R. SALGUES classe les poissons d'après leur *richesse en graisse* en poissons maigres ou légers jusqu'à 2,5 % de matières grasses : carpe, barbeau, chevenne, etc., sole, capellan, grondin, rascasse, loup ou bar, etc.

Poissons demi-gras de 2,5 à 6 % de graisse : truite, mulet, vive, dorade, etc.

Poissons gras ou lourds au delà de 6 % de matières grasses : maquereau, thon, baudroie, anguille, congre, murène.

Eléments minéraux. — Les cendres des poissons de mer paraissent contenir moins de potasse et plus de soude que les espèces d'eau douce ; elles sont moins riches en magnésie, mais davantage en chlore et peut-être en anhydre phosphorique.

La chair des poissons contient plus de chaux que les autres viandes alimentaires, bien davantage lorsqu'elle est conservée (sardines), on y trouve moins de fer que dans la viande de mouton.

Enfin les poissons contiennent des vitamines liposolubles, vitamine A ou vitamine de croissance ; vitamine D ou vitamine antirachitique, et parmi les hydrosolubles, vitamines B.

La valeur alimentaire du poisson est donc éminente, encore faut-il qu'il ne soit ni vénéneux, ni atteint d'affection parasitaire ou infectieuse, ni avarié.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1934)

De l'influence de la composition chimique du milieu de culture sur la morphologie des colonies du bacille tuberculeux. — MM. A. BERTHELOT, J. VALTIS et F. VAN DEINSE ont observé que la composition chimique du milieu de culture peut parfois modifier l'aspect des colonies d'une souche de bacilles tuberculeux, leur donnant les caractères culturaux de colonies lisses, sans toutefois modifier les propriétés biologiques du bacille ensemencé.

L'épreuve de l'hypoglycémie insulinique chez les hypertendus. — MM. Marcel LABBÉ, R. BOULIN et A. ESCALIER ont pratiqué l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique chez huit hypertendus. Le pourcentage d'abaissement de la glycémie a varié, comme chez le sujet normal, dans des limites assez larges, de 27 p. 100 à 80 p. 100. Le taux moyen, 58 p. 100, s'est montré très voisin du taux moyen normal, 53 p. 100. Les hypertendus paraissent donc présenter une sensibilité à l'insuline approximativement normale.

Le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)

Docteurs !
Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Sapho-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes
Goût agréable

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la : NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

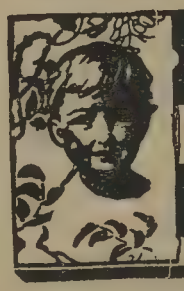
VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76

R. C., I 33, Aubenas.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul[e] Ornano PARIS

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE

ELIXIR GREZ ET PILULES

CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs

DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

POUR DIMINUER VOS DÉPENSES, UTILISEZ LES COLIS AGRICOLES. — Voulez-vous recevoir à bon compte et dans leur état de fraîcheur première les primeurs de la Vallée du Rhône ? Utilisez le tarif des colis agricoles par envois arpides de 20, 30 ou 40 kilogr., applicable à toutes les denrées.

Vous ne payerez que 12 fr. 95 pour un colis de 20 kilogr. de primeurs de Cavaillon à votre domicile à Paris.

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE
AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

Processus de sécrétion neuronale dans les noyaux végétatifs de l'hypothalamus chez l'homme. — La « Neuricrinie ». — MM. Roussy et Mosinger ont repris l'étude, chez l'homme, de la sécrétion normale des noyaux de l'hypothalamus, qui a été observée notamment chez les batraciens et les poissons par certains auteurs (Poppi, Scharrer).

Cette étude leur a montré que le pouvoir sécrétoire des neurones végétatifs de l'hypothalamus peut être distingué nettement de la neurocrinie hypophyso-hypothalamique.

Pour bien préciser qu'il ne s'agit pas seulement de « sécrétion endonerveuse » (neurocrinie), mais encore de sécrétion d'origine nerveuse, les auteurs proposent d'appeler ce processus : « *neuricrinie* ».

Ces constatations paraissent indiquer que le fonctionnement nerveux libère des principes actifs, non seulement à la périphérie (sympathine, substance vagale), mais encore dans les centres nerveux. Il s'agit probablement d'un processus général qui aboutit à l'élaboration de substances que les auteurs proposent de dénommer « *neuro-hormones périphériques* » et « *neuro-hormones centrales* ».

Le complexe hypothalamo-hypophysaire serait ainsi doué, en plus des mécanismes nerveux direct, hormonal direct, neuro-hormonal et hormono-neural, d'un cinquième mode d'action, c'est-à-dire d'une sécrétion d'origine nerveuse : la « *neuricrinie* ».

Etude de la toxicité comparée des solutions d'acide sulfurique et d'acide acétique pour le bacille de Koch. — MM. A. Saënz, L. Costil et M. Sadettin ont étudié l'action comparée de l'acide sulfurique et de l'acide acétique sur le bacille de Koch. Leurs expériences démontrent que le degré de toxicité des deux acides précités est différent. En effet, la nocivité de l'acide sulfurique à des concentrations de 10 à 40 p. 100, laissé en contact avec des émulsions denses de bacilles des mammifères (jusqu'à 1/10 de milligr. par cm^3) pendant une demi-heure est pratiquement nulle. C'est seulement aux concentrations de 30 à 40 p. 100 que l'action de l'acide sulfurique sur les bacilles devient nettement nuisible, à condition de prolonger ce traitement pendant 45 à 60 minutes.

Avec des émulsions ne contenant que 1/100 à 1/1.000 de milligr. de bacilles par cm^3, l'acide sulfurique à 10 p. 100 se montre parfaitement inoffensif, tandis que l'acide acétique, déjà à la concentration de 5 p. 100 exerce une action empêchante totale sur le développement du bacille de Koch. Ce même phénomène a été observé en étudiant comparativement l'effet de ces deux acides sur des sangs humains artificiellement infectés. Ces expériences permettent aux auteurs de conclure à la grande toxicité de l'acide acétique pour les cultures de bacilles tuberculeux des mammifères et à l'avantage de l'emploi de l'acide sulfurique comme agent d'hémolyse des sangs à ensemencer.

Action pharmacodynamique de nouveaux dérivés des aminocoumaranes. —MM. E. Fourneau, D. Bovet et P. Maderni étudient les propriétés pharmacologiques de onze dérivés du diéthylaminométhyl-2-coumaranes, substances qui se rapprochent à la fois par leur constitution chimique et par leur action pharmacologique des aminométhyldioxanes et des éthers phénoliques d'aminoalcools, dont l'action paralysante sur le système nerveux sympathique et l'antagonisme vis-à-vis de l'adrénaline avaient été précédemment observés. Les aminocoumaranes possèdent une action tonique sur les contractions intestinales, une action bronchoconstrictrice ; elles exercent vis-à-vis de l'hypertension adrénalinique, les unes une action faiblement antagoniste, les autres une action inversante ; l'antagonisme est très marqué sur l'hyperglycémie adrénalinique.

Action sur l'hyperglycémie adrénalinique du diéthylaminométhyl-3-benzodioxane (833 F.) et de quelques éthers-oxydes phénoliques voisins. — M. Blancher. Une série de substances dont l'action paralysante sur le système nerveux sympathique périphérique avait été mise précédemment en évidence ont été essayées au point de vue de l'antagonisme qu'elles pouvaient présenter vis-à-vis de l'hyperglycémie adrénalinique du lapin. Les dérivés de l'aminométhylbenzodioxane et de l'aminocoumarane ont présenté un antagonisme très fort, la phénoxyéthyldiéthylamine se montrant sans action dans les mêmes conditions. L'auteur conclut qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'action que ces produits exercent vis-à-vis des effets hypertenseurs de l'adrénaline et celle qu'ils exercent sur son action hyperglycémiante.

Inoculation du virus lymphogranulomateux (Maladie de Nicolas et Favre) à la souris. — MM. Jean Levaditi et L. Reinié. 1° Le virus lymphogranulomateux se conserve chez la souris lorsqu'il est injecté dans les veines et les ganglions lymphatiques, contrairement à ce qu'il advient lorsque l'inoculation est effectuée par les voies oculaires, préputiale, cutanée et testiculaire.

2° Cette conservation ne dure que quelques jours et ne s'accompagne pas constamment de lésions histologiques des organes. Ces faits s'opposent aux résultats fournis par l'inoculation intra-cérébrale, laquelle détermine généralement une méningo-encéphalite caractéristique et permet une très longue conservation du germe.

3° La réceptivité des divers organes de la souris, soit après inoculation directe, soit par propagation secondaire, semble proportionnelle à leur richesse en tissu réticulo-endothélial.

4° Si, chez le singe, la barrière hémato-encéphalique s'oppose à la pénétration du virus dans le névraxe lorsque ce virus est introduit ailleurs que dans le cerveau, par contre, chez la souris, cette barrière peut être franchie dans certaines conditions expérimentales.

Inhibition et affaiblissement de la lyse microbienne transmissible en présence de diverses lécithines. — MM. B.-S. Levin et Iva Lominski montrent que les émulsions de lécithine de jaune d'œuf et de phytolécithine, même en concentrations minimes, inhibent ou affaiblissent considérablement le pouvoir lytique du bactériophage, qui n'est pas détruit par les lécithines. Car le bactériophage peut être régénéré et se montre repiquable. Le phénomène de l'inhibition du bactériophage par les lécithines semble particulièrement important, vu la présence des lipoïdes dans toute matière vivante.

Recherches sur la subordination nerveuse. — M. et Mme A Chauchard et M. Paul Chauchard montrent qu'une étude de la subordination nerveuse, pour être probante, nécessite un état aussi normal que possible des animaux d'expérience. Pour les animaux marins en particulier, outre les conditions de température, il faut que l'eau de mer dans laquelle on les maintient entre les expériences ait conservé les propriétés de l'eau de mer naturelle : teneur en oxygène dissous, en matières organiques ; ne contienne aucun ion toxique pour ces animaux. Dans ces conditions, le phénomène de la subordination ne se traduit pas seulement par une diminution de la chronaxie du neurome périphérique, mais aussi par des variations de ce paramètre sous l'influence de l'activité physiologique normale des centres nerveux.

Humeur aqueuse et décollement rétinien. — M. Bonnefon. Certains troubles de la circulation de l'humeur aqueuse, liés à des lésions destructives de l'urée qui ne remplit

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le **Camphre** dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'**acide valérianique** dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

D^R L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

plus son office physiologique d'agent de propulsion, se traduisent par une stase humorale.

Ce liquide collecté entre le corps vitré et la rétine peut provoquer le décollement à la faveur d'une déchirure de cette membrane.

Cette étiologie se rencontre de préférence dans les lésions myopiques séniles et syphilitiques.

Caractères histologiques des lésions tuberculeuses de surinfection cutanée chez le cobaye. — M. R. Laporte. Les lésions cutanées de surinfection tuberculeuse par de faibles doses de bacilles (0 mgr. 001) se distinguent des lésions de primo-infection qui ont été étudiées par l'auteur dans une communication précédente, d'abord par l'existence d'une réaction allergique qui revêt le type tuberculinique, ensuite par l'apparition plus précoce du granulome et de l'abcès central qui aboutit plus tôt à l'ulcération. Dans la surinfection, le tissu de granulation tuberculeux offre une structure plus nettement folliculaire avec cellules géantes plus nombreuses que dans la primo-infection, où la structure de ce tissu est anarchique. Les altérations cellulaires et l'infiltration par les polynucléaires, au lieu d'être diffuses, se montrent limitées au pourtour de l'ulcération. L'extension des lésions de surinfection ne tarde pas à se ralentir et une fibrose de dissociation centripète tend à envahir le granulome. Le fait le plus saillant, du point de vue immunologique, est la rareté des bacilles tuberculeux dans les lésions de surinfection, contrastant avec leur grande abondance dans les lésions primaires.

Election. — M. Dognon est élu membre titulaire, par 30 voix.

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 mars 1934) :

Action de la distension intestinale sur la sécrétion pancréatique provoquée. — MM. H. Hermann et G. Morin. La distension du duodénum ou du jejunum provoque, chez le chien chloralosé, des modifications de la sécrétion pancréatique déclenchée et régulièrement entretenue par une injection à débit constant de sécrétine (de Bayliss et Starling) dans la jugulaire. Ces modifications consistent en un fléchissement, puis en une accélération secondaire de l'écoulement du suc. Le premier phénomène semble résulter d'un réflexe inhibiteur fugace à point de départ intestinal. Le second provient vraisemblablement du passage du contenu acide de l'estomac dans l'intestin à la suite du renforcement des contractions gastriques succédant à l'inhibition de l'estomac qu'entraîne la distension intestinale, évacuation augmentant la quantité de sécrétine circulant.

Sur l'innervation sécrétoire de la mamelle chez la chèvre. MM. J. Jung, R. Tagand et M. Pierre. S'il est bien établi que l'intervention des nerfs de la mamelle n'est pas indispensable au déclenchement de la sécrétion lactée, les plus grandes incertitudes règnent encore sur leur rôle dans sa régulation ultérieure : certains auteurs ont obtenu avec Laffont, de l'hypersécrétion par excitation, ou avec Mironow, un ralentissement considérable après section ; tandis que, de leur côté, ni Eckhardt, ni Sinety n'ont observé de modifications.

MM. L. Jung, R. Tagand et M. Pierre étudient chez la chèvre, la sécrétion de chacune des deux mamelles que possède cet animal, comparativement avant et après section des nerfs de l'une d'elles. Ils constatent que l'intervention ne modifie en rien l'activité de la glande énervée, par rapport à celle de l'autre.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 24 février 1934)

Malade atteint d'un psoriasis généralisé ancien guéri en deux mois. — M. Mathé présente un homme blanchi d'un psoriasis généralisé très accentué pour lequel il était traité sans résultat depuis deux ans. Il commença par des injections bismutho-arséniées, puis il y adjoignit le traitement par l'antigène psoriasique, deux mois après, le malade ne présentait plus que quelques lésions légères qui, en une semaine, disparaissent avec le traitement et la pommade de Saint-Louis. A Noël, le malade est complètement blanchi. L'auteur rappelle les résultats obtenus avec l'antigène psoriasique dans les cas de psoriasis ancien, résistant pour un certain nombre d'auteurs, et par l'association bismuth-arsenic.

Sangle porte-électrode de rééducation électro-faradique abdominale et viscérale. — M. Marcel Joly présente un appareillage qui permet l'excitation simultanée électro-faradique de tous les muscles du tronc, grâce à une sangle porte-électrode, calculée dans ce but, et à une bobine faradique « de poche ». Un interrupteur inédit, actionné par la seule respiration du malade, écarte d'une façon absolue tout danger de trémulation faradique et donne des excitations à un rythme physiologique idéal de rééducation musculaire la plus puissante.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Présentation de malades. — M. Jean Guisez.

Les ptoses viscérales et l'évolution du costume féminin. — M. R. Glenard montre que la description faite par Frantz Glénard en 1885, des ptoses viscérales et de la sangle, son précieux corollaire thérapeutique, a eu sur l'évolution du costume féminin, dans ces cinquante dernières années, une influence fondamentale. C'est pour une grande part à la valeur des principes médicaux ainsi représentés, que nous devons d'avoir vu passer progressivement la silhouette féminine, de la taille de guêpe, telle que la déterminait, à la fin du siècle dernier, le corset cambré devant, à la ligne droite encore en vogue aujourd'hui. Les médecins peuvent s'enorgueillir à juste titre, d'avoir obtenu, dans ce domaine, les résultats les plus favorables à l'amélioration de l'hygiène vestimentaire et au bon entretien de la santé publique.

Radiothérapie de tumeurs diverses du poumon. — M. Guilbert, par une série de clichés radiographiques, démontre : 1° que la radiothérapie est un agent thérapeutique indiscutable, même dans les tumeurs pulmonaires ; 2° que le résultat est beaucoup meilleur sur les tumeurs endothéliales que sur les tumeurs épithéliales, mais que ces dernières elles-mêmes sont très heureusement influencées ; enfin, l'auteur insiste sur la nécessité des hautes doses consécutives, les doses fractionnées et réfractées ne donnant que des résultats nuls, et rendant les tumeurs radio-résistantes.

Pneumothorax bilatéral simultané. — M. Georges Rosenthal affirme que le tuberculeux bilatéral, sous des réserves de surveillance médicale, est curable par le pneumothorax bilatéral simultané, selon la méthode du prof. Ascoli, de Palerme.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique
sans lait presque sans graisse
capable de soutenir, mieux que
le bouillon de légumes, l'état
général de malades chez qui
le lait est contre-indiqué.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

R. C., 221.639, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.) - France

R C Versailles 25.292

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 18 AVRIL 1934. — N° 31.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La maladie postopératoire, par M. le professeur R. Leriche.
La démence. Présentation clinique, par M. R. Benon.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de neurologie. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Lendemain des votes fiscaux, par M. Maurice Mordagne.
PRATIQUE MÉDICALE
REVUE DES THÈSES
NOTES POUR L'INTERNAT
Anémie pernicieuse (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Composition écrite.* — MM. Caroli, 19,09; Bezançon et Pollet, 20; Lamy, 19,90.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Girode, Cadenat, Robineau, Bazy, Alglave, Bergeret, Darré, qui n'ont pas encore accepté.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétarial des hospices, 91, cours d'Albret, avant le 19 mai.

— Une place d'accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux est mise au concours.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, avant le 28 mai 1934 inclus.

HÔPITAL SADIKI (TUNIS). — Deux vacances d'interne, l'une en chirurgie, l'autre en ophtalmologie, vont se produire incessamment à l'hôpital Sadiki, à Tunis.

Les conditions générales sont les suivantes : nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Le classement aura lieu sur titres, préférence étant donnée aux candidats ayant déjà fait de la chirurgie ou la spécialité : 1° comme internes des facultés de médecine; 2° comme internes provisoires ou suppléants des mêmes facultés; 3° internes nommés au concours des villes ayant une école de médecine.

Adresser les demandes à M. le Directeur de l'hôpital Sadiki, à Tunis.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — La chaire d'hygiène et médecine préventive (titulaire : M. Parisot), de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est transformée en chaire d'hygiène et médecine sociale.

M. Parisot est nommé professeur d'hygiène et médecine sociale à ladite Faculté. (*J. O.*, 11 avril 1934.)

CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES. — Le jury du concours de médecin des asiles de 1934 est constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. le professeur Santenoise; membres titulaires : MM. le professeur Abadie, les docteurs Pasturel, Jabouille, Vullien, Vurpas, Hyvert et M. Haye; membres suppléants : MM. les docteurs Abely et Barbe.

LES DÉCRETS-LOIS DU 15 AVRIL 1934. — Ces décrets portent :

1° Sur la revision des conditions d'attribution de la carte du combattant et la revision des pensions abusives.

2° Sur le choix du pharmacien en matière de soins gratuits. Ce décret est ainsi conçu :

Article premier. — La loi du 31 mars 1919, paragraphe 4, est modifiée ainsi qu'il suit :

« Les bénéficiaires de la présente loi auront le droit au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Le libre choix du pharmacien s'exercera parmi ceux que le ministre des Pensions aura agréés comme fournisseurs.

3° Sur la production des mémoires médicaux et pharmaceutiques en matière de soins gratuits :

Article premier. — Le paragraphe 5 de l'article 64 de la loi du 31 mars 1918 est complété comme suit :

« Sauf dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, les praticiens exerçant à la fois la médecine et la pharmacie ne sont admis à présenter que des mémoires pharmaceutiques ou des mémoires médicaux. »

4° Enfin, sur la retraite du combattant et la retenue de 3 p. 100 sur les pensions de guerre, la retraite du combattant et les traitemonts de la Légion d'honneur et de la médaille militaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix décernés par la Société en 1935.* — Prix Faure. — Ce prix, suivant l'intention du fondateur, doit être décerné au meilleur mémoire intéressant l'hygiène de la ville de Bordeaux. Il est pour 1935 d'une valeur de 500 fr.

Le sujet imposé par la Commission est le suivant : « La lutte contre les moustiques à Bordeaux. »

Prix Pujos. — Ce prix, suivant l'intention du fondateur, doit être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie. Il est pour 1935 d'une valeur de 1.000 fr.

Le sujet imposé par la Commission est le suivant : « Le traitement chirurgical de la névralgie faciale. »

Les mémoires pour ces deux prix, dactylographiés si possible, devront être adressés au docteur Chabé, secrétaire général, au siège de la Société, 15, rue Professeur Demons, à Bordeaux.

Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires seront reçus, dernier délai, jusqu'au 31 décembre 1934.

Prix Barthe. — Ce prix, d'une valeur de 500 fr., devra être décerné, soit à un bon mémoire manuscrit ou imprimé, soit à un bon livre, soit à une œuvre quelconque de médecine ou de physiologie.

Le titre de docteur en médecine n'est pas exigé des candidats, mais ces derniers doivent être Français ou naturalisés et avoir leur domicile habituel dans un des ressorts académiques ressortissant de l'Académie de Bordeaux (Bordeaux, Poitiers, Limoges).

Les documents pour ce prix devront être adressés au docteur A. Chabé, secrétaire général, au siège de la Société, 15, rue Professeur Demons, à Bordeaux.

Dernier délai : 31 décembre 1934.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie. — D'une valeur de 1.000 fr., uniquement réservé aux membres de la Société de médecine et de chirurgie, est destiné à récompenser le membre titulaire qui aura fait au cours de l'année les communications les plus intéressantes en nombre et en qualité.

Ce prix sera décerné par le Conseil d'administration dans le courant du mois de janvier 1935.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE DE L'HÔPITAL BROUSSAIS, 96, rue Didot (*Professeur : Emile Sergent*). — Un cours de perfectionnement sur les *suppurations pulmonaires* aura lieu du lundi 4 juin au 9 juin.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Aristide Viard (de Paris). Notre distingué confrère laisse d'immenses regrets. C'était une belle figure de praticien, d'une instruction professionnelle hors de pair, d'une valeur morale absolue. Il représentait excellemment le type du médecin de famille auquel sa clientèle nombreuse est restée fidèle jusqu'à la fin.

Son fils le docteur Paul Viard avait épousé la fille de M. le professeur Forgue (de Montpellier). Nous les prions d'agréer l'expression très émue de nos bien affectueuses condoléances.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LENDEMAIN DES VOTES FISCAUX

A la suite de notre article intitulé *Comment a été supprimé le reçu*, plusieurs médecins parlementaires nous ont écrit pour remercier la *Gazette des Hôpitaux* d'avoir montré quels étaient au Parlement ceux qui, tel M. le sénateur Strauss, avaient vivement défendu les médecins. Mon compatriote, le Dr Goût, député de l'Aude, me fait savoir notamment qu'il m'est très reconnaissant d'avoir remis les choses au point et d'avoir signalé *l'effort personnel qu'il vient d'accomplir en vue de la disparition du carnet de quittance qu'il n'a jamais voulu.*

Et le Dr Goût ajoute : *Apportez-nous une solution compatible à notre position de législateur qui ne peut se soustraire à l'obligation d'instituer la justice fiscale* (?). *Mon concours ne vous sera pas ménagé.*

Je retiens cette offre amicale et juste, car il faut respecter la noblesse et l'indépendance de notre profession libérale, et *supprimer le livre-journal.* Puis, envisageant l'effort fourni par la génération médicale du feu, on doit montrer combien elle avait été sacrifiée intellectuellement et pécuniairement. Rappelons la situation des médecins-auxiliaires démobilisés et obligés de retourner à la Faculté pendant plusieurs années, souvent malades ou infirmes et retrouvant, avec des revenus réduits, une manière de vivre bien plus coûteuse. Beaucoup d'entre eux avaient interrompu leurs études pendant 7 ans, ceux des classes 1911 et 1912 par exemple. Esquissons la vie pénible des médecins praticiens rejoignant une clientèle souvent disparue, et obligés de se refaire une situation à cinquante ans et souvent plus. Et c'est cette catégorie de citoyens que le fisc taxe de fraudeurs de l'impôt ! Qu'on n'oublie pas que pendant 5 ans, le médecin-auxiliaire a touché : 2 fr. 44 par jour et qu'il avait 10 francs de frais obligatoires, ne serait-ce, au *front*, que 6 francs de popote ! Il a donc fallu que sa famille lui octroyât la différence durant ces 5 ans. Montrons au législateur que nous ne voulons pas être dupes et que nous ne laisserons pas sous-estimer nos services publics. Que les syndicats réfléchissent à un projet simple et concret de législation fiscale médicale ; ils peuvent être assurés de trouver dans certains parlementaires un appui total, surtout s'ils savent prouver au monde politique que les services rendus par les médecins à la Nation sont loin de leur être payés par l'Etat. Telle doit être, à notre avis, la base de discussion des syndicats médicaux et des parlementaires chargés de défendre les intérêts supérieurs de la France.

MAURICE MORDAGNE.

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Mifford, Paris (14e)

LENIFORME

2.5 et 10 %

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

VOMISSEMENTS
Vomissements de la grossesse
Mal de mer
Etats nauséeux
ATONIE GASTRIQUE

CETRAROSE

du Docteur GIGON
à base d'Acide protocétrarique.

MODE D'EMPLOI
20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau, dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd Beaumarchais - PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

REMET-JEP-CARRÉ

REVUE DES THÈSES

Troubles visuels après injection d'acétylarsan (1), par M. TISSOT-DAGUETTE.

Beaucoup de praticiens ont pu s'émouvoir exagérément du jugement sévère exprimé par certains ophtalmologistes au sujet de l'acétylarsan, cause d'accidents oculaires graves. Pour ces auteurs, les quelques accidents observés suffiraient, sans autre instruction préalable, à faire exclure une médication qui, depuis plus de 10 ans, a prouvé son innocuité.

Bien que l'acétylarsan n'exige pas, dans ce débat, une réhabilitation véritable, il est opportun de citer à ce sujet l'enquête serrée qu'apporte une thèse parfaitement documentée, éclairant toutes les faces du problème envisagé et résolu par les ophtalmologistes les plus qualifiés qui ont apporté leur part de collaboration à ce travail.

Une courte analyse de cet ouvrage nous apprend comment on peut éviter les accidents oculaires au cours d'un traitement par l'acétylarsan et quelles sont les causes favorisantes de ces accidents survenus en grande majorité chez des prédisposés ou chez des déficients organiques qui n'auraient jamais dû être traités par l'acétylarsan.

M. Tissot-Daguette, dans sa thèse « Troubles visuels après injections d'acétylarsan (Paris 1933), étudie très impartialement la question et en tire les conclusions suivantes :

1° Les accidents oculaires causés par l'acétylarsan sont extrêmement rares par rapport au très grand nombre d'injections pratiquées couramment.

2° L'acétylarsan étant éliminé presque uniquement par voie rénale et l'élimination ayant lieu après trois jours, ce délai représente le temps minimum qui doit séparer chaque injection.

3° C'est par un mode de traitement comportant des injections trop rapprochées ou pratiquées chez des insuffisants rénaux, erreurs provoquant l'une et l'autre une accumulation du produit dans l'organisme, que furent déclenchés la grande majorité des accidents.

4° Presque tous les sujets atteints furent des insuffisants rénaux, des hépatiques, des malades ayant eu primitivement ou de l'albuminurie, ou de l'azotémie.

La première grande contre-indication est l'insuffisance rénale, quel que soit son degré. Viennent ensuite, parmi des contre-indications non moins importantes, l'insuffisance hépatique, l'éthylisme, les états de déficience organique, les cas d'atteintes méningées antérieures, enfin les lésions oculaires préexistantes accompagnant le tabès, la sénilité, les états d'intoxication cardio-rénale, certaines affections oculaires, telles que la chorio-rétinite maculaire, l'amblyopie, etc.

5° Il semble que l'acétylarsan ne soit réellement toxique pour l'appareil visuel que dans certaines circonstances :

— Quand il est administré suivant une posologie défectueuse.

— Quand le malade présente une des dernières causes prédisposantes.

« Nous pensons d'une façon générale que les troubles visuels de l'acétylarsan sont évitables, si l'on tient compte de ces contre-indications et si on utilise une posologie correcte. » Telle est la dernière conclusion de l'enquête du Dr Tissot-Daguette.

Cette étude sérieuse nous apprend à bien manier une médication qui a déjà rendu d'inappréciables services et qui même compte à son actif d'éminents succès. Faute d'une enquête éclairée par des faits sévèrement analysés, on eût pu déclarer, comme on l'a dit, que l'acétylarsan était dangereux. Or, il ne s'agit plus maintenant d'imputer la médication elle-même, mais ainsi que l'exigent beaucoup d'autres médicaments héroïques, de connaître parfaitement les grandes contre-indications que tout thérapeute expérimenté ne manque pas d'éliminer. On ne traitera pas plus un cardio-rénal albuminurique par l'acétylarsan qu'on ne fera des injections de novarsénobenzol à un basedowien ou à un malade hémogénique.

(1) *Th. de Paris*, 1933.

Données nouvelles sur le traitement du paludisme (1), par Edouard LAGET.

Le paludisme fait toujours un nombre immense de victimes. C'est incontestablement le plus grand facteur de morbidité de l'Algérie. Des faits significatifs rappelés par Laget au début de sa thèse le montrent bien. Or, la quinine est impuissante à interrompre le cycle évolutif néfaste « homme-moustique-homme », parce que, si elle détruit les formes asexuées (schizontes) qui provoquent les symptômes cliniques, par contre, elle est le plus souvent sans action sur les formes sexuées (gamétocytes) qui passent de l'homme au moustique.

En partant, non pas de la quinine, mais du bleu de méthylène, Schulemann, Schœnhoeffer et Wingler sont arrivés à montrer l'efficacité de la N-diéthyl-amino-isopenthyl-8-amino-6-métoxy-quinoléine ou plasmochine qui, comme Roehl et Mühlens l'ont constaté, possède une action spécifique sur les formes sexuées de la fièvre tierce maligne, jusqu'ici absolument réfractaire à toutes les médications connues. De plus, Kikuth a montré que plusieurs dérivés acridiniques, parmi lesquels l'atébrine, détruisent les schizontes comme la quinine. Laget a été ainsi amené à reprendre des recherches cliniques avec ces deux médicaments sur 33 sujets du service de Lemaire, d'Alger. Il a noté de cette façon, d'abord que sous l'influence de l'atébrine, à la dose de 30 centigrammes par jour, pendant cinq jours, la température tombe et les formes annulaires disparaissent du sang périphérique du 3e au 4e jour, alors que les gamétocytes persistent ou même font leur apparition. A ce moment, la plasmochine, à la dose de 3 et même de 2 centigrammes, fait disparaître les corps en croissants en 4 à 6 jours.

Jusqu'ici, il n'a été signalé aucune contre-indication du traitement par l'atébrine. Par contre, la plasmochine a un inconvénient, qui est la cyanose fréquemment observée au début et due à la formation de méthémoglobine. D'ailleurs, l'administration intraveineuse de ce médicament est contre-indiquée d'une façon absolue en cas d'insuffisance cardiaque.

Laget aborde également la question de la lutte antipaludique, qui doit tendre d'abord à réduire le nombre des porteurs de gamètes et, par suite, celui des anophèles infectés ou infectants. Mais il faut, en outre, arriver à la suppression des accès fébriles, seul signe d'efficacité compris et favorablement apprécié par les populations. Or, la quininisation et l'atébrine à titre préventif remplissent cette seconde condition, mais pas la première. Un gamétocide, c'est-à-dire l'association quinine-plasmochine, atébrine-plasmochine, est donc nécessaire. En tout cas, la plasmochine modifie complètement l'aspect de la lutte contre le paludisme.

(1) *Th. d'Alger*. Un volume de 140 pages. — Imprimerie Nord Africaine.

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

LA MALADIE POSTOPÉRATOIRE

Par M. R. LERICHE.

Sans calomnier la chirurgie d'hier, il est permis de dire que, pour elle, d'une façon générale, tout ce qui troublait les suites opératoires quand il n'y avait pas eu faute d'asepsie ou faute de technique, devait être mis à charge à l'opéré, de son tempérament, de sa maladie. En cas de complications, elle pensait très humainement que c'est le malade qui a tort.

Dans ces dernières années, les idées ont un peu évolué. Je crois qu'elles évolueront encore. Mais le moment semble arrivé d'en venir à une conception plus réaliste.

La vérité est que toute opération entraîne fatalement un certain nombre de bouleversements leucocytaires, nerveux et humoraux, dont l'ensemble constitue une véritable maladie post-opératoire, que nous aurions grand besoin de connaître dans tous ses détails.

Cette maladie est souvent très atténuée, presque inapparente. Elle n'a d'habitude qu'une traduction clinique discrète, celle que nous connaissons tous. Elle est parfois très grave et peut être mortelle.

Elle est plus ou moins dessinée suivant que l'opération a été plus ou moins importante, qu'elle a porté sur une région ou sur une autre. Elle l'est plus, si elle s'est effectuée à travers de fortes masses musculaires, que si elle s'est passée dans des régions aponévrotiques ou tendineuses. Elle l'est peu dans les opérations portant sur la face, sur le cou, sur les extrémités des membres. Elle est normale après les opérations abdominales.

Quand l'intervention porte sur certains organes, la maladie post-opératoire se complique de symptômes spéciaux qui peuvent masquer complètement le syndrome banal.

Certains de ses éléments ont été analysés de différents côtés. Il est nécessaire de l'étudier de façon synthétique : car de son étude, on peut déduire d'importantes règles de technique et de prophylaxie.

***

La maladie post-opératoire comporte des *réactions locales*, pleines de sens au point de vue des phénomènes de la réparation et des *réactions générales* qui comportent de grands enseignements.

Les *réactions locales* sont dominées par le fait d'une hyperhémie régionale, de laquelle dépendent l'hyperthermie locale, l'œdème intratissulaire, l'hyperleucocytose secondaire, phénomènes qui marquent les modifications tissulaires qui aboutiront à la cicatrisation.

Mon but n'est pas de les étudier aujourd'hui. Je veux simplement signaler, pour montrer l'ordre de grandeur de ces réactions, que le lendemain d'une cure de hernie inguinale, alors que la température rectale était de 37°1, j'ai trouvé 31,7 dans la région inguinale non opérée, et 32,9 du côté opéré. Deux jours après l'excision d'une synovite tuberculeuse localisée du coude, il y avait 31,7 du côté sain, 32,7 du côté opéré. Trois jours après une appendicectomie à froid, 31,1 dans la fosse iliaque gauche et 32,2 dans la fosse iliaque droite. Le lendemain d'une suture du biceps rompu, il y avait 34,7 du côté opéré, et 31 à l'autre bras. Chez le même malade, on mesure à l'épaule 34,5 du côté opéré, et 33 du côté sain. Dix jours plus tard, la différence thermique existe encore : il y a 35,3 à la partie moyenne du bras, à côté de la ligne opératoire, dont la réunion est parfaite, et 33,8 de l'autre côté.

Je pense que ces phénomènes locaux sont surtout la conséquence des sections sympathiques que comporte toute incision. Evidemment, la résorption sur place d'albumines désintégrées peut contribuer aux phénomènes. On doit en outre supposer que la libération d'histamine qui suit toute incision, est suivie de phénomènes de vaso-dilatation locale. Mais je ne sache pas qu'avec l'histamine, on soit arrivé à produire les phénomènes tissulaires de la réparation. Et en fait, nous voyons les sections sympathiques entraîner toujours ces phénomènes : hyperhémie active, hyperthermie, hyperleucocytose, transsudation de lymphe, œdème tissulaire. Il semble donc légitime d'admettre, comme je l'ai développé ailleurs (1), que c'est en elles qu'il faut chercher l'origine des phénomènes de la réparation, que ce sont elles qui, en somme, permettent à la chirurgie d'exister.

Mais les réactions locales ont peu d'importance au point de vue qui nous occupe aujourd'hui. Elles se traduisent, pour le malade, uniquement par de la douleur passagère, et par une sensation de tension qui dure peu.

Les *réactions générales* ont cliniquement plus d'importance ; l'abattement, la pâleur, la soif, la sécheresse de la langue, les vomissements, le ballonnement, la rétention d'urine, l'oligurie, l'élévation ou la chute de la tension artérielle, en sont les symptômes habituellement à peine ébauchés, parfois très intenses. Ce sont les signes de la maladie dont je parle. Généralement éphémères, ils peuvent se prolonger, et parfois, après un décours normal, quand l'opéré entre en convalescence, il lui faut du temps pour se remettre : il reste amaigri, lassé, hypotonique.

En fait, *il vient de faire une maladie générale.*

Ni l'anesthésie, ni le repos au lit ne suffisent à expliquer ce qui s'est passé. On ne voit rien de tel après une anesthésie générale non suivie d'opération, ni après huit jours de lit.

Que s'est-il produit ? Nous ne le savons que de façon fragmentaire, et depuis peu de temps.

Il est possible, chez les opérés, d'isoler trois éléments ou, si l'on préfère, trois syndromes qui ont chacun leur part dans l'ensemble, tout en étant parfois chacun prédominant.

Il y a tout d'abord un *syndrome humoral.* Chez les opérés à langue sèche, abattus, à soif ardente, présentant ou non des symptômes alarmants, simulant la péritonite ou l'occlusion. Il m'avait été enseigné par Léon Blum, dont les travaux sont le point de départ de toutes les recherches actuelles sur l'équilibre chloruré. Robineau et Lévy, Legueu et Fey, Chabanier et

(1) Pourquoi une opération aseptique est-elle suivie de cicatrisation ? *Presse méd.*, n° 27, 10 avril 1929.

Lobo-Onnel, Luigi de Natale, Pierre Cazzamati, en ont récemment repris l'étude systématique, et ont fort heureusement éclairé l'analyse des phénomènes. Picot et Lambret les ont étudiés aussi. Il résulte de toutes ces recherches que beaucoup d'opérés sont des hyperazotémiques et des hypochlorémiques, et des hypochloruriques. Il se produit en outre chez eux une chute de la réserve alcaline, et une véritable alcalose gazeuse.

Pourquoi cela ? (1)

La filiation peut s'établir ainsi : au niveau de la zone opératoire, il se fait une certaine destruction tissulaire, une libération de substances azotées, d'où hyperazotémie. A cause de cela, le chlore sanguin passe dans les tissus, là où se fait la désintégration protéique, non pour la neutraliser, ce qui lui prêterait une singulière intelligence, mais pour des raisons osmotiques, d'où l'hypochlorémie. Par ailleurs, le passage dans le sang de substances azotées insuffisamment dégradées, excite le centre respiratoire, d'où l'alcalose.

En fait, nombre des symptômes de la maladie post-opératoire disparaissent par la rechloruration de l'organisme. C'est ce que Léon Blum m'avait appris, et ce que j'ai appliqué sur son conseil avant les recherches si heureuses de Robineau et Max Lévy.

Je tiens d'ailleurs à remarquer que ce syndrome d'hyperazotémie est habituellement peu intense, et que si l'on intervient avec douceur, sans rien traumatiser, même dans des cas graves, il manque souvent chez les opérés. Plus la main est légère, moins elle détruit, moins elle libère de substances azotées, moins il y a hyperazotémie. Et le jour n'est peut-être pas très loin, où nous le considérerons comme la conséquence de fautes opératoires, comme la traduction d'une technique défectueuse, parce que trop brutale.

Une question doit se poser au sujet de l'hyperazotémie par désintégration protéïnique : le choc dépend-il de la même cause ? On a beaucoup attribué, il y a quelques années, le choc traumatique à une résorption massive d'albumine désintégrée au niveau des muscles, suivant en cela, avec Quénu, les idées de Cannon et de Bayliss. Je ne crois pas que ce soit exact, ou du moins, il me semble que l'élément toxique n'est que secondaire.

Le choc opératoire a-t-il la même cause que l'hyperazotémie des opérés ? Cliniquement, cela paraît peu vraisemblable. Les expressions symptomatiques sont différentes. Cependant, cette question a beaucoup occupé les biochimistes dans ces dernières années. Étant donné que le choc est essentiellement la traduction d'une vasodilatation passive qui amène une chute de tension, et que l'histamine produit le même phénomène, on s'est demandé si le choc ne tenait pas à une libération de l'histamine au niveau des muscles. Mais Thorje n'a pu isoler dans les muscles qu'une très faible quantité d'histamine.

Par contre, le muscle serait riche en adénosine, substance vaso-dilatatrice très puissante. Mais Smith et Washington n'ont pas trouvé dans le muscle écrasé de substance productive de choc, et on a une tendance à revenir, pour l'explication du choc, à une théorie vasomotrice.

Personnellement, je pense que le *choc est avant tout un phénomène vasomoteur, favorisé d'habitude par une grande perte de sang*. Et je crois que dans la maladie post-opératoire, il s'inscrit dans la ligne des actions nerveuses, dont je parlerai dans un instant, plus que dans la ligne humorale.

Mais le syndrome humoral des opérés peut avoir d'autres conséquences.

Parfois il se prolonge, faute de thérapeutique active ; il y a subictère, albuminurie, mauvais état général. Il semble que l'azotémie ait retenti sur le foie et sur les reins. Des organes, en équilibre instable sans qu'on le sache, franchiront, à l'occasion de la maladie opératoire, le seuil de l'insuffisance, d'où la catastrophe.

Tels sont les premiers éléments, les éléments fondamentaux du syndrome humoral. Il est loin, sans doute, d'être au complet. Son étude n'est qu'amorcée. Ces jours derniers, même, Giuseppe Lino vient d'établir la fréquence des hyperglycémies après les interventions gastriques, intestinales ou hépatiques, qui agiraient par des réflexes passant pas le splanchnique.

A côté des troubles relevant de l'équilibre osmotique des humeurs, il y a, en effet, des troubles engendrés par un mécanisme nerveux. Mon impression est qu'ils sont considérables, si l'on ne prend pas certains ménagements vis-à-vis des tissus. Expérimentalement, toutes les manipulations tissulaires s'accompagnent de variations tensionnelles. Les chocs brusques, les coups de doigt violents, les coups d'écarteur brutaux, la forte secousse produite par la brusque mise en place d'une valve, retentissent immédiatement sur l'ensemble de la circulation. Il est facile de le vérifier chez l'homme.

Aussi y a-t-il chez les opérés un syndrome vasculaire, d'habitude à peine ébauché, parfois prédominant : chute tensionnelle, tachycardie, extrasystoles,

(1) Dans un travail que je viens de recevoir, Frederik Roscher, élève de mon ami Ingebrigtsen, vient d'exposer les résultats des recherches considérables faites par lui à l'Université d'Oslo, sur l'acidose postopératoire et l'acétonurie. Tous les chirurgins auront intérêt à étudier son mémoire publié par *Acta chirurgica scandinavica*. Ils y verront qu'une acétonurie postopératoire modérée se rencontre immédiatement après la plupart des opérations exécutées sous narcose, tandis qu'elle est relativement rare après celles faites sous anesthésies locales, qu'il y a de même une diminution modérée de la réserve alcaline du sang, que le jour de l'opération et le lendemain, la teneur des urines en acide libre augmente considérablement, puis diminue bientôt pour évoluer vers l'alcalinité, ce qui est dû à un accroissement de l'ammoniaque urinaire, etc...

Roscher montre également que les opérations sous anesthésie générale provoquent un désordre dans le métabolisme général surtout dans celui des albumines et des hydrates de carbone. Il y a notamment une augmentation relativement considérable du sucre du sang après les opérations sous anesthésie générale. Il y en a une également après la rachianesthésie. Il n'y en a pas après l'anesthésie locale.

La narcose à l'éther, au chloroforme, l'anesthésie à la novocaïne-adrénaline provoquent expérimentalement une disparition du glycogène hépatique.

L'anesthésie générale provoque également une élimination azotée anormalement élevée qui ne se voit pas après l'anesthésie locale.

On voit par ces quelques notes l'importance considérable de ce mémoire et son intérêt par rapport aux questions que je soulève ici.

cyanose, sueurs froides, collapsus. L'opération apporte de grandes perturbations dans la vasomotricité périphérique. On peut se demander si elles sont d'origine toxique et rattachables au syndrome humoral. C'est peu probable.

Tout d'abord, cliniquement, elles n'apparaissent pas dans les mêmes conditions que le syndrome humoral. Elles ne s'accompagnent pas d'hyperazotémie, et ne sont pas curables par le sel. Elles ne semblent pas non plus dépendre d'un accroissement du taux de l'histamine dans le sang, car Janssen et Guttentag ont trouvé celui-ci normal.

Si l'on opère avec douceur, si l'on ne brutalise pas les tissus avec les doigts ou avec les écarteurs, si on ne tire pas sur les pédicules avec des mouvements brusques, si l'on opère sous anesthésie locale, en bloquant les attaches nerveuses, le syndrome vasculaire n'apparaît pas. A condition d'une certaine discipline opératoire, même dans la chirurgie la plus difficile, il n'y a ni collapsus, ni chute de tension. Il est facile de le vérifier. Dans les opérations les plus sévères, si l'hémostase a été méthodique et rigoureuse, les ligatures précédant la section des petits et des gros vaisseaux, la tension varie à peine du commencement à la fin de l'opération, mise à part la brusque chute qui suit presque toujours l'incision des téguments (1). Et il n'y a dans les suites que le minimum, l'ébauche des symptômes dont je parlais tout à l'heure.

Voici des chiffres pour matérialiser ce que je dis. Ils ont été recueillis il y a 3 ans, lors de l'ablation d'une tumeur rénale difficile.

Au départ, lors du début de l'anesthésie : tension maxima : 15.

Voici les chiffres consécutifs :

Incision pariétale	13
Abord de la capsule	14
Libération du rein	14,5
Luxation douce du pôle inférieur	14
Luxation du pôle supérieur	14
Libération du pédicule	14
Section du pédicule	13,5
Ablation	13
Sutures	14

Je crois surtout qu'il faut proscrire les grosses pinces écrasantes, les pincements en masse. Mieux vaut tout couper entre deux ligatures passées par transfixion avec une petite pince courbe. Il faut enfin abandonner les brillantes luxations des organes en dehors. J'ai eu la curiosité de voir ce que fait sur la tension la brusque traction d'un fibrome suivie de ce cri du Douglas bien connu des gynécologues : la tension baisse, en même temps que le cri de la malade, de 1 à 2 divisions du Pachon.

Tout cela doit être évité désormais, car quand on opère dans le sang, sans souci d'hémostase, sans ménagement des tissus, à grands coups de doigts et d'écarteurs, de pinces meurtrissantes, le choc est fréquent, et au minimum on observe de la pâleur, de l'angoisse, de la tachycardie et de la cyanose, une importante chute de tension, signes précurseurs du collapsus, c'est-à-dire du choc.

Cela fait bien la preuve que les phénomènes circulatoires sont surtout le fait d'excitations nerveuses, opératoires, de réflexes sympathiques, partis de la plaie, et d'autant plus agissant — suivant un fait d'expérience connu, mis en évidence par P. Santy — que la perte de sang a été plus grande et plus brutale.

En somme, les phénomènes circulatoires qui font partie de la maladie post-opératoire, sont surtout le fait de l'opération. Ils sont évitables. Un jour viendra où ils seront considérés comme le test d'une mauvaise technique opératoire, et la signature de la brutalité dans les manœuvres.

Sauf le cas rarissime où l'ablation d'une grosse tumeur adhérente, chez un obèse, où une opération cavitaire difficile ne peuvent se faire avec hémostase préalable et exigent des tractions fortes, le choc peut et doit disparaître de la chirurgie. J'ajouterai en outre qu'avec la pratique de la transfusion pré-opératoire, opératoire ou post-opératoire, même dans ces cas, on peut le plus souvent s'en préserver.

Mais, il faut bien le dire, même quand on a les idées qui me guident, on est repris, de temps en temps, en présence de grosses tumeurs, par le vieux démon de la chirurgie traditionnelle. On veut montrer que l'on est de la grande lignée, on décolle rapidement au doigt, on tire, on traumatise, et le choc apparaît et il tue.

D'habitude, le syndrome circulatoire des opérés doit se réduire à peu de chose. Avec la pratique de l'anesthésie locale qui impose une discipline de douceur, avec la novocaïnisation des pédicules, nous pouvons le faire disparaître.

Quelques-uns penseront peut-être que c'est là bien compliquer les choses. Je n'ai certes pas l'esprit compliqué, mais je pense différemment.

Je crois, en effet, que les excitations centripètes doivent être évitées au maximum dans les opérations, parce qu'elles sont génératrices de complications, en particulier de complications pulmonaires.

La question des complications pulmonaires post-opératoires est trop vaste pour être ainsi abordée accidentellement. Mais je pense que nous avons trois moyens de nous mettre à l'abri des plus courantes : la minutie extrême de la technique, qui réduit au minimum les risques d'embolie septique à partir de la plaie ; l'isolement rigoureux des opérés, qui supprime le contage par l'extérieur ; les petites inhalations d'acide carbonique répétées deux ou trois jours qui, en faisant respirer à fond, évitent la congestion passive des parties déclives des poumons.

Grâce à ces précautions, on arrive à réduire à peu de chose les complications pulmonaires post-opératoires (1). Et j'avoue, au risque de paraître présomptueux, qu'elles ne sont plus, pour moi, depuis des

(1) Puisque l'occasion s'en présente, j'opposerai par jeu d'esprit, à l'équilibre tensionnel de l'opéré, l'élévation de la tension que l'acte opératoire produit d'habitude chez le chirurgien et chez ses aides. Je ne l'ai cherchée qu'après des opérations difficiles. Je l'ai vue après ablation d'une tumeur cérébrale, après gastrectomie, passer de 13 à 16 chez l'opérateur, de 14 à 17 chez un aide, de 13 à 16 chez un second aide.

(1) Enrique Finochietto estimait tout récemment (*Semana Medica*, 18-1-34) que par le perfectionnement technique, il avait réduit les complications pulmonaires de 7,26 % en 1927 à 5,1 % en 1933.

années, la hantise qu'elles ont été dans la chirurgie gastrique.

Malgré cela, il y a encore des complications pulmonaires de temps en temps. Elles sont de deux types : il y a d'abord le collapsus aigü des Américains, qui est tout à la fois fréquent (1) et sans gravité. Il y a ensuite cet état, dans lequel, dès le soir d'une opération, ou dès le lendemain, le malade crache du pus avec abondance. Il est bien évident que, dans ce dernier cas, il ne s'agit pas d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie. Ce n'est pas en 6 ou 18 heures que l'on peut avoir pareille expectoration. Il faut qu'il y ait état bronchitique préalable inapparent.

Pour moi, dans ces deux éventualités : collapsus pulmonaire et expectoration purulente précoce, les actions circulatoires à distance sont partie prenante.

Dans le collapsus, depuis les expériences de R. Fontaine et L. Herrmann, publiées dans le « Lyon Chirurgical » en 1928, il est prouvé que l'action nerveuse peut déclancher le collapsus. D'autre part, quand on étudie la maladie cliniquement, on est fatalement conduit à considérer que le collapsus est provoqué par un bronchospasme et par une action vasomotrice, produisant au niveau des bronches une hyperhémie et de l'hypersécrétion. La brusque cessation des accidents après une excitation extérieure ou après une injection d'adrénaline est en faveur de cette origine nerveuse. Je n'ignore ni la théorie du bouchon bronchique, ni les expériences de Coryllos, ni les résultats que la broncho-aspiration a donnés à Chevalier-Jackson ; mais je pense que le bouchon bronchique n'est pas le fait du hasard, et qu'il est lui-même une conséquence.

On sait d'autre part que le collapsus commence souvent sur la table d'opération, et qu'il est toujours très précocement réalisé. Cela ne peut s'expliquer que par des excitations centripètes partant de la plaie.

Pour l'expectoration purulente du soir de l'opération, on peut supposer que sur un terrain bronchitique, une brusque poussée de vaso-dilatation réflexe, dont le point de départ est dans la plaie, réalise en quelques heures, au niveau d'une muqueuse, une suppuration intrabronchique. J'ai vu, en effet, souvent les vaso-dilatations provoquées suivies à distance de la brusque suppuration, dès le lendemain de l'opération, d'une vieille cicatrice, parfaitement tranquille jusque-là. La sympathectomie périartérielle produit parfois de tels phénomènes chez les anciens blessés à cicatrices multiples.

Ce n'est qu'une hypothèse, mais il me semble qu'elle doit être prise en considération. Nos opérations ne sont locales qu'en apparence. Elles provoquent toujours des réactions nerveuses générales, des déséquilibres circulatoires distants, dont les effets multiples n'ont encore jamais été analysés, mais devront l'être dans l'avenir.

De toutes façons, l'observation des opérés conduit à penser que les excitations nerveuses dans la plaie doivent être réduites au minimum, et qu'en les évitant, on se met à l'abri de complications à distance. Je pense en outre que des phénomènes normaux dans le décours opératoire, comme la rétention d'urine, comme la paresse intestinale, sont des conséquences des excitations nerveuses que l'opération produit, surtout si elle porte sur la région abdomino-pelvienne. Abel les a diminués par les injections systématiques d'acécoline. J'ai l'impression que le blocage anesthésique des pédicules nerveux les réduit également. C'est un ordre de choses que nous pourrions peut-être modifier aisément.

Il n'en va pas de même du troisième élément de la maladie post-opératoire : le syndrome hémoleucocytaire.

Chez tout opéré, on connaît une réaction leucocytaire. Presque toujours, inaperçue cliniquement, elle a des conséquences redoutables dès qu'elle dépasse un certain seuil. On sait, et Grégoire le montrait récemment dans le Livre Jubilaire de Hartmann, que dans la thrombo-phlébite, il y a augmentation du nombre des plaquettes. Or, Hueck vient d'établir que toute opération amène de grandes perturbations dans le taux des plaquettes. Leur nombre baisse tout d'abord, puis remonte à la fin de la première semaine, et devient maximum vers le 10e ou 12e jour. Après quoi, il fait retour à la normale. L'élévation est proportionnelle à la gravité de l'opération, et à l'étendue des dommages tissulaires. Dépasse-t-elle un certain chiffre, la thrombose et ses conséquences, phlébite, embolie, sont presque fatales. Je pense qu'il faut reprendre ces recherches en série, et surtout voir si les variations leucocytaires et les variations des plaquettes ne sont pas régionales.

Nous avons l'habitude de considérer que les variations sanguines de la composition sont des variations totales, et que si variations il y a, ce sont des variations identiques dans tout le sang circulant. Je crois que ce n'est pas exact, et que les variations régionales sont considérables après une opération. Les sympathectomies m'ont appris que parallèlement aux hyperthermies locales qu'elles provoquent, il y a des variations des leucocytoses locales. Il y en a également des constituants chimiques des tissus. Tiousikoff vient d'apporter des chiffres que confirment mes constatations : après les sympathectomies, il y a augmentation du sérum du sang du côté opéré, augmentation du calcium et du potassium.

Toute opération étant une section sympathique intra-tissulaire, il est probable que toute opération provoque de semblables variations chimiques régionales. Tout ceci doit être étudié désormais, et je suis convaincu que nous trouverons dans cette étude, l'explication de nombreux phénomènes post-opératoires.

Vous voyez par ce rapide aperçu ce que c'est que cette maladie opératoire que nous avons à étudier. Elle est faite d'éléments divers, ayant tous leur origine dans la plaie. Tant qu'elle reste dans certaines limites, elle est sans gravité et constitue ce que nous appelons le décours opératoire normal. Dès qu'elle le dépasse, elle crée ce que nous appelons les complications post-opératoires, infection et faute de techniques mises à part. Ainsi délimitées, presque toutes ces complications ne sont que l'exagération de phénomènes normalement déclanchés par l'opération. Elles sont dans la ligne physiologique de la maladie

(1) J'en ai vu au moins 4 dans l'année 1933.

opératoire, soit par mécanisme nerveux, soit par mécanisme humoral et sanguin, parfois par une combinaison des deux. Est-il donc si étonnant que chez un homme, auquel on a fait perdre du sang, auquel on a traumatisé fortement des muscles, chez lequel on a produit toutes sortes d'excitations nerveuses, alors que déjà l'émotion, le souci avaient préparé le terrain, il se déclare des troubles nerveux à distance, ou de grosses transformations humorales ?

Quelle différence y a-t-il du point de vue biologique entre l'accident par coup de couteau ou coup de corne, et l'accident par chirurgien ? Du point de vue organique, certainement, il n'y en a pas. Des deux côtés, il y a catastrophe tissulaire. L'un n'est pas plus normal que l'autre. La nature ne tient pas compte des intentions.

Dès maintenant, nous savons déjà que si l'opérateur est très soigneux, doux, attentif à ne rien traumatiser, s'il a une main douce et souple, le syndrome humoral et le syndrome circulatoire sont réduits au minimum et ne se produisent presque jamais.

Cette manière de comprendre les conséquences de l'acte opératoire a enfin une grande importance au point de vue philosophique et au point de vue pratique. Elle habitue l'esprit à serrer de près ces questions de complications post-opératoires, pulmonaires, cardiaques, urinaires ou autres, que nous analysons d'habitude si mal, et à ne pas céder trop facilement à la tendance humaine de rejeter nos échecs sur l'inéluctable, en nous payant de mots.

Elle nous donne le moyen d'éviter la plupart d'entre elles par une discipline opératoire rigoureuse. Et pour les autres, elle indique le sens dans lequel nous devons chercher la prophylaxie d'accidents redoutables.

Je pense donc, et ce sera ma conclusion, qu'il y a lieu d'entreprendre une étude systématique de tout ce qui se passe chez un opéré, par tous les moyens cytologiques, chimiques et physiques qui sont à notre disposition, et non pas seulement du point de vue clinique, ce qui est insuffisant.

Le service de santé militaires au G. Q. G. (1)

Cet ouvrage relate, dans sa première partie, le fonctionnement de tout le service de santé militaire français sur le front, en 1918, dans toutes les armées à la bataille, vu par l'auteur, le médecin général inspecteur Toubert, qui en assurait la direction d'ensemble, en raison de ses fonctions au Grand Quartier Général. Dans la deuxième partie sont rassemblées une série d'études raisonnées et très claires, basées sur les documents essentiels de statistiques concernant la guerre et l'après-guerre, études dont l'auteur déduit des enseignements à retenir pour l'avenir, nombreux autant que précis.

Ce livre intéresse à la fois les états-majors, les médecins de l'armée (active et réserve), les chercheurs, les publicistes, les conférenciers, etc..., par la clarté de ses exposés et la richesse de sa documentation.

(1) Prix : 10 fr. ; franco par poste : 10 fr. 65. — Paris, Charles Lavauzelle et Cie.

LA DÉMENCE

PRÉSENTATION CLINIQUE

Par M. R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Définition. — La démence est essentiellement un état *chronique* d'affaiblissement, de diminution, d'amoindrissement des facultés intellectuelles : mémoire, attention, jugement, raisonnement. C'est la perte de la mémoire et des idées, surtout des idées : l'amnésie n'est pas la démence. — Il y a un syndrome démentiel et des maladies démentielles. — A l'asile, on compte 25 à 30 % de démences.

A. — LE SYNDROME DEMENCE

1. **Description.** — La démence ou affaiblissement des facultés mentales est un syndrome très spécial, mais souvent complexe.

A la période d'état l'amnésie est bien développée : *a*) c'est une amnésie qui n'est pas strictement lacunaire, mais diffuse, sans limites précises, portant particulièrement sur les souvenirs actuels et récents ; — c'est une amnésie antéro-rétrograde, le point de repère étant le début, approximatif, fixé par l'analyse psycho-clinique de la maladie ; l'amnésie antérograde ou de sens positif porte sur les souvenirs postérieurs au point de repère ; l'amnésie rétrograde ou de sens négatif sur les souvenirs antérieurs à ce point de repère ; — c'est une amnésie globale ou partielle, suivant qu'il y a ou non prédominance d'altération de toutes les variétés de souvenirs (concrets et abstraits) ; — c'est une amnésie de reproduction, de localisation, quelquefois de fixation plus ou moins profonde ou étendue ; — c'est quelquefois une amnésie progressive et durable. — La fonction imagination (création) est diminuée ou abolie. L'attention est faible, sans ordre ni suite. — La perte des idées, du jugement, du raisonnement est plus ou moins apparente, mais essentielle : toutes les notions abstraites, complexes, déroutent le sujet qui vit dans une réalité plus ou moins grossière et puérile.

Le syndrome démence peut s'accompagner d'idées délirantes, de troubles du caractère, d'excitation et dépression. — A la période de début son identification est délicate.

2. **Diagnostic.** — Divers syndromes sont souvent difficiles à séparer de la démence. Ce sont : 1) l'asthénie ou dépression (amyosthénie, anidéation), mais ici le sujet est conscient de son état ; toutefois asthénie et démence peuvent coexister ; 2) la confusion mentale (troubles de la perception et de la reconnaissance, toujours épisodiques) ; 3) la débilité mentale, mais elle est congénitale ; 4) l'aphasie, surtout l'aphasie sensorielle et motrice ; 5) l'amnésie simple ; 6) le délire ; 7) la manie.

B. — LES MALADIES DEMENTIELLES

Pratiquement, on peut admettre qu'il existe quatre maladies démentielles : la paralysie générale, la démence précoce, la démence organique, la démence sénile. La démence organique a des causes diverses ; elle serait donc plutôt un syndrome : ici nous négligeons ce fait.

1. **La paralysie générale.** — C'est la démence paralytique de Baillayer. Découverte par Bayle, en 1822, elle s'observe surtout entre 35 et 45 ans (3 à 5 % à l'asile). — Anatomo-pathologiquement, c'est une méningo-encéphalite diffuse de cause syphilitique. — Cliniquement, il y a un état démentiel propre de la paralysie générale : c'est, en effet, un affaiblissement *global* des facultés mentales, lequel diffère de l'affaiblissement partiel des facultés observé dans les démences dites « organiques », c'est-à-dire non paralytiques, par exemple la démence alcoolique. On dit encore que la démence paralytique est une démence globale, et la démence « organique » une démence partielle. Dans la démence paralytique les troubles du jugement et du raisonnement (perte des idées) ont une importance capitale que n'ont pas les troubles de la mémoire. L'amnésie est de forme rétro-antérograde et, à la période d'état, elle porte sur plusieurs années. Les troubles du jugement sont spécialement marqués par la perte de l'auto-critique (le sujet est devenu incapable de juger sa conduite), et par l'approbativité (il se conforme très volontiers à l'avis de l'interlocuteur). Quatre signes physiques sont à peu près constants et associés : le signe d'Argyll-Robertson avec inégalité pupillaire, l'exagération ou la diminution des réflexes patellaires, la dysarthrie, le tremblement de la langue. Ajoutons que l'examen extemporané du sang et du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants : sang = Bordet-Wassermann positif ; liquide céphalo-rachidien = Bordet-Wassermann positif, hyperlymphocytose, hyperalbuminose.

Les formes de la paralysie générale sont extrêmement variées, d'où la nécessité de rechercher la syphilis dans un très grand nombre de psychopathies. La maladie débute souvent par de la dépression ou asthénie avec ou sans délire (idées d'hypocondrie, de mélancolie, de négation d'organes). L'agitation, légère ou intense, y est d'observation commune et s'accompagne d'euphorie simple, ou d'idées de grandeur, de projets extravagants, d'idées de richesse, d'idées érotiques, etc. On peut noter, au cours de la maladie, de la confusion mentale, du délire hallucinatoire, et aussi de l'aphasie, un syndrome tabétique, etc.

Le paralytique général, au début de son affection, commet souvent des délits (vol, exhibitionnisme) : d'où l'expression de période médico-légale pour qualifier cette période initiale.

2. **La démence précoce.** — C'est la démence des jeunes, ou démence juvénile, ou hébéphrénie (hébé, jeunesse), ou hébéphréno-catatonie, ou schizophrénie (schizô, dissocier). L'âge de prédilection est de 18 à 30 ans (20 à 25 % à l'asile). L'affaiblissement intellectuel (mémoire, jugement) paraît ici, à proprement parler, peu marqué. Souvent on note des idées délirantes (idées incohérentes de persécution, de mélancolie, d'hypocondrie, de religion), ou de la dépression (asthénie), ou de l'agitation maniaque atypique. Très communément, on constate du négativisme (résistance du patient aux mouvements qu'on veut imprimer à ses membres), ou de la suggestibilité (adoption sans résistance de tous les mouvements imposés aux membres), des stéréotypies (fixité des attitudes, fixité des gestes, répétition des actes, répétition de mots ou phrases, salade de mots ou verbigération). Quelquefois l'acte demandé au sujet est remplacé par un acte à côté (syndrome de Ganser). Ce qui est plus remarquable encore peut-être dans la démence précoce, c'est l'indifférence émotionnelle du sujet. Le malade n'a plus ni affection, ni désir, ni passion. Il ne s'intéresse à rien, vit dans une insouciance complète. Il en résulte une sorte d'hypothymie générale très caractéristique, qui parfois est en dysharmonie, en discordance éclatante avec les idées ou les actes du patient. Il ne faut pas porter le diagnostic définitif de démence précoce avant trois ou quatre ans d'observation.

3. **La démence organique.** — On l'observe surtout de 40 à 65 ans (3 à 5 % à l'asile). Elle est déterminée par des lésions localisées ou diffuses de l'encéphale (hémorrhagies, tumeurs, gommes, foyers de ramollissement, cérébro-sclérose, etc.). Ses causes sont : l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, etc. Elle est caractérisée par un état d'affaiblissement intellectuel partiel, c'est-à-dire électif, et non global ou général comme dans la démence paralytique. L'amnésie, rétro-antérograde, est souvent bien développée, mais le jugement et le raisonnement ne sont toujours que peu altérés. On voit parfois, associés à l'affection, du délire, de la confusion mentale, de l'aphasie, de la dépression, de la manie (ces deux dernières après les attaques de congestion cérébrale). Il existe une démence organique avec ou sans syphilis dite pseudo-paralysie générale, difficile parfois à différencier de la paralysie générale. Très souvent, la démence organique s'accompagne d'hémiplégie, d'hémiparésie, de signes oculaires.

4. **La démence sénile.** — La démence sénile, ou démence des vieillards, ou presbyophrénie (de 70 à 80 ans : moins de 1 % à l'asile), est caractérisée par : l'amnésie de fixation, amnésie antérograde, qui est totale et qui s'accompagne toujours d'amnésie rétrograde portant sur 30, 40 années de la vie du sujet ; la fabulation (le sujet raconte des histoires extraordinaires qu'il dit récentes et qui sont fort anciennes ou qui n'ont jamais existé ; les fausses reconnaissances (il prend sa domestique ou sa fille pour sa femme morte depuis des années). L'affection s'accompagne d'euphorie et d'agitation nocturne. Elle évolue sans ictus ni paralysie d'aucune sorte.

*
* *

Le pronostic des démences est généralement sombre. On peut pourtant observer dans la paralysie gé-

nérale, dans les démences dites organiques, des rémissions curieuses et longues. Le traitement de ces états chroniques est encore très insuffisant. La malariathérapie, dans la paralysie générale, d'après les statistiques publiées, donne des résultats dignes de retenir l'attention.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1934)

L'obésité hypophysaire et l'obésité hypothalamique. — MM. J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et J.-O. TRELLES opposent ces deux variétés d'adiposité pathologique par leurs caractères cliniques propres et surtout par les manifestations qui les accompagnent.

La première malade présentée, âgée de vingt-cinq ans, est atteinte d'une obésité monstrueuse, qui frappe surtout le tronc et la racine des membres. Chez elle, aucun symptôme en rapport avec une altération possible des centres hypothalamiques. Chez la seconde malade, âgée de quatorze ans, l'adiposité est moins excessive, mais elle s'associe à une série de désordres que l'on peut rapporter à une lésion des centres infundibulo-tubériens : pollakiurie, hyperorexie, crises de sommeil diurne, dysménorrhée, aménorrhée.

Les résultats de la radiographie cranienne s'accordent parfaitement avec l'idée que la première malade est atteinte d'obésité infundibulaire et la seconde d'adiposité cérébrale ou hypothalamique. En effet, dans le premier cas, on constate une selle turcique très étroite avec des clinoïdes nettement épaissies et un point de calcification, opaque aux rayons, en forme de haricot, au centre de la glande hypophysaire. Chez la seconde malade, la selle turcique est normale.

D'après les auteurs, le terme d'adiposité hypothalamique n'exclut pas, du mécanisme physiologique de l'adiposité, une perturbation de la glande hypophysaire ; il localise les lésions, et non pas la fonction.

Cette dernière conception donne lieu à des observations de MM. BAUDOUIN, André THOMAS.

Maladie de Friedreich fruste. — MM. L. BABONNEIX et ROUÈCHE présentent une jeune fille, chez laquelle sont survenus insidieusement, depuis quelques mois, des déformations des pieds et des mains (pieds bots, mains botes) et un steppage léger. A l'examen, on constate en outre une aréflexie tendineuse des membres inférieurs. La névrite interstitielle, l'atrophie Charcot-Marie semblent devoir être écartées. On peut envisager le diagnostic de maladie de Roussy-Lévy, en raison du caractère familial possible. Mais il manque bien des symptômes de cette affection. L'hypothèse la plus vraisemblable est donc celle d'une maladie de Friedreich fruste, liée sans doute, suivant la conception de MM. Guillain et Mollaret, à des lésions localisées aux racines et aux cordons postérieurs.

Il y a, dans ce cas, augmentation considérable des chronaxies des muscles, malgré l'absence de toute modification des réactions électriques classiques. M. MOLLARET insiste sur l'intérêt de cette particularité, qui est assez caractéristique de la maladie de Friedreich, et qui donne lieu à des observations de MM. BAUDOUIN, André THOMAS, CHARPENTIER.

Encéphalo-myélite diffuse chez deux enfants de la même famille. — M. J. TINEL et Mlle BADONNEL présentent deux enfants qui ont été atteints, à peu près au même âge, vers quatorze mois (en pleine santé apparente), d'une affection nerveuse semblable, évoluant progressivement de la même façon chez l'un et chez l'autre.

L'affection est caractérisée par l'association de plusieurs syndromes :

Une *amaurose complète ;*

Une *idiotie* complète chez l'un, et à peu près complète chez l'autre ;

Un syndrome de *paraplégie spasmodique* qui rappelle une maladie de Little ;

Un *syndrome cérébelleux ;*

Une *atrophie musculaire des membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens*, qui démontre l'extension du processus à la moelle lombo-sacrée.

L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien montre des réactions normales.

Les troubles nerveux se sont caractérisés au début par du nystagmus vertical et par des troubles de la vision.

Mais, chez tous les deux, l'apparition intercurrente d'une rougeole a provoqué une aggravation rapide du trouble nerveux.

On pourrait penser chez ces deux enfants à une maladie familiale. Mais un troisième enfant plus jeune n'est pas atteint, et l'on ne retrouve, chez les parents et dans toute la famille, aucun trouble nerveux qui vienne confirmer l'hypothèse d'une maladie familiale.

Il s'agit donc plus probablement d'une encéphalo-myélite diffuse, vraisemblablement d'origine infectieuse, mais dont l'apparition chez deux enfants dans une même famille suscite l'hypothèse d'une réceptivité spéciale.

A propos de cette observation, M. LHERMITTE discute l'individualité de la maladie de Schilder.

Contribution à l'étude des cranio-pharyngiomes : perturbations morphologiques, génitales, psychiques (syndromes dissociés (*travail du service du docteur* Cl. VINCENT). — MM. P. PUECH, BISOGRY et BRUN présentent une jeune fille de vingt-deux ans, qu'ils ont opérée avec succès d'un cranio-pharyngiome.

Ils soulignent notamment : 1° la persistance des règles, très rarement observée dans cette variété de tumeur de l'hypophyse ; 2° l'aspect radiologique de la selle turcique, spécial en l'absence même de calcifications supra-sellaires ; 3° le développement brusqué, au cours d'un syndrome progressif de compression directe du chiasma, d'un grand syndrome d'hypertension intracranienne apparu après traitement radiothérapique.

A la lumière des cas de cranio-pharyngiomes qu'ils ont pu étudier à la Pitié, les auteurs font remarquer que, à côté des syndromes d'infantilisme hypophysaire classiques et généralement rapportés à une insuffisance hypophysaire, on voit fréquemment, dans les cranio-pharyngiomes, des *perturbations du développement très dissocié : infantiles* par certains côtés, les patients sont (du point de vue morphologique, génital, psychique), *normaux ou même fréquemment précoces* par d'autres. La compression de l'hypophyse peut donner lieu à des phénomènes d'irritation du système neuro-hypophysaire, et ces derniers peuvent s'associer à des signes d'inhibition ou d'insuffisance.

Syndrome parkinsonien conjugal. — MM. ALAJOUANINE et THUREL présentent un ménage de parkinsoniens. L'homme a été atteint le premier ; les premiers symptômes sont apparus chez sa femme huit à dix mois après le mariage. Les deux syndromes sont exactement de même type chez les deux malades, évoluent de la même manière, ont intéressé d'abord la moitié gauche du corps et ont été précédés de crises oculogyres absolument analogues. Les auteurs étudient, dans ces observations, le traitement des cri-

ses oculogyres. Ils rappellent les autres observations qui démontrent la contagiosité de l'encéphalite à sa phase parkinsonienne.

La poliomyélite zostérienne. — MM. J. Lhermitte, André Cain et J.-O. Trelles ajoutent cette nouvelle observation à celles que Lhermitte et ses collaborateurs ont déjà publiées et qui démontrent que les lésions du zona ne se limitent pas aux racines postérieures et aux ganglions rachidiens, mais atteignent, tout ensemble, la corne postérieure et la corne antérieure.

Dans l'observation présente, les altérations de la substance grise antérieure, dans le segment médullaire correspondant au siège de l'éruption, sont caractéristiques et sont constituées par la chromolyse et par la cytolyse des cellules radiculaires antérieures, par la dilatation du réseau capillaire de la corne, et surtout par l'existence de phlébites et d'artériolites très importantes au sein même de la substance grise antérieure. On peut suivre ainsi le cheminement du processus myélitique, qui, parti de la pointe de la corne postérieure, gagne le pourtour des cellules radiculaires antérieures. Cette constatation permet de comprendre le mécanisme des paralysie zostériennes qui peuvent être indépendantes des lésions radiculaires et qui, quelquefois, surviennent dans des territoires très éloignés du siège de la lésion.

M. André Thomas distingue, parmi les paralysies zostériennes, celles qui sont d'origine centrale et cellulaire, et celles qui relèvent de lésions radiculaires.

Maladie d'Abadie, abolition du réflexe oculo-cardiaque et troubles sympathiques. — MM. J.-A. Barré et M. Klein (de Strasbourg) apportent l'observation d'un cas typique de maladie d'Abadie : mydriase unilatérale, réaction très lente à la lumière, à l'accommodation, à la distance, avec aréflexie tendineuse, sans syphilis, et en particulier sans aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Le sujet, âgé de quarante-huit ans, a été examiné il y a dix-sept ans, et l'observation correspond exactement à celle d'aujourd'hui, ce qui établit la fixité des troubles, dans ce cas au moins.

Il existe, en outre, une abolition complète du réflexe oculo-cardiaque et des réflexes vestibulaires caloriques. La coexistence de troubles sympathiques (vaso-moteurs, sécrétoires, douloureux) localisés à un côté de la face, au tronc, aux membres et qui incommodent beaucoup le malade, incite à penser que certaines altérations du système sympathique peuvent jouer un rôle important dans la genèse des différents éléments de cette affection singulière, qu'il importe de ne pas confondre avec le tabès.

A l'inverse de ce qui s'observe pour le signe d'Argyll-Robertson d'origine syphilitique, la papille, dans ce cas, était sensible à l'épreuve des collyres.

Paralysie faciale périphérique par blessure de guerre. Abolition de la motilité volontaire. Conservation de motilité automatique et réflexe. — MM. Alajouanine et Thurel présentent un blessé de guerre, chez lequel la paralysie liée à l'atteinte du facial a subi une restauration paradoxale : les mouvements de mastication s'accompagnent d'une contraction syncinétique de toute l'hémiface.

L'anesthésie du ganglion sphéno-palatin dans le traitement des algies faciales. — MM. Alajouanine et Thurel présentent deux hommes atteints d'algies faciales post-traumatiques à caractère sympathique. Le premier a été soulagé complètement de ses douleurs après des badigeonnages prolongés du ganglion sphéno-palatin au liquide de Bouin. Un autre malade, qui souffrait depuis seize ans, n'a pas été guéri par le même badigeonnage, mais l'alcoolisation du ganglion a fait disparaître les douleurs, qui n'ont pas reparu depuis plus de quatre mois.

Les complications urinaires au cours des traumatismes médullaires. — MM. G. Roussy, L. Cornil, M. Mosinger, en se basant sur des faits anatomo-cliniques et expérimentaux, font une étude d'ensemble des complications urinaires au cours des traumatismes de la moelle épinière.

En ce qui concerne les troubles sphinctériens, ils les envisagent successivement dans les sections médullaires complètes, dans les commotions à différentes hauteurs et dans les syndromes de la queue de cheval.

Les troubles intéressent non seulement la vessie, mais encore les reins, les auteurs ayant pu mettre en évidence expérimentalement l'origine rénale de certaines hématuries.

Ils ont relevé des troubles sécrétoires parfois intenses, notamment de l'oligurie, une élévation de la constante d'Ambard et des décharges uratiques abondantes.

La pyélonéphrite, chez le cobaye et chez le chien à moelle sectionnée, est parfois extrêmement précoce et favorisée par le dysfonctionnement intestinal consécutif aux lésions médullaires.

Les réactions méningées cytologiques du liquide céphalo-rachidien au cours des tumeurs cérébrales. — MM. Henri Roger et Emmanuel Pekelis. Un assez grand nombre de tumeurs cérébrales (environ un cinquième des cas contrôlés) s'accompagnent d'une hypercytose du liquide céphalo-rachidien généralement discrète (6 à 8 leucocytes), s'élevant plus rarement de 20 à 30, se chiffrant exceptionnellement par des milliers de leucocytes. Cette hypercytose, qui prête à confusion avec certaines méningites, se rencontre surtout dans les tumeurs de l'étage moyen.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 6 mars 1934)

Fracture sous-trochantérienne, à grand déplacement, traitée par l'ostéosynthèse (présentation de malade.). — M. Courty.

Perforation par une écharde osseuse, d'une anse intestinale grêle, étranglée dans une éventration (présentation de pièce). — M. Callens.

Complication pleuro-pulmonaire survenue au cours d'un empoisonnement par le somnifène (présentation de radiographie). — MM. Langeron, Desplats et Béra.

Suites lointaines d'un traumatisme de l'urètre. — M. Lepoutre n'intervient pas immédiatement s'il n'existe ni rétention d'urine, ni hématome périnéal ; quitte à pratiquer une intervention secondaire s'il est nécessaire. Ici une urétrotomie interne suffirait.

Un rétrécissement traumatique serré peut se « stabiliser » pendant de nombreuses années sans provoquer d'accident grave.

Désinsertion traumatique, par effort, du muscle moyen adducteur, de la ligne âpre. Traitement opératoire. — M. Vincent.

Deux cas de kyste du ménisque externe du genou. — M. Vincent.

Sur un cas de néphrose lipoïdique. — M. Lamelin. A propos de ce cas, observé chez un adulte, l'auteur, rappelant l'importance des facteurs endocriniens, émet l'hypo-

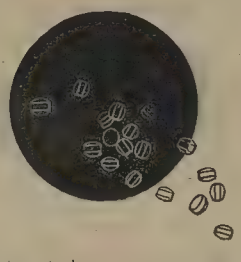
ADOVERNE

GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES DE L'ADONIS VERNALIS
ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE ÉTALONNÉE

GOUTTES

ROCHE

GRANULES



PROPRIÉTÉS

CARDIOTONIQUE
EUPNÉIQUE
NEURO-SÉDATIVE
DIURÉTIQUE

ÉCHANTILLONS ET DOCUMENTS SCIENTIFIQUES
10, RUE CRILLON - PARIS

PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

NALINE

INDICATIONS :

Puissant Réparateur
de l'Organisme débilité

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:
Ets MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la **SYPHILIS** et du **PALUDISME**

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). — *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule.) } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule.) }
INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.* }
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). }
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 38.925

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

thèse pathogénique d'une glande à sécrétion interne, le poumon, dont on méconnaît un peu le rôle. Il se base sur les faits suivants :

1° Analogie entre le poumon et le foie, placés, celui-ci à l'entrée, dans l'organisme des protides et des glucides, celui-là des lipides ;

2° Importance de la lipodiérèse pulmonaire, mise en évidence par les travaux du prof. Binet ;

3° Fréquence de la tuberculose pulmonaire (guérie ou en évolution), chez les sujets atteints de néphrose lipoïdique.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ASSOCIATION BROMURE-FOLLICULINE DANS LE TRAITEMENT DES DYSOVARIES (1)

Par le docteur J. FAGUET.

Dans tous les cas si nombreux d'insuffisance ovarienne fruste ou avérée, aussi bien au moment de la puberté qu'au cours de toute la vie génitale de la femme, chez les aménorrhéiques, les hypoménorrhéiques, les dysménorrhéiques, au moment de la ménaupose, l'auteur a obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la folliculine présentée sous forme d'oestrobol.

On sait que l'oestrobrol n'est autre que de la folliculine incorporée à des tablettes de sédobrol, médicament devenu classique dans le traitement de tous les nerveux. Pour l'oestrobrol, même mode d'absorption que pour le sédobrol. Chaque tablette, écrasée dans une tasse d'eau très chaude, donne un bouillon savoureux, accepté très volontiers par les malades les plus difficiles.

Le dosage d'une tablette d'oestrobrol est de 100 unités souris de folliculine pour 1 gramme de bromure de sodium chimiquement pur. L'auteur est persuadé que cette présentation nouvelle d'une médication, qui fait chaque jour ses preuves, est appelée à prendre une grande place dans le traitement de toutes les dysovaries.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie de l'appareil urinaire. Reins. Vessie (2), par PASTEUR-VALLERY-RADOT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Bichat.

Suivant le plan réalisé dans les précédents volumes de la *Collection des Initiations médicales*, ce petit livre expose les principes de la séméiologie et de la thérapeutique des affections de l'appareil urinaire. On y trouvera une mise au point des principales méthodes cliniques et thérapeutiques modernes. Il répond aux questions suivantes : Comment orienter son examen, étant donnée la symptomatologie très complexe des affections réno-vésicales ? Comment savoir quelles recherches effectuer dans un cas déterminé ? Faudra-t-il faire une exploration par le cathétérisme urétéral et la radiographie ? Faudra-t-il, là, mettre en œuvre uniquement des épreuves physiologiques ?

Comment, par le groupement des symptômes fonctionnels, des signes physiques ou biologiques, pourra-t-on diagnostiquer telle ou telle affection rénale ou vésicale ? C'est ce que montre l'auteur au cours de cet ouvrage.

Dans un premier chapitre, il passe en revue les symptômes pour lesquels un malade atteint d'une affection des voies urinaires peut venir consulter. Il montre comment l'étude de chaque symptôme doit diriger les investigations cliniques.

Dans un deuxième chapitre, il traite des procédés d'exploration de l'appareil urinaire.

Enfin, dans un troisième chapitre, il fait l'étude succincte des principales affections des reins et de la vessie.

L. G.

Le traitement des cardiopathies par l'association sucre-insuline (1). par le docteur N. KISTHINIOS, lauréat de l'Académie de Médecine de Paris. Préface de M. le professeur VAQUEZ, membre de l'Académie de Médecine.

La méthode thérapeutique qu'étudie l'auteur sort du laboratoire. Certes, on n'ignore pas que le sucre est un puissant reconstituant des organismes défaillants et qu'il est sous diverses formes d'un usage courant, au moins comme médication d'appoint.

Son emploi dans le traitement du cœur est plus récent. Des travaux multiples et concordants ont montré le rôle primordial du glucose dans le fonctionnement du cœur, et aussi que la consommation du sucre par cet organe est sous la dépendance de certaines glandes endocrines, le pancréas notamment, représenté par son extrait : l'insuline.

Mais, comme il arrive toujours dans les circonstances semblables, l'annonce d'un fait nouveau suscite autant de sceptiques que d'adeptes. Pour douter ou pour nier, les premiers ont la partie belle ; il leur suffit, puisque la méthode doit, dit-on, guérir l'insuffisance cardiaque, de l'appliquer indistinctement à tous les cas, et de constater, ce à quoi il fallait s'attendre, qu'elle échoue parfois, pour conclure à son inefficacité totale.

Aussi M. Kisthinios s'est-il appliqué à spécifier les cas où l'association sucre-insuline devra être et sera en effet inactive, ceux dans lesquels il sera logique d'avoir recours à elle et les bénéfices souvent incalculables que l'on en obtiendra.

La lecture de ce petit ouvrage est recommandée à tous les médecins ; elle leur procurera le plaisir d'acquérir à peu de frais, en raison de la clarté de l'exposition, des notions très complètes sur un sujet neuf ou, dans la pratique, d'obtenir des succès là où d'autres auront peut-être échoué.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉMIE PERNICIEUSE [2]

EVOLUTION

Anémie pernicieuse « *progressive* » pour *Addison*, la maladie de Biermer est essentiellement une *maladie chronique* à *poussées successives* et susceptible de *rémissions* parfois longues, « *pseudo-guérisons* », peut-être même de guérison. On pourrait la comparer à la maladie de Bouillaud à formes cliniques diverses: les formes exclusivement anémiques sont les plus bénignes, les formes anémo-digestives et surtout anémo-nerveuses sont plus graves.

Autrefois, c'était presque toujours d'anémie extrême que mourait le biermérien : la sclérose combinée médullaire signait l'arrêt de mort, hâtant la fin par les troubles tro-

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 33, août 1933.

(2) Collection des Initiations médicales. In-8 de 202 pages avec 10 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-16 de 103 pages avec 6 figures. — Prix : 12 fr. (franco : France, 13 fr.; Etranger, 14 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 25, p. 450; n° 27, p. 490 ; n° 29, p. 522.

phiques et des infections secondaires. La « *cachexie anémique* » est caractérisée par une asthénie extrême, addisonienne, anorexie complète ; œdématié, inerte, secoué seulement de quelques vomissements, diarrhéique, le malade conserve toute sa lucidité jusqu'au coma final (moins d'un an parfois).

Actuellement, la thérapeutique par le foie a produit dans l'évolution de la maladie un bouleversement complet ; on doit distinguer :

1° *Les rémissions ;*
2° *L'anémie latente ;*
3° *Les rechutes ;*
4° *La terminaison.*

1° *Les rémissions.* — On doit noter :
A. Les modifications sanguines ;
B. Les modifications cliniques.

A. **Les modifications sanguines.** — Elles précèdent l'amélioration clinique nette. Le nombre des globules rouges augmente, ainsi que celui des leucocytes. Sous l'influence des médicaments très actifs, la régénération globulaire peut être rapide, dépassant la fonction hémoglobinigène, d'où : abaissement de la valeur globulaire à 1 ou au-dessous de 1. Cette *hypochromie de régénération* n'est en général que passagère. Les formes anormales malignes diminuent : les *mégaloblastes* disparaissent ; *à la formule mégaloblastique se substitue la formule normoblastique.* Mais surtout on met en évidence, par des examens de sang répétés, *les crises réticulocytaire et hématoblastique*, stigmates pratiques de régénération sanguine. La crise réticulocytaire est la première ; elle commence quelques jours après le début du traitement, atteint son acmé vers le septième jour, ne dure pas moins d'une semaine ; le nombre des *hématies granulo-filamenteuses* peut atteindre 10 à 40 p. 100. Cette poussée de réticulocytes permet de distinguer les vraies rémissions des fausses améliorations (de la transfusion par exemple). La crise hématoblastique (Hayem) retarde de quelques jours. En même temps que les hématies granulo-filamenteuses, les plaquettes augmentent.

B. **Les modifications cliniques.** — Elles peuvent être homogènes ou dissociées.

α Rémissions *homogènes :* tous les symptômes s'amendent en même temps. Recoloration du facies et des muqueuses, réapparition des lunules unguéales, diminution de l'asthénie, disparition de la dyspnée et des œdèmes. La digestion se fait bien. Les troubles psychiques ou myélitiques s'amendent ou disparaissent. Cependant, le plus souvent, quelques symptômes persistent. Ce sont : 1° *la glossite de Hunter ;* 2° *l'achlorhydropepsie ;* 3° *l'anesthésie osseuse ;* 4° *la rétinite.* Ces signes permettent encore, chez un malade amélioré, de reconnaître la maladie.

β Rémissions *dissociées :* ce sont les cas les plus fréquents. Les troubles anémiques disparaissent au point que le malade peut se croire guéri. Mais d'autres troubles persistent et continuent d'évoluer pour leur propre compte. *Le syndrome nerveux peut s'aggraver et prendre une allure lentement maligne.*

Les rémissions ne caractérisent pas une variété spéciale : dans la *forme de Rueneberg*, les rémissions sont anormalement bienfaisantes ou longues. Les malades peuvent alors redevenir quasi normaux ; l'anémie s'est réparée, la fièvre est disparue, les forces sont revenues. La durée est en général de quelques mois ; elle peut être de plusieurs années.

En règle, les rémissions sont faibles ; si le malade reprend une certaine activité, c'est une activité de promenade et non de travail. La température reste instable.

2° *L'anémie latente* (Aubertin). — Les guérisons apparemment les plus complètes et les plus longues ne sont pas des guérisons réelles. D'habitude subsiste une hyperchromie nette qui démontre que la maladie continue à bas bruit. Un examen soigneux met encore en évidence des mégalocytes. D'autre part, on doit signaler la *gravité insolite* d'infections intercurrentes bénignes ordinairement : une angine, une grippe... peut tuer rapidement le malade.

3° *Les rechutes.* — Elles ne sont pas cycliques ; les phases d'aggravation sont lentement progressives : soit de l'anémie : apparition de stigmates de destruction sanguine, véritable petit ictère hémolytique de Chauffard ; soit rechutes non anémiques, et surtout troubles nerveux s'accentuant lentement.

On peut voir des « *hépatorésistances* » : malgré le foie, la maladie évolue.

4° *La terminaison.* — La mort survient soit par infection intercurrente (pneumonie, angine, grippe, infection urinaire), soit par coma final avec gros troubles nerveux, soit par cachexie anémique.

La durée habituelle est de *trois à cinq ans ;* parfois plus courte ; parfois survies de dix ans et plus.

FORMES CLINIQUES

1° *Symptomatiques :* fébrile, gastrique ou pseudo-cancéreuse, rapide, lente, progressive à rémissions, etc.; *forme ictérique* d'aspect assez spécial ; suivant les stigmates sanguins, on a pu distinguer : l'anémie à *hématies falciformes* (Herrick 1910 familiale, héréditaire, spéciale à la race noire), l'anémie *phagocytaire*, très rare.

2° Nous insisterons sur la *forme hémorragique :* le syndrome est clinique et vasculo-sanguin (coagulation troublée, irrétractilité du caillot, saignement prolongé, signe du lacet positif, hypoplaquettose). Ce syndrome peut n'être qu'épisodique.

3° La forme *splénomégalique*, encore discutée.

4° La forme de l'*enfant*, très rare, et plus courte en général que chez l'adulte.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° Les organes hématopoiétiques :

La rate hypertrophiée, rouge, présentant des lésions artériolaires (Eppinger) avec sidérose diffuse.

Le foie : la sidérose du foie est plus considérable ; avec de nombreux foyers de dégénérescence.

La moelle osseuse : est d'une rougeur intense, contenant une grande quantité d'éléments hémoglobinifères (toutes les variétés) et quantité considérable d'autres éléments. « On s'étonne que la moelle soit si riche alors que le sang est si pauvre » (Ménétrier).

Pas d'adénomégalie.

2° Les autres organes : muscles striés normaux ; cœur flasque, dilaté avec foyers de dégénérescence, nombreux petits foyers hémorragiques et foyers inflammatoires dans le tube digestif ; *atrophie de l'estomac ;* nombreux foyers de dégénérescence disséminés dans l'axe encéphalo-médullaire et les ganglions rachidiens ; atrophies des cordons postérieurs ; scléroses en petits foyers dans les cordons blancs.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME EXTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Avue des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

OLÉTHYLE-BENZYLE

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

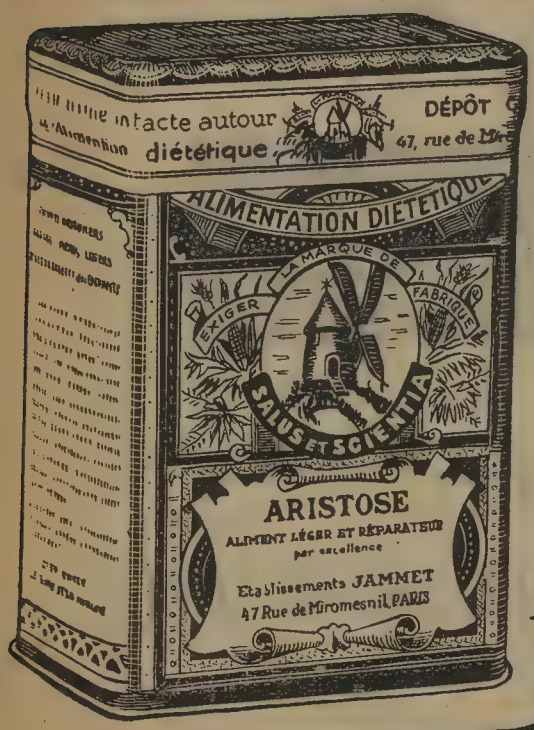
Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS
Echantillons médicaux sur demande.
AMIDAL
GÉNATROPINE

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des
Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET rue de Miromesnil, 47, PARIS

LUMINAL

Antiépileptique non bromé, hypnotique et sédatif puissant.

Administration à doses fractionnées par les

LUMINALETTES

SOLUTION à 20% de LUMINAL

injectable par voie intramusculaire

Renseignements et demandes d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, rue Vauquelin — PARIS - 5e

BAYER

Dépôt général :
LABORATOIRES LOBRU, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 21 AVRIL 1934. — N° 32.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos du traitement de la fièvre ondulante, par M. le professeur A. LEMIERRE.

La splénectomie dans l'anémie pseudo-leucémique, par M. L. BABONNEIX.

Le traitement des encéphalites aiguës, par M. J. LHERMITTE.

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

Le fonctionnement des ambulances chirurgicales dans les services de l'avant, par M. BARTHÉLEMY.

ACTUALITÉS

A propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux, par M. R. LEVENT.

CHRONIQUE

L'expérimentation sur l'homme (d'après M. le professeur Charles NICOLLE), par F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

Le sédormid, par M. CHAUSSET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de pédiatrie.

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE

ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc

35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION RAPIDE DE LA DOULEUR

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 14 avril. — MM. Kourilsky, 19,54; Kaplan, 18,18; de Brun du Bois Noir, 19,36.

Séance du 16 avril. — MM. Kourilsky, 19,45; Pollet, 19,90; Besançon, 20; Lamy, 19,81; de Brun du Bois-Noir, 19,63.

Ministère de la Santé publique. — Sont rattachés au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, à compter du 1er mai 1934, les établissements ci après :

Office national d'hygiène sociale.

Institut d'hydrologie et de climatologie.

Effectif des chirurgiens dentistes de réserve de l'armée de mer. — Par arrêté en date du 30 mars 1934, les cadres des chirurgiens dentistes de réserve sont fixés ainsi qu'il suit :

Chirurgiens dentistes principaux	2
Chirurgiens dentistes de 1re classe.....	12
Chirurgiens dentistes de 2e classe.....	20
Chirurgiens dentistes de 3e classe.....	16
	50

La constitution de ce corps s'effectuera de la façon suivante, 26 places seront attribuées immédiatement en suivant l'ordre ci-après :

1° Aux chirurgiens dentistes ayant servi en cette qualité dans la marine au cours de la guerre et qui remplissent les conditions fixées par l'instruction du 11 avril 1933;

2° Aux dentistes militaires qui ont été détachés par le ministère de la guerre à la marine pour y accomplir la durée du service légal;

3° Enfin aux dentistes militaires de réserve qui ont demandé leur passage dans la réserve de l'armée de mer.

Les 24 admissions restant à prononcer pour atteindre l'effectif total seront faites annuellement à raison de deux admissions au maximum; elles seront exclusivement réservées aux dentistes militaires détachés à la marine par le ministère de la Guerre. (*J. O.*, 13 avril 1934.)

La rue Carlos Finlay. — On inaugurera à la fin du mois, à Paris, une rue à laquelle sera donné le nom de Carlos Finlay, le grand savant cubain qui prouva la transmission du paludisme par les moustiques.

Conférences du dimanche (amphithéâtre de la rue des Saints-Pères). — Contrairement aux dates primitivement indiquées, la conférence du docteur Métivet (coup d'œil sur la chirurgie gastrique) aura lieu le 6 mai, et celle du docteur H. Grenet (scarlatine et rhumatisme) le 13 mai 1934.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Charnau (de Cannes), Octave Monod, médecin de la fondation Curie, à Paris; M. Charles Bidot, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

— Nous annonçons aussi la mort, à Paris, du docteur Fernand Bouchut, fils du célèbre médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, qui fut, il y a cinquante ans, le collaborateur de notre journal.

Comité permanent des congrès internationaux de médecine et de pharmacie militaires. — *La 4e Session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire* se tiendra à Liége les 27, 28, 29 et 30 juin 1934, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Défense nationale.

Tous les officiers des Services de santé des armées de terre, de mer, de l'air et des colonies, de l'active et de la réserve, sont invités à y participer.

Etant donné que des questions importantes de *Droit International ayant trait aux lois de la guerre* seront traitées au cours de cette session, MM. les diplomates, les officiers des diverses armes ainsi que les juristes sont également invités.

Programme provisoire. — *Mercredi 27 juin*, à 21 h., séance solennelle d'ouverture, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Défense nationale, et réception officielle. Conférence par M. de la Pradelle, professeur à la Faculté de Droit, à Paris, directeur de l'Institut des Hautes Etudes, sur le projet suivant : « Si la guerre éclatait, quelles seraient ses lois » ?

Jeudi 28 juin. — De 9 h. à 12 h. et de 15 à 17 h. — L'organisation du service de santé de l'arrière (médecin colonel Schickèle, France). Services chirurgicaux de grande urgence. Equipements de campagne pour opérations (commandant médecin Blanco, Espagne). Le service de santé dans la guerre de mouvement, conduite par des unités motorisées (médecin général docteur Iliesco, Roumanie). Etude critique de la notation internationale des blessures et maladies (capitaine médecin Cambresier, Belgique). L'immunisation contre l'infection des plaies de guerre (colonel médecin docteur L. Owxzarewicz, Pologne).

Vendredi 29. — De 9 à 12 heures et de 15 à 17 heures. — Etude comparative d'un thème tactique à l'échelon armé, présenté par six services de santé différents.

A 17 h. — Rapport de MM. de La Pradelle et Voncken sur les moyens de réalisation des vœux émis à Madrid : 1° Villes et localités sanitaires; 2° Assistance sanitaire des non-belligérants; 3° Prisonniers de guerre; 4° Protection de la population civile; 5° Sanctions.

Samedi 30 juin. — De 9 à 13 h. — Organisation et entraînement du personnel de notre département médical, spécialement les brancardiers (Major Médecin F. A. Blesse, U.S.A.). — L'aviation sanitaire (Médecin Coolonel Schneider, France). — Les procédés actuels de traitement des plaies infectées dans les armées de campagne (Colonel Médecin Docteur Th. Sokolowski, Pologne). — Perfectionnement professionnel du médecin militaire (Commandant Médecin Arrieta, Espagne).

Les cours se donnent en français. Le port de l'uniforme est autorisé.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

en Eté,

Période des voyages, des excursions,
... période fertile en accidents divers.

Avoir toujours dans sa trousse d'urgence des ampoules de CORAMINE de 1 et 3 cc.

Ne jamais oublier cette notion maintenant bien acquise :

la CORAMINE

Médicament toni-cardiaque et eupnéique

permet d'agir avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps en présence de

toute indication urgente :

Cœur forcé ou insuffisant,
Asphyxie par submersion.

La réanimation du cœur est toujours possible, même lorsque le pouls n'est plus perceptible, par l'injection intra-veineuse ou intra-cardiaque de 2 à 10 cc. de CORAMINE.

Mal de mer, Mal des montagnes.

Voie buccale :
Gouttes : X à CXXV
par 24 heures

Voie parentérale :
1 à 12 cc. par 24 heures
Ampoules de 1 et 3 cc.

LABORATOIRES CIBA. O. Rolland, 109-111-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

CHRONIQUE

L'EXPÉRIMENTATION SUR L'HOMME

M. le professeur Charles Nicolle, du Collège de France, vient de consacrer un bien remarquable article à l'expérimentation sur l'homme (1).

Nul ne fera à l'illustre savant à qui l'on doit tant d'éclatantes découvertes èn pathologie le reproche de ne pas savoir prendre une responsabilité. Si la France a été protégée contre le typhus, c'est à lui qu'on le doit, si la Tunisie a échappé à une effrayante épidémie de peste pulmonaire, c'est à sa décision que nous en sommes redevables.

Il a donc le droit de manifester ses hésitations, ses scrupules, sa timidité, si j'ose employer ce terme, quand il traite de cette grave question de l'expérimentation sur l'homme.

« Tout d'abord, écrit-il, je déclare sans ambages ni réticences que s'il s'agit de légitimer l'expérimentation sur l'homme, je me refuse au plaidoyer. Nous ne devons pas infliger aux autres ce que nous ne désirerions pas qu'on nous inflige et, au cas même où nous serions décidés à nous sacrifier, tout aussi bien si nous nous étions sacrifiés, il ne saurait s'ensuivre que nous nous arrogions le droit d'exposer d'autres hommes à ces risques.

Le sacrifice personnel est, d'ailleurs, un droit discutable pour le savant. Il s'expose souvent, au cours de ses travaux, aux pires contaminations. C'est beaucoup, et c'est assez. Trop de gens sont intéressés à la conservation de certains hommes pour que l'on conteste à ceux-ci le droit de sacrifier leur vie, quelle que doive être la grandeur du but et si noble que soit un tel exemple. Qui aurait pu louer Pasteur, s'il s'était inoculé la rage au cours de ses recherches ? Sa vie n'était-elle pas, de toutes les vies humaines, la plus précieuse, celle qu'il importait le moins de risquer ?

Après la déclaration que je viens de faire, qu'il me soit permis de poser le problème, non de la façon dont notre sentimentalité le pose, mais de la façon dont il doit être logiquement posé. L'expérimentation sur les hommes se pratique depuis longtemps ; elle continue de se pratiquer tous les jours et nous nous trouvons devant des faits établis, donc tenus de les admettre.

Si les savants de tous les temps n'ont pas reculé devant cette pratique, c'est qu'elle leur a paru indispensable dans l'entreprise et, s'ils n'ont pas été arrêtés en la suivant, c'est que l'opinion publique connaît cette pratique et l'admet, au moins dans certaines circonstances. Elle sait, comme le savant, qu'il est des cas où, seule, l'expérimentation humaine peut apporter des solutions, ceux où l'emploi des animaux ne le permet pas. Examinons quels sont ces cas, les cas dont l'opinion ne s'effarouche nullement... »

« Il est, ajoute-t-il, des expériences vénielles, les essais thérapeutiques. Toutes les fois qu'un médecin applique un traitement nouveau au traitement d'une maladie, toutes les fois qu'un chirurgien innove en technique opératoire, l'un et l'autre font acte d'expérimentation », mais il faut ajouter que ces essais sont précédés d'expériences sur les animaux.

Sous réserve de la responsabilité des médecins, l'expérimentation humaine, pratiquée dans un but thérapeutique, est admise par la plupart des hommes.

Cette concession apparaît grave à M. Nicolle.

« Permettre une infraction au principe de l'intangibilité de la personne humaine, c'est mettre à bas la barrière. Relevée, où la portera-t-on ?... »

Si la haute conscience de M. Charles Nicolle hésite devant les essais de produits nouveaux, elle hésite bien davantage encore lorsqu'il s'agit d'extraits microbiens, de sérums, de virus, d'agents pathogènes.

— Oui sans doute, il y a l'expérimentation de Jenner, il y a celle de Pasteur. L'un et l'autre poursuivaient un but d'une telle importance qu'on ne peut les discuter.

« Quand l'enjeu de la partie est la prévention ou la guérison d'un mal, s'en remettre au savant est la seule ressource, la seule morale », mais « qu'on dépiste, qu'on ligote le faux savant, le mercanti, le fou... »

M. Charles Nicolle examine la question sous tous ses aspects, et il le fait avec l'admirable conscience et la hauteur de vues qu'il apporte dans toute son œuvre, puis il résume ainsi son exposé.

« De quelque côté que nous nous tournions, nous aboutissons à des impasses. La conscience publique, l'humanité, les lois, la conscience et l'intérêt des savants condamnent l'expérimentation sur l'homme. Cependant, cette expérimentation est nécessaire.

C'est que la conscience du savant n'est pas la conscience publique. Le bien et le mal de la tentative pesés, toutes conséquences envisagées, la conscience du savant lui ordonne parfois d'agir. Elle n'est ni dupe ni hypocrite. A la gravité de l'acte, elle n'accepte nulle atténuation. Nécessité ne veut pas d'excuses.

Que conclure de cette longue discussion ? Rien. Il est des problèmes qu'il convient que l'on se pose, qu'on doit retourner sur toutes les faces et auxquels on ne saurait trouver, donner des conclusions satisfaisantes, encore moins des conclusions qui plaisent. Je n'ai voulu, en exposant celui-ci, qu'en examiner les facteurs. Je termine en rappelant les plus importants :

L'expérimentation sur l'homme n'est pas licite. La conscience publique, la conscience des médecins la condamnent. L'expérimentation humaine peut seule permettre d'étudier les maladies spéciales à notre espèce, les remèdes à y apporter, les méthodes aptes à les prévenir. Y renoncer, c'est consentir à ce que nous ne sachions jamais nous défendre, défendre les nôtres contre les pires de nos ennemis, contre les causes les plus certaines de la souffrance et de la mort.

L'expérimentation sur l'homme s'est toujours faite ; elle se fait ; elle se fera, quelques mesures qu'on prenne contre elle.

L'opinion publique, la morale la tolèrent quand il s'agit d'essais de médicaments, de méthodes opératoires nouvelles. Elle ne comprendrait pas que ceux auxquels elle donne mandat de la défendre contre les maladies cessent de s'instruire et s'abstiennent de toute investigation sur certains points.

La conscience éclairée du savant lui montre un risque dans tout essai. Elle se refuse à connaître des limites entre les interventions soi-disant tolérées et les interventions proscrites. Elle s'y refuse parce que ces limites n'existent pas. Elle ne connaît qu'une raison d'intervenir, le bien général, et deux raisons d'abstention, l'inutilité et la cruauté de l'expérience. Elle place, parmi les interventions nécessaires, celles qui ont pour but la reproduction de la maladie sur un sujet sain, parce que, sans cette re-

(1) *Revue de Paris*, 15 avril 1934.

production, aucune recherche ultérieure n'est possible dans la voie de découverte des méthodes de prévention ou de traitement.

La conscience du savant ne s'illusionne pas sur l'emploi, qu'admettrait l'opinion, des condamnés à mort, des aliénés, même des sujets volontaires. Elle voit, dans certains de ces procédés, des erreurs, dans d'autres des commodités, souvent lâches, dans aucune des atténuations. Elle décide, pour chaque cas, d'après les données de la connaissance. Elle sait la responsabilité qui lui en incombe ; elle la pèse chaque fois, et, quand elle agit, elle accepte les conséquences de sa décision.

La société humaine délègue à certains de ses membres un mandat. Les médecins reçoivent mission de veiller à la santé des hommes. Ils exercent cette mission dans la plénitude de leur savoir et de leur conscience. La sagesse est de s'en remettre à eux. »

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostics urgents. Abdomen (1), par H. MONDOR, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'Hôpital Bichat.

Peu d'ouvrages ont connu un succès aussi rapide dans le monde entier. Combien de médecins n'ont-ils pas, en lisant la belle préface de l'auteur ou la plupart des chapitres de ce livre, reconnu le sentiment d'inquiétude qui les étreignait un jour en présence d'une crise abdominale aiguë, dont la gravité leur imposait une décision rapide. Seuls pour établir un diagnostic immédiat, dans des conditions particulièrement difficiles, privés des secours du radio-diagnostic, du laboratoire ou d'un examen ultérieur plus approfondi, c'est grâce à *quelques bons signes cliniques*, bien contrôlés, qu'ils purent engager avec autorité leur responsabilité, et que les gestes du chirurgien furent ce qu'ils devaient être, et en temps utile.

L'exposé des quelques bons signes cliniques bien contrôlés, des gestes simples, que le clinicien doit exécuter en présence de l'abdomen aigu, voici l'essentiel de cet ouvrage de *technique diagnostique*. C'est un fil conducteur susceptible de donner au médecin, dans les cas les plus graves, la certitude, l'élan et la résolution.

« Cet ouvrage, de plus de 1.000 pages, lisait-on ces jours-ci sous une signature autorisée, on ne le parcourt pas, on le lit, et en le lisant, on voit le plaisir que l'auteur a pris à l'écrire.

« L'éveil de l'« attention abdominale » y est sonné à toutes les pages. Ce livre sauvera des vies. C'est un service inappréciable que rend Mondor aux médecins, aux malades et à la science française. »

Cette deuxième édition a été très augmentée et ne comprend pas moins de 200 pages et 30 figures nouvelles. C'est une œuvre largement développée, entièrement revue.

Il est intéressant pour le médecin de connaître les parties qui ont été l'objet des principaux remaniements.

Chapitres nouveaux : la plupart de ces chapitres n'ont encore jamais eu leur place dans un livre d'enseignement.

1° Ulcères perforés des enfants.

2° Rupture intra-abdominale des kystes hydatiques du foie.

3° Perforations typhiques de la vésicule biliaire, de l'appendice.

4° Examens radiologiques d'urgence des péritonites par perforation du tube digestif.

5° Perforations utérines.

6° Rupture des anévrismes.

7° Apoplexie intra-abdominale.

8° Infractus hémorragique de l'appareil génital de la femme.

9° Complications infectieuses des tumeurs abdominales.

10° Syndrome abdominal aigu au cours du purpura.

Chapitres particulièrement remaniés :

1° Perforations des ulcères du diverticule de Meckel.

2° Péritonites biliaires sans perforation.

3° Péritonites tuberculeuses aiguës.

4° Péritonites à streptocoque, non puerpérales.

5° Péritonites diverses (ulcère simple du grêle, perforations sigmoïdiennes, etc.).

6° Diagnostic de la grossesse extra-utérine.

7° Torsions diverses.

L. G.

(1) Grand in-8 de 1.054 pages avec 276 figures dont 30 planches hors texte. — Prix : broché, 125 fr. ; relié toile, 145 fr. — Paris, Masson et Cie

Chirurgie infantile d'urgence (1), par M. FÈVRE, ancien chef de clinique chirurgicale infantile, chirurgien des hôpitaux de Paris. Préface du professeur OMBRÉDANNE.

Cet ouvrage conçu dans un but pratique est essentiellement *clinique et technique*.

Les difficultés inhérentes à cette chirurgie spéciale se trouvent considérablement accrues lorsqu'il faut prendre une décision immédiate en face d'un diagnostic souvent impossible à préciser dans le détail. Ce livre, nouveau dans sa forme, et qui complète les traités actuels de chirurgie d'urgence, ainsi que les livres de chirurgie infantile, apparaît donc comme un guide minutieux avant et après l'opération, de tous ceux dont la maîtrise chirurgicale est suffisante, mais qui n'ont point acquis l'expérience de la chirurgie des enfants.

La clinique est exposée dans ce livre d'une façon absolument concrète ; on y trouvera tous les cas particuliers à l'enfance tels que l'auteur a pu les observer pendant sept années d'hôpital aux Enfants-Malades.

En urgence, le diagnostic clinique pré-opératoire n'est pas toujours possible à préciser. Le diagnostic opératoire, que le chirurgien doit alors poser durant l'intervention, est souvent déduit d'une série de manœuvres qu'il faut savoir exécuter dans un ordre donné. C'est ainsi que l'auteur indique la tactique à suivre pour pouvoir, par exemple, découvrir un diverticule de Meckel ou encore une invagination insoupçonnée, explorer méthodiquement un abdomen de typhique rempli de pus, reconnaître rapidement une péritonite à pneumocoques sans brasser dangereusement les anses intestinales, etc.

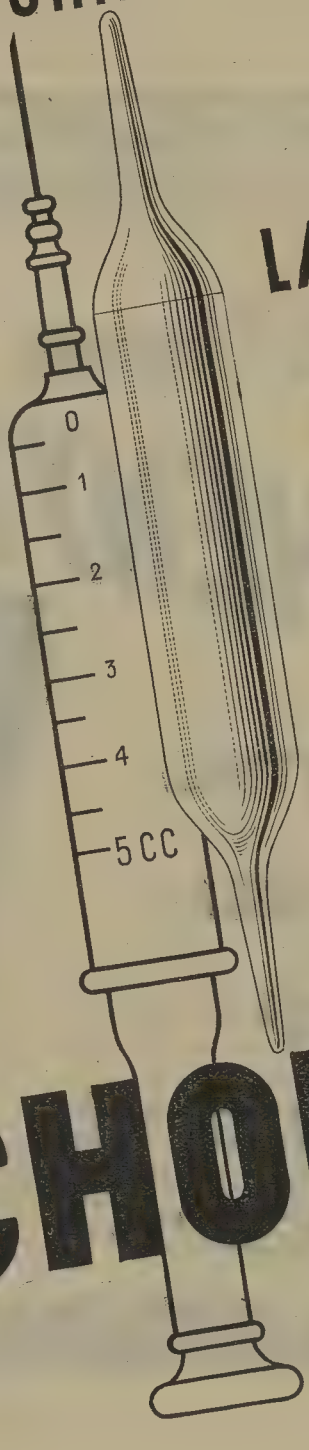
Un chapitre envisage la question des malformations congénitales à opérer d'urgence.

L'auteur développe avec précision certains chapitres de *technique*. Il insiste sur les soins postopératoires, les doses médicamenteuses à utiliser chez les enfants. Cette étude des points de détail acquiert une importance capitale chez l'enfant, l'absence de certaines précautions pouvant compromettre le succès d'opérations brillamment exécutées.

L. G.

(1) Un volume de 452 pages avec 110 figures. — Prix : 70 fr. — Paris, Masson et Cie.

AZOTÉMIE
SCLÉROSE
OLIGURIE



LES
LABORATOIRES
ROSA
1, Place Champerret - PARIS (XVIIe)
PRÉSENTENT

CHOPHYTOL
CRISTALLISÉ
INJECTABLE
(PRINCIPE ACTIF CRISTALLISÉ DE CYNARA)
TRAITEMENT DE DOUZE INJECTIONS DE 5 cc.
INTRAVEINEUSES, INTRAMUSCULAIRES OU HYPODERMIQUES
UNE TOUS LES JOURS OU TOUS LES 2 JOURS
CURE INTERCALAIRE PER OS DE DRAGÉES
de **CHOPHYTOL** ou de **CYNUROL**

Références scientifiques : Nouvelles Thérapeutiques, 8. III. 34. — Gazette des Hôpitaux, 14. III. 34. — Société de Thérapeutique, 14. III. 34. — Echos de la Médecine, 15. III, 34. — Courrier Médical, 18. III. 34. — Siècle Médical, 1. IV. 34.

LÉON ULLMANN-PARIS

LES "ENDOCRISINES"
TOUTE L'OPOTHÉRAPIE
un complexe
des "glandes de l'énergie"
LE CRINO-STHÉNYL
comprimés
•
ampoules
•
sirop
•
Elève le potentiel vital
ECHANTILLONS-LITTERATURE
LABORATOIRES FOURNIER FRERES,
7, RUE BISCORNET, XII

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE ONDULANTE

Par M. le professeur A. LEMIERRE.

Notre intention n'est pas de passer en revue dans ce court article les différentes méthodes de traitement préconisées contre les brucelloses humaines et d'en présenter la critique. Notre but est de rappeler seulement les notions essentielles que nous possédons sur l'une d'elles : l'antigénothérapie par les injections d'endoprotéines microbiennes. Elle tire tout intérêt non seulement des bons résultats qu'on est en droit d'en attendre quand on sait y avoir recours d'une façon opportune, mais aussi de ce que les études qui lui ont été consacrées ont apporté certains éclaircissements sur les raisons des succès et des insuccès fournis par les autres procédés d'antigénothérapie couramment employés chez les sujets atteints de fièvre ondulante.

Cette méthode dérive des travaux de P. Teissier, J. Reilly et Rivalier sur l'antigénothérapie du chancre simple et c'est à Reilly que nous devons d'avoir conseillé son application au traitement de la fièvre ondulante. Utilisée pour la première fois avec succès par Courtoit-Suffit, Garnier et Liège, elle a fait l'objet des publications récentes de Cambessedès et Garnier et de Cambessedès et Layani, auxquels nous empruntons les détails qui vont suivre.

Les endoprotéines dont se sont servis ces auteurs ont été extraites par Reilly des corps microbiens de brucella abortus au moyen de la technique de Besredka.

Des ensemencements de brucella abortus sont pratiqués en boîtes de Roux sur de larges surfaces de gélose. Les cultures âgées de trois jours sont raclées, desséchées dans le vide sulfurique, pesées après dessiccation et additionnées de 40 pour 100 de chlorure de sodium sec. Le mélange est ensuite soigneusement et longuement broyé dans un mortier d'agate. La poudre ainsi obtenue est émulsionnée dans l'eau distillée de façon que le titre de l'émulsion corresponde à deux centigrammes de culture desséchée par centimètre cube de liquide. On abandonne ensuite celui-ci à la glacière pendant 24 heures, puis on centrifuge et on recueille le liquide surnageant qui est finalement tyndallisé. Ce liquide constitue l'antigène vaccinal. Sa valeur antigénique est extrêmement élevée, car on peut évaluer approximativement qu'il contient en solution, par centimètre cube, les endoprotéines de cinq cents milliards de germes.

La première application thérapeutique de cet antigène a été faite en 1926 chez un malade de Courtois-Suffit, Garnier et Liège, atteint depuis deux mois d'une fièvre ondulante..

L'intradermo-réaction de Burnet faite chez cet homme aux deux dixièmes de centimètre cube d'endoprotéine extraite de brucella aburtus se montra positive sous forme d'un placard rouge, infiltré, du diamètre d'une pièce de deux francs. Deux jours plus tard, on pratiqua une injection sous-cutanée de 2 cmc. de la même endoprotéine. Au bout de deux heures survint un grand frisson et la température monta à 40° 2. Pendant trois jours, elle se maintint autour de 40°, accompagnée d'un état de dépression extrême et de subictère. Le quatrième jour elle tomba brusquement un peu au-dessous de 37° et la guérison fut définitive.

Ce résultat avait donc été obtenu au prix de phénomènes réactionnels d'une violence inquiétante. Depuis lors Reilly, Cambessedès, Garnier et Layani se sont attachés à codifier le mode d'application thérapeutique des endoprotéines brucelliennes, de façon à en obtenir le maximum d'action sans outrepasser les limites de la prudence.

Le traitement par les endoprotéines de brucella aburtus consiste assentiellement à déterminer chez le malade l'apparition d'un choc protéinique, mais d'un choc protéinique particulier, différent de celui que provoquent les injections intraveineuses de métaux colloïdaux ou de peptone, d'un choc protéinique spécifique, exigeant pour se montrer et pour être efficace que l'organisme soit sensibilisé vis-à-vis de l'infection. Cet état de sensibilisation, d'allergie, l'intradermo-réaction de Burnet en est le témoin. Si cette intradermo-réaction est négative, c'est que l'état allergique fait défaut; en pareil cas, l'antigénothérapie par les endoprotéines restera sans effet et il est inutile d'y avoir recours. Si l'intradermo-réaction de Burnet est positive, c'est que l'organisme est sensibilisé ; et cet état de sensibilisation est d'autant plus accentué que l'intradermo-réaction est plus forte. Afin de ne pas provoquer de phénomènes de choc trop intenses la dose d'endoprotéine à injecter dans un but thérapeutique sera d'autant plus faible que l'intradermo-réaction sera elle-même plus forte.

Le traitement doit être réglé de la façon suivante. On commence par pratiquer la réaction de Burnet en injectant dans le derme deux dixièmes de centimètre cube de mélitine ou d'abortine, et on lit le résultat au bout de 18 à 24 heures. En cas de résultat positif, le diamètre de la zone cutanée rouge et infiltrée peut varier du diamètre d'une lentille à celui d'une paume de main. La dose d'endoprotéine que l'on injectera ensuite par voie intramusculaire, de préférence à la voie sous-cutanée, pour éviter les phénomènes douloureux locaux, s'échelonnera entre un tiers de centimètre cube et un centimètre cube et demi, les doses les plus minimes étant réservées aux cas où l'intradermo-réaction est la plus forte, et réciproquement. On voit alors, une heure et demie à deux heures plus tard, survenir un grand frisson, une élévation thermique à 39° ou 40° et même 41°. Au bout de 24 à 48 heures, la température s'abaisse brusquement aux environs de 36° 5. En pareil cas, il y a des chances pour que la guérison soit définitive, et très souvent si, les jours suivants, on pratique une nouvelle intradermo-réaction de Burnet, on constate qu'elle est devenue négative.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une très forte intradermo-réaction de Burnet, il faut agir avec prudence afin d'épargner au patient un choc trop pénible. La dose minime d'endoprotéine injectée en pareil cas peut rester sans effet ou ne provoquer qu'un choc insuffisant pour que la guérison soit acquise du premier coup. On en est quitte pour recommencer quel-

*

ques jours plus tard, en augmentant la quantité d'endoprotéine inoculée. Parfois même on est obligé de recommencer une troisième fois. Dans les cas où la sensibilisation de l'organisme est très accentuée, ce procédé par injections successives à doses progressivement croissantes semble être préférable.

Les premières recherches réunies dans un mémoire de Cambessedès et Garnier en 1932 ont porté sur une trentaine de cas de fièvre ondulante traités comme nous venons de le dire : dans une vingtaine de cas les résultats ont été absolument démonstratifs. Peu après, Cambessedès et Layani en ont rapporté de nouveaux exemples non moins probants au Congrès d'Hygiène Méditerranéenne de 1932. Ces auteurs ont insisté sur la nécessité de différer l'emploi des injections d'endoprotéines si l'état allergique de l'organisme fait défaut et de répéter alors périodiquement l'intradermo-réaction de Burnet jusqu'à ce que celle-ci indique qu'il est temps d'intervenir. Ils ont fait remarquer de plus que les effets qu'on peut attendre du traitement par les endoprotéines sont plus incertains quand il s'adresse à des brucelloses compliquées de localisations secondaires, articulaires, osseuses ou pulmonaires.

En dehors de ces circonstances défavorables, ce traitement a ceci de séduisant que, mis en pratique suivant les règles édictées par les auteurs qui l'ont imaginé, il permet de prévoir avec le maximum de probabilité les effets qu'on est en droit d'en attendre dans chaque cas particulier.

Les constatations que nous avons faites personnellement, au cours de ces derniers mois chez deux sujets atteints de fièvre ondulante à brucella melitensis, se sont trouvées pleinement d'accord avec les faits avancés par Cambessedès, Garnier et Layani. Chez le premier, dont la maladie a duré cent dix jours et a fini par guérir spontanément, l'intradermo-réaction de Burnet est restée constamment négative, pour ne devenir positive que quelques jours après la chute définitive de la température. A trois reprises cependant, nous avons voulu tenter l'épreuve et nous avons pratiqué une injection intramusculaire d'endoprotéines en poussant la dernière dose jusqu'à 2 centimètres cubes et demi. La réaction provoquée, même par cette dernière injection, a été insignifiante et n'a été suivie d'aucune amélioration.

Chez le deuxième sujet au contraire, alité depuis un mois environ avec une fièvre à grandes oscillations, mais dont la maladie avait dû évoluer sous une forme larvée pendant plusieurs semaines avant le début clinique apparent, l'intradermo-réaction s'est montrée d'emblée nettement positive. Une injection intramusculaire de 7 dixièmes de cmc. d'endoprotéines a provoqué un choc réactionnel violent avec ascension thermique à 41°. Dès le surlendemain, la température était tombée à 37° ; mais au bout de trois jours elle a commencé à remonter puis a oscillé entre 37° 5 et 38° 5. Malgré cette reprise de la fièvre, le malade se sentait mieux qu'avant l'injection vaccinale ; son appétit et son sommeil étaient devenus meilleurs. Après constatation de la persistance d'une intradermo-réaction très nette, une deuxième injection d'endoprotéine a été pratiquée, quinze jours après la première, à la même dose et a déterminé une réaction aussi intense. Mais, dès le lendemain, la température est tombée à 36° 5. Depuis cette dernière injection, trois semaines se sont écoulées. La température se maintient à 37° le matin pour remonter le soir entre 37° 5 et 37° 8. Le malade ne ressent plus aucun malaise ; il se lève ; son appétit est très vif et les sueurs qui, depuis le début de la maladie, avaient été très abondantes, ont complètement disparu.

Il est évidemment encore trop tôt pour parler de guérison dans ce cas. Nous n'ignorons pas que, dans les brucelloses humaines, de nouvelles ondes fébriles peuvent se produire après des périodes prolongées d'apyrexie. Il n'en reste pas moins vrai qu'une amélioration remarquable a fait immédiatement suite à la violente réaction de choc provoquée par la deuxième injection d'endoprotéine, amélioration portant non seulement sur la courbe thermique mais aussi sur l'état général.

Le secret de l'efficacité du traitement de la fièvre ondulante par les injections d'endoprotéines réside donc dans ce fait que ce traitement déclenche dans les organismes sensibilisés des phénomènes de choc d'une qualité toute particulière. Des exemples ont été rapportés dans lesquels la guérison a été obtenue à la suite d'un choc déterminé par les injections intraveineuses de métaux colloïdaux, de peptone, ou même simplement par l'autohémothérapie ou l'autosérothérapie ; mais ces mêmes méthodes ont certainement fourni plus d'échecs que de réussites. L'injection d'endoprotéines aux malades en état d'allergie exerce une action singulièrement plus puissante et plus sûre : le conflit antigène-anticorps qui se déchaîne en cette occasion dans les humeurs semble exalter au plus haut point les réactions défensives de l'économie et entraîner la destruction des microbes pathogènes dans les foyers où ils sont gîtés et d'où ils essaiment périodiquement dans la circulation sanguine.

La constatation des bons effets résultant du choc spécifique que l'on cherche à produire de propos délibéré en injectant les endoprotéines de brucella abortus conduit tout naturellement à se demander si les autres méthodes antigénothérapiques reposant sur l'emploi soit de vaccins proprement dits, c'est-à-dire de cultures tuées de brucella melitensis ou de brucella abortus, soit de cultures filtrées, mélitine ou abortine, n'agissent pas, lorsqu'elles se montrent efficaces, en vertu d'un mécanisme identique à celui de l'endoprotéinothérapie. Telle est l'opinion qu'ont soutenue Cambessedès et Garnier et les arguments qu'ils font valoir à l'appui de cette thèse sont propres à entraîner la conviction.

On sait que les avis sont très partagés sur la valeur des vaccins mélitococciques. Certains médecins déclarent qu'ils les ont vu très souvent entraîner une guérison rapide, tandis qu'ils ont totalement échoué entre les mains de certains autres. Sans doute, la raison de ces opinions contradictoires doit-elle être cherchée dans la différence des techniques employées et aussi dans l'état de sensibilisation des différents sujets auxquels se sont adressées ces vaccinations. De l'enquête menée par Cambessedès et Garnier, il semble résulter que les fortes doses de vaccins qui provoquent de vives réactions, et telles qu'on les a em-

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE
Première Combinaison directe et entièrement stable de l'*Iode* avec la *Peptone*
DÉCOUVERTE EN 1896 PAR E. GALBRUN, DOCTEUR EN PHARMACIE
Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme
Vingt gouttes IODALOSE *agissent comme un gramme Iodure alcalin*
Doses quotidiennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : LABORATOIRE GALBRUN, 8 et 10 Rue du Petit-Musc, PARIS (IVe)
Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHTN — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

BRIANÇON
1350M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

TOUTES DIARRHÉES
banales ou symptomatiques

CASALDYL

ENTÉROCOLITES
chroniques

GRANULÉ A BASE DE CASÉÏNE FORMOLÉE

INFECTIONS DU TUBE DIGESTIF — FERMENTATIONS SECONDAIRES

FÉTIDITÉ DE L'HALEINE

■

ADULTES ..... *1 à 4 cuillerées à café* } avant ou entre les repas
ENFANTS ..... *Demi-dose.*
NOURRISSONS .. *Un quart de cuillerée à café avant une tétée sur deux, dans un peu d'eau bouillie.*

PRIX: 9 Fr. LE FLACON

LABOR. DU Dr ROUSSEL — 89, RUE DU CHERCHE-MIDI PARIS (VIe)

ployées tout d'abord, sont celles qui ont donné la plus forte proportion de succès. Même si, en pareil cas, l'état de sensibilisation de l'organisme est peu accentué, on comprend que le choc salutaire puisse encore être obtenu. On s'explique de la même façon qu'en réduisant les doses de vaccin injectées de façon à supprimer ce choc, on arrive à dépouiller la vaccinothérapie de toute action thérapeutique.

D'autre part, certains faits montrent que l'injection de quantités très minimes d'antigène spécifique, chez des sujets très fortement sensibilisés, est susceptible d'engendrer occasionnellement une très vive réaction et, contre toute attente, d'interrompre brusquement le cours de la fièvre ondulante. Nous avons rapporté avec Marchal et Jaubert l'observation d'une femme atteinte depuis six mois de cette maladie chez qui l'intradermo-réaction de Burnet se traduisit non seulement par l'apparition in situ d'un placard inflammatoire large comme une paume de main, mais par des phénomènes généraux consistant en frissons, courbatures, ascension thermique à 40°. Au bout de trois jours, la température retomba à la normale et la guérison se maintint, interrompue seulement par un très bref et unique épisode fébrile survenu deux mois plus tard. Cambessedès a publié par la suite un fait semblable. Chez un malade de Debré et J. Marie, deux injections de mélitine destinées à une intra-dermo-réaction furent par erreur pratiquées par voie intramusculaire : la deuxième détermina une forte poussée fébrile, qui mit un terme immédiat à une fièvre ondulante durant depuis plusieurs mois. De même Cazalas et Olmer ont obtenu l'un et l'autre un semblable succès thérapeutique à la suite d'une injection intramusculaire d'un quart de centimètre cube de mélitine.

La pratique de l'endoprotéinothérapie spécifique de la fièvre ondulante, telle qu'elle a été réglée par ses auteurs, montre quel intérêt il y a à prendre comme test de l'opportunité de ce traitement et de la dose d'endoprotéine à injecter le degré de sensibilisation de l'organisme, lui-même révélé par l'intensité plus ou moins grande de l'intradermo-réaction de Burnet. Sans doute pourrait-on, en se fondant sur le même principe, parvenir à codifier l'application des autres méthodes antigénothérapiques, de celle notamment qui utilise comme antigène vaccinal les cultures microbiennes tuées.

Il paraît fort vraisemblable que ces autres méthodes de vaccinothérapie n'ont, au même titre que l'endoprotéinothérapie, guère de chances d'être couronnées de succès aussi longtemps que le sujet atteint de fièvre ondulante ne se trouve pas en état d'allergie. S'il en est bien ainsi, il serait logique d'en ajourner l'application jusqu'à ce que l'intradermo-réaction de Burnet soit devenue nettement positive, ce qui, chez certains malades, peut se faire attendre pendant des semaines, des mois ou même ne se produire qu'après la guérison spontanée de la fièvre ondulante, comme nous l'avons observé récemment dans deux cas.

Il est bien certain que l'antigénothérapie représente le mode de traitement le plus rempli de promesses et le plus dénué d'inconvénient des brucelloses humaines. Mais quand, pour la raison que nous venons d'exposer, il est vain d'y avoir recours, on peut se tourner d'un autre côté et s'adresser à d'autres méthodes, sans être d'ailleurs jamais assuré qu'elles donneront un résultat. Les thérapeutiques de choc non spécifique par les injections intraveineuses de métaux colloïdaux, ou de peptone, l'autohémothérapie et l'autosérothérapie, si elles échouent presque toujours, sont en tout cas sans danger. La chimiothérapie par le jaune d'acridine ou le novarsénobenzol a enregistré des succès incontestables. Il est bon cependant de tenir compte de l'action nocive du jaune d'acridine pour le rein et du novarsénobenzol pour le foie.

L'utilisation prudente de ces différents procédés permet souvent de gagner du temps et d'attendre la période favorable de la maladie où l'apparition d'une intradermo-réaction de Burnet positive permettra à l'injection d'un antigène vacincal de déclencher le choc spécifique indispensable à la prompte guérison de la fièvre ondulante.

Echelle de gravité des incapacités permanentes (1), par les docteurs Brisard, Fauquez et Gras.

Ce livre est le fruit de trois vétérans de la pratique médico-légale des Accidents du travail.

Comme son nom l'indique, ce n'est pas un guide-barème analogue à ceux qui existent déjà, par nature abstraits et schématiques. Les auteurs ont fait œuvre concrète, vivante, originale.

En s'aidant exclusivement des rapports des médecins experts soumis dans ces dernières années aux tribunaux des grandes villes de France, ils ont individualisé, puis classé par région anatomique et par ordre de gravité croissante des séries de types d'infirmités dont la description clinique, à la fois précise et complète, justifie le taux d'incapacité qui leur est attribué. Ce sont, en somme, autant d'expertises résumées en ce qu'elles ont d'essentiel et de caractéristique et qui peuvent à bon droit servir de modèles.

On se fera une idée de la variété des exemples ainsi présentés si l'on considère que les reliquats des seules fractures de jambes comptent quelque 75 types d'invalidité, qui s'échelonnent entre 4 p. 100 et 70 p. 100 et, quoique de taux parfois très voisins, restent parfaitement distincts les uns des autres.

Certes, les auteurs ne prétendent pas avoir épuisé toute la gamme possible des infirmités consécutives aux accidents du travail. Ils ont simplement eu pour but de rassembler et classer un certain nombre de points de repère bien définis, auxquels il sera facile de comparer tel cas donné, pour avoir le taux d'incapacité correspondant à sa gravité et conforme à la jurisprudence.

Sur le vu de ces pages, commodes à consulter et d'une lecture facile, on peut affirmer que le but des auteurs est atteint, et que cet ouvrage qui, à la vérité, manquait, rendra les plus grands services aux médecins traitants, aux médecins experts, aux magistrats, avoués, avocats, etc., c'est-à-dire à tous ceux qui cherchent à faire indemniser les victimes d'accident selon la règle et l'équité. Il est indispensable aux Compagnies d'assurances-accidents.

L. G.

(1) In-8 (13,5 × 21) de 256 pages. — Prix : 28 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LA SPLÉNECTOMIE DANS L'ANÉMIE PSEUDO-LEUCÉMIQUE

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Décrite par von Jacksch et Luzet (1890-1891), l'anémie pseudo-leucémique est une affection spéciale au nourrisson.

Sa symptomatologie, facile à résumer, comprend, d'une part, des signes cliniques rappelant la leucémie et, de l'autre, une formule hématologique caractéristique.

Les premiers sont constitués essentiellement par : 1° une anémie progressive ; 2° une splénomégalie telle que la rate, ferme, dure, résistante, déborde le rebord des fausses côtes et est facilement sentie à la palpation de l'hypochondre gauche ; la seconde, par : 1° une anémie qui peut atteindre un degré excessif et que caractérise le grand nombre des hématies nucléées, avec présence, parfois, d'hématies falciformes; 2° une leucocytose composite : mononucléose, éosinophilie légère.

La maladie évolue en quelques mois et, dans les formes communes, la mort en est la terminaison inéluctable, le plus souvent, par cachexie, quelquefois, par transformation en leucémie. Il est d'ailleurs d'autres formes qui guérissent, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement.

Quelles en sont les causes ? Il faut bien reconnaître que nous ne savons rien d'elles : on incrimine, au hasard, les infections de la première enfance, dont l'hérédo-syphilis et le kala-azar, les intoxications, surtout d'origine digestive, les erreurs de régime, etc..., etc. On a parfois rattaché ces anémies à la leucémie, dont elles représenteraient la première étape.

Leurs lésions, mal connues, semblent n'avoir rien que de très banal.

Le traitement classique consiste en administration de :

1° *Fer*, surtout sous forme de protoxalate, à petites doses : 0 gr. 10 à 0 gr. 20, une fois par jour, dans un peu de confitures ou de fruits cuits, vingt jours de suite ; au fer, on peut substituer le manganèse ;

2° *D'arsénicaux organiques*. Elle doit toujours être très prudente, puisqu'à eux seuls, les arsénobenzols suffisent, dans certaines conditions mal connues, à déclencher des anémies graves, de type aplastique ;

3° De *mercure*, sous forme de lactate mercureux en solution au millième : de V à XX gouttes par jour, en plusieurs fois, s'il est bien toléré ; dans le cas contraire, on le remplacera par des frictions à l'onguent napolitain ;

4° De *benzol* (Aubertin et R. Labbé) : de V à XX gouttes par jour, un mois de suite, avec de fréquentes interruptions ;

5° De *préparations stibiées*, si les ponctions de la rate ont décelé des Leismanhia ;

6° D'un régime riche en fer, albumine et vitamines et comprenant, si possible, du foie de veau, souvent difficile à faire accepter ;

7° Des *rayons ultra-violets* ou des *rayons X* (Tixier, Raffaelli) ;

8° *Transfusions sanguines* (R. Labbé et Mlle Aizière), ou *injections de sang humain* (Woringer) ;

9° *Opothérapie hépatique* (Röhmer) ou *médullaire* (Apert, Nathan).

A ces méthodes on a parfois, dans le courant de ces dernières années, substitué la splénectomie qui, au moins dans certains cas, a donné d'excellents résultats. Etudions donc successivement :

Sa *raison d'être ;*
Son *histoire ;*
Ses *indications ;*
Sa *technique ;*
Ses *résultats.*

Raison d'être. — La rate jouit d'un pouvoir hémolytique dont témoignent divers faits :

Histologiques : « On constate dans la pulpe, des globules rouges en voie d'altération, plus nombreux après injection d'un poison hémolysant du type indirect ; mieux encore, on constate l'existence de macrophages renfermant des globules ou des débris globulaires ; enfin, on trouve dans la rate, et particulièrement dans les macrophages, du pigment ferrique. » (Ch. Aubertin) ;

Expérimentaux : diminution notable, après splénectomie, des pigments biliaires excrétés ; présence, dans les extraits dilués de rate, de substances hémolytiques (H. Bénard) ;

Cliniques : intensité de l'anémie dans certaines splénomégalies de l'adulte, ictère chronique splénomégalique, maladie de Banti, splénomégalies chroniques avec grosses hématémèses, etc.

Historique. — Elle a été, pour la première fois, en 1906, appliquée par Wolff au traitement de l'anémie splénique avec un résultat satisfaisant, bien que l'intervention n'ait pas fait baisser sensiblement le nombre des hématies nucléées.

Depuis cette époque, Souter et Mack Kendrick (1914), Ashby et Southam (1926) y ont recouru, eux aussi, mais on n'a pas manqué d'objecter aux premiers que leurs résultats étaient trop récents pour qu'on pût en tenir compte, aux seconds, que, radiothérapie, transfusion et splénectomie ayant été appliquées simultanément, il était difficile de savoir à laquelle des trois attribuer l'amélioration constatée, si bien qu'au *Congrès international de médecine*, tenu à Paris en 1927, « Aubertin, Michels montraient de « la réserve et Solvestrian, beaucoup plus que de la « défiance » (R. Levent).

Il a fallu les cas de Mamerto Acuna (1930), Tixier et Grégoire (1930), Mouchet, Babonneix et Miget (1931), pour que la splénectomie soit enfin considérée comme une médication de premier ordre à laquelle le médecin ne doit pas manquer de recourir en cas d'anémie pseudo-leucémique non améliorée par les traitements habituels.

Ses indications. — Elles sont encore difficiles à préciser. Voici, toutefois, ce qu'on peut en dire pour le moment.

Ce sont, par définition, les *formes graves* d'anémie splénique qui semblent justiciables de l'intervention, surtout quand elles ont une évolution subaiguë ou

chronique et qu'elles s'accompagnent d'ictère hémolytique. Dans le cas de MM. A. Mouchet, L. Babonneix et A. Miget, dont nous parlerons plus loin, les médications habituelles avaient été essayées sans succès : l'enfant maigrissait à vue d'œil et il était facile de prévoir l'époque à laquelle elle succomberait à la cachexie. M. Mouchet, pressenti, fit la grimace, déclarant, non sans raison, qu'il n'aimait pas beaucoup la *chirurgie de cimetière*. Pourtant, l'opération fut suivie d'une amélioration rapide et durable.

Les auteurs américains ont décrit une forme spéciale d'anémie splénique où l'examen du sang décèle l'existence d'*hématies falciformes*. Ces formes, observées seulement chez des nourrissons de race nègre et offrant souvent le caractère familial, relèvent-elles de la même intervention ? *Grammatici certant*. En tout cas, les résultats obtenus ne paraissent pas très favorables.

Technique. — Elle ne donne lieu à aucune considération particulière. L'anesthésie générale est nécessaire, mais les enfants n'absorbent pas beaucoup de chloroforme, l'intervention ne durant pas longtemps. Les suites opératoires sont bonnes.

Résultats. — Comme toujours il y a lieu de distinguer.

Il y a les *cas défavorables*.

En décembre 1927, l'*American Journal of Diseases of Children* publie un important travail de MM. Albert J. Bell, Robert H. Kolle et Graeme Michel, de Cincinnati, d'une part, de Thomas B. Cooley et Pearl Lee, de Detroit, de l'autre, intitulé : *Report of two cases in young children in which splenectomy was performed*.

Le premier cas concerne un petit garçon de couleur, âgé de dix-huit mois, atteint d'anémie splénique et chez lequel l'examen du sang montra l'existence de globules rouges d'aspect falciforme. La splénectomie fut pratiquée sans incident, trois semaines après l'entrée de l'enfant à l'hôpital. La rate, très augmentée de volume, pesait 186 grammes ; sa capsule était épaissie et marquée de cicatrices anciennes, sa consistance dure, sa coloration rouge noir. A l'examen histologique, les lésions dominantes étaient d'ordre congestif, si bien qu'à la coupe, on avait l'impression d'un caillot cruorique. Si les cellules de la pulpe paraissaient normales, les érythrocytes offraient les plus grandes variétés de forme, de dimension, d'aspect ; sur une préparation traitée par l'hématoxyline et l'acide phosphotungstique, ils étaient si allongés, si tordus, qu'on pouvait les prendre pour des trypanosomes.

Cinq semaines après l'opération, l'anémie avait diminué, mais elle ne tardait pas à reparaître ; quant à la formule hématologique, elle était « inchangée ».

Mêmes résultats médiocres dans les cas de Kapper (1931) (1).

Il y a les cas *favorables*.

Celui de Thomas B. Cooley et Pearl Lee (1927), concernant une petite fille de couleur, âgée de 2 ans 1/2, et envoyée à l'hôpital pour une anémie splénique grave ayant résisté aux transfusions. A l'intervention, la rate, adhérente, fut difficile à enlever. Les lésions histologiques étaient analogues à celles qu'avaient observées les auteurs dans leur premier cas. Six mois après, l'amélioration postopératoire se maintenait, bien que l'hémoglobine et les hématies fussent restées à des taux inférieurs à la normale.

Dans le cas de M. Mamerto Acuna, « dès les premiers jours qui suivirent une intervention aisément supportée, les forces avaient reparu, la croissance pondérale et staturale avait repris, l'appétit avait augmenté, la fatigue avait disparu. Simultanément, l'examen du sang montrait une ascension considérable du nombre des hématies et une décharge simultanée d'hématies nucléées (passant de 28 à 66.000 dans un cas et de 40 à 10.000 dans l'autre). Quelles que fussent les réserves pour l'avenir que commandait l'un de ces cas, ancien seulement de trois mois, on ne pouvait que se féliciter dans l'autre d'un succès persistant depuis 15 mois » (R. Levent).

Au sujet de ce cas, M. L. E. Tixier rappelle avoir eu l'occasion de donner ses soins à deux enfants atteints d'anémie splénique pour laquelle la splénectomie, pratiquée *in extremis* par le Prof. Grégoire, donna des résultats inespérés. A noter la poussée normoblastique, d'excellent pronostic, et le relèvement rapide du nombre des leucocytes.

A cette belle observation, on pourrait objecter que, lorsqu'elle a été publiée, l'intervention ne datait que de quelques mois. Comment adresser la même critique au cas suivant, où l'amélioration se maintient depuis plus de trois ans ?

La petite Paulette L..., 16 mois, est entrée dans notre service, le 19 novembre 1930, pour anémie grave. Elle ne pèse que 7 kilogr. Son état général est précaire, l'asthénie, marquée, la pâleur des téguments et des muqueuses, excessive. La température oscille autour de 39°. Le foie ne déborde pas le rebord costal, mais la rate, dure, indolore, est très augmentée de volume, allongée verticalement, son pôle inférieur atteignant presque l'épine iliaque antéro-supérieure. Il existe de la micropolyadénopathie.

Les bruits du cœur sont normaux ; on ne constate aucun trouble respiratoire, aucune réaction méningée, la sensibilité superficielle est un peu émoussée.

L'*examen du sang* fournit les résultats suivants :

Temps de saignement : 45 minutes.
Temps de coagulation : 15 minutes.
Résistance globulaire : normale.
Globules rouges : 2.630.000.
Globules blancs : 15.000.
Hémoglobine : 60 %.

Formule leucocytaire :

Légère anisocytose et poïkilocytose	Polynucléaires neutrophiles.	40 %
	Lymphocytes.	16
	Mononucléaires.	20
	Grands mono.	5
	Eosinophiles.	11
	Myélocytes.	4
	Hématies nucléées.	4

Examen radiographique. — Pas de lésions pulmonaires évolutives, hiles un peu chargés ; foie non augmenté de vo-

(1) Cités par L.-E. TIXIER. Les anémies infantiles, *Traité de médecine des enfants*, Paris, in-8°, 1934, t. II, p. 807.

lume ; importante aérocolie qui dessine nettement le contour de la rate, très hypertrophiée.

Cutiréaction à la tuberculine : négative.

Réaction de Wassermann dans le sang : négative.

Evolution progressive, malgré de nombreux essais thérapeutiques, en particulier, l'hépatothérapie. L'état général est aggravé d'abord par une otite droite, puis par une congestion pulmonaire. Aussi la faiblesse de l'enfant s'accentue, la pâleur s'accuse, la fièvre apparaît par intermittence, l'anorexie est très marquée.

En février 1931, nouvelle otite avec poussée fébrile qui dure 3 jours et épistaxis répétées. La pâleur des téguments et des muqueuses témoigne de l'accentuation de l'anémie. L'amaigrissement est tel (poids : 5 k. 250) que l'enfant présente un aspect simiesque. Contrastant avec les membres et le thorax, qui ont perdu tout leur pannicule adipeux, l'abdomen, dont la paroi est le siège d'une importante circulation collatérale, est distendu. Le foie déborde légèrement le rebord costal ; le volume de la rate ne s'est pas modifié. Les selles sont irrégulières, les urines rares. On décide, non sans peine, les parents à la splénectomie.

L'intervention est effectuée le 20 février 1931, par M. Mouchet. Anesthésie discontinue au chloroforme. Incision sous le rebord costal gauche : léger œdème de la paroi et des muscles ; petite quantité de liquide intra-péritonéal ; rate non adhérente, facilement extirpable, pesant 250 gr. (1), quelques ganglions hilaires, foie de coloration et de consistance normales.

L'intervention dure quelques minutes, ses suites sont favorables.

Le 4 mars, une broncho-pneumonie à foyers disséminés, avec température oscillante et état général grave.

Cependant, bientôt, la température se régularise et, en quelques jours, les foyers pulmonaires s'éteignent.

A partir du 12 mars, l'état général est meilleur, l'appétit revient, le poids se stabilise, la petite malade semble renaître.

Malgré notre avis, les parents l'emmènent le 19 mars, sinon guérie, du moins nettement améliorée. Nous prescrivons un régime reconstituant avec prise quotidienne d'extraits hépato-réno-spléniques.

Nous l'avons suivie régulièrement depuis sa sortie. Malgré une forte poussée de furonculose en avril, son état s'améliore de jour en jour, téguments et muqueuses se recolorent, l'anémie se répare rapidement en ce qui concerne l'hémoglobine, plus lentement pour ce qui a trait au nombre des hématies, ainsi qu'en témoignent les divers examens hématologiques résumés dans le tableau ci-contre, enfin, le poids augmente régulièrement.

Etat actuel. — Il est très satisfaisant. Voilà les résultats des examens de sang successifs.

	12 novembre 1930	27 décembre 1930	20 janvier 1931	8 février 1931
Globules rouges	2.630.000	2.450.000	1.600.000	1.100.000
Hémoglobine	50 %	40 %	40 %	35 %
Globules blancs	15.000	14.100	12 000	36.000
Polynucléaires	42		46	43
Mononucléaires	25		38	25
Lymphocytes	16		10	15
Poly. éosino	11		»	2
Myélocytes	11		1	14
Hématies nucléées	5		5	3
Grands mono	»		»	»
Grands lymphocytes	»		»	»

Splénectomie : 20 février 1931.

	4 mars 1931	21 avril	9 mai	3 juin
Globules rouges	1.520.000	2.800.000	2.780.000	2.040.000
Hémoglobine	40 %	60 %	65 %	65 %
Globules blancs	28.000	104.000	20.000	11.000
Polynucléaires	28	61	34	22
Mononucléaires	48	28	37	27
Lymphocytes	7	6	6	26
Poly. éosino	1	1	4	3
Myélocytes	3	1	5	5
Hématies nucléées	13	3	14	15
Grands mono	1	»	»	»
Grands lymphocytes	1	»	»	»

En somme, amélioration inespérée et, surtout, durable puisqu'elle se maintient depuis plus de trois ans. Notons que : 1° contrairement à ce qu'on observe dans les splénectomies expérimentales, qui sont suivies d'une hypoglobulie notable et persistante, nous voyons ici le nombre des globules rouges remonter lentement ainsi que l'hémoglobine ; 2° comme il est de règle pour les splénectomies effectuées chez l'homme, la formule sanguine ne revient pas entièrement à la normale, bien que l'état général soit redevenu parfait.

Cette observation montre donc que, dans certaines anémies spléniques du nourrisson, la splénectomie peut donner une amélioration rapide, manifeste et prolongée.

Hygiène du nerveux, par le docteur J.-A. CHAVANY, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Institut municipal d'Electro-Radiologie. Collection « Hygiène et Diététique », publiée sous la direction de E. SCHULMANN, médecin des hôpitaux de Paris. — Un vol. in-8° de 98 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) L'examen histologique, pratiqué par M. Levaditi, n'y a décelé que des lésions banales.

LE TRAITEMENT DES ENCÉPHALITES AIGUES

Par M. J. LHERMITTE,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hospice Paul Brousse.

Le développement des épidémies d'encéphalite et surtout la multiplicité des cas de neuro-infection non spécifique ont attiré, dans le monde entier, l'attention des médecins. Il est incontestable que nous sommes aux prises chaque jour avec des syndromes encéphalitiques primitifs ou secondaires à une autre maladie infectieuse qu'il faut traiter dès leur apparition si l'on veut s'opposer, dans la mesure du possible, aux séquelles que nous ne connaissons que trop bien.

Le terme d'encéphalite aiguë recouvre non pas une entité fixe, mais un processus morbide qui, s'il est toujours lié au développement d'un germe pathogène, n'est pas, dans tous les cas, spécifique. C'est dire que la thérapeutique des encéphalites aiguës ne peut pas être rigoureusement spécifique.

La sérothérapie spécifique. — A la suite des brillants résultats qui furent portés à l'actif du traitement de la poliomyélite aiguë et qui furent dus à l'emploi du sérum de convalescent (Netter), l'on pensa qu'il fallait agir de même pour les encéphalites dont la nature était avérée : encéphalite léthargique d'Economo, encéphalites post-éruptives. Les résultats se montrèrent malheureusement beaucoup moins satisfaisants entre les mains de Netter, Sicard, G. Lévy. Toutefois, Giugni et Grunewald obtinrent des guérisons impressionnantes par des injections intramusculaires de 20 à 50 centicubes de sérum. D'autre part, Marinesco et Draganesco réussirent à sauver des malades en pratiquant l'injection de sérum dans l'espace sous-arachnoïdien. F. Stern, dans 27 cas, utilisa l'injection sérique intra-musculaire, et non seulement cet auteur n'eut à déplorer qu'un décès, mais il put éloigner les conséquences lointaines et redoutables de la maladie. Comme on le sait, la teneur du sérum de convalescent en anticorps est assez faible, aussi convient-il de donner de larges doses : 50 et même 80 centicubes par jour. Souvent l'effet se montre immédiat, selon F. Stern, et déjà quelques heures après l'injection, l'état du malade est transformé. En somme, le traitement sérothérapique supprimerait, selon les auteurs que nous venons de citer, les risques immédiats et atténuerait, dans de très larges proportions, les risques d'avenir.

La réalité semble être moins heureuse et nous ne devons accepter qu'avec réserve les conclusions optimistes de F. Stern, Giugni et Grunewald. Quant à l'injection sous-arachnoïdienne lombaire, elle nous semble à répudier complètement et, ainsi que l'écrit tout récemment le Professeur Riser (de Toulouse), il est tout à fait inutile, voire nuisible, de provoquer une méningite aseptique sous le vain prétexte d'augmenter la perméabilité méningée.

S'il s'agit d'une maladie de Heine Medin, c'est-à-dire d'une encéphalite résultant de l'extension au cerveau d'une poliomyélite, les conclusions seront tout autres. En effet, dans les cas de ce genre, le traitement par le sérum de convalescent semble de beaucoup la meilleure arme que nous possédions.

L'expérience nous manque pour juger la valeur curative du sérum de convalescent dans le traitement des encéphalites morbilleuse, rubéolique, scarlatineuse, varicellique, ourlienne ; toutefois, il semble évident que la sérothérapie doit être pratiquée, conjointement ou non, avec d'autres méthodes anti-infectieuses.

Quant à l'encéphalite vaccinale, le traitement de choix est l'injection sous-cutanée de 10 cent. cubes de sérum prélevé chez un parent du sujet inoculé à la même période. L'Institut Lister à Londres prépare un sérum de cheval antivaccinal que l'on utilise au cas où il est impossible de se procurer du sérum humain. Selon Russell Brain (1933) l'injection sérique peut être effectuée directement dans la veine.

La vaccination. — Depuis quelque temps, différentes tentatives de vaccination ont été réalisées principalement en Amérique du Nord, mais jusqu'ici les résultats n'en paraissent pas très encourageants. Il n'est pas besoin de rappeler que cette vaccination ne peut être spécifique puisque nous ignorons les germes qui sont en cause dans la plupart des encéphalites.

La thérapeutique anti-infectieuse générale. — Sauf pour les encéphalites dont le germe apparaît spécifique, le meilleur traitement consiste à utiliser sans tarder, c'est-à-dire dès que le diagnostic est assuré, les méthodes en usage contre les infections générales. Pendant longtemps, outre-Rhin, l'on préconisa la Trypaflavine en injections intra-veineuses en solutions dont le titre variait de 0,5 à 1 pour 100. Et Peltzer comme Stern disent en avoir obtenu de beaux succès dans l'encéphalite léthargique. En France l'on utilisa la Gonacrine mais les résultats de cette thérapeutique ont paru très décevants.

Les injections de salicylate de soude préconisées par Carnot et Blamoutier ont une influence autrement puissante et constante. Employé à la dose de 2 à 4 grammes, *pro die*, en solution isotonique glucosée, le salicylate de soude provoque une sédation rapide des phénomènes aigus : la température tombe avec l'agitation ou la somnolence. Nous n'entendons pas dire que cette médication soit spécifique et constante dans ses effets, mais elle est sans nul danger et d'une efficacité incontestable. A la phase chronique, au contraire, le traitement salicylé est de nul effet. Pour éviter la sclérose des veines provoquée par le salicylate, la meilleure formule à utiliser est la suivante :

Salicylate de soude	2	grammes
Glucose	2	—
Eau distillée	20	—

pour une ampoule à stériliser.

Dans les cas très graves il convient d'injecter deux ampoules par jour, en deux fois.

A côté du salicylate de soude il faut placer l'Uroformine qui est un excellent antiseptique du système nerveux. On l'utilise également en injections intraveineuses à la dose de 1 gramme pour 5 cent. cubes d'eau distillée. Les ampoules doivent être tyndallisées à cause de la décomposition de l'uroformine par

la chaleur. Il est également loisible d'associer uroformine et salicylate de soude aux doses que nous venons de rappeler.

Selon Von Economo, la meilleure thérapeutique de l'Encéphalite épidémique consiste en injections intraveineuses de la solution iodée de Pregl. (Iodure de sodium 10 gr., eau distillée 100 gr.) aux doses de 10 à 100 cent. cubes, associée avec l'injection sous-cutanée d'un autolysat de staphylocoques et de B. prodigiosus (vaccineurine). La réaction thermique déclenchée par l'injection de l'autolysat est favorable à la guérison. En France, une vaccineurine analogue est préparée sous le nom de Staprolysat et contient un autolysat de staphylocoques de B. prodigiosus de B. pyocyanique. Nous l'avons expérimentée suffisamment pour affirmer que les réactions que provoque cette préparation sont très anodines, mais que l'efficacité de cette médication n'apparaît pas éclatante.

Toujours dans la même ligne, nous disposons d'autres agents chimiques assez efficaces ; nous retiendrons seulement les sels d'argent, les arsenicaux, le mercure, les colorants.

Ce qui rend si vaine parfois la pratique des injections de substances antiseptiques dans les maladies cérébro-spinales, c'est que, très certainement, la plupart des produits injectés traversent le réseau vasculaire sans se fixer sur les protéides et les lipoïdes de l'axe cérébro-spinal. La barrière neuro-ectodermique s'oppose à la diffusion de la substance thérapeutique. Aussi, de différents côtés, a-t-on essayé de réaliser une sensibilisation, un mordançage du cerveau par certaines substances qui, elles, pénètrent jusqu'aux neurones. Parmi celles-ci, l'Acriflavine, en Allemagne, le Bleu de Méthylène et le Bleu de Trypan en France ont été utilisés. On emploie une solution à 1 pour 100 dont on injecte quelques cent. cubes dans la veine, tous les quatre jours. On est assuré que le médicament a bien pénétré par la coloration bleuâtre des téguments et des conjonctives. Bien entendu, il faut associer à l'imprégnation colorante par le Bleu de Trypan ou le Bleu de Méthylène des injections de substances antiseptiques à base de mercure, d'argent ou d'arsenic. Ce que nous pouvons dire c'est que les injections de produits colorants ne déterminent ni choc ni réaction secondaire.

La médication de choc. — Malgré la répugnance que l'on peut éprouver pour les méthodes brutales en thérapeutique, il faut avouer que celles-ci restent parmi les mieux éprouvées. Peu importe l'agent producteur du choc, celui-ci détermine souvent une modification telle dans l'organisme que l'infection semble très rapidement jugulée et que, tout au moins, la vie du malade n'est plus en danger. Les moyens les plus employés sont l'injection sous-cutanée de lait stérilisé, de protéides, et mieux peut-être, l'injection intra-veineuse de Stock-vaccin antichancrelleux (*Dmelcos*).

Il ne semble pas que les injections intra-veineuses de sels arsenicaux soient très recommandables et, pour notre part, nous préférons les injections intra-musculaires de préparations arsenicales solubles et particulièrement du Sulfarsénol, médicament très facilement maniable et peu toxique. Malheureusement, les effets des arsenicaux sont peu décisifs. Nous ne saurions trop recommander de ne faire usage, à aucun prix, dans les cas d'encéphalite ou de myélite, d'arsenicaux *pentavalents*, car nous avons recueilli trop d'observations éloquentes de la qualité offensante des pentavalents dans les affections du système nerveux pour ne pas y insister fortement. L'acétylarsan, en particulier, est formellement à rejeter.

Nous dirons tout le contraire d'une préparation délaissée aujourd'hui, mais dont nous avons éprouvé, tout ensemble, l'innocuité et l'efficacité : le néo-silber-salvarsan (Salvarsan activé et renforcé biologiquement par l'argent). Des injections tri-hebdomadaires doivent être faites à la dose de dix centigrammes de sel par ampoule, en séries de dix injections consécutives. Quant aux préparations colloïdales de Hg ou d'Ag, elles agissent avant tout par les chocs qu'elles déterminent.

La médication hyperthermique est toute proche de la précédente, ses effets sont sensiblement les mêmes. D'ailleurs les chocs en thérapeutique s'accompagnent régulièrement d'une forte poussée thermique et les moyens que l'on emploie pour élever artificiellement la température corporelle comportent un retentissement beaucoup plus complexe qu'on ne se l'imagine communément. Il est à peine besoin de rappeler la pratique de l'abcès de fixation si vantée par M. Netter et dont les résultats semblent aujourd'hui si discutables, les injections d'huile soufrée (sulfosine) qui ont au moins le mérite de n'aboutir point aux grands délabrements que provoque l'injection de térébenthine.

Thérapeutique symptomatique. — Les encéphalites aiguës s'accompagnent fréquemment de modification de tension du liquide C. Rachidien ; il est donc prudent de rechercher la pression cérébro-spinale et de pratiquer une ponction lombaire de temps en temps. Il faut ajouter que la rachicentèse peut avoir un effet heureux sur la maladie ; à plusieurs reprises nous avons relevé ce fait. Peut-être l'issue du liquide C. R. libère-t-elle des toxines non fixées encore sur les lipoïdes cérébraux ? Chez une malade observée tout au début de l'épidémie d'encéphalite léthargique en 1918, nous avons suivi la méthode préconisée par Tzank, laquelle est basée sur le synchronisme de l'injection intraveineuse d'une substance microbicide et la soustraction du liquide C. spinal. Le résultat nous a paru excellent. Dans ce cas l'on injectait, dans la veine, 1 gr. 20 d'Uroformine dans le même temps que s'écoulait le liquide céphalo-rachidien.

Chez certains malades où l'encéphalite se complique d'hypertension C. R. et où la rachicentèse n'est pas acceptée, on pourra réduire l'excessive tension liquidienne par l'injection intraveineuse de solution hypertonique de glucose ou de dextrose. Les solutions iodées hypertoniques ont été également prônées aux Etats-Unis, bien que leur avantage n'apparaisse point évident.

Toute encéphalite comporte des troubles de la circulation sanguine qui peuvent être l'origine des plus graves complications et sont mêmes susceptibles d'entraîner la mort. Il importe donc d'y veiller. C'est dans ce but que Vincent et Bernard ont recommandé l'ex-

cellente pratique des injections d'adrénaline qui s'opposent très efficacement au collapsus des grands centres vaso-moteurs.

On le voit, nous sommes loin d'être désarmés contre le développement d'une encéphalite aiguë ; mais nous ne saurions trop le redire, il importe d'agir, comme dans la syphilis, dès les premiers moments où le diagnostic est porté. Et c'est peut-être plus de la rapidité du traitement que de sa qualité que dépend l'avenir du malade, l'échec ou le succès thérapeutique.

LE FONCTIONNEMENT DES AMBULANCES CHIRURGICALES DANS LES SERVICES DE L'AVANT

Par M. BARTHÉLEMY,

Professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Nancy.

Les conditions du fonctionnement des ambulances chirurgicales, dans le service de l'avant, sont liées aux fluctuations des événements. Elles peuvent être très différentes suivant que l'emplacement où la formation sanitaire a reçu ordre de s'installer est plus ou moins éloigné de la ligne de feu, suivant que l'action de guerre, plus ou moins intense, tend à se rapprocher, à s'éloigner, ou à se stabiliser. En maintes circonstances, l'ambulance devra procéder à une installation restreinte pour être toujours prête à se libérer et à partir en un temps très court.

Nous allons étudier son fonctionnement dans des conditions permettant une installation complète.

Locaux. — Le choix et la reconnaissance des locaux sont les premières préoccupations. Il faut, avant tout, éviter l'éparpillement et l'idéal est de pouvoir choisir un bâtiment unique, clair, spacieux, un château, une école, un hospice ou un couvent.

Le bâtiment doit être d'accès facile, autant que possible légèrement à l'écart de la grande route constamment encombrée par les passages de troupe et de convois. Ces passages apportent une gêne considérable tant au déchargement qu'à l'évacuation des blessés, surtout pendant les fonctionnements de nuit qui doivent être considérés comme la règle. Il y a lieu de proscrire en tout temps l'utilisation des écuries. Elles constituent un double danger d'infection pour les blessés : infection par le sol, infection par les mouches.

Les locaux sont reconnus ; il faut les agencer. Cet agencement est capital ; c'est de lui que va surtout dépendre le bon fonctionnement de la formation.

Le premier point consiste à déterminer dans les locaux une série d'emplacements bien distincts :

1° *Une salle d'attente.* — Elle peut être appelée à recevoir en un temps très court une grosse affluence de blessés dont le déchargement immédiat s'impose pour libérer rapidement les voitures. Et, tout de suite, ces blessés qui arrivent souvent refroidis, déprimés, altérés, doivent pouvoir être déposés à l'abri, réchauffés et réconfortés. Rien n'est pénible comme de voir un blessé déchargé en hâte par nécessité, attendre sur la route, exposé aux intempéries et quelquefois la nuit, aux heurts de toutes sortes, voire même aux piétinements des chevaux des troupes de passage.

Il faut donc que tous les blessés puissent être déposés en attendant leur tour de pansement dans un abri suffisamment spacieux pour parer aux affluences qu'on peut prévoir et assez bien garanti du froid et des courants d'air. Il n'est pas toujours possible de trouver un local qui satisfera à ces exigences. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à monter des tentes tortoises qui remplaceront les locaux déficients. Un bon lit de paille, sur plancher si possible, assèche le sol de la tente ; un fourneau réquisitionné y rend le stationnement d'attente très supportable aux blessés même en hiver.

Quel que soit l'agencement de la salle d'attente, il ne saurait être complet sans l'installation de quelques lits de réchauffement spécialement aménagés avec des sources de chaleur improvisées.

2° *Un bureau des entrées.* — Les blessés ne font qu'y passer à tour de rôle. Un vestibule bien clos, une petite pièce, à l'extrême rigueur un coin aménagé près de l'entrée dans la salle d'attente y suffiront.

3° *Les postes de pansements.* — Il faut tout faire pour épargner à ses compagnons d'infortune le spectacle du blessé que l'on panse. Et pourtant, l'insuffisance des locaux peut obliger à faire séjourner des blessés pansés dans la salle de pansements. Mais il est toujours possible de faire préparer pendant les périodes d'inaction une toile munie d'anneaux. On passe ces anneaux dans un fil de fer tendu et une partie de la salle se trouve instantanément isolée. Il reste à l'aménager en place de pansements.

Aux points les mieux éclairés, assez éloignés l'un de l'autre, on dispose deux supports brancards et tout de suite il faut s'occuper de deux points capitaux : l'éclairage et, en hiver, le chauffage. L'absence de cheminée est une éventualité bien rare ; on y suppléerait en détournant le tuyau de tirage du poêle par une fenêtre. Pour l'éclairage, un fil de fer tendu au-dessus de chaque support brancard, permet d'accrocher à bonne hauteur la lampe à acétylène. Une grosse lampe d'opérations, portative, complète l'éclairage en cas de besoin ou bien éclaire un troisième petit poste pour les pansements que l'on peut effectuer sur les blessés assis.

L'installation des postes de pansements doit être aussi simple que possible : à proximité du support brancard, deux tables de fortune recouvertes de serviettes. Sur l'une, une cuvette d'eau tiède, du savon, une brosse ; un peu d'alcool dans un bol. Sur l'autre, une cuvette contenant une solution étendue d'oxycyanure, un pulvérisateur à teinture d'iode, un rasoir, des ciseaux à pansements, des ciseaux courbes et des ciseaux droits, une pince à pansements, quelques pinces à forcipressure, un flacon d'eau oxygénée, un récipient d'eau bouillie. On a, à sa disposition, des pansements de différentes tailles, des attelles et des stores pour les fractures, de la toile caoutchoutée imperméable, du leucoplaste, des paquets d'ouate et de ban-

des supplémentaires, des feuilles de papier épais (papier d'emballage isolateur).

4° *La salle d'opérations.* — Une pièce bien éclairée, susceptible d'être confortablement chauffée, située à proximité des locaux réservés à l'hospitalisation des grands blessés. Elle est aussitôt démeublée, mise en état de propreté, toutes tentures enlevées. En cas d'insuffisance de locaux, on peut encore, mais c'est un pis aller, séparer en deux une grande salle par des toiles tendues. Un côté est poste de pansements, l'autre salle d'opérations.

La table d'opérations est montée. Des tables sont aménagées de part et d'autre. On les recouvre de serviettes et on dispose sur l'une des objets de propreté, savon, alcool, teinture d'iode, sur l'autre les plateaux d'instruments. Des appareils à acétylène sont tout prêts pour les interventions de nuit en cas d'absence ou de panne d'électricité, au cours des bombardements par avions.

En cas d'extrême urgence, si les appareils de stérilisation vous font défaut, sachez tout improviser.

Les instruments triés dans les boîtes de chirurgie et du fil de lin enroulé sur un support métallique sont rassemblés dans une grande compresse et mis à bouillir. Des compresses emballées dans un champ qu'il suffira de tordre pour les essorer en bloc sont également soumises à l'ébullition, ainsi que les tubes à drainage et des gants de caoutchouc.

La compresse qui contient les instruments est déposée sur un plateau flambé ; sur un autre, le stock de compresses. L'eau qui a servi à faire bouillir les instruments et les compresses va maintenant être utilisée pour la préparation extemporanée de solutions antiseptiques (eau oxygénée, oxycyanure, etc...). Tout est prêt pour l'opération. — Si l'ambulance a été dotée d'un poste de radiographie, il est bien entendu que son emplacement est tout indiqué en annexe directe de la salle d'opérations contre laquelle il est monté et installé de toutes pièces.

5° *Un dépôt de blessés pansés évacuables.* — On y prépare un lit de paille fraîche. Le lit de paille est préférable aux paillasses pour des blessés qui attendent leur évacuation. Il permet de loger un plus grand nombre de blessés dans un local donné. Les blessés qui ne séjournent que quelques heures, une nuit tout au plus, ne feraient que souiller les paillasses, paillasses que d'ailleurs, ni le temps, ni la place ne permettraient d'aménager assez confortablement pour qu'ils puissent en profiter.

Si l'exiguïté des locaux oblige à utiliser comme dépôt de blessés pansés évacuables un second local ou groupe de locaux, aucun nouveau poste de pansements ne doit y être établi. On dirigera vers cette annexe les blessés les moins graves et avant tout les blessés en état de marcher. De cette façon, il suffira de détacher un seul infirmier pour leur surveillance, et la dissémination du personnel se trouvera évitée.

6° *Les locaux d'hospitalisation.* — Ils sont essentiellement destinés à recevoir deux groupes de blessés :

a) Les opérés dont l'évacuation doit être autant que possible différée ;

b) Les inévacuables.

Ces locaux doivent être à proximité immédiate de la salle d'opérations et susceptibles d'être chauffés. On en retire les meubles, les tentures ; on les approprie. Les paillasses y sont installées, fournies par la section d'hospitalisation qu'il est indispensable d'annexer à toute ambulance qui fonctionne ainsi. Suivant l'importance et la stabilité du fonctionnement, on peut se contenter de mettre les blessés sur les paillasses, simplement posées sur des brancards ou des tréteaux très bas qu'il est facile d'improviser. Mais toutes les fois que le fonctionnement le permet, il faut s'efforcer de faire mieux. Des lits peuvent être réquisitionnés dans la localité. Il est préférable de faire construire des supports qui seront conservés par les ambulances en fonctionnement ou par les sections d'hospitalisation. Ces supports peuvent être des cadres démontables soutenus par quatre pieds. Les cadres doivent avoir une hauteur suffisante pour pouvoir emboîter entièrement la paillasse et avoir la largeur de cette paillasse. Le fond doit être fait de sangles et non de lattes qui rendent aux blessés le séjour au lit plus pénible que sur une paillasse simplement déposée sur un brancard. Les cadres se démontent et les sangles s'enroulent autour des montants latéraux auxquels elles restent fixées.

Un autre système de support est le support en X, analogue au support brancard, supportant un cadre plat démontable, garni de sangles. La paillasse est déposée sur ce support qui est dans son ensemble très semblable à un pliant de campagne très allongé. Il est indispensable de munir les blessés d'un crachoir et surtout les blessés de poitrine. Il est très simple d'en improviser avec des boîtes de conserve vides. L'aménagement est complété par une ou deux tables destinées aux objets de propreté, aux médicaments et aux objets de pansements. Un panier, une caisse vide, reçoit les pansements souillés qui seront incinérés. Un sac reçoit le linge à lessiver. La réserve de linge (draps, chemises, serviettes) est déposée dans un placard ou dans un panier.

Répartition du personnel. — Elle se fait en général de la façon suivante :

Deux médecins à chaque poste de pansements, un médecin aux blessés assis. En principe, chaque ambulance compte un chirurgien au nombre de ses médecins. Il se charge naturellement des blessés graves et des interventions opératoires. En cas de fonctionnement par roulement, mode très avantageux pour les fonctionnements de nuit intensifs, un étudiant en médecine ou en pharmacie ou un élève-dentiste peuvent fort bien remplacer un médecin à chaque poste de pansements et à l'anesthésie. Ces étudiants peuvent encore être préposés utilement aux soins généraux et notamment aux injections diverses que réclame si souvent l'état des blessés. Dans le cas où le Médecin Chef, non chirurgien, assume la tâche de la surveillance générale du fonctionnement, les blessés se trouvent aiguillés, par ses soins à mesure de leur arrivée.

Triage des blessés. — Les uns sont déjà bien pansés et fraîchement pansés par un poste de secours qui a

pu s'installer dans de bonnes conditions. Ce sont de petits blessés atteints d'une plaie superficielle et sans gravité et par conséquent susceptibles d'attendre au moins 24 heures une révision chirurgicale de leur blessure à un échelon plus distant. Ils passent directement du bureau des entrées dans la salle des blessés à évacuer. Tous les autres blessés attendent dans la salle d'attente leur tour d'inscription et de pansement. Ces blessés peuvent se répartir en 3 catégories :

1° Les blessés dont le pansement défait, transpercé, insuffisant ou même nul doit être fait ou refait ;

2° Les blessés dont l'état réclame une intervention urgente sans contre-indiquer leur évacuation consécutive ;

3° Les grands blessés inévacuables.

Première catégorie : *Blessés dont le pansement est à faire ou à refaire.* — Presque tous ont déjà été pansés. Ils portent une fiche dont l'importance est primordiale, parce qu'elle contient l'indication sommaire de la blessure et éventuellement du traitement employé. Cette fiche doit être immédiatement consultée.

La région blessée est découverte en coupant les vêtements le long des coutures, si ce n'est déjà fait, en s'abstenant dans tous les cas de les sectionner circulairement.

On peut trouver :

A. Un pansement légèrement traversé ; les indications de la fiche apprenant le peu de gravité de la blessure, il suffit d'appliquer un second pansement par-dessus le premier.

B. Un pansement défait ou insuffisant sur une plaie superficielle, pansement qu'il faut refaire.

C. Un pansement bien fait, mais largement imprégné de sang, qu'il ne faut pas hésiter à défaire. Dans ce dernier cas, il se peut qu'il s'agisse d'une simple plaie superficielle dont le pansement a été transpercé par suite d'une double imbibition : imbibition interne par les liquides de la plaie, imbibition externe par divers liquides, par du sang qui imprégnait largement les vêtements rabattus directement sur le premier pansement, par de l'urine, par la pluie, par la boue, chez ces malheureux blessés qui se sont trouvés privés de tout secours pendant de longues heures, quelquefois même pendant plusieurs jours, en raison de la persistance d'une action de guerre intense.

Mais il se peut aussi qu'il s'agisse réellement d'une hémorragie :

— Très rarement *artérielle ;* c'est un vaisseau qui donne et qui a passé inaperçu sous un lambeau recroquevillé ou bien dont le saignement s'était trouvé suspendu sous l'influence d'un état syncopal et du refroidissement ;

— Beaucoup plus souvent veineuse ; saignement en nappe presque toujours consécutif à une constriction au-dessus de la plaie : tour de bande trop serré, striction vestimentaire ou application d'un garrot intempestif contre l'abus duquel on ne saurait trop mettre en garde ;

— Enfin n'oublions pas que l'hémorragie peut avoir pour cause une fracture méconnue ou insuffisamment contenue, en tout cas une fracture qui saigne parce qu'elle n'est pas immobilisée. Ce cas rentre alors dans la 2e catégorie, nous l'envisagerons au prochain chapitre.

Le blessé de la première catégorie dont le pansement doit être fait ou refait est chargé, avec le brancard sur lequel il a été amené, sur le support brancard. Les parties de vêtements trop souillées ou entièrement imbibées sont échancrées au ciseau et jetées. Une toile imperméable glissée sous la région blessée va protéger le brancard et tenir lieu de champ. Il n'y a plus qu'à remplir les indications dictées par la nature des lésions à panser.

Deuxième catégorie : *Blessés dont l'état nécessite une intervention d'urgence sans contre-indiquer l'évacuation immédiate ou prochaine.* — Pour ces blessés, un grand principe :

N'admettre à la salle d'opérations aucun blessé qu'après son examen à l'écran radioscopique, devant lequel l'extraction de tout projectile inclus devra être immédiatement opérée au cours de l'intervention.

Les interventions d'urgence qui doivent être pratiquées à l'ambulance sur les blessés de cette catégorie sont de variétés et de gravités différentes. Ce sont :

— Le débridement et l'épluchage d'un séton des parties molles ;

— La régularisation d'une plaie anfractueuse et profonde ;

— La ligature d'un vaisseau important ;

— La régularisation par amputation d'un membre broyé ;

— L'épluchage et la suture d'une plaie articulaire;

— L'épluchage, la réduction et la contention d'une fracture ouverte ;

— Enfin, exceptionnellement, une trachéotomie.

Il est indispensable de préciser, en ce qui concerne ces différentes interventions, quelques points de technique d'ordre très général.

Le séton des parties molles est par définition une traînée profonde de tissus nécrosés, infectés et incrustés de corps étrangers. La désinfection doit être obtenue par extirpation méticuleuse au bistouri et au ciseau de toute cette traînée et de ses incrustats après débridement du trajet. Il faut être extrêmement prudent et méthodique, suivre pas à pas les lésions, réséquer, exciser, désincruster tout en respectant les organes nobles et en s'efforçant de les reconstituer s'ils sont atteints. Ne pas oublier à ce propos l'existence des plaies artérielles *sèches*. L'artère a été intéressée ; sous le choc du projectile le vaisseau s'est rompu par arrachement. Les tuniques internes se sont profondément recroquevillées au fond de la gaine vasculaire, et l'état syncopal y aidant l'hémorragie s'est enrayée : un caillot mou s'est constitué sous ce mauvais bouchon.

Laisser passer cette lésion inaperçue c'est faire encourir au blessé les risques d'une hémorragie secondaire brutale et foudroyante. Souvenez-vous donc que le séton que vous débridez vous conduit en ce cas sur un trajet vasculaire que l'anatomie chirurgicale vous a enseigné ; cherchez le vaisseau ; allez au-devant des lésions que vous allez sûrement rencontrer

et faites en cours de route la ligature qui sauvera votre blessé.

Le débridement et l'épluchage du séton terminés, la suture primitive doit-elle être tentée ? Oui, si le blessé peut être gardé à vue pendant quelques jours. Non, s'il doit être immédiatement évacué.

La plaie anfractueuse est l'œuvre d'un éclat d'obus. Il faut en débrider les clapiers, en extraire les corps étrangers au besoin sous écran, soigner son hémostase et panser à plat.

En cas d'hémorragie artérielle (il ne s'agit plus d'une plaie sèche) la ligature des 2 bouts vasculaires doit être faite, dans la plaie si possible. Mais ce n'est pas toujours possible dans un foyer de tissus broyés, infectés, de vitalité souvent douteuse. Ne pas hésiter alors à débrider en tissu sain pour poser une ligature certaine. Enfin parer la plaie et s'abstenir de toute suture superficielle.

Régulariser un membre broyé c'est, vous le savez, non pas faire l'amputation classique, mais séparer proprement le mort du vif, constituer deux lambeaux, scier les os à bonne hauteur, faire un grand lavage oxygéné, rapprocher simplement les lambeaux sans les suturer, terminer par un gros pansement ouaté compressif, le tout sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, en moins de dix minutes. Voilà une opération d'hémostase et de désinfection qui évite au blessé de résorber ses toxines, d'être la proie du choc traumatique et permet son évacuation rapide quelquefois le jour même.

Quelques mots au sujet du traitement des fractures. Celles qui nécessitent une intervention urgente sont évidemment des fractures ouvertes et comminutives. Elles doivent être traitées comme dans la pratique civile, en restant extrêmement ménager des esquilles. Immédiatement nettoyées, désinfectées et réduites, elles sont immobilisées dans un plâtre à anse permettant les soins consécutifs au niveau de la blessure. Pour la confection de ce plâtre, la filasse de chanvre remplace avantageusement la tarlatane. Facile et rapide à manipuler elle forme au plâtre un substratum parfait capable à volonté de mouler les membres ou de former un pont au-dessus de la blessure.

Troisième catégorie : *Grands blessés inévacuables.*

Les blessures dont ils peuvent être atteints se répartissent en cinq groupes :

— Les plaies du crâne ;
— Les plaies de poitrine ;
— Les plaies de l'abdomen ;
— Les plaies du rachis et de la moelle ;
— Les blessures multiples, blessures dont la multiplicité seule constitue la gravité parce qu'il en résulte pour le *polyblessé* un état de choc tel que trop souvent il ne s'en relève pas.

La ligne de conduite à adopter pour le traitement des blessés de cette dernière catégorie doit s'inspirer des règles de la thérapeutique chirurgicale générale adaptée aux plaies de guerre. Ce serait sortir des limites de notre sujet que d'y insister.

Tel est dans ses grandes lignes le fonctionnement d'une ambulance chirurgicale tel qu'il semble devoir être conçu avec les ressources et les possibilités dont dispose le chirurgien dans les services de l'avant.

Nous n'avons d'ailleurs pas eu la prétention de tracer une règle de conduite formelle. Nous avons voulu donner de simples conseils dont pourra s'inspirer le chirurgien militaire dont le plus grand talent est de savoir s'adapter aux circonstances et d'en tirer parti pour le plus grand bien des blessés et pour l'honneur du Service de Santé.

ACTUALITÉS

A PROPOS DU TRAITEMENT DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Les recherches de ces dernières années touchant la physiologie pathologique des ulcères gastriques et duodénaux n'ont pas été infructueuses ; les recherches du domaine thérapeutique, médical ou chirurgical, fonction dans bien des cas des précédentes, ont aussi enrichi nos moyens de défense. Cependant, dans l'un et l'autre domaine bien des inconnues subsistent, et si nous avons enrichi notre arsenal thérapeutique et rendu nos succès plus nombreux et moins aléatoires, on peut cependant dire que la médecine reste trop riche de moyens, ce qui n'est jamais que richesse apparente ou pauvreté réelle.

Mais, tout en tenant compte du mode d'évolution si particulier des ulcérations digestives, on peut cependant trouver, lorsqu'on passe en revue les travaux récents, encouragement à la recherche non moins qu'invite à la modestie.

On put un moment croire que les beaux succès de la chirurgie contre des ulcères rebelles aux moyens médicaux ou trop constamment récidivants amèneraient dans un proche avenir à faire de la gastro-entérostomie le traitement de choix auquel on recourrait sans prolonger aussi longtemps qu'on en avait l'habitude le prélude médical.

On dut bientôt renoncer à de telles anticipations. A côté de guérisons définitives, la gastroentérostomie a connu des échecs dont tous n'étaient pas l'effet d'insuffisances cliniques ou opératoires. L'étude des ulcérations peptiques du jéjunum consécutives à la gastro-entérostomie montra bien que, malgré ce que certains auteurs espéraient ou désiraient, l'opération avait amélioré le malade, mais que la maladie pouvait, malgré les apparences, continuer d'évoluer de façon plus ou moins masquée.

Il fallait donc en revenir à des méthodes médicales complétées et améliorées et modifier aussi les techniques chirurgicales. Ce fut la tâche de ces dernières années et le traitement des ulcères gastroduodénaux est demeuré à l'ordre du jour aussi bien pour les médecins que pour les chirurgiens. Nous ne citerons pas ici de références bibliographiques, mais noterons seulement qu'en 1933, Congrès de Chirurgie et Congrès français de Thérapeutique ont tous deux fait dans leur programme une place importante à ces questions.

L'ulcère gastroduodénal reste donc, au moins une partie de son évolution, du ressort médical.

Le régime alimentaire n'a pas cessé d'être un des principaux éléments du traitement. Une évolution

FRANCOPLASTE
LE PANSEMENT QUI TIENT

OLÉTHYLE-BENZYLE

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

VEINOTROPE

VEINOTROPE M COMPRIMÉS (masculin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE ORCHITIQUE	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE

3 FORMULES

VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE D'OVAIRES	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET

COMPRIMÉS : 2 AU DEUX PRINCIPAUX REPAS OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE - 3 SEMAINES PAR MOIS

VEINOTROPE POUDRE

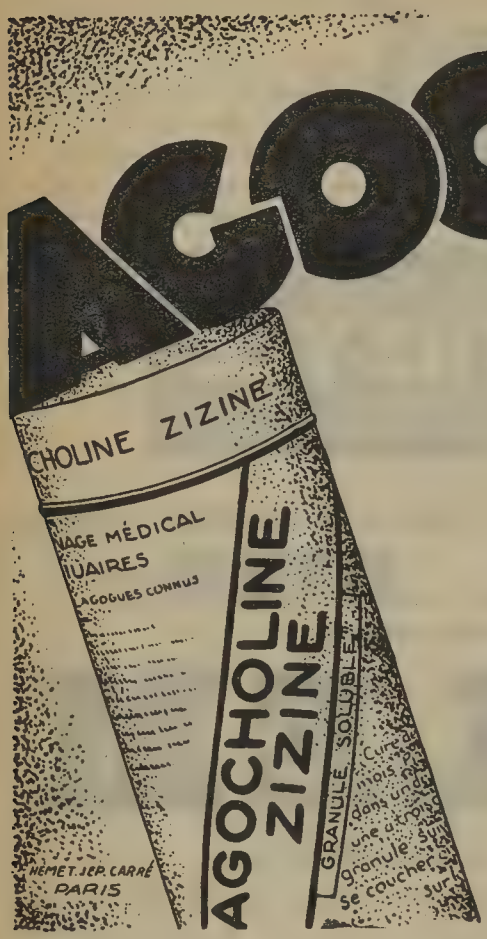
EXTRAIT EMBRYONNAIRE	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS	3 gr.
CALOMEL	4 gr.
TALC STÉRILE, Q. S. pour	100 gr.

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

LABORATOIRES LOBICA
46, AVENUE DES TERNES — PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX
ANTIGONOCOCCIQUE
I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I BUCCAL
Boite de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boite de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN
ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée
Injections sous-cutanées ou intra-musculaires
Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU
COLLOIDO-VACCIN CLIN
ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

— — — — LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS — — — —

pourtant se dessine nettement et la diététique tend à devenir plus nuancée et moins sévère. Le régime lacté, exclusif et prolongé, pilier des anciens traitements, est moins en faveur. Dans une étude récente, Holmgren (1) insistait sur l'intérêt pratique qu'il y avait à éviter l'inanition. Après Lenhartz, après Leube, il a noté que le repos gastrique n'est pas tout, que l'inanition a des inconvénients graves, locaux et généraux, que des régimes plus substantiels semblent souvent éviter les hémorragies et peut-être même favoriser leur arrêt lorsqu'elles se sont déclarées, et que, peut-être, les aliments apportent à l'organisme de quoi favoriser le mécanisme de l'hémostase.

Heureuse aussi est son influence sur la faim douloureuse et les phénomènes spasmodiques qui l'accompagnent. La qualité du régime n'est pas non plus sans importance. Graisses et hydrates de carbone sont, pour l'estomac, au point de vue tant moteur que sécrétoire, des modérateurs.

Holmgren prescrit donc des laitages, des crèmes, des œufs, du beurre non salé, des farines, des épinards, tomates, pommes de terre, des gelées de fruits. Plus tard, des soufflés de poisson, de la viande bouillie hachée ; il les donne en 5 à 6 repas chaque jour avec des alcalins ou de la belladone.

En cas de grosse hémorragie, il donne, dès le premier jour, 100 gr. de crème et de l'eau de Vichy ; il augmente graduellement le régime dès les premiers jours et y adjoint des jaunes d'œufs crus. Si l'hémorragie persiste, il donne même de la viande, pratique évidemment assez éloignée des usages classiques. En plus de l'accalmie clinique, cet auteur aurait souvent observé la rétrocession des signes radiologiques.

Pour ce qui est du traitement médicamenteux, si incomplètes que soient nos connaissances en pathogénie, ce sont surtout nos lueurs sur ces questions qui ont conduit les essais de ces derniers temps.

A la vérité, quel que soit l'intérêt de chacune des études des physiologistes, on a trop souvent accepté de confondre l'ulcère vrai et les ulcérations expérimentales qui en diffèrent par bien des caractères importants.

Bien des facteurs, obéissant peut-être tous à une même cause première, tout en nous échappant encore, entrent sans doute en jeu. L'ulcère ne se développe presque jamais que dans des zones de sécrétion alcaline ; la carence y joue peut-être un rôle d'ailleurs bien difficile à expliquer en présence des allures intermittentes de la maladie. Le rôle de certains acides aminés comme provoquant la sécrétion du mucus a sans doute son importance ; il faut en accorder aussi aux variations de la sécrétion biliaire, aux altérations des qualités du mucus. C'est à influencer isolément ces divers facteurs pathogéniques, qu'en ces derniers temps bien des auteurs se sont particulièrement attachés.

Peu de nouveautés en chimiothérapie proprement dite. L'atropine qui agit sur le vague et peut-être par lui favorise la production du mucus, continue à jouir de la faveur des cliniciens. On a également administré par voie parentérale des acides aminés, du benzoate de soude. Ce dernier (0 c. 50 dissous dans 2 cm. d'eau distillée ou de sérum — par voie intraveineuse) a donné à certains auteurs des succès partiels, mais pourtant dignes d'attention. Ce sont les cas récents qui semblent les plus aisés à influencer. Le régime bien compris ne perd cependant pas ses droits non plus que le traitement spécifique associé lorsque les antécédents du malade le comportent.

On a beaucoup cherché à élucider le rôle de l'infection, non seulement dans la persistance de l'ulcération, mais encore dans sa production. Le succès des théories sur la focal infection, et aussi les excès auxquels elles ont donné lieu sont encore tout près de nous. On a donc, entre autres traitements anti-infectieux, employé au traitement des ulcères les abcès de fixation et la vaccinothérapie. Des succès incontestables ont été observés mais il semble que les cas auxquels s'appliquent réellement de telles méthodes soient peu nombreux. On s'est servi tantôt de stock vaccins, tantôt d'auto-vaccins préparés soit avec des germes provenant de foyers distants de l'ulcus, soit avec des germes pris sur l'ulcère même (streptocoques hémolytiques en particulier). On a noté quelques résultats heureux, contre la douleur, contre les petites hémorragies à répétition surtout, mais ce sont des faits peu nombreux et la vaccinothérapie — qu'on l'estime ici spécifique ou non — ne fait jamais figure que de méthode adjuvante. Encore doit-elle se compléter du traitement local des foyers d'infection, foyers buccaux en particulier.

Si, comme le pensent certains auteurs, les ulcères digestifs ne sont pas simplement une affection locale, il est logique de diriger contre eux un traitement général. On a donc essayé diverses opothérapies : pancréatique avec ou sans insuline, insuline pure, posthypophyse, parathyroïde, tous essais que le succès ne semble avoir encore guère couronnés.

Les injections de pepsine ont été essayées elles aussi et semblent avoir plus de valeur. Glœssner en a été le promoteur, des auteurs français les ont également employées (Lœper, Michaux, Debray, Mlle Sainton). Le mécanisme en demeure obscur et l'on ne sait encore si les injections intramusculaires de pepsine agissent par stimulation directe des glandes gastriques ou par un autre mécanisme.

Ces injections sont pratiquées à dose progressive à raison de trois par semaine pendant 5 semaines consécutives. La dose maximum progressivement atteinte étant de 0 g. 10 de pepsine par dose. A partir de la 3e piqûre souvent, les résultats favorables peuvent se dessiner : atténuation à l'examen radiologique des signes d'hyperexcitabilité gastrique, modification des images diverticulaires. En même temps les douleurs s'atténuent, l'état général s'améliore : retour du sommeil, reprise du poids, modification du chimisme gastrique. Ce succès n'est que temporaire si le traitement n'est pas renouvelé de loin en loin, de 3 à 5 fois par an. Le recul fait encore défaut pour apprécier la solidité de ces guérisons apparentes. Mais cette méthode est au moins encourageante. Il ne faut pas oublier les éclipses évolutives spontanées de l'ulcus, ni qu'une gastrite associée à l'ulcère peut persister plus ou moins longtemps après que celui-ci est guéri.

(1) *Acta medica Scandinavica*, fasc. 4-6, année 1933.

Le dernier né des traitements médicaux semble être le traitement par les mucines, rajeunissement et perfectionnement de la méthode classique du pansement gastrique par corps inertes (Bismuth, Kaolin) dont l'éloge n'est plus à faire.

Monceaux et Fontaine, ainsi que Leriche et d'autres auteurs, se sont attachés à l'étude du mucus gastrique et sont arrivés à des conclusions qu'ont vérifiées en d'autres pays de nombreux physiologistes et chimistes.

Le rôle protecteur du mucus gastrique s'est trouvé ainsi précisé : il agit mécaniquement, biologiquement, en résistant plus longtemps qu'aucune autre substance protéique à l'action des sucs digestifs, chimiquement enfin en neutralisant l'acidité gastrique et en tendant à équilibrer vers l'optimum le pH du contenu gastrique.

On a donc cherché à rétablir, au moyen d'une mucine convenablement choisie et purifiée, les caractères normaux du contenu gastrique. Une bonne mucine doit être pure, neutre et stérile, riche en azote et présenter une affinité chimique élevée pour les acides. De telles mucines sont délicates à choisir et à préparer mais sont infiniment supérieures à tout autre mucilage qui n'en présente ni la valeur chimique, ni l'inertie biologique ; elle est supérieure aux alcalins volontiers irritants et aux poudres inertes souvent constipantes.

La mucine semble agir en supprimant l'excitation de l'antre pylorique, point de commande de la sécrétion fundique. Les mucines sont donc indiquées dans toutes les affections gastriques douloureuses imputables à l'hyperchlorhydrie, à l'ulcus gastrique ou duodénal confirmé, à l'ulcère peptique post-opératoire.

3 ou 4 grammes administrés 1/4 d'heure avant chaque repas peuvent suffire si la mucine est de bonne qualité. L'innocuité foncière de cete substance permet d'en répéter à volonté les prises lorsque les douleurs reparaissent. Dix minutes suffisent en général à calmer une crise douloureuse et dans les cas favorables une accalmie peut se prolonger plusieurs jours.

Elle agit favorablement sur les hémorragies visibles ou occultes et permet d'abréger la période diététique sévère.

Telles sont dans l'ensemble les acquisitions récentes de la thérapeutique médicale. L'avenir montrera si la valeur en est réelle et si les progrès qui suivront permettent d'espérer clore un jour l'ère chirurgicale dans le traitement des ulcères gastroduodénaux.

Jusqu'à nouvel ordre la chirurgie conserve un rôle important lorsque la médecine a dû renoncer à jouer le sien.

Aucune nouveauté marquante n'a été proposée comme traitement d'urgence des perforations.

Le traitement des hémorragies tend à se préciser dans un sens chirurgical. Le rôle principal du clinicien est de connaître aussi clairement que possible la réalité, l'abondance et surtout la répétition de l'hémorragie, indications thérapeutiques.

Toute injection de sérum peut être nuisible si une hémostase préalable n'a été faite ; la transfusion (150 à 200 cmc.) joue ici un rôle tout différent comme traitement d'urgence et comme préparation à l'opération et à la période qui suit.

Il semble que de plus en plus on tende à opérer de façon précoce et systématique les ulcères gastriques qui saignent, sans pourtant négliger la possibilité de lésions multiples, contre-indication nette bien que peu fréquente. Le type anatomique des lésions (formes angio-térébrantes), leur localisation, peuvent influer sur la gravité de l'hémorragie. Bien qu'on ne puisse toujours éclaircir cliniquement ces problèmes l'indication opératoire conserve sa valeur.

Gastro-entérostomie, jéjunostomie, exclusion pylorique ont été proposées à titre palliatif. L'hémostase indirecte par ligature artérielle, le tamponnement duodénal sont des opérations déjà connues et dont les indications tendent à se préciser.

L'hémostase directe semble à Leriche habituellement préférable. Diathermie, thermo-cautérisation à la Balfour, suivies d'enfouissement et de plicature, ont un peu perdu de leur vogue.

D'autre part, une suture directe n'est pas toujours possible. L'excision ou la résection de l'ulcère, avec ou sans gastro-entérostomie, malgré tous ses avantages, n'est pas toujours possible pour des raisons anatomiques.

On en vient donc à la méthode qui pour Leriche est le traitement de choix de l'ulcus en lui-même, qu'il soit ou non en période d'hémorragie. La gastrectomie large a pour but, en effet, de réduire le plus possible la zone sécrétante de l'estomac dont l'hyperactivité est une cause de la lésion. C'est là une opération grave, délicate en l'état présent de la chirurgie. C'est pourtant pour Leriche la meilleure, plus physiologique et plus efficace que la gastroentérostomie. Son expérience personnelle amène cet auteur à considérer que les statistiques ne peuvent que s'améliorer graduellement à cause de l'importance toute particulière que prend ici l'éducation spécialisée du chirurgien. Lui-même a vu ses statistiques se transformer à mesure que progressait son expérience manuelle.

Ici encore l'avenir lèvera les incertitudes et permettra, il faut l'espérer, d'avoir recours au chirurgien plus tard, plus rarement et avec une moindre appréhension devant une opération qui demeure encore réservée à une minorité d'opérateurs. R. Levent.

Chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Au Maroc par Marseille. — Si vous rêvez d'un beau voyage dans un pays magique et ensoleillé, rendez-vous au Maroc.

Le rapide direct à voitures métalliques modernes, avec places de 1re, 2e et 3e cl. et couchettes de 1re classe, qui quitte Paris-P.-L.-M. le vendredi à 20 h. 15, vous amène le lendemain matin à la gare maritime de Marseille-Joliette.

Une simple passerelle à franchir pour passer de votre wagon au paquebot, dont la marche a été accélérée d'une telle manière qu'après une traversée courte et confortable vous arrivez le lundi : à l'aube à Tanger, vers 16 heures à Casablanca.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous adresser aux Agences et aux gares P.-L.-M., ou à MM. Nunzi et Cie, agents généraux de la Compagnie Paquet, 43, rue Lafayette, à Paris.

NOTES de PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Il est aujourd'hui reconnu que les organes génitaux externes de toute femme saine renferment de nombreux germes pathogènes, saprophytes, sarcines, diplocoques, colibacilles ou autres. La virulence de ces microbes qui, à l'état normal, est très atténuée, peut acquérir une violence particulière sous l'influence de causes étrangères.

A l'état de santé, la nécessité des injections ou lavages antiseptiques du conduit vulvo-vaginal s'impose donc. A l'état pathologique (lésions utérines, annexielles ou vaginales), on ne peut concevoir aucune thérapeutique sans injections ou lavages gynécologiques désinfectants et décongestifs. Question de grande importance pratique, parce que les injections quotidiennes sont faites par les malades elles-mêmes, il est indispensable donc de ne pas laisser entre leurs mains un agent désinfectant toxique ou caustique par crainte d'erreurs possibles ou d'effets fâcheux.

Il ne paraît pas possible d'utiliser le sublimé ou les sels mercuriels qui, en dehors de leur toxicité considérable, irritent la muqueuse, sont absorbés par elle et déterminent des troubles cutanés ; le permanganate est un excellent désinfectant gynécologique, mais mal accepté par la clientèle, il tache le linge, les bassins et la peau : dans plusieurs cas, des doses trop élevées de permanganate ont amené de l'atrésie vaginale ou vulvaire par causticité. Le formol serait un bon antiseptique s'il n'émettait pas des vapeurs irritantes. On utilise à sa place aujourd'hui le Lusoforme, savon liquide renfermant 20 0/0 de formol et complètement sans inconvénients. De plus, grâce à son alcalinité, les mucosités sont dissoutes, le milieu humoral acide est transformé et l'action germicide devient plus pénétrante. Les effets désodorisants du formol se développent ainsi sur toute l'étendue de la muqueuse vulvo-vaginale et l'absence de causticité et de toxicité le rendent utilisable dans tous les cas et dans tous les milieux.

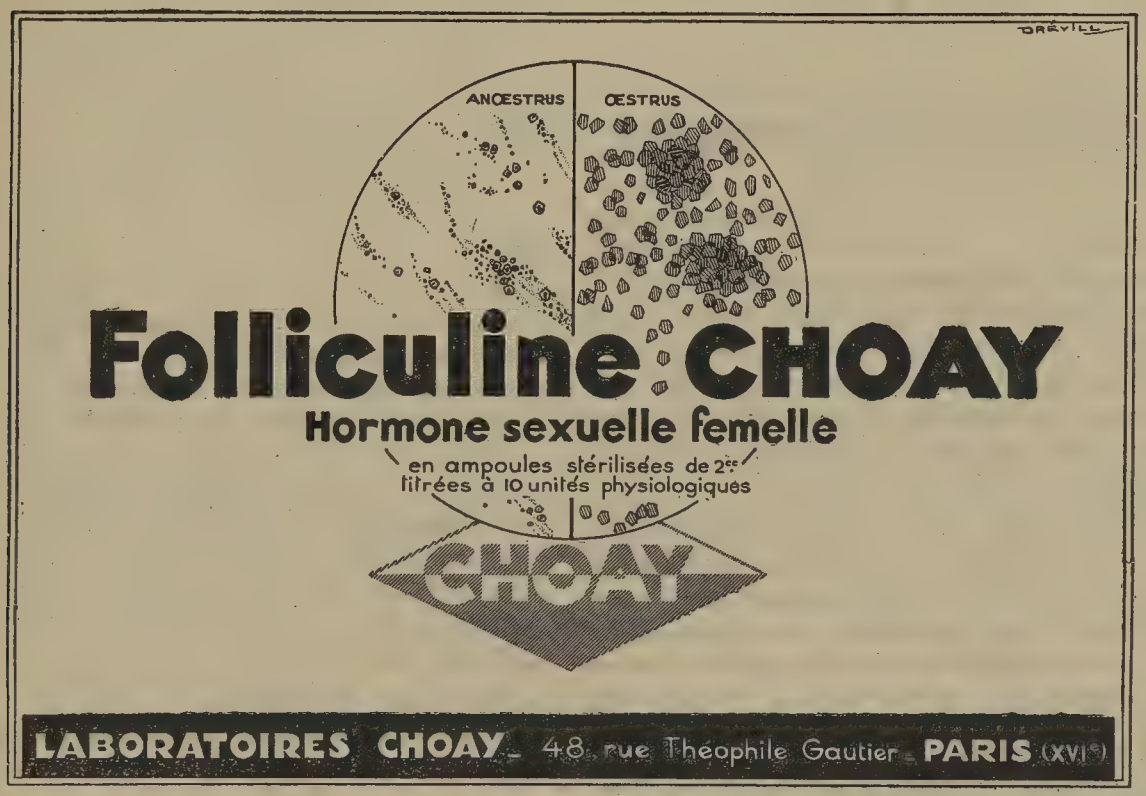
Les gynécologues utilisent une solution de Lusoforme de 1/4 à 1/2 0/0 et lui reconnaissent des effets antiseptiques égaux à ceux du sublimé, mais plus nettement désodorisants, et dans les leucorrhées, les vaginites, les vulvites, bartholinites, métrites, avec des résultats sérieux. La désodorisation des leucorrhées fétides n'est possible qu'à l'aide des injections vaginales ; cette fétidité est un symptôme courant de l'épithélioma utérin. La métrite sénile, l'emploi du pessaire s'accompagnent aussi d'un écoulement nauséabond. Après les hystérectomies, après les amputations du col, les pertes fétides viennent alors des débris sphacélés. Dans tous ces cas particuliers, la désodorisation est plus complète avec le Lusoforme qu'avec l'eau oxygénée ou la liqueur de Labarraque.

En général, les malades ne savent pas prendre les injections vaginales, presque toujours le liquide n'a pas une température assez élevée ; or, il faut obtenir au moins 45 degrés pour que la décongestion des organes s'opère. Voici le moyen d'obtenir une injection à la chaleur voulue : on verse dans le bock un litre d'eau fraîche, une à deux cuillerées à café de Lusoforme, on agite avec la canule puis on verse un litre d'eau *bouillante*, le mélange ainsi obtenu a environ 45 degrés et donne une solution de 1/4 à 1/2 0/0 en Lusoforme.

Il faut aussi indiquer aux malades de prendre les injections dans la position couchée, de mettre le bock à faible hauteur, et la nécessité de déprimer la fourchette périnéale. Ainsi pratiquée, la désinfection du vagin est complète, ses effets se font rapidement sentir sur les organes profonds, les douleurs lombaires ou pelviennes disparaissent, les pertes leucorrhéiques se raréfient et une amélioration s'observe presque toujours.

M. LORTAL.

LUSOFORME
Antiseptique — Désinfectant — Désodorisant
LIQUIDE ET COMPRIMÉS
UNE CUILLÉRÉE A CAFÉ OU 1 COMPRIMÉ DONNENT AVEC UN LITRE D'EAU UNE SOLUTION A 1/2 POUR CENT
LABORATOIRES CARTERET
15, rue d'Argenteuil, 15, -:- PARIS (1er)


ANOESTRUS
OESTRUS
Folliculine CHOAY
Hormone sexuelle femelle
en ampoules stérilisées de 2cc titrées à 10 unités physiologiques
CHOAY
LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

PRATIQUE MÉDICALE

LE SÉDORMID

Par le docteur CHAUSSET.

L'insomnie est un symptôme banal et malheureusement très fréquent dans un grand nombre d'affections. Ses formes en sont nombreuses et d'origines fort diverses.

Aussi, sans vouloir aborder l'étude des théories du sommeil et de l'insomnie, nous nous limiterons simplement à en constater rapidement les principales causes.

On peut distinguer plusieurs variétés d'insomnies :

1° Les insomnies déterminées par la douleur ;

2° Les insomnies par troubles de la respiration et de la circulation ;

3° Les insomnies par hyperexcitabilité du système nerveux provenant, soit d'une altération organique, soit d'une surexcitation d'origine fonctionnelle, soit d'une intoxication ou d'une infection.

Si dans nombre de cas, l'insomnie n'est qu'un symptôme secondaire au cours d'une affection déterminée et évoluant parallèlement aux autres symptômes, elle constitue parfois le symptôme prédominant, c'est alors ce que l'on pourrait presque appeler l'insomnie pure, dite encore insomnie nerveuse, qui peut ne s'accompagner d'aucun autre phénomène physiologique ou psychique, ou se présenter chez de petits névropathes, catégorie de malades fort nombreux à l'heure actuelle.

Dans le traitement de l'insomnie, il est de première nécessité d'instituer un traitement étiologique qui parfois suffira à ramener un sommeil normal, surtout dans les intoxications (café, thé, alcool, tabac, etc...), les affections cardio-vasculaires ou respiratoires.

L'insomnie douloureuse possède, elle aussi, ses indications thérapeutiques propres, et en traitant par les moyens appropriés, soit étiologiques, soit symptomatiques les malades, on obtiendra la disparition ou l'atténuation de la douleur et partant le rétablissement du sommeil.

Dans ces cas, le traitement proprement dit de l'insomnie passe au second plan, le traitement de la maladie qui la provoque étant la principale préoccupation du médecin.

Mais il reste une dernière catégorie de malades, celle dont nous parlions plus haut, les insomniaques nerveux, les petits névrosés, ceux chez qui l'insomnie constitue le symptôme le plus pénible, l'affection originelle ne se manifestant parfois que par des signes discrets ou inconstants.

Parmi ces névroses, la plus importante, on pourrait presque dire la seule, est l'anxiété. Nous ne parlerons guère des grands syndromes d'anxiété aiguë qui relèvent directement du spécialiste ou de la maison de santé, mais des petits anxieux, les plus nombreux, qui se plaignent surtout de ne pas dormir ou d'avoir un sommeil agité, entrecoupé de cauchemars.

A la base de cet état anxieux léger, il convient cependant de remarquer que l'on trouve en général une atteinte ou un vice de fonctionnement, ou parfois même une simple fragilité d'un ou de plusieurs appareils viscéraux.

Chez ces petits anxieux, le traitement causal sera bien souvent inexistant, les troubles organiques présentés étant liés à un état de déséquilibre nerveux et force sera de recourir au traitement symptomatique. On devra d'abord employer le traitement général, hygiéno-diététique (suppression des excitants, repas du soir léger, exercices physiques modérés), l'hydrothérapie sous ses diverses formes (tubs ou douches tièdes, bains tièdes à 35°) associés l'un ou l'autre au traitement médicamenteux.

L'arsenal thérapeutique est particulièrement riche en médicaments hypnagogues, mais leur efficacité et leur puissance d'action sont très variables, ainsi que leurs actions secondaires sur l'organisme.

Chez ces malades, l'insomnie étant souvent rebelle et récidivant très facilement, il faudra être très prudent dans l'administration de la morphine, dont l'emploi devra être réservé, à quelques exceptions près, aux insomnies particulièrement tenaces, ayant résisté à tous les autres médicaments hypnotiques.

Les calmants et antispasmodiques (bromures, valériane) suffiront parfois à guérir une insomnie légère, mais en général, leur action ne sera pas suffisante.

Parmi les hypnotiques proprement dits, les dérivés sulfonés très toxiques devront être employés le moins possible.

Les barbituriques et leurs dérivés sont en général fort efficaces, mais de toxicité variable et d'action souvent trop énergique pour en justifier l'emploi chez nombre d'insomniaques purs et de petits anxieux : cependant dans certains cas, on se trouvera bien de l'emploi du somnifène ou de l'allonal.

Il reste enfin le groupe des uréides dont le composé le plus utilisé est l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid. L'étude approfondie de ce médicament a été faite par plusieurs auteurs (Pouchet : les dérivés barbituriques et les uréides, *Pratique médicale française*, 1929, p. 165-181. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1920, p. 787. Perget, *Thèse de Paris*, 1928. Tibi, *Thèse de Lyon*, 1928).

L'expérimentation a montré qu'il était peu toxique, très maniable, il ne provoque aucun trouble secondaire sur les principaux appareils, il est rapidement éliminé et ne s'accumule pas. De plus, il ne produit aucune accoutumance après un usage même prolongé.

Il est moins actif que les barbituriques et sa puissance d'action est intermédiaire entre celle des calmants habituels et des barbituriques.

L'expérimentation clinique a confirmé en tous points les résultats de l'expérimentation physiologique. Le sédormid a été utilisé dans nombre d'insomnies diverses, et son emploi a permis de remarquer qu'en dehors de son absence de toxicité, son action était douce et progressive.

Il n'a provoqué aucun accident, même à fortes doses et s'est révélé comme très efficace dans les insomnies nerveuses chez les anxieux, les préoccupés, les mélancoliques. Dans les insomnies des grands excités maniaques, des grands anxieux, son action, quoique certaine, a été moins puissante (Tibi).

Le sédormid se présente sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 25. La dose habituelle est de 1 à 4 comprimés, soit 0 gr. 25 à 1 gr. par jour pris, soit le soir en une seule fois pour produire l'effet hypnotique, soit par doses fractionnées dans la journée en donnant la dernière et la plus forte dose le soir pour produire un effet sédatif et amener plus progressivement l'effet hypnotique.

Le sédormid ne s'accumulant pas, ces doses peuvent être continuées plusieurs semaines, mais pour obtenir le maximum de résultats, il est préférable de procéder à son administration par périodes de 8 à 10 jours séparées par un intervalle de 2 ou 3 jours. On pourra, dans certains cas, l'associer aux bromures, et plus particulièrement au bromure de sodium, sous forme de sédobrol, mais nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet. En résumé, nous pouvons conclure que, grâce à son action lente et sûre, son peu de toxicité, le sédormid possède ses indications propres et mérite de tenir une place de choix parmi les médicaments hypnagogues.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 20 mars 1934)

Syndrome protubérantiel coïncidant avec une vaccination antidiphtérique. — MM. Nobécourt, Haguenau et Gouyen rapportent l'observation d'un syndrome protubérantiel alterne survenu peu après une vaccination antidiphtérique chez un enfant de 7 ans. Il existait à gauche un syndrome pyramidal associé à un certain degré d'hypertonie peut-être d'origine cérébelleuse et à droite des signes cérébelleux avec atteinte des V, VI, VII et ultérieurement IX et XIe paires craniennes. Ils repoussent l'influence de l'anatoxine à l'origine de ces accidents et discutent les diverses étiologies possibles, poliomyélite, encéphalite, pour conclure à l'intervention d'un virus neurotrope indéterminé.

Trois cas récents de syndromes neurologiques aigus de l'enfance. — MM. Nobécourt, Haguenau et Gouyen présentent trois enfants chez lesquels est apparue récemment une ataxie cérébelleuse type Leyden, avec mouvements choréiques, hémiplégie flasque et atteinte fugace des nerfs craniens. Ils concluent à l'existence dans ces trois cas d'une névraxite épidémique.

Maturité sexuelle précoce — M. Milhit et Mlle Papaïoannou présentent une enfant de 31 mois chez laquelle les premières manifestations de la puberté sont apparues à l'âge de 15 mois. Cette enfant, née avant terme, avait eu jusqu'à ce moment une croissance normale, lorsqu'on vit ses seins augmenter de volume, puis apparaître par la vulve un écoulement sanglant qui se répéta régulièrement. Elle est très grande pour son âge, mesurant 103 cm. et pesant 19 kg. 800 ; tous ses viscères sont normaux ; son âge mental est de 5 ans et 3 mois. Il est curieux de noter que son ossification est encore plus développée que ne le laisserait supposer sa taille : elle se présente à la radiographie comme celle d'un enfant de 8 à 9 ans.

L'absence de tout signe de tumeur maligne des glandes endocrines, l'excellent état général de l'enfant, l'élimination par les urines d'une quantité d'hormone de maturation voisine du taux physiologique de la femme adulte normale font penser qu'il s'agit d'une hyperactivité glandulaire, dont la nature est difficile à préciser. Il ne semble pas que l'hérédo-syphilis soit en cause, et on ne trouve dans la famille aucun cas analogue.

Taches pigmentaires et lésions osseuses. — MM. Grenet, Ducroquet, Isaac-Georges et Macé projettent une série de clichés de sujets chez lesquels la coexistence de taches pigmentaires et de lésions osseuses permet de penser qu'il s'agit peut-être de formes frustes de maladie de Recklinghausen.

Surélévation congénitale de l'omoplate. — M. Sorrel et Mme Legrand-Lambling présentent un cas de surélévation congénitale de l'omoplate dû à l'existence d'une vertèbre cunéiforme et ne se traduisant par aucun trouble fonctionnel.

Syndrome de Klippel-Feil. — M. Sorrel, Mme Legrand-Lambling et M. Chauvire (Présentation de malade.)

Hypertrophie congénitale des doigts. — MM. Sorrel, Benoit et Dastrigues présentent un cas d'hypertrophie congénitale du médius et discutent les indications thérapeutiques que peut poser cette malformation.

Un cas d'aplasie partielle de la troisième côte gauche avec cypho-scoliose symptomatique. — M. Sorrel, Mme Legrand-Lambling et M. Mérigot.

Scorbut du nourrisson. Hématome sous-périoste. — MM. E. Lesné, Cl. Launay et E. Gilbrin présentent un hématome sous-périosté du fémur, provenant d'un nourrisson qui était atteint d'une forme fébrile de scorbut.

Abcès du poumon chez le nourrisson. — MM. E. Lesné, Cl. Launay et R. Lançon rapportent l'observation d'un abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson de trois semaines. Cet abcès est apparu sans cause décelable ; il a été évacué par vomiques et par ponctions. Secondairement s'est formée sur le trajet de ponction une collection pariétale formant abcès en bouton de chemise. Une pleurésie purulente a précipité l'évolution qui s'est faite vers la mort en 40 jours environ.

Les auteurs soulignent l'âge du malade et la gravité de la complication pleurale. Ils discutent par ailleurs les différents points pathogéniques que soulève une localisation si précoce sur le poumon en l'absence de toute porte d'entrée apparente.

Traitement des pleurésies purulentes par le drainage intermittent. — M. Toroella (de Mexico).

Un cas de maladie de Gaucher familiale. — M. Woringer rapporte l'observation d'un nourrisson atteint à l'âge de 3 mois d'une maladie de Gaucher, caractérisée par un syndrome spléno-hépatique, puis des troubles nerveux et ayant succombé dans la cachexie à 7 mois. Ce cas est le cinquième apparu dans une famille de sept enfants : les quatre autres, dont l'auteur a rapporté l'histoire en 1927, sont également morts avant un an. On ne trouve aucune étiologie précise, ni syphilis, ni tuberculose des générateurs ; tout au plus peut-on retenir la notion d'un grand nombre d'enfants morts en bas âge chez des collatéraux, des grands-parents.

Comparaison entre la cuti-réaction à la tuberculine, la vitesse de sédimentation des hématies et la réaction de Vernes à la résorcine. — M. Marquézy et Mme Verlière-Dubois.

Le choc en thérapeutique (1), par P. Harvier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Beaujon.

Peut-on, dans l'état actuel de nos connaissances, expliquer l'action du choc en thérapeutique ? S'il est possible de saisir l'action du choc dans les affections de type anaphylactique et de comprendre pourquoi et comment le choc constitue un agent de désensibilisation, il n'en est pas de même lorsque celui-ci est utilisé en vue du traitement des maladies infectieuses.

Il paraît inutile de développer toutes les hypothèses qui pourraient être émises à ce propos. Mieux vaut rester sur les faits, sans chercher coûte que coûte une explication forcément hypothétique, et conclure que la majorité des indications du choc en thérapeutique présentent encore un caractère purement empirique.

Ce volume est une mise au point actuelle de la notion du choc. L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». Grand in-8 16 × 24 de 40 pages avec graphiques. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

SULFUREUX POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V^e^

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

SIROP DU D^R^ REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE :
SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

56, Boulevard Péreire
PARIS
URASEPTINE
ROGIER

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 25 AVRIL 1934. — N° 33.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelques réflexions concernant les relations de l'école chirurgicale anglaise et des centres chirurgicaux de France, par M. le professeur E. Forgue (de Montpellier).

L'effort en pathologie cardio-artérielle. Ses manifestations cliniques, par M. A. Bernard (de Lille).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions fiscales, par M. A. Herpin.

CHRONIQUE

Inauguration du buste de Georges Clemenceau à Saint-Vincent de Jard.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

Anémie pernicieuse (fin).

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. Daudy (Bernard), ancien élève de l'Institut Pasteur, médecin du chemin de fer franco-éthiopien.

« M. Daudy, qui a toujours prodigué ses soins avec le plus grand dévouement aux indigènes comme aux Européens résidant en Abyssinie, est mort tragiquement à Diré-Daoua (Ethiopie), victime de son devoir, en procédant sur des vipères particulièrement dangereuses à des recherches scientifiques pour la préparation d'un vaccin qui avait déjà sauvé de nombreuses vies humaines. » (*J. O.*, 20 avril 1934.)

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Justin-Besançon, Pollet et Lamy.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Jury : MM. Chirié, Couvelaire, Cleisz, Ecalle, Lévy-Solal, Heuyer, Bréchot; lecteurs : MM. Lacomme, Lantuéjoul; censeur : M. Ravina.

— Prix Civiale. — Le prix biennal fondé en exécution des volontés de feu M. le docteur Civiale et consistant en une somme de mille fr. (1.000 fr.) est attribué pour l'année 1933 à M. Fresnais, interne à l'hospice des Ménages.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Après concours, M. le docteur Lucien Cornil a été nommé directeur technique du laboratoire central de l'hôpital de la Conception.

MÉDECIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX COLONIAUX. — Les concours institués par le décret du 22 août 1928 pour l'obtention du titre de médecin des hôpitaux coloniaux, chirurgien des hôpitaux coloniaux, s'ouvriront le 11 juin 1934 à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, dans les conditions et suivant les programmes fixés par l'instruction interministérielle du 3 novembre 1928 et le modificatif du 10 août 1932 (*B. O. G.*, p. 2652).

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1934, à 9 h., à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Paris, pour l'obtention du titre de professeur agrégé de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.

Le nombre des emplois mis au concours est de :

Deux emplois de professeur agrégé de chirurgie;

Deux emplois de professeur agrégé de médecine.

Les demandes des candidats en vue d'être autorisés à prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé et détaillé des chefs de chacun d'eux et adressées au ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) pour le 5 octobre 1934 au plus tard.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS DENTISTES. — *Ordre du jour.* — L'assemblée générale ordinaire de l'A. F. C. D., réunie le 25 mars 1934 à la Faculté de méde-

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

cine de Paris, après avoir pris connaissance des efforts faits par son représentant à la Commission du protocole pour réaliser l'accord du 2 mars 1933, approuve son action; fait confiance à son président pour obtenir par les meilleures voies l'adaptation de notre spécialité odonto-stomatologique au système du « doctorat à mentions » commun aux grandes spécialités médicales dont la qualification doit être protégée. (*Communiqué.*)

HUITIÉME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Le huitième bal de la médecine française, fixé au 12 février et ajourné par suite des événements, aura lieu le samedi 12 mai 1934 dans les salons de l'Hôtel Continental, au profit des veuves et orphelins du Corps médical.

A 22 h. 30, soirée artistique avec le concours de nombreuses vedettes.

A minuit, souper par petites tables, servi par des jeunes filles du Corps médical, sous la direction du docteur Edouard de Pomiane.

Prix des cartes : bal, 30 fr.; bal et soirée artistique, 50 fr.; souper, 65 fr. (champagne compris). — S'adresser Société F. E. M., 95, rue du Cherche-Midi, Littré 48-12.

Le Comité rappelle que les cartes retenues pour le 12 février seront valables le samedi 12 mai.

STATISTIQUE MUNICIPALE. — Le bulletin décadaire (21-31 mars 1934) constate une augmentation de la rougeole, 360 cas (moyenne 253), décès 24 (moyenne 14); de la scarlatine, 169 cas (moyenne 150), décès 2 (moyenne 2).

La coqueluche a causé 8 décès (moyenne 4).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs René Beugnot (de Paris); Pierre Alaize, médecin chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille; Le Coz, médecin des troupes coloniales; Frédéric Dufour, à Marseille; Henri Hoel, décédé à 81 ans, à Reims.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES

A propos du livre-journal.

Le livre-journal qui nous a été imposé, même sous la forme fixée par la dernière loi de finance, demeure une brimade intolérable pour le corps médical : tout d'abord parce qu'il constitue un début de commercialisation de notre profession libérale, ensuite parce que cette brimade est purement gratuite, car elle ne présente aucune utilité ni pour le contrôle des déclarations, ni pour leur justification.

Bien des choses ont été écrites à ce sujet qui risquent de tromper les médecins et de leur faire accorder à cette formalité une valeur qu'elle est loin de posséder. Il est donc indispensable d'apporter, sur ces questions, les rectifications nécessaires et nous ne saurions mieux le faire qu'en citant un éditorial du dernier numéro des Annales fiscales dont la compétence en la matière ne saurait être discutée.

« Les Chambres ont essayé de concilier les obligations du secret professionnel des membres des professions non commerciales et spécialement des avocats et des médecins, avec l'obligation de communiquer, le cas échéant, leurs livres et « pièces justificatives » au contrôleur.

« Il est évident qu'il est difficile de concilier la communication des pièces justificatives avec le secret professionnel, même au cas où les clients sont seulement représentés par des numéros, car dans la plupart des cas, la production de la pièce elle-même serait une violation du secret professionnel. On a beaucoup discuté au Parlement sur cet article, mais aucun orateur ne semble avoir vu cette contradiction. Pas plus d'ailleurs qu'on ne semble avoir aperçu que l'obligation d'un livre-journal entraînait nécessairement, si on voulait être certain de son authenticité, celle d'un livre-journal folioté et ayant date certaine, à l'aide d'un procédé quelconque, comme le livre-journal des commerçants, qui est nécessairement folioté et paraphé au tribunal de commerce.

« Il semble donc qu'il s'agisse là d'une disposition qui gênera beaucoup les membres des professions libérales en contrariant leurs habitudes, mais qui ne pourra réellement pas apporter de ressources sérieuses en cas de fraude véritable. Il faut, sur ce point, rappeler les paroles d'un homme particulièrement averti sur la question. M. Léon Bérard, en critiquant cette disposition nouvelle au Sénat (19 décembre 1933, *J. O.*, p. 1993) indiquait : « Je ne crois pas qu'un bon psychologue fiscal puisse attribuer grand crédit ni grande vertu à la comptabilité d'un contribuable que, par ailleurs, il croirait homme à tromper le contrôleur et la Commission de taxation. »

Il ressort nettement de ces considérations que les médecins ne doivent se faire aucune illusion sur le livre-journal dans la situation présente et que, pour l'avenir, il représente un danger contre lequel ils ne sauraient trop se dresser pour en obtenir la suppression. A. HERPIN.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU BUSTE DE GEORGES CLEMENCEAU A SAINT-VINCENT DE JARD

Le 2 novembre 1933, au cours de la célébration du Jubilé médical de Georges Clemenceau qui eut lieu à la Sorbonne en présence de M. le Président de la République, le Dr Dartigues annonça que l'U. M. F. I. A. placerait le buste de son illustre fondateur devant sa maison de Saint-Vincent de Jard.

La cérémonie a eu lieu dimanche, en présence du Dr Dartigues, président de l'U. M. F. I. A., des Drs Bandelac de Pariente, Molinéry, Contela, Dausset, et d'un certain nombre de confrères de l'Union médicale latine.

Le beau buste dû au grand talent du Dr Villandre a été placé devant la maison du Vieux Tigre. Le socle a été construit par Brabant, le fidèle chauffeur de Clemenceau.

Dartigues prononça un discours ému. Mme Suzanne Devoyod, sociétaire de la Comédie-Française, lut quelques pages de « Figures de Vendée », puis tous allèrent se recueillir sur la tombe du grand Français.

RENSEIGNEMENTS

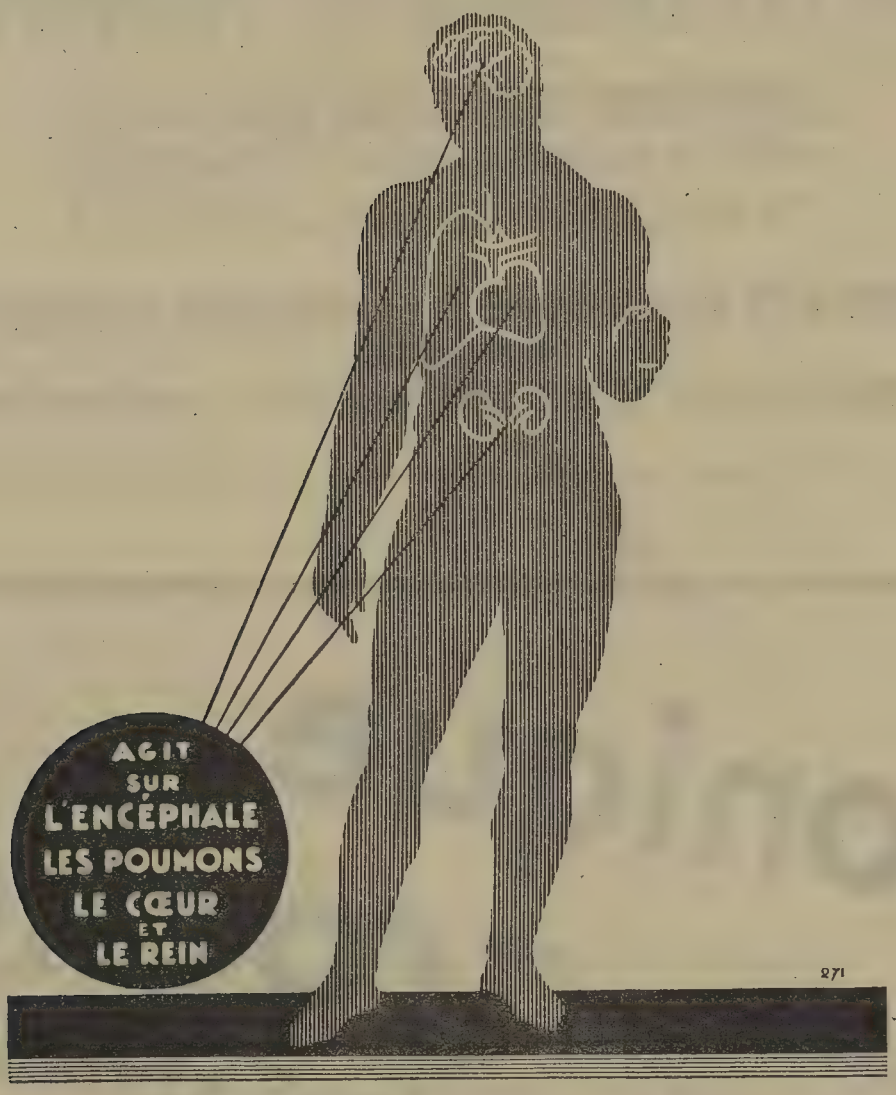
A LOUER 7 gr. pièces, 1 vest., s. de b., 2 cab. toil., 2 ch. dom., 2 cav. gr. balcon midi, chauff. app. 144, bd Saint-Germain.

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme
PILULES ET GRANULES

LA CORAMINE CIBA



RÉSULTATS : LEVÉE DES INHIBITIONS BULBAIRES (ASPHYXIES INTOXICATIONS)
AUGMENTATION DE L'AMPLITUDE RESPIRATOIRE
RENFORCEMENT DES BATTEMENTS CARDIAQUES
DIURÈSE PLUS ABONDANTE

LABORATOIRES CIBA. 109.113. Boul.d de la Part-Dieu-LYON

AUROTHÉRAPIE DE LA TUBERCULOSE

CRISALBINE

EN INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

THIOSULFATE DOUBLE D'OR ET DE SODIUM
AMPOULES DOSÉES A 0_g05 0_g10 0_g15 0_g20 0_g25 0_g50
DE PRODUIT PUR CRISTALLISÉ

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC Frres & USINES DU RHÔNE_86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie _10, Rue Crillon_ PARIS

QUELQUES RÉFLEXIONS CONCERNANT LES RELATIONS DE L'ÉCOLE CHIRURGICALE ANGLAISE ET DES CENTRES CHIRURGICAUX DE FRANCE

Par M. le professeur E. FORGUE (de Montpellier),
Membre correspondant de l'Institut.

Nous publions l'allocution de bienvenue, qu'au nom de ses collègues de la Faculté de Montpellier, le professeur Forgue a prononcée à l'occasion de l'importante visite des membres du Moynihan Club.

Elle est intéressante à un double point de vue : d'une part, elle met en lumière un point peu connu des doctrines chirurgicales montpelliéraines, à savoir leur concordance avec les principes de l'Ecole anglaise, et surtout de l'Ecole Huntérienne ; d'autre part, elle dégage avec originalité les qualités d'observation clinique pénétrante et les essentielles initiatives qui caractérisent la chirurgie anglaise.

N. D. L. R.

MM. les Membres du Moynihan Club,

Nous ne nous connaissons pas assez ; nous ne nous fréquentons pas autant qu'il convient à deux peuples qui viennent de combattre ensemble et qui doivent ensemble travailler à l'œuvre de Paix. Votre visite est une parfaite occasion de contribuer à cet accord nécessaire des esprits : se connaître, c'est le moyen de s'entendre.

Je vais donc, pour répondre à ces vues, vous dire, brièvement, ce qu'est la vieille et grande maison qui vous accueille ; et, par réciprocité, vous résumer à grands traits les pensées que nous inspire le rôle considérable de la chirurgie anglaise dans l'évolution de notre art. Vous verrez que nous avons de nombreux points de contact intellectuel et technique, et qu'il y a là les bases d'une entente cordiale, destinée à se consolider encore, puisqu'elle trouve, dans le passé et dans le présent, les raisons et les preuves de cette importante collaboration internationale.

Ce chemin que vous venez de parcourir pour venir à nous et que vous avez accompli, à grande vitesse, dans tout le confort des trains modernes, a été suivi, il y a plusieurs siècles, par nombre de vos compatriotes, étudiants nomades, venant chercher ici, dans la plus vieille Ecole de Médecine qui ait régulièrement fonctionné dans le monde, les textes et les règles dont, dès le XIIe siècle, notre centre Montpelliérain de pratique et d'enseignement avait reçu le précieux dépôt. Nos archives des XVe et XVIe siècles, si vous aviez le loisir de les consulter, vous révéleraient des noms d'étudiants écossais, irlandais, londoniens. Il fallait vraiment que l'attrait de la connaissance et le feu sacré de l'étude soient portés à un haut degré de ferveur, presque mystique, pour faire affronter à ces « pèlerins de la science », les fatigues, les insécurités de ces longues étapes à pied ou à cheval, sur cette route rude et incertaine de plus de mille kilomètres qui, de Boulogne ou de Calais, les conduisait, lentement et inconfortablement, jusqu'à notre ville !

Ce milieu où vous êtes, très honorés Collègues, est fait pour vous plaire ; il correspond bien à vos principes qui sont : *Tradition* et *progrès*. La même devise nous dirige. Dans ce cadre de tableaux, de portraits, de vieux livres, de vieilles pierres, la voix du passé s'éveille. Et, de cette galerie d'ancêtres, que vous avez sous les yeux, je veux surtout faire surgir trois hautes figures : Guy de Chauliac, Lapeyronie, Delpech. Chacune d'elles est représentative d'un des sommets de notre histoire.

Considérez l'expression méditative, profondément calme, presque religieuse, du père de la chirurgie française : Guy de Chauliac. Il est venu d'un petit hameau de la Lozère, où il était simple garçon de ferme. Il est devenu médecin et commensal de notre Seigneur le Pape et, en 1363, il a fait hommage à sa « chère eschole de Montpellier », du livre, dont vous verrez à notre bibliothèque le superbe manuscrit sur papier, et qui, pendant plus de quatre siècles, est resté le guide méthodique des chirurgiens.

Voici, maintenant, un chef-d'œuvre ; c'est le portrait de Lapeyronie. Vers la fin du XVIIIe siècle, un obscur fils de barbier, formé dans la boutique paternelle, est reçu maistre-chirurgien barbier dans notre ville ; il a le droit de suspendre à la porte de son officine les trois bassins qui sont l'enseigne de sa profession et qui représentent les palettes servant à la saignée ; il peut manier le rasoir et la lancette Or, quarante-huit ans après, c'est le même homme qui, grâce à son action personnelle sur le roi, dont il est le chirurgien et l'ami, établit et fait publier la fameuse déclaration royale de 1743, véritable charte de nos droits et de notre dignité professionnelle, qui sépare à jamais les chirurgiens de la compagnie des barbiers, qui relève la maîtrise par le contrôle des examens et hausse la chirurgie au même rang social que la médecine ! Humble début, prodigieux destin, que ceux de cette haute personnalité dont vous pourrez saluer à la sortie la statue, aux portes de notre Ecole, et dont je vous engage à admirer, dans la grand'rue de notre ville, pas loin du point où était sa boutique de chirurgie et barberie, l'hôtel Saint-Côme, un des joyaux de notre cité, demeure sobre et proportionnée, construit grâce à ses libéralités pour être le collège des Maîtres en chirurgie, devenu, hélas ! la Bourse du Commerce !

Enfin, au seuil des temps modernes, c'est Delpech, dont vous pouvez contempler le buste : sous son aspect débile, avec un corps frêle qui résistait à tout, ce fut un ardent et hardi tempérament de chirurgien, à la parole colorée et précise, animateur prompt aux initiatives, opérateur d'aventureuse entreprise, précurseur qui extirpa l'utérus par l'hypogastre, se risqua à lier les deux carotides primitives, et excisa cet énorme éléphantiasis scrotal, que vous pourrez voir dans notre conservatoire d'anatomie : à cette époque, cette intervention, que tout médecin colonial réussit maintenant, était, en raison de la pauvreté de notre outillage d'hémostase, un coup d'audace !

Et maintenant, c'est le présent, c'est la relève. Notre génération, qui a eu le privilège de participer à la création de la chirurgie aseptique, passe à ceux qui nous suivent, le flambeau sacré. Vous avez fait la connaissance de notre corps chirurgical actuel, d'une formation technique précise, d'une vaste instruction, d'une parfaite tenue morale. Vous avez visité des hô-

pitaux modernisés ; une Clinique Saint-Eloi où sont, dans les pavillons Tollet, les plus belles salles collectives de malades qu'on puisse voir au monde et dont les hautes voûtes ogivales, la luminosité et l'aération ont toujours soulevé l'admiration de nos visiteurs ; un centre anti-cancéreux, dont l'inauguration est prochaine, dont j'ai été le promoteur et qui remplira excellemment ces deux objectifs que votre grand philanthrope, l'Anglais Witbread, avait eu la prescience de formuler, dès 1792, en créant la section des cancéreux à l'hôpital de Middlesex : assurer le traitement des malades et poursuivre l'étude de ce mal, énigme encore insoluble !

S'il vous est donné de pénétrer l'esprit de notre enseignement, vous serez surpris de constater la remarquable identité de nos doctrines et des vôtres. C'est à Montpellier que le principe de la réunion immédiate, une des bases de l'école chirurgicale anglaise, a trouvé ses premiers et meilleurs défenseurs. C'est que notre dogme dominant, qu'un de nos plus anciens régents, le fameux Arnauld de Villeneuve, affirmait, il y a plus de six cents ans, c'est celui de la *nature médicatrice* : c'est la nature qui opère la guérison ; le chirurgien n'est que son ministre. Ici, nous avons toujours été habitués à *penser physiologiquement* ; et, par là, vous voyez que nous nous rattachons à l'école de votre illustre John Hunter, qui, à un plus haut degré qu'aucun autre homme, a réuni le génie du physiologiste au génie du chirurgien, et dont le musée, aux pièces admirablement conservées et classées, est une illustration incomparable des phénomènes vitaux et pathologiques. L'analogie des conclusions de Hunter avec les principes Montpelliérains était telle que le fougueux Barthez répétait souvent à ses élèves : « Mais cet homme-là nous vole nos idées ! » Et, dans l'époque presque contemporaine, un de vos plus grands chirurgiens, sir James Paget, a écrit à propos de l'influence des états constitutionnels sur l'évolution des blessures et des opérations, des pages qu'auraient pu signer nos maîtres qui, les premiers, ont toujours soutenu l'importance des diathèses sur l'issue des plaies accidentelles ou opératoires !

Vous voilà, je pense, à peu près informés de nos idées directrices et des ressemblances qu'elles peuvent offrir avec les vôtres. La présentation est à moitié faite ; il ne me reste, pour que nous nous connaissions bien, qu'à vous exposer ce que nous pensons de la chirurgie anglaise, quelles qualités essentielles nous apprécions chez vous, quelle influence vos œuvres ont exercée sur notre formation, quel est le prix que nous attachons à ce travail en commun.

La qualité dominante que nous estimons chez vous, c'est la précision de votre analyse clinique, en même temps que votre capacité de synthèse. Voilà la double tendance qui m'a toujours frappé ; et bien des fois j'ai fait remarquer à mes élèves que c'était chez vous qu'étaient nées ces étonnantes vues synthétiques qui, sous le vocable de syndromes, groupent des éléments symptomatiques divers : mal de Bright ; maladie de Graves et d'Addison ; mal de Pott. C'est bien là une série, qu'aucun pays n'a égalée, de constructions logiques et cliniques, auxquelles l'épreuve du temps n'a pas touché ! Sans doute, quand la triade symptomatique de Pott a été édifiée, la conjonction de ces trois signes composants, la paraplégie, l'abcès, la gibbosité, a paru une œuvre simple de l'esprit : simple, évidemment, comme toutes les inventions humaines qui demeurent ; mais il fallait l'exactitude d'observation et la justesse de raisonnement qui ont relié ces symptômes disparates !

La simplicité condensée de vos livres nous plaît, par la netteté de leur exposé, l'absence du fatras des fiches bibliographiques, la précision des techniques opératoires ; permettez-moi, cependant, de vous dire, amicalement, qu'ils ont, souvent, une rédaction trop particulariste, trop exclusivement britannique. Je crois que nous pouvons affirmer que nous connaissons mieux vos publications de chirurgie que vous ne citez les nôtres. Il faut aussi considérer que les intertraductions sont rares : peu de traités chirurgicaux anglais sont traduits chez nous ; moins encore de traités français passent en langue anglaise. Nos œuvres sont souvent complémentaires, mais elles ne sont pas interchangeables : cela tient évidemment à d'inégales conditions professionnelles, à une différente éducation scolaire, et aussi à la non-équivalence de nos formes d'expression de la pensée. Exemple : vous avez un terme excellent pour grouper toutes les éventualités et difficultés de diagnostic que peuvent créer les lésions abdominales de chirurgie urgente ; vous dites, en latin, c'est vrai : « abdomen aigu » ; et nous n'avons pas l'équivalent de cette expression synthétique.

Nous vous devons la connaissance de quelques grandes questions de chirurgie. Il est hors de doute que c'est la simplicité d'exécution technique de Spencer Wells, et la valeur de ses résultats, qui ont, naguère, réhabilité chez nous l'ovariotomie, que les réprobations académiques avaient condamnée. Sur le cancer du sein, ses conditions d'extension, sur les applications techniques qui en découlent, nous avons beaucoup appris des études de Sampson Handley. Nous ignorions la chirurgie des ménisques et ce que vous appelez le « dérangement interne du genou » : en sportifs, vous nous avez, sur ce point, précédés et instruits. Quiconque, parmi nous, a creusé la question du sympathique, des perspectives cliniques et techniques qu'elle nous ouvre, ne peut pas contester combien les physiologistes anglais nous ont apporté ici des lumières : ce que je sais de plus clair, de mieux applicable, je l'ai trouvé dans les études de Gaskell, de Langley. L'initiative de Horsley a inauguré, en Europe, la neuro-chirurgie, où les opérateurs anglo-saxons continuent à montrer une indiscutable maîtrise. Vous avez la dangereuse spécialité des anévrysmes ; la connaissance de vos travaux sur ce point, de ceux de Makins en particulier, m'a considérablement servi pendant la guerre qui avait multiplié, de façon imprévue, l'anévrysme faux et l'artério-veineux. La *prostatectomie transvésicale* de Freyer est assurément, le plus curieux exemple de ces innovations imprévues, originales, où apparaît l'initiative résolue de votre race : combien elle a transformé le pronostic de la vieillesse !

Vous représentez, Messieurs, le *Moynihan-Club*. Comment ne pas accorder une citation particulière à

Moynihan, à ce chirurgien éminent, dont la contribution à la chirurgie de l'ulcus gastro-duodénal est de premier rang ? Ma pratique, sur ce point, s'est toujours trouvée en concordance avec ses conclusions; et ses publications m'ont constamment été d'un utile conseil. Autant que l'opérateur, c'est l'homme, et sa qualité morale, que nous estimons en lui. En voici quelques déclarations que tout chirurgien peut prendre pour règles. Règle de probité : « Nos échecs, nous dit-il, plus que nos progrès, nous font connaître la vérité. » Règle de modestie : « Je suis chirurgien et non prophète et ne peux prévoir les accidents qui peuvent se produire. » Règle d'énergie psychique : « La chirurgie est une affaire de moral ; le succès requiert quelquefois l'habileté technique, mais il nécessite, avant tout, la volonté de l'opérateur. »

Il est un autre nom anglais que je ne prononce qu'avec une respectueuse admiration : c'est celui de Lawson Tait. Ce chirurgien a eu le mérite de découvrir deux faits fondamentaux en gynécologie : il a établi la fréquence prépondérante de la salpingite dans les suppurations pelviennes ; il a précisé, dans les grands épanchements hémorrhagiques intra-péritonéaux de la femme le rôle de la rupture de la grossesse tubaire. A part la notion capitale de l'appendicite, je ne vois pas, en chirurgie abdomino-pelvienne, de trouvaille qui puisse s'égaler à ces deux découvertes de Lawson Tait. Toute une chirurgie nouvelle est résultée de cette notion de la lésion causale, initiale, opératoirement curable. Et, en raison de la fréquence clinique des cas, cette chirurgie de la trompe, infectée ou gravide, a reçu la plus bienfaisante extension : qui pourrait dire les milliers de vies féminines que cette double découverte a sauvées !

Enfin, j'arrive à votre génie dominant, à Lister, à l'homme immortel qui, avec Pasteur, a fondé la chirurgie moderne. Pasteur-Lister : voilà un duo, désormais inséparable, dans la mémoire et la gratitude des hommes ! N'avez-vous point remarqué, d'ailleurs, que, dans tous les grands progrès de l'esprit humain, on trouve une alliance anglo-française : Descartes et Bacon, qui nous ont appris à conduire méthodiquement notre pensée ; Newton et Laplace qui ont fixé les lois de la gravitation universelle ; Lamarck et Darwin qui ont fondé le transformisme.

Pasteur et Lister ! Je vois encore cette impressionnante cérémonie du 27 décembre 1892, où, dans l'amphithéâtre de la Sorbonne, étaient réunies des délégations du monde entier, pour fêter le 70e anniversaire de Pasteur. Lister était là. Je le revois par la pensée, donnant à Pasteur une émouvante accolade ; je l'entends, lui disant : « Vous avez déchiré le voile qui nous cachait le mystère des infections chirurgicales et vous nous en avez affranchis. » Un souffle de concorde et d'espoir traversa toute l'assistance, debout et frémissante. Gardons à jamais, et maintenons parmi ceux qui nous suivent, ce grand souvenir. Il n'est pas de plus magnifique exemple de ce que peut réaliser l'union du génie de nos deux Nations pour servir l'humanité et la conduire vers des destins meilleurs.

L'EFFORT EN PATHOLOGIE CARDIO-ARTÉRIELLE SES MANIFESTATIONS CLINIQUES [1]

Par M. A. BERNARD (de Lille).

Tout travail d'un muscle ou d'un viscère exige une nutrition plus importante, par conséquence un apport plus abondant de sang artériel chargé de matériaux nutritifs.

Il en résulte une circulation plus intense, rendue possible par la vasodilatation artérielle, capillaire et veineuse. Cet appel supplémentaire de sang exige un surcroît de travail cardiaque se traduisant par des contractions plus fortes et plus rapides.

Une dernière conséquence est le besoin plus important d'oxygène qui a pour corollaire une vitesse plus grande de la petite circulation : d'où tachypnée variable suivant l'intensité du travail.

Ainsi tout travail, en un point quelconque de l'organisme, déclanche une succession de phénomènes biologiques de travail supplémentaire dans d'autres organes dont les principaux sont l'appareil cardiovasculaire et respiratoire. Ces phénomènes sont déclanchés harmonieusement et sont proportionnels au travail demandé.

Plus l'effort est important, plus le travail demandé au cœur et aux poumons est grand. Si les actes physiologiques viscéraux, comme la digestion, varient dans des limites relativement étroites, il n'en est pas de même du travail musculaire qui peut être très variable en intensité et en durée : c'est ce dernier surtout qui compte en pathologie cardiovasculaire parce qu'il attire plus facilement l'attention et parce qu'on peut le répéter à volonté. Mais cela ne veut pas dire que le travail viscéral ne peut pas, dans certaines conditions, provoquer des troubles cardio-pulmonaires : témoin les crises d'angine de poitrine déclanchées après un repas, au cours de la digestion.

Dans les efforts brusques ou prolongés (longue marche, course, lutte, travaux manuels...), le cœur et les poumons fournissent un travail proportionnel à l'effort, surtout s'il y a eu entraînement régulier : il y a tachycardie sans palpitations, tachypnée sans dyspnée : autrement dit ces deux organes, travaillent plus, mais sans manifester aucune souffrance.

Mais si le cœur est défaillant, si les parois artérielles (aortiques en particulier) sont minées par une infection aiguë ou chronique, si enfin il existe en plus une lésion pulmonaire entravant la petite circulation, il résultera un dérèglement de la circulation.

D'abord, le cœur, soumis au surmenage, souffrira ; il fera des efforts pour suffire à sa tâche, et remplacera la qualité déficiente de ses contractions par la quantité : il y aura tachycardie ou tachyarythmie, il y aura *palpitations d'effort*.

Si l'aorte, soumise à une dilatation pendant l'effort, présente une altération de ses parois, ou si le myocarde présente une circulation insuffisante par spasme ou artérite oblitérante des coronaires, nous aurons des

(1) Leçon faite au cours de Propédeutique à la Faculté Libre.

syndromes douloureux : *algies précordiales d'effort, angine de poitrine d'effort.*

Portons à un degré plus élevé les douleurs et les troubles de circulation ou de conduction de l'onde contractile du cœur et nous aurons la *syncope d'effort* transitoire ou la syncope définitive : *la mort subite.*

Ces troubles circulatoires par insuffisance myocardique ont leur répercussion sur la circulation pulmonaire dont les conséquences seront la stase sanguine dans le poumon et la diminution de l'hématose : d'où *dyspnée d'effort* avec toutes ses modalités.

Suivons l'arbre artériel et nous trouverons à ses différents étages des syndromes provoqués par l'effort : c'est ainsi que nous aurons un *syndrome d'aortite postérieure à l'effort* dans l'aortite ou l'anévrysme de l'aorte descendante.

Dans l'abdomen, c'est le *syndrome d'aortite abdominale.*

Plus près des viscères, nous aurons les phénomènes de *claudication intermittente* soit à l'estomac, soit dans les membres inférieurs. Rappelons que dans ces cas la sclérose des artères gastriques ou musculaires ne permet pas l'irrigation suffisante pendant le travail de l'estomac ou des membres inférieurs : il en résulte une intoxication musculaire avec contracture qui aboutit à la crampe d'estomac avec vomissements ou la crampe des muscles des jambes avec cessation forcée de l'effort.

Après avoir esquissé la pathogénie de ces différents troubles cardio-vasculaires provoqués par l'effort, nous allons énumérer leurs manifestations cliniques. Nous suivrons l'ordre de succession en allant du myocarde à la périphérie :

Palpitations d'effort ;
Algies précordiales d'effort ;
Angine de poitrine d'effort ;
Syncope d'effort ;
Mort subite d'effort ;
Dyspnée d'effort ;
Aortite postérieure ;
Aortite abdominale ;
Claudication intermittente de l'estomac ;
Claudication intermittente des membres inférieurs.

Palpitations d'effort. — On définit les palpitations, de forts battements de cœur, perçus par la conscience et incommodes pour le malade. Tantôt elles sont régulières et le malade éprouve cette sensation pénible à chaque contraction cardiaque, tantôt elles sont perçues à intervalle très irrégulier : ce sont des palpitations arythmiques.

Il faut noter que les palpitations s'observent plus fréquemment dans les arythmies.

Signalons aussi qu'elles s'accompagnent souvent d'autres malaises en rapport avec des troubles cardio-vasculaires : vertiges, battements dans les tempes, dyspnée... : il est fréquent de les trouver associées à la dyspnée d'effort.

Comme toutes les sensations subjectives, les palpitations sont perçues avec une intensité variable avec la nervosité du sujet. C'est pourquoi elles sont vivement ressenties par les femmes nerveuses qu'elles affolent. Et il est courant de remarquer que chez de telles malades les palpitations violentes ne traduisent pas de lésions cardiaques et qu'elles ne compromettent pas l'existence. Aussi Potain a-t-il pu dire que les sujets venant consulter pour des palpitations ne sont pas habituellement des cardiaques.

Cet aphorisme est souvent vrai, mais on ne peut l'ériger en règle absolue sans s'exposer à de graves mécomptes.

S'il est vrai que les palpitations sont bénignes lorsqu'elles surviennent après un repas chez un malade présentant de la distension épigastrique (aérophagie), chez un hyperthyroïdien qui n'observe pas un repos suffisant ou chez un tuberculeux pulmonaire ; il n'en est pas de même si le myocarde qui palpite présente des lésions valvulaires, des troubles de conductions ou des signes de défaillance. Dans ces trois circonstances, le pronostic sera réservé, car les palpitations d'effort traduisent une lésion qui tôt ou tard évoluera ves l'asystolie.

Méfions-nous des palpitations avec ou sans dyspnée d'effort chez un hypertendu, chez un valvulaire : voici à titre d'exemple l'histoire d'un confrère de 55 ans qui n'a jamais été malade et qui, pendant 30 ans, a fourni un travail considérable et permanent. Un jour, nous le trouvons affolé par des palpitations violentes d'effort survenues après deux jours et deux nuits de travail ininterrompu. La marche, la pose d'un forceps, l'effort pour extraire un enfant le matin de notre visite lui avaient amené des palpitations pénibles, durables avec un peu de dyspnée d'effort. Le pouls, ce jour-là, battait à 110, même au repos. La tachycardie ne permit pas de contrôler les bruits cardiaques ; mais après huit jours de repos et un traitement digitalique, les signes d'un rétrécissement mitral étaient facilement perçus. Pendant un an, les palpitations revinrent au moindre effort, affolant littéralement le malade, qui fut obligé d'abandonner la profession. Les trois années suivantes, à la faveur d'un repos complet, toute palpitation avait disparu et l'on pouvait se croire autorisé à écarter tout accident lorsqu'en novembre 1930, le malade, au cours de son sommeil, fit une embolie cérébrale, tomba dans le coma et mourut trois jours après sans avoir repris connaissance.

Tout en calmant un malade dont le cœur palpite à l'effort, soyons réservés dans notre pronostic, surtout si nous trouvons dans le myocarde des lésions organiques ou des signes de défaillance cardiaque.

Algies cardiaques d'effort. — Pour traduire sa souffrance, le cœur possède d'autres moyens que les palpitations : il souffre et sa douleur a son siège d'élection dans la région précordiale. Tantôt elle reste localisée, tantôt elle s'étale dans tout l'hémithorax gauche et peut s'irradier dans le cou, la nuque ou plus souvent à la face interne du bras gauche.

Au point de vue séméiologique, on peut diviser les algies précordiales en deux classes : l'une comprend les algies sans effort, avec ou sans irradiation, — l'autre les algies d'effort avec sensation de constriction thoracique par spasme des muscles intercostaux (réflexe viscéro-moteur de Laubry), c'est l'angine de poitrine d'effort.

La première classe nous occupera seule dans ce paragraphe.

A priori, l'effort qui divise ces deux catégories de douleurs et permet de considérer les algies précordiales comme moins dangereuses alors que la douleur angineuse comporte un pronostic sombre, ne donne pas toujours des éléments de précision diagnostique et pronostique. Souvent cette distinction est vraie, elle constitue un bon moyen d'appréciation ; mais il existe des algies précordiales d'effort et Gallavardin vient d'en donner encore des exemples typiques (*Lyon Méd.*, 14 mai 1933).

Il est notoire que ces algies d'effort sont moins fréquentes que les angines d'effort. Sachons aussi que toute algie cardiaque d'effort doit être tenue pour suspecte et qu'elle peut à la longue se muer en angine d'effort.

Difficile à préciser, car il s'agit de troubles subjectifs que seul l'interrogatoire long et minutieux peut révéler, l'algie précordiale ne s'accompagne pas de sensation de constriction ou tout au moins jamais avec la même intensité que dans l'angine de poitrine.

De plus, les algies siègent sous le mamelon ou dans la partie externe de l'hémithorax gauche, jamais dans la région sternale.

Elles surviennent même au repos entre les crises d'effort et s'accompagnent d'autres phénomènes douloureux, tels que des éclairs douloureux, lassitudes, nausées...

Souvent il y a disproportion entre la petitesse de l'effort et l'intensité de la douleur et dans certains cas l'algie ne cesse pas avec l'effort.

Enfin, la trinitrine n'a aucune action sur les algies précordiales d'effort.

Tels sont les signes distinctifs qui, d'après Gallavardin, permettent d'identifier les algies précordiales d'effort et de les séparer des angines d'effort.

Cette distinction est parfois subtile et même dans les cas où l'examen minutieux de l'appareil cardio-aortique ne montre aucun signe de lésion organique, il est parfois bien difficile de savoir si l'on a affaire à une algie précordiale d'effort ou à une douleur angineuse. Seule, dans ces cas litigieux, l'évolution permet de préciser le diagnostic.

Angine de poitrine d'effort. — Ici le syndrome est en général très net. Après une marche de courte durée, surtout en montant ou en allant contre le vent, le malade est pris subitement d'une douleur sternale qui devient rapidement violente et le cloue sur place. Son caractère est d'être constrictive : « ça m'empoigne », « ça me serre », « je suis comprimé », telles sont les expressions employées par les malades. Pris de frayeur, le visage pâle, l'angineux s'arrête, fait semblant de regarder la devanture du magasin qui se trouve devant lui (signe de l'étalage de Vaquez), mais en réalité, il est tout à sa douleur.

Un deuxième caractère de la souffrance de l'angineux, c'est l'irradiation douloureuse dans les épaules, la face interne des bras, les poignets, prédominant ou siégeant exclusivement à gauche. Parfois l'irradiation se fait dans la mâchoire inférieure, dans la nuque ; nous l'avons vue une fois s'étaler dans les quatre membres.

Enfin l'angoisse avec sensation de mort imminente constitue le troisième signe du syndrome angineux.

Ces symptômes surviennent à l'occasion d'effort, parfois minime, comme celui de se mettre au lit ; ils cessent par le repos.

On observe le syndrome d'angor pectoris la nuit, dans le decubitus, position qui, d'après Laubry, exige de la part du myocarde un effort supplémentaire par suite de l'absence de l'action de la pesanteur et du refoulement du diaphragme dans le thorax par les viscères abdominaux.

Basé sur des phénomènes subjectifs, le diagnostic d'angine de poitrine est facile quand le trépied symptomatique est au complet. Mais dans les cas monosymptomatiques (serrement du poignet, douleur précordiale sans irradiation), il est plus difficile, et parfois la mort subite signe la nature et la gravité de ce symptôme isolé.

Certains malades, des femmes surtout, racontent leurs crises avec une foule de détails parmi lesquels il est bien malaisé de discerner le syndrome d'angor pectoris. Rappelons-nous que l'angineux vrai est précis dans l'énoncé des symptômes qu'il éprouve au cours de l'accès ; la douleur qui l'étreint le fixe sur place après un effort ; et, pendant sa description, on peut lire, sur son visage, l'angoisse que fait naître ce souvenir de sa douleur.

Syncope d'effort. — Ce symptôme est moins connu ; il a été surtout étudié par Gallavardin et il est caractérisé par une perte de la conscience avec arrêt de la respiration et de la circulation : état qui ne peut durer que quelques secondes, car le système nerveux central est très sensible à tout arrêt circulatoire.

Certains cardiaques, en marchant ou au cours d'un travail manuel, tombent inertes, sans pouls, ni respiration : quelques secondes après, ils reprennent connaissance. D'autres, sans perdre connaissance, tombent en présentant des symptômes associés : dyspnée d'effort, vertiges, sueurs froides, douleurs précordiales ou palpitations...

Toutes les affections cardiaques peuvent aboutir à la syncope d'effort ; mais on l'observe surtout dans trois circonstances :

1. D'abord, chez un cardiaque, à la période d'insuffisance. Si ce malade prolonge démesurément l'effort, dépassant les limites de la résistance de son myocarde, la dyspnée devient intense, les vertiges apparaissent, sa tête se « brouille » et il tombe sans connaissance : c'est proprement un accident d'un « cœur forcé ». Certains malades ne perdent pas connaissance, ils ont une lipothymie. Le repos ramène le calme : la dyspnée diminue, le cœur reprend peu à peu le contrôle de la circulation et le malade revient à lui.

2. Au cours d'un accès d'angine de poitrine, le malade peut tomber en syncope. Ces « syncopes angineuses d'effort », ces « angines de poitrine à forme syncopale » ont surtout été bien étudiées par Gallavardin. Elles surviennent en particulier lorsque le malade « force » et qu'il n'a pas la prudence de s'arrêter lorsque la douleur commence. La chute est donc précédée par la douleur rétrosternale, constrictive avec ses irradiations.

3. Syncopes d'effort solitaires (Gallavardin). Un cardiaque, souvent un aortique (rétrécissement) ou une maladie de Stokes-Adam, fait une syncope brusque

sans prodrome à l'occasion d'un effort. Il n'a pas de dyspnée, ni de manifestation angineuse : tout au plus le malade accuse-t-il une gêne épigastrique, avec de la céphalée.

Et cependant la syncope se produit au cours de la marche, d'une course, syncope passagère chez un malade, atteint d'une cardiopathie bien compensée.

Dans tous ces cas, la syncope peut être due, selon Gallarvardin, à l'un des mécanismes suivants : fibrillation ventriculaire transitoire, blocage paroxystique auriculo-ventriculaire ou extrême affaiblissement des contractions ventriculaires sans stoppage ventriculaire.

Mort subite. — Elle s'observe dans les mêmes circonstances que la syncope d'effort, en particulier dans les accès d'angine de poitrine à l'effort. A l'occasion d'une marche, d'un travail manuel, le malade tombe et meurt. Il n'y a qu'une différence de degré entre la syncope d'effort et la mort subite, celle-ci n'étant qu'une syncope définitive.

Le mécanisme de la mort subite est le même que celui de la syncope d'effort.

Dyspnée d'effort. — Lorsque nous faisons un effort, nous sommes obligés de respirer plus vite : c'est ce que l'on appelle polypnée ou tachypnée. En même temps les contractions cardiaques s'accélèrent : et l'on comprend que la tachycardie accompagne la polypnée ; phénomènes faciles à constater quand nous courons ou montons un escalier.

Certaines affections cardiaques et pulmonaires empêchent la circulation d'être plus rapide, autrement dit de s'adapter à l'effort. Il en résulte un trouble profond de l'hydraulique cardio-pulmonaire qui se traduit par une difficulté plus ou moins grande au moment de l'effort. C'est la dyspnée d'effort.

On l'observe dans des lésions pulmonaires sans défaillance cardiaque (scléroses pulmonaires, emphysème, dilatations bronchiques...) : nous ne nous en occuperons pas ici.

On la rencontre plus fréquemment dans les défaillances cardiaques pures, sans lésions pulmonaires. Mais pour être complet, nous devons dire que bien souvent des troubles respiratoires (congestion hypostatique, œdème pulmonaire...) conséquences de l'insuffisance cardiaque, accompagnent la dyspnée d'effort et l'exagèrent.

Cet essoufflement à l'effort n'est que l'exagération d'un phénomène physiologique normal. Il ne prend son caractère anormal, pathologique, que s'il est plus marqué ou intense pour un effort minime. Tel malade qui montait facilement 3 étages, doit s'arrêter plusieurs fois pour la même ascension (dyspnée d'escalier) ; tel autre est essoufflé pour marcher en terrain plat, pour exécuter un travail manuel qu'il pratique depuis 20 ou 30 ans...

La dyspnée d'effort est un signe précoce de l'insuffisance cardiaque : nous pouvons dire que *la dyspnée d'effort est le premier signe de défaillance du cœur.*

Gallavardin en distingue deux modalités.

1. La polypnée d'effort ; succession plus rapide des mouvements respiratoires, dont le nombre est disproportionné avec la petitesse de l'effort : elle s'accompagne souvent de tachycardie. Elle est en outre proportionnelle à l'effort. Mais, fait important sur lequel insiste Gallavardin, la respiration est libre, facile. Il y a accélération, mais non difficulté des mouvements respiratoires. Parfois elle s'accompagne d'une exsudation séreuse dans les alvéoles pulmonaires, d'œdème du poumon. On l'observe plus spécialement dans le rétrécissement mitral et dans l'insuffisance du ventricule gauche.

2. La dyspnée d'effort proprement dite est faite surtout de difficulté respiratoire. Le malade éprouve de la difficulté à respirer à fond ; comme il dit « ma respiration est bouchée ». On peut observer en même temps une tachycardie et de la polypnée, mais ce n'est pas la règle. L'effort est en général minime. La dyspnée se déclanche dans des conditions particulières, dites spasmogènes (Gallavardin) : effort à l'air libre, marche contre le vent, par temps froid.

Dans certains cas, cette dyspnée d'effort avec soif d'air précède les accès d'angine de poitrine ou leur survit : c'est pourquoi Gallavardin la considère comme l'équivalent mineur des troubles angineux.

En général, l'essoufflement à l'effort augmente avec la défaillance du cœur. Il survient au début à la montée d'un escalier, en portant un fardeau, pendant la marche en terrain accidenté, au cours d'un match de tennis ou de foot-ball. Puis l'insuffisance cardiaque augmentant, la dyspnée sera très forte pour un effort moindre : marche en terrain plat, action de se laver, de s'habiller, de se chausser.

Au terme ultime de la défaillance du cœur tout mouvement, même minime, déchaînera des crises impressionnantes d'oppression : la digestion, la miction, même l'action de parler.

Telles sont les étapes de gravité croissante du calvaire suivi par le cardiaque défaillant.

Douleur d'effort dans les aortites. — Le processus inflammatoire qui produit l'aortite, intéresse les trois tuniques de l'artère : endartère, tunique moyenne élastique et membrane périphérique surtout conjonctive. Toutes les infections chroniques ou aiguës peuvent provoquer une aortite ; mais nous retiendrons surtout comme très caractéristique, la syphilis. La paroi artérielle subit de profondes modifications : l'endartère est dépolie, la tunique moyenne est détruite peu à peu et, comme elle constitue la charpente résistante de l'aorte, elle cède sous la pression du torrent circulatoire pour donner naissance à une voussure plus ou moins prononcée, appelée anévrysme. Les filets nerveux inclus dans la portion pariétale malade sont aussi atteints : il y a névrite aortique et périaortique.

Sous l'influence de l'effort, marche, travail manuel, la pression artérielle augmente, en même temps que le débit circulatoire ; le segment artériel atteint par l'inflammation, est soumis à une distension qu'il supporte mal ; les filets nerveux surtout très irrités, traduisent leur souffrance par une douleur aiguë, souvent irradiée, qui ne cesse qu'avec le repos.

Cette douleur d'effort peut siéger sur tout le trajet de l'aorte : aorte ascendante, aorte descendante ou postérieure, aorte abdominale. Dans chacune de ces

trois régions, l'aortite, à l'effort, se traduit par un syndrome particulier.

Dans l'aortite ascendante, la douleur d'effort est une douleur en barre transversale siégeant sur le milieu de la face antérieure du thorax : pas ou peu d'irradiation, pas d'angoisse, ce qui la distingue de l'angor pectoris. Mais il faut bien reconnaître que la distinction en est parfois difficile.

Dans l'aortite descendante ou postérieure, les douleurs siègent dans la moitié gauche du thorax, en arrière, près de la colonne vertébrale, à l'endroit où l'aorte descendante est en contact avec les nerfs intercostaux. Ce voisinage explique pourquoi les douleurs s'irradient le long des côtes jusqu'à leur extrémité antérieure, constituant ce que nous avons appelé le syndrome douloureux de la base gauche (1). Nous avons publié (2) l'histoire d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte descendante : ses douleurs étaient continues, mais pour un effort minime (marche lente de 50 à 100 mètres) elles prenaient un caractère d'acuité qui arrachait des cris au malade, lequel marchait penché en avant et tenant son côté gauche. Les douleurs qui duraient depuis 18 mois ne furent calmées que par un traitement antisyphilitique. Nous venons de voir un autre exemple du même genre, chez un homme de 54 ans chez qui des douleurs violentes dans le côté gauche, déclanchées par la marche, étaient dues à un anévrysme de l'aorte descendante.

Dans l'aortite abdominale, la douleur paroxystique d'effort survient au cours d'une marche : elle est rapidement intense, sous forme de colique généralisée à tout l'abdomen ; elle cesse par le repos ou après un flux diarrhéique important.

La claudication intermittente artérielle. — L'artérite qui atteint les parois aortiques n'entrave pas la circulation, même au cours d'un effort : seuls la paroi et les nerfs pariétaux traduisent la souffrance à l'effort.

Mais si les artères touchées sont de calibre plus petit, elles peuvent, pendant l'effort du viscère ou des muscles qu'elles irriguent, ne pas livrer passage à la quantité de sang nécessaire pour le travail demandé. Parfois même, leurs parois irritées se contractent et rétrécissent la lumière artérielle, ce qui diminue encore l'irrigation des muscles en action : il en résulte une ischémie qui trouble et fait cesser le travail commencé.

Nous retiendrons deux manifestations cliniques de la claudication intermittente.

1. **La claudication intermittente de l'estomac** survient en général chez des personnes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine, et présentant des signes d'artériosclérose. Après un repas, le malade, s'il reste au repos, n'éprouve aucun malaise. Mais s'il marche, il est pris d'une violente crampe d'estomac qui ne se termine que par un vomissement. Dans ce cas, l'estomac, insuffisamment irrigué pour son travail digestif, se met en contracture et n'est calmé que lorsqu'il est vide. Ce syndrome est dû à l'artérite de l'aorte abdominale et de la coronaire stomachique qui irrigue le muscle gastrique (F. Ramond).

2. **La claudication intermittente des membres inférieurs** se manifeste pendant la marche. Après 100 ou 200 mètres, le malade éprouve une douleur violente avec crampe dans les mollets : les muscles se contracturent et durcissent ; les pieds sont projetés en arrière. Le malade est obligé de s'arrêter ; la crampe et la douleur cessent pour reprendre cent mètres plus loin si l'intéressé reprend sa marche.

Comme pour l'estomac, ce syndrome est provoqué par l'insuffisance d'apport sanguin aux muscles en période de travail : insuffisance due à l'artérite oblitérante des vaisseaux qui irriguent les muscles du mollet.

L'étude que nous terminons ainsi montre le rôle important de l'effort en pathologie cardiovasculaire, ses différentes manifestations cliniques avec leurs déductions thérapeutiques.

(1) Le syndrome douloureux de la base gauche, *Journ. Sc. Méd. Lille*, 22-10-33.

(2) Remarques sur un cas d'anévrysme de l'aorte descendante, *J. S. M. Lille*, 27-9-1931.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1934)

Réactions psychomotrices visuelles consécutives à une illumination intense de l'œil. — MM. Jean ESCHER-DESRIVIÈRES, Robert FAILLIE et Raymond JONNARD ont étudié les réactions psychomotrices visuelles de deux sujets pendant les quelques minutes consécutives à l'extinction d'un projecteur d'automobile puissant qui avait illuminé fortement le plan de la pupille pendant 30 secondes (6.200 lux). Ces essais ont été faits en lumière blanche et en lumière sélective jaune.

Après extinction du projecteur, il reste un temps de cécité complète notable en lumière blanche, généralement nul en lumière sélective jaune.

Le temps de restauration de l'acuité visuelle est resté sensiblement le même.

Après extinction, les temps de réaction en lumière blanche ne deviennent normaux qu'à la fin de la troisième minute. En lumière sélective jaune, ils sont beaucoup plus réguliers et peu modifiés.

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1934)

Le croît, depuis 10 ans, des villes et des peuples d'Europe, d'Asie et d'Amérique. — M. Charles RICHET compare le croît des grandes villes d'après les données les plus récentes.

Paris, avec ses 2.991.000 habitants, n'occupe plus, au point de vue de la population, que le huitième rang, après New-York, Tokio, Londres, Berlin, Chicago, Moscou et Shangaï.

La ville dont la population augmente le plus rapidement est Shangaï, suivie de Tokio, Osaka et Moscou.

En 1944, prévoit M. Ch. Richet, New-York aura 8 millions 700.000 habitants, Tokio 7.100.000, Shangaï 5 millions 700.000. Londres et Paris n'auront pas progressé.

M. Ch. Richet suppose que, dans dix ans, les populations asiatiques auront augmenté de 140 millions d'âmes, les peuples américains de 35 millions (surtout par les métis) et les peuples européens (race blanche pure) de 20 millions seulement. Parmi les peuples européens, ce sont les plus civilisés dont le croît est le plus faible.

« Constatations positives, peut-être douloureuses, mais il serait vain de fermer les yeux devant l'évidence... »

Existence d'un virus typhique chez les rats de Tunis. Caractères de ce virus. — M. Charles Nicolle et Mme Hélène Sparrow.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 17 avril 1934)

L'oxalurie et sa valeur séméiologique. — M. Khoury. Après des recherches faites sur plusieurs milliers d'oxaluriques, il apparaît à l'auteur que c'est le foie qui occupe le premier plan, et que l'oxalurie pathologique est un des témoins fréquents de la déficience de la cellule hépatique. Transportées dans le domaine pratique de la thérapeutique, ces recherches nous indiquent que tout traitement rationnel de la diathèse oxalique doit nécessairement avoir pour principal objet le rétablissement de la cellule hépatique atteinte et le retour du foie à son état de fonctionnement normal.

Fréquence à Dakar de la spirochétose récurrente à tiques. — M. le Médecin général Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, et M. Durieux. En raison de l'importance du réservoir de virus et de l'abondance de l'invertébré transmetteur (*ornithodorus erraticus*), il aurait été surprenant que la spirochétose humaine n'intervînt pas, pour une grande part, dans la pathologie de Dakar et de ses environs. Cette hypothèse a reçu une confirmation éclatante à la suite des recherches de dépistage systématique faites par les docteurs Advier, Alain et Riou au cours de 1933. Du 1er avril au 31 décembre 1933, ils ont pu diagnostiquer 26 cas de spirochétose récurrente humaine.

La cure de Saint-Nectaire dans certaines formes de néphrite azotémique. — M. Rathery présente, au nom de M. Sérane, un important mémoire basé sur des données biologiques et cliniques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 24 avril. — Jury : MM. Bezançon, président ; Lereboullet, Nobécourt, Huguenin. — M. Bismuth. Sclérodermie bronzée, essai clinique et thérapeutique. — M. Bronstein. Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux. — M. Buchhalber. Technique à suivre dans les transfusions difficiles. — M. Faïer. La croissance dans la syphilis héréditaire. — M. Martini. De l'emploi des farines d'aleurone de tournesol.

Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Philibert, Richet. — M. Barag. Etude des méphitismes gazeux dans l'industrie du gaz d'éclairage. — M. Braunstein. Conception actuelle sur le rôle des écoles de plein air. — M. Fouché. Le rôle du médecin dans les lycées de garçons. — M. Gossart. Etude du traitement des bronchiectasies par la phrénicectomie. — Mlle Mahieu. Etude du traitement de la gale par l'hyposulfite de soude. — M. Picquet. Etude sur les facteurs de la longévité. — M. Tissier. Champignons et prophylaxie.

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA" 46, Avenue des Ternes — PARIS (17e)
G. CHENAL — PHARMACIEN

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CURE DE DIURESE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE ARTÉRIO-SCLÉROSE

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

NOTES POUR L'INTERNAT

ANÉMIE PERNICIEUSE [1]

DIAGNOSTIC

A. *Positif :* nous insisterons :

a) Sur la valeur de l'atrophie digestive ; surtout sur la *glossite de Hunter* ;

b) Sur l'association neuro-anémique. La valeur des troubles nerveux est *discutée ;* peu importante pour certains (Aubertin), elle est de valeur considérable pour d'autres (P. Chevallier) ;

c) Sur l'importance de l'hyperchromie et de la mégalocytose, mégaloblastose et des examens de sang répétés.

B. *Différentiel :* l'examen de sang, ayant éliminé certaines cardiopathies, ou lésions aortiques, néphrétiques, etc..., pourra facilement faire éviter certaines erreurs, avec :

1° *L'anémie aplasique ou aplastique*, très rare : le sang ressemble à un *sang normal qui aurait été considérablement dilué* dans une solution parfaitement conservatrice. Le tableau clinique est généralement d'ailleurs très différent et d'habitude le syndrome hémorragique prédomine (aleucie hémorragique) ;

2° *Les anémies hypochromes*, secondaires, du type chlorotique :

a) Soit secondaires : d'intensité variable ; hypochromie — formes globulaires pathologiques variées — leucocytose avec neutrophilie.

b) Soit primitives : *chlorose tardive de Hayem* ou anémie hypochrome avec achlorhydrie (femmes de 30 à 45 ans). Le fer constitue le meilleur médicament ;

3° Certaines anémies hyperchromes : dans l'anémie de la sprue, l'aspect clinique est bien différent : maladie infectieuse aiguë, contagieuse, épidémique avec pseudo-aphtes buccaux et diarrhée intense.

Enfin certaines *formes splénomégaliques* seront à distinguer chez l'adulte de l'anémie pernicieuse *palustre*, rarissime, — chez l'enfant, de l'anémie *pseudo-leucémique de von Jacks-Luzet* (avec nombreux normoblastes). Certaines formes ictériques simulent de près l'*ictère hémolytique*.

Mais on ne doit poser le diagnostic de *maladie de Biermer*, d'anémie pernicieuse cryptogénétique *qu'après* avoir fait *une enquête étiologique approfondie*.

Pratiquement, *rechercher un cancer surtout digestif, une parasitose*, une infection ou une intoxication.

1° *Examen du tube digestif :* on a insisté sur quelques caractères de ces « anémies digestives » avec microhématies, polynucléose neutrophile, isochromie plutôt qu'hyperchromie, absence de réactions myélocytaires. On peut voir une glossite de Hunter et de l'achlorhydropepsie. Certaines recherches sont importantes.

a) L'examen radiologique : pour l'estomac, on fera non seulement l'étude radiologique classique, mais également l'*étude des plis gastriques*. Pour les côlons, on a insisté récemment (G. Maingot, 1934) sur l'avantage de la méthode aux solutions colloïdales de sels de thorium avec *réplétion sans distension, étude des plis après évacuation, insufflation :* cette méthode permet une étude minutieuse de la muqueuse pour déceler des cancers au début, ne déformant pas la lumière intestinale.

b) L'endoscopie : rectosigmoïdoscopie, mais surtout *gastroscopie* qui s'avère de plus en plus nécessaire.

c) L'examen des selles : hémorragies occultes dans les selles, parasites ou leurs œufs.

On a décrit :

I. *L'anémie pernicieuse des rétrécissements intestinaux* guérissant par l'opération.

II. *L'anémie pernicieuse des cancers* (forme néoplasique anémique) : le syndrome hyperchrome mégaloblastique est surtout l'apanage des cas où existent *des métastases multiples dans la moelle osseuse*.

III. Il existe une véritable *anémie pernicieuse bothriocéphalique* due à un cestode, dont les larves infestent certains poissons des lacs (Suisse, Finlande, Prusse orientale, Italie, Autriche, Russie). Pas de troubles myélitiques ni d'achlorhydrie. Eosinophilie inconstante et modérée 5 à 10 p. 100. Les vermifuges associés au traitement anti-anémique amènent *le plus souvent la guérison*.

2° Parmi les infections, la *syphilis* donne, mais extrêmement rarement, une anémie pernicieuse : elle n'atteint ordinairement ni le tube digestif ni le système nerveux. En pratique : le traitement antisyphilitique doit être tenté contre toute anémie pernicieuse, lorsque le patient est syphilitique ou suspect de syphilis.

3° Des intoxications peuvent être à l'origine de l'anémie pernicieuse. Telle *l'anémie pernicieuse de la grossesse* (intoxication par le fœtus) chez une multipare fatiguée le plus souvent, commençant vers le 4e mois, intense vers le 7e ; l'avortement peut amener la guérison. La splénomégalie est assez considérable. Leucocytose légère, polynucléose neutrophile (80 %) ; éosinophilie ; plaquettes en nombre normal.

PRONOSTIC

Immédiat : est assez bon : il dépend de l'intensité de l'anémie.

Tardif : est toujours *très grave ;* on obtient surtout des *pseudo-guérisons*, le grand syndrome myélitique aggrave le pronostic.

TRAITEMENT

La méthode de Whipple (1920) démontra l'excellence du *foie ;* le produit actif serait un dipeptide de l'hydroxyproline et de l'acide B-hydroxyglutaminique (Dakin, West et Howe, 1930). On peut donner :

1° Du foie frais, de veau ou de porc, per os 300 gr. pro die ;

2° Extraits buvables ;

3° Extraits injectables.

Le principe actif serait anti-anémique et non anti-biermérien. Il faut couper les *cures hépatiques* par de courts repos.

En cas *d'hépato-résistance* (exceptionnelle), avoir recours aux extraits de *rein* et surtout *d'estomac* (W. Castle).

Le *képhir* (Knud Faber) peut donner de bons résultats, de même que certains fruits, comme la *pêche*.

Le *fer* et l'*arsenic* sont des adjuvants (Neisser).

La *transfusion sanguine* reste un procédé d'urgence et un adjuvant (150 gr. à 250 gr.).

Les cures de glycérine, cholestérine, beurre, la radioactivité, la désinfection intestinale, la vaccinothérapie... ont donné des résultats variables.

Toujours instituer un traitement hygiénique et symptomatique convenable.

A noter enfin que l'ablation de la moelle osseuse d'un os long ou la splénomégalie avait donné à quelques auteurs d'assez bons résultats.

En résumé, l'hépatothérapie est le traitement de choix pour l'anémie hyperchrome mégaloblastique cryptogénétique avec troubles neuro-digestifs associés.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 25, p. 450; n° 27, p. 490 ; n° 29, p. 522; n° 31, p. 562.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

TOPHOL

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS

Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE

1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

"CALCIUM-SANDOZ"

(Gluconate de Ca Sandoz)

Injectable à doses efficaces sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

Ampoules de 2 cc., 5 cc. et 10 cc.	Tablettes chocolatées	Comprimés effervescents	Poudre granulée
(solution à 10 %)	*(dosées à 1 gr. 5 de gluconate de Ca)*	*(dosés à 4 gr. de gluconate de Ca)*	
Une ampoule tous les jours ou tous les 2 à 3 jours.	3 à 6 par jour.	2 par jour.	3 cuillerées à café par jour.

FORME NOUVELLE : *"Calcium-Sandoz" Sirop.*

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de CHARBON TISSOT

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 28 AVRIL 1934. — N° 34.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le barbiturisme aigu, par M. le professeur G. Carrière, MM. Cl. Huriez et P. Willoquet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux.
CHRONIQUE
Une conférence du professeur Jean Fiolle sur la responsabilité chirurgicale, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
De la réforme des études médicales, par M. A. Herpin.
PRATIQUE MÉDICALE
CONGRÈS ET EXCURSIONS
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Girode, Cadenat, Robineau, Bazy, Alglave, Bergeret, Darré.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — Jury : M. le professeur Tanon, MM. François Dainville, Neveu, Routier, Marcel Sénéchal.

Epreuve écrite d'admissibilité. — Question donnée : « Signes et diagnostic des myocardites du vieillard. »

Questions restées dans l'urne : « Pneumothorax (signes et diagnostic). — Signes, diagnostic et traitement des septicémies streptococciques. »

Ont obtenu : M. Crépon, 11 ; Mlle Rendu, 14; MM. Caillcault, 9; Saillant, 10; Gavaudan, 15; Thamed, 6; Huignard, 8 ; Vidal, 13 ; Rouzaut, 10; Simon, 11 ; François, 10; Chauveau, 13; Merlin, 12; Grange, 15.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, s'ouvrira le jeudi 8 novembre 1934 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

MÉDAILLON DU PROFESSEUR FÉLIX LEJARS. — L'inauguration du médaillon du professeur Félix Lejars aura lieu le jeudi 3 mai, à 10 h. 30, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg Saint-Antoine.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Le prix de médecine navale pour 1934 a été attribué à M. le médecin principal Le Chuiton, pour son mémoire intitulé : « De quelques acquisitions récentes concernant la biologie du bacille de Koch et principalement au sujet de sa culture. »

D'autre part, les récompenses ci-après ont été accordées à cette occasion aux officiers du Corps de santé dont les noms suivent :

Rappel de mention très honorable. — A M. le médecin de 1re classe Querangal des Essarts.

Mention très honorable. — A la mémoire de M. le pharmacien chimiste de 1re classe Le Coz.

Mention honorable. — A M. le médecin principal Maurandy ; à MM. les médecins de 1re classe Pennaneac'h et André.

Remerciements. — A M. le médecin en chef de 2e classe Loyer.

UNION MÉDICALE LATINE. — Le dîner de printemps de l'Umfia aura lieu le mercredi 2 mai 1934, à 20 h. précises, au Palais d'Orsay, sous la haute présidence de S. E. M. da Souza Dantas, ambassadeur du Brésil à Paris, et la présidence de M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Il sera donné en l'honneur des conférenciers des Voix latines : MM. les professeurs Forgue, Sergent, Léon Bernard, Legueu, Roule, Lutrario (Rome), J.-L. Faure, Jean Lépine et le commandant Charcot.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Prière envoyer dès maintenant son adhésion accompagnée de sa cotisation (55 fr. par personne) à l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

HOPITAL BROCA (services des docteurs Weissenbach et Tzanck). — Avec le concours des docteurs Civatte, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis ; Fernet, médecin de Saint-Lazare; Basch, médecin des hôpitaux; Gilbert-Dreyfus, ancien chef de clinique à la Faculté; Bail, Bordier, Lebaron, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca; MM. R. André, A. Dreyfuss, M. Cord, Le Chartro, R. Moline et J. Pautrat, Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie, du 3 mai au 7 juin 1934.

Chaque leçon a lieu le matin, à 10 h. 30, et permet d'assister, à partir de 9 h., aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

S'inscrire auprès du docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 141, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin des leçons.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR JEAN FIOLLE SUR LA RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

M. Charles Nicolle, l'éminent professeur du Collège de France, consacre cette année son cours aux responsabilités de la médecine. Il a eu l'heureuse idée d'appeler des chirurgiens à participer à ce cours. Cet hiver, le professeur René Leriche a parlé de la chirurgie expérimentale. La semaine dernière, le professeur Jean Fiolle nous entretint de la responsabilité chirurgicale.

Le distingué professeur de la Faculté de Médecine de Marseille n'est pas seulement un des plus brillants chirurgiens de sa génération, c'est aussi un écrivain délicat. Ceux qui ont assisté, il y a quelques mois, à sa leçon inaugurale, n'ont pas oublié les belles pages qu'il consacra à son art et à sa chère Faculté. Ils ont surtout gardé un souvenir profond des lignes émouvantes où M. Jean Fiolle rappela le souvenir de ses maîtres, de son père admirable praticien, et de son frère inséparable Paul Fiolle, médecin et poète, tombé glorieusement pour la France non loin de notre cher ami Delanglade.

La leçon de M. Jean Fiolle avait attiré un très nombreux public. A côté de M. Charles Nicolle, qui présenta l'orateur dans les termes les plus affectueux, se trouvaient notre éminent confrère Georges Duhamel, puis MM. Jean-Louis Faure, Nattan Larrier, les médecins généraux Troussaint, Oberlé, les professeurs Pierre Duval, Chevassu, MM. A. Schwartz, Henri Béclère, Dartigues....

Rendre compte d'une leçon de haute tenue comme celle de M. Jean Fiolle est une chose bien difficile. Je vais tâcher simplement d'en indiquer les grandes lignes.

Il y a deux responsabilités chirurgicales, dit M. Fiolle *la responsabilité légale*, celle qui conduit jusqu'aux degrés du tribunal, et une autre plus puissante, qui est la *responsabilité morale*.

En chirurgie, ces deux responsabilités s'affrontent et s'opposent radicalement, ce sont des *sœurs ennemies*. Le péril que court le client est partagé par le chirurgien. Ce dernier en a nettement le sentiment. On assiste donc à un phénomène singulier : à côté de l'objet principal de l'intervention, qui est la guérison du malade, se place, pour le chirurgien, le souci de sa sécurité personnelle. Si bien que l'esprit du chirurgien n'est plus centré sur le malade, mais sur lui-même, et on en peut mesurer les conséquences, sur lesquelles J.-L. Faure a écrit de si belles pages.

Notre profession comporte donc des déboires et des risques. Il faut les accepter sans hésitation, avec courage. Et, à tout prendre, il faut bien considérer que ce n'est pas en agissant que nous exposons notre responsabilité, mais en n'agissant pas.

La chirurgie est actuellement, le plus souvent, acculée à une action déterminée par des règles connues. Le chirurgien n'a qu'à « jouer le jeu ». Mais le sentiment de sa responsabilité ne risque-t-il pas, ainsi, de s'atténuer de jour en jour ? N'assisterons-nous pas à un affaiblissement du sens intime de cette responsabilité ? « Je crains, dit M. Fiolle, que nous ne glissions ainsi dans l'habitude et dans l'automatisme. » On arriverait peu à peu à la création d'une *conscience standard*, qui tuerait toute personnalité.

A côté du rôle de la personnalité, il y a aussi le rôle de la technique. Faut-il admettre que la technique est tout et que « l'esprit s'incarne dans la technique », comme l'écrit Élie Faure ? C'est une formule contre laquelle s'insurge Duhamel. M. Jean Fiolle propose une autre formule : « L'esprit émigre dans la technique », ce qui revient à dire qu'il se produit une manière de transfert de la responsabilité de l'homme à l'abri de sa technique.

La réalité nous montre que la technique ne suffit pas ; un incident fortuit peut amener le chirurgien à abandonner une technique pour se faire *inventeur* et chercher sans retard une solution nouvelle. Une technique bien réglée ne couvre donc pas le chirurgien.

En définitive, le chirurgien doit conserver une impassibilité totale dans l'action, mais, l'action terminée, il peut s'abandonner à la sensibilité qui lui permet de soigner son malade avec tout son cœur, en apportant dans son œuvre ce « souffle humain » sans lequel il n'y a pas de bonne chirurgie.

F. L. S.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte Anne. PARIS 2e

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paldophile)
TOUS ETATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE

MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS

6 — RUE D'ASSAS — PARIS

3 PRODUITS

DE PRATIQUE COURANTE :

CACHETS
DRAGÉES
INTRAVEINEUSE

EUPHORYL

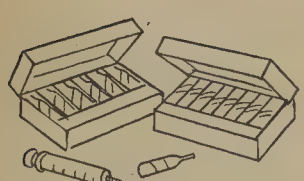
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES

Communication à la Société de Dermatologie de Paris

GRANULÉ
SOLUBLE

EUPHORYL INFANTILE

DERMATOSES PRURIGINEUSES
TROUBLES DIGESTIFS
ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE



INTRAVEINEUSE
INTRAMUSCULAIRE

SPASMORYL

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
Communication à la Société de Thérapeutique

SPASMES VISCÉRAUX ŒSOPHAGIENS - GASTRIQUES PYLORO-DUODÉNAUX - COLIQUES
CONSTIPATION SPASMODIQUE
ACCIDENTS MÉCANIQUES ET SPASMODIQUES DES LITHIASES

ANA

LABORATOIRES "ANA"
18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS-XII·

REVUE GENERALE

LE BARBITURISME AIGU

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale

CLAUDE HURIEZ, Chef de clinique médicale

A la Faculté de médecine de Lille.

et P. WILLOQUET.

Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille.

Le barbiturisme et son traitement sont bien d'actualité. Notre but n'est pas seulement d'ajouter aux multiples publications de ces derniers mois, quelques observations personnelles et les réflexions qu'elles nous ont suggérées.

Ce travail se divise logiquement en deux parties. Dans la première, nous brossons un état actuel du barbiturisme aigu : sans nous attarder à la question purement chimique des sels de la malonylurée et au diagnostic toxicologique, qui ne sont pas de nos connaissances, nous voulons surtout rappeler le tableau clinique de cette intoxication aiguë devenue si fréquente et insister plus particulièrement sur l'allure et la pathogénie de ses manifestations majeures : le coma, la fièvre, l'hématologie, les lésions cutanées et les diverses séquelles du barbiturisme aigu.

Dans une seconde partie qui suivra, nous tentons d'utiliser les matériaux fournis par quatre mois d'expérimentation sur vingt animaux de laboratoire.

Nous essayons d'abord de préciser les effets nocifs de ces uréides sur les divers parenchymes, en demandant aux examens anatomo-pathologiques des précisions sur les connaissances, par trop embryonnaires, des lésions du barbiturisme aigu.

Puis avant d'exposer les résultats obtenus par l'introduction récente en thérapeutique de l'antidotisme de la strychnine et des dérivés de la malonylurée, nous reprenons les expériences de Haggard et Greenberg, et nous indiquons tout de suite que l'antagonisme gardénal-strychnine ne nous apparaît pas, chez l'animal, aussi constant, régulier et réversible que l'avait proclamé l'introducteur en Europe de la méthode, le professeur Ide de Louvain.

Nous précisons ensuite, grâce à l'électrocardiographie, l'action sur le cœur des barbituriques aux doses toxiques, et nous recherchons si la strychnothérapie intensive n'est pas sans troubler le fonctionnement du myocarde et du tissu de conduction au cours de semblables intoxications.

Nous envisageons alors l'application thérapeutique de cet antidotisme en dressant un tableau objectif et impartial des résultats obtenus en clinique par les divers auteurs et nous-mêmes dans le traitement du barbiturisme aigu par une strychnothérapie intensive. Une opinion sincère ne pourra se dégager que de la comparaison des résultats antérieurs et postérieurs à l'utilisation de la strychnine au cours de ces comas.

Nous vérifions ensuite, sur l'animal, l'antagonisme très net des uréides et de la coramine.

A la suite de constatations cliniques empiriques, nous avons été amenés à étudier un troisième antidotisme, gardénal-alcool, et nos recherches nous permettent d'avancer que le coma barbiturique expérimental est tout aussi bien jugulé par des injections intraveineuses d'alcool à 30 p. 100 que par la coramine ou la strychnine.

Nous ne franchissons pas encore le pas qui sépare l'expérimentation de l'application thérapeutique, mais nous croyons apporter à ce sujet des données nouvelles et valables.

Après exposé et discussion de toutes ces acquisitions récentes, nous exposerons quelle est, à notre sens, la conduite à tenir devant un barbiturisme aigu, en tenant compte seulement des faits bien établis et sans nous laisser emporter par l'enthousiasme dangereux qui a pu faire proclamer « que depuis 1932, il ne devrait plus y avoir de morts par véronal ou gardénal ».

HISTORIQUE

Il ne saurait être question de faire précéder ce travail par un historique complet. Nous nous bornerons à signaler les trois étapes durant lesquelles se sont complétées nos connaissances sur les intoxications par les barbituriques.

I. Ce n'est qu'en 1903 que deux auteurs allemands Fisher et Von Mering firent connaître une série d'hypnotiques dérivés de la malonylurée. Parmi ces derniers, le véronal acquit bientôt une place importante dans la thérapeutique de l'insomnie. Mais dès le début de 1904, Klarke en Angleterre et Hold en Allemagne rapportèrent les premières observations d'intoxications par cet hypnotique. En France, la toxicité de ce corps est étudiée en 1907 par Bousquet et Lebeaupin, mais l'article capital de Vallon et Bessière sur le « Véronalisme » ne paraîtra qu'en 1913.

Déjà, on utilisait depuis 1912 un autre uréide, le gardénal, dans le traitement de l'épilepsie et l'on enregistrait dès l'année suivante de nombreux cas d'intoxication par ce nouveau sédatif.

Puis rapidement, à ces deux barbituriques de base, vinrent s'adjoindre des corps plus complexes. A partir de 1918, les dérivés de la malonylurée connurent un usage de plus en plus important, d'autant que rien ne vient la réglementer.

C'est ce qui explique la fréquence des intoxications par les plus courants de ces barbituriques : le Véronal, le Gardénal, le Dial et le Somnifène.

II. Mais c'est en 1924 que Tardieu, dans sa thèse et dans de nombreuses publications, analysa les différentes intoxications par les uréides et eut le mérite de mettre en évidence l'unité de toutes les manifestations cliniques précédemment décrites.

Quel que soit le dérivé utilisé de la malonylurée, l'intoxication revêt l'allure bien spéciale du « *Barbiturisme* ».

Des précisions élargissent ensuite la symptomatologie de cette intoxication : c'est à Jacquet que nous devons de voir souligner l'intérêt de l'observation de la courbe thermique chez de semblables intoxiqués et de mettre en évidence l'importance, pour le diagnostic et le pronostic, de la « *fièvre barbiturique* ».

Il y a quelques années, une série de communications à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* décelaient la fréquence des *lésions cutanées*, parfois ulcéreuses au cours de ces intoxications et discutaient les nombreuses hypothèses pathogéniques qu'elles suscitaient.

III. En juin 1933, un article enthousiaste du Professeur Ide, de Louvain, a fait connaître en Europe la découverte pharmacodynamique des Américains Haggard et Greenberg d'un antidote reversible parfait gardénal-strychnine. De ce jour le barbiturisme devient surtout l'objet de recherches thérapeutiques. Les travaux des physiciens américains, et leur vulgarisation belge, trouvent chez nous une consécration éclatante dans l'observation princeps de Mme Bertrand-Fontaine, rapportée en octobre 1933, devant la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. C'est là que se transporte le débat, animé durant le dernier trimestre de 1933, par une vingtaine de publications.

Mais deux courants se manifestent rapidement : les uns, enthousiasmés par les succès de la strychnothérapie intensive du barbiturisme aigu, font écho à l'aphorisme de Ide « que depuis 1932, il ne devrait plus y avoir de morts par le véronal ou le gardénal ».

Sans plus attendre, Endelin trouve « magnifique cette perspective sur la narcose chirurgicale de l'avenir ? Le malade dûment plongé dans le coma barbiturique est subitement réveillé, frais et dispos, par une dose une ou plusieurs fois mortelle de strychnine ? »

Mais à côté des brillants succès obtenus par Mme Bertrand-Fontaine, par Brulé, par Laignel-Lavastine et Bidou, par Eschbach, par Denechau et Bonhomme, des réserves sont formulées par Harvier et Antonelli, par Rivet et Sambron, par Étienne Bernard, par Ramond et Delay, par d'Oelsnitz, qui ont enregistré des échecs malgré une strychnothérapie aussi intense que celle utilisée par les premiers.

Enfin, le 1er mars 1934, l'article de Moreau et Sterne, dans la *Science Médicale Pratique*, constitue la première étude critique du traitement des intoxications barbituriques par la strychnine et conclut que « le moins qu'on puisse dire, c'est que la strychnine a une action irrégulière et inconstante ».

Le moment est donc bien celui de faire le point de tout ce qui a été observé et d'entreprendre de nouvelles recherches expérimentales sur la valeur et les indications de la strychnothérapie intensive du barbiturisme aigu.

Notions sommaires de chimie et de diagnostic toxicologique. — 1. **Composition.** — Fisher et von Mering réalisèrent en 1903 la synthèse de l'urée et de l'acide malonique, homologue de l'axide oxalique : c'est de cette réaction que dériva l'*acide barbiturique ou malonylurée*, qui sera la charpente de toute une nouvelle série d'hypnagogues d'autant plus actifs qu'ils renfermeront plus de groupements alcools, diethyl et dipropyl.

Le premier connu et longtemps le plus utilisé fut la *diethylmalonylurée ou véronal ou barbital*.

L'adjonction d'un groupe phényl et d'un groupe éthyl à l'acide barbiturique donna le luminal, appelé en France *gardénal* (phénylethylmalonylurée), encore appelé *phénobarbital*.

La composition des dérivés ultérieurs est évidente d'après leur dénomination :

Le *dial* est une diallylmalonylurée ; le *soneryl*, une butylethylmalonylurée ; l'*allonal* résulte de la combinaison d'une partie d'isopropylpropénylmalonylurée ou *numal* avec deux parties de pyramidon ; le *rutonal* est l'acide méthylphenylbarbiturique.

Enfin le *somnifène* est un mélange à parties égales d'acide diethylbarbiturique et d'acide isoproprylallylbarbiturique solubilisé par la diethylamine.

D'après Zunz, ces barbituriques sont intermédiaires entre les uréides à chaîne ouverte et les uréides à chaîne fermée.

Tous ces corps sont des hypnotiques purs, qui à dose modérée donnent un sommeil presque semblable au sommeil normal, mais qui à doses fortes déterminent une intoxication que nous décrirons sous le nom de barbiturisme aigu.

Pour Pick, à l'inverse de la chloralose qui agit initialement sur le cerveau, leurs effets se portent d'abord sur le pédoncule cérébral, en paralysant les voies corticales.

Doses thérapeutiques classiques. Doses mortelles. Doses fatales de ces divers barbituriques. — Ide définit de la sorte les doses toxiques : « En toxicologie, on distingue la dose minima mortelle qui peut tuer, mais qui tue rarement et la dose toujours mortelle, dont aucun animal ne réchappe. La différence entre les deux, pour les poisons les plus réguliers est encore de 1 : 2. En thérapeutique, la minima mortelle est le seuil qu'on ne franchira jamais et c'est elle qu'il faut connaître. Chez l'homme, on doit se baser sur des accidents et des suicides ».

1. Le Véronal.

a) *Doses thérapeutiques* : habituellement la prescription oscille entre 0 gr. 25 et 1 gr. par 24 heures. Moller a fait absorber à des sujets atteints de delirium tremens un gramme de véronal, toutes les trois heures, jusqu'à obtention du sommeil. Berendt a prescrit jusqu'à 8 grammes de véronal par jour à des psychopathes qui n'ont accusé que de la céphalée et des vertiges.

b) *Dose minima mortelle* : Ide la fixe à 3 gr. ; mais des cas de mort ont été observés pour des doses de 1 gr. 50 à 2 gr. Outre la susceptibilité individuelle, il faut tenir un grand compte de l'état des fonctions hépatiques et rénales.

c) On conçoit également que la dose toujours mortelle, la *dose fatale* soit diversement appréciée : elle est pour Hage de 10 grammes. Cependant Tardieu et S. Camps ont publié un cas de guérison spontanée après ingestion de 24 gr. de véronal. Lelounp trouve ces variations plus apparentes que réelles, car « en pratique, les doses ne sont données que par approximation : il y eut des vomissements, une partie de la drogue n'a pas été absorbée, certains sujets sont à jeun, d'autres en état d'ivresse alcoolique ; enfin le poids des sujets est très rarement connu, et il est évident que la dose du toxique, lorsqu'elle n'est pas rapportée au poids du sujet, n'a aucune signification ».

L'explication de ces discordances est, au contraire pour Pouchet, dans le fait qu'il se produirait, à la suite des doses très fortes de véronal, une inhibition de l'absorption digestive qui empêcherait le passage du poison dans le sang.

En pratique, pour Ramond, c'est après l'ingestion de 4 grammes de véronal et au-dessus que les accidents sont les plus nombreux et les plus graves.

II. Pour le Gardénal, la dose usuelle est de 0,05 à 0,20 ; la dose maxima de 0,40 en une fois et de 0,80 par 24 heures.

Ide fixe à 1 gr. 50 la dose minima mortelle et les mêmes variations que pour le gardénal sont possibles entre cette minima mortelle et la dose fatale.

En pratique plus de trois grammes de gardénal déterminent souvent des accidents sérieux.

III. Les doses habituelles de Rutonal sont le double de celles du gardénal.

IV. La dose usuelle de Dial est de 0,10 à 0,20. Il convient de ne pas employer plus de 0,40 par jour et d'éviter l'emploi continu de cet hypnotique. Les doses mortelles et fatales ne sont guère précisées : Dargein et Doré ont eu une guérison malgré l'absorption de 2 gr. 70 de ce produit ; 7 gr. ont tué un malade de Desforges.

V. Par voie buccale, on prescrit de 20 à 60 gouttes de Somnifène et l'injection intra-veineuse nécessite souvent moins que les 4 cc. de la dose limite.

Coutière, puis Paget et Desodt ont montré qu'il y avait un parallélisme assez étroit entre la toxicité et le degré d'élimination de ces divers barbituriques.

Ils concluent de leurs recherches « gardénal et dial ont une toxicité sensiblement égale ; rutonal et véronal également. A quantités égales, le gardénal, le dial

sont trois fois plus toxiques que le rutonal et le véronal ».

Diagnostic chimique. — Quand après élimination des comas de causes habituelles, on aboutit à l'hypothèse de coma toxique, sur la nature duquel on ne possède parfois pas de renseignements, il faut savoir que la chimie, pendant la vie même des sujets, est capable de mettre en évidence la présence des dérivés barbituriques dans les humeurs : dans l'urine surtout, mais également dans le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien.

Il faut citer à ce sujet les travaux de Van Itallie et Stenhauer, de Kohn-Abrest, de Fabre, de Parri, de Lagarce et ceux tous récents de Paget, condensés dans la thèse de Desodt, à laquelle nous renvoyons. Nous ne ferons que résumer les principes directeurs de l'identification rapide du toxique, tels que les conseillent Paget et Desoldt.

A. Premier cas : *identification directe du toxique* :

a) Par la *mise en évidence de la nature barbiturique du poison* à l'aide de la réaction de W. Parri à l'azotate de cobalt en milieu ammoniacal, ou à l'aide de la réaction colorée de Paget et Desodt ;

b) Par l'*identification précise du barbiturique ingéré*, à l'aide des réactions microchimiques de Denigès, ou des réactions colorées de Paget et Desodt, utilisant le réactif de Millon.

B. Deuxième cas : aucun indice extérieur ne révélant la nature du produit toxique ingéré, on pratique la recherche rapide du poison dans les humeurs de l'organisme.

Il y a tout intérêt à faire une réaction de Parri dans le liquide céphalo-rachidien, quand cela est possible. Sinon la recherche précise du barbiturique dans l'urine est l'élément capital de diagnostic.

Pour Paget, l'examen de sang paraît inutile, car les renseignements sont beaucoup moins suggestifs que ceux fournis par l'étude de l'urine et du liquide céphalo-rachidien.

Tel n'est point l'avis d'Achard qui ayant pratiqué ces recherches avec son élève Boutroux dans les humeurs d'une femme intoxiquée par le gardénal a constaté que le sérum sanguin renfermait deux fois plus de gardénal que le liquide céphalo-rachidien.

Après la mort, on peut aussi déceler la présence de dérivés barbituriques dans les viscères, par la méthode Stas-Otto-Ogier modifiée par Fabre. Van Itallie et Stenhauer recommandent de substituer l'éther acétique à l'éther ordinaire dans les techniques classiques d'épuisement.

LE BARBITURISME AIGU

Circonstances étiologiques. — La fréquence des intoxications par les barbituriques tient à la vogue extraordinaire qu'ont connue ces uréides surtout depuis la guerre. Ils sont d'un maniement facile, procurent souvent un sommeil satisfaisant, et nombreux sont les malades à qui ils furent prescrits une fois, qui de leur propre chef en continuent indéfiniment l'usage. Et rien, en effet, n'est susceptible de les arrêter, puisque n'importe qui peut obtenir livraison d'une quantité assez importante sans ordonnance et peut s'en procurer à plusieurs pharmacies s'il ne veut pas attirer l'attention ou essuyer un refus.

Achard estimait que l'intoxication barbiturique aiguë est toujours le fait du malade lui-même, « à cause de la difficulté qu'éprouverait un criminel à faire absorber à sa victime, à son insu, le grand nombre de comprimés médicamenteux nécessaires pour constituer la dose mortelle du dérivé barbiturique choisi comme poison et à cause du peu de souci d'épargner les souffrances à sa victime qu'éprouve en général un assassin, contrairement au sujet qui veut se suicider et qui craint pour lui la douleur ». L'affaire Nozière prouve cependant que le barbiturisme aigu peut résulter d'un empoisonnement criminel.

Achard estime qu'on peut s'attendre aussi à voir utiliser les barbituriques pour procurer l'euthanosie aux incurables hyperalgiques.

Mais pratiquement il ne faut compter qu'avec *l'intoxication volontaire, la tentative de suicide*, bien plus fréquente que *l'empoisonnement involontaire ou accidentel*.

C'est qu'en effet le suicide et le suicide par les barbituriques sont devenus « à la mode » : pour prendre un élément d'appréciation, il suffit de rapporter l'opinion de quelques médecins des Hôpitaux.

C'est Flandin, qui déclare « qu'en 1924, Tardieu notait deux cas d'intoxication par les uréides en moins d'un an à l'Hôtel-Dieu, alors qu'en 1932, l'auteur observe plus de 35 intoxications barbituriques ». C'est Laederich qui écrit « que les tentatives de suicide par les barbituriques deviennent d'une fréquence impressionnante : depuis six mois, pour le seul Hôpital Necker, nous avons reçu 22 cas (13 hommes et 9 femmes) et nous savons que, dans d'autres hôpitaux, le nombre en est bien plus élevé ».

Toutes les statistiques insistent par ailleurs sur le fait que ce suicide est l'apanage des jeunes et surtout des femmes (28 femmes et 2 hommes dans la statistique de Ramond). C'est parce qu'il ne nécessite aucun effort, aucune violence, qu'il n'expose à aucune souffrance que ce suicide est choisi par les femmes, d'après Achard. Mais le déterminisme de ces empoisonnements par les barbituriques est variable :

Ou bien, il s'agit de grands déprimés, psychasthéniques, mélancoliques ou même anxieux véritables. Le suicide n'apparaît chez eux que comme une complication de leur psychose ;

Ou bien, la détermination relève de causes sociales, et ces cas lamentables se sont multipliés ces dernières années, constituant par leur fréquence un signe des temps ;

Ou bien, parfois, il s'agit de récidivistes « du suicide manqué, qui finit parfois par réussir ».

L'intoxication accidentelle est plus rare : D'après Bachman, à côté des insomniques, des hyperalgiques chez qui on prescrit le médicament et qui pour augmenter l'effet thérapeutique jugé par eux insuffisant, en absorbent des quantités beaucoup plus importantes, à côté de ceux-ci il faut placer les toxicomanes avérés, qui ajoutent à leur toxicomanie habituelle (morphine ou cocaïne) une nouvelle intoxication et qui un beau jour « forcent la dose ».

Etude clinique. — Nous n'insisterons guère sur les intoxications légères, caractérisées uniquement par un état passager d'ébriété avec vertiges et titubation, sans aboutir au coma. Notre but est surtout de décrire le barbiturisme aigu dont l'accident initial et majeur est constitué par :

Le coma barbiturique. — On est toujours assez mal renseigné sur les prodromes de ce coma, mais il faut des doses très importantes de toxique pour qu'il s'installe d'emblée. Le plus souvent il est précédé de nausées, rarement de véritables vomissements où l'on

pourrait caractériser le produit ingéré et qui protégeraient l'intoxiqué. Celui-ci titube plus ou moins, accuse des vertiges, paraît ébrieux.

Une certaine agitation et confusion sont souvent relevées, et Tardieu, dans l'obs. VI de sa thèse, signale même le cas d'une jeune femme de 25 ans qui ne tomba dans le coma qu'après une fugue ayant duré une demi-heure.

Kraft-Elbing, en Autriche, a décrit sous le nom de « Schlafrauch » des manifestations analogues liées à l'ingestion d'hypnotiques.

Puis le malade éprouve une torpeur croissante et le sommeil s'établit marquant le début du coma, qui met en général 20 à 30 minutes à se constituer après l'ingestion de barbiturique.

C'est Tardieu qui a magistralement décrit en 1928, dans le Journal Médical Français, les divers types de comas barbituriques, d'après leur intensité.

Le Coma léger. — Parfois le coma est assez léger pour que des excitations plus ou moins violentes amènent des réactions, parfois le réveil partiel de l'intoxiqué, voire même des renseignements sur l'étiologie de ce sommeil profond, véritable léthargie, simulant l'état des encéphalitiques hypersomniques. A ce stade, le système nerveux est peu imprégné.

Le Coma profond. — Mais le plus souvent l'intensité du coma est plus grande, le malade est étendu les membres absolument inertes en résolution musculaire complète.

Achard insiste sur l'intensité de cette hypotonie qui parfois permet de plier complètement le tronc au point de mettre la tête entre les jambes.

Toutes les perceptions sensitives ou sensorielles sont disparues. Les réflexes tendineux sont totalement abolis et par contre certains auteurs ont trouvé, contrastant avec cette aréflexie, un réflexe plantaire en extension.

Le début ou l'évolution de ce coma peuvent être marqués comme l'a signalé Hald en 1904, par des convulsions cloniques ou toniques d'allure tétaniforme.

Les pupilles sont généralement dilatées dans les cas favorables, en myosis au contraire dans le carus, mais les alternatives de myosis et de mydriase au cours d'un coma témoigneraient surtout, pour les auteurs américains, de sa nature barbiturique.

La réaction pupillaire à la lumière est ou paresseuse ou supprimée, ainsi que le réflexe cornéen.

Les sphincters sont habituellement touchés sans que l'on puisse affirmer que la rétention soit plus fréquente que l'incontinence, tout au moins en ce qui concerne les urines, car la constipation est de règle.

Les fonctions végétatives, respiratoires et circulatoires, peuvent également être troublées ; la respiration le plus souvent lente, profonde, peut affecter un caractère stertoreux. L'amplitude du pouls est en général diminuée avec légère tachycardie. Les troubles vasomoteurs ne sont pas rares, consistant en un aspect congestif de la face avec sueurs profuses et hypersécrétion salivaire.

La Fièvre barbiturique. — Le coma s'accompagne généralement de troubles de la température. Huber a pu noter un abaissement assez marqué de celle-ci avec élévation à la fin du premier jour.

Jacquet et Delarue insistent sur la très grande fréquence de cette hyperthermie, puisqu'ils la relèvent chez dix-sept malades en dépouillant dix-neuf observations de coma barbiturique. Cette pyrexie est indépendante de toutes les infections secondaires et surtout des complications pulmonaires. Généralement au deuxième jour, la température normale ou même abaissée monte brutalement en clocher à 39°, 40°.

Cette hyperthermie dure deux ou trois jours, s'atténuant au fur et à mesure que l'intoxiqué sort de son coma.

L'accord n'est pas encore fait sur la signification à attacher à cette fièvre. Pour Rivet, elle est indépendante des doses du poison et de la gravité de l'intoxication. Jacquet et Delarue croient que l'hyperthermie s'observe surtout dans les formes curables, cependant qu'Achard estime que l'atténuation rapide coïncide le plus souvent avec une évolution favorable, tandis que sa persistance, son accentuation, doivent faire redouter une issue fatale.

Il n'est pas sans intérêt pronostique de faire le bilan chez de semblables malades des *fonctions d'élimination* : Le rein et le foie sont en effet fréquemment altérés.

Le débit urinaire est très rarement exagéré (Walker 1909, Snowden 1910) ; généralement il est très diminué et mettant à part les cas de rétention, il peut même être complètement tari, comme il nous fut donné de l'observer chez un malade intoxiqué par neuf grammes de gardénal, sorti spontanément du coma et mort secondairement en anurie complète.

Mais des désordres plus sérieux peuvent être notés allant de la simple albuminurie si souvent observée jusqu'à la constatation de cylindres granuleux et épithéliaux, d'hématurie microscopique ou évidente (Mac Lean, Tardieu). Enfin, Martin et Mac Lean ont observé de l'hématoporphyrinurie.

L'insuffisance rénale n'est cependant jamais très accusée : Tardieu dès 1924, Achard récemment, n'ont jamais obtenu de taux d'urée sanguine dépassant 0 gr. 50 au litre.

Les fonctions hépatiques peuvent être perturbées ainsi qu'en témoignent les travaux de Pic, Labougle, Benard, Auguste Maitre, Tardieu et de Massary.

Auguste Maitre, dans sa thèse de Lyon, a particulièrement étudié les troubles des fonctions internes. Dans l'observation princeps de sa thèse, un coma lié à l'ingestion de neuf grammes de véronal entraîne une oligurie très accusée. En vingt-quatre heures, il ne recueille que 25 cc. d'urines troubles, fortement albuminuriques, avec présence de sels et de pigments biliaires, d'urobiline et de glucose.

Par ailleurs il constate les stigmates sanguins d'une crise hémoclasique. Il y avait donc bien déficience de toutes les fonctions de la cellule hépatique.

Mais il faut insister sur le fait qu'il ne s'agissait ni de manifestations agoniques, ni de troubles durables, puisqu'au quatrième jour, le coma cédant spontanément, la diurèse redevint meilleure, les urines restèrent albumineuses, mais ne renfermaient plus ni urobiline, ni glucose, ni produits biliaires.

Le Carus barbiturique. — Mais les plus graves désordres s'observeront surtout dans la forme la plus grave de ces intoxications, dans le *carus barbiturique*.

C'est un coma profond, avec disparition complète des fonctions intellectuelles, motrices et sensitives. Mais les fonctions végétatives elles-mêmes sont très touchées.

Le pouls devient petit, très fréquent, incomptable, difficilement perceptible, traduisant l'importance de la défaillance myocardique : la respiration est le plus souvent stertoreuse et la constatation d'un rythme de Cheyne-Stokes revêt une signification particulièrement grave.

Quand on constate en plus du myosis très serré (de Jongh et Herban) de l'hyperthermie, tout cela évoque au premier chef comme le souligne Tardieu, *le coma urémique secondaire et provoqué.*

Il est enfin des intoxications barbituriques aiguës où l'alternance de période comateuse et de phases de délire, d'agitation, d'hallucination, réalise le *coma vigil.* Toutes les uréides peuvent engendrer de semblables troubles mais le coma vigil est surtout l'apanage du véronalisme aigu.

ÉVOLUTION. — Il est des cas curables, même en dehors d'une thérapeutique bien active : il s'agit soit d'intoxications bénignes, légères, soit de comas peu intenses où les périodes de dépression sont entrecoupées d'agitation ; enfin il est des comas graves dont l'évolution fut cependant favorable. Dans ces cas, après un coma qui a pu durer de douze heures à plus de quatre jours, le malade ébauche quelques mouvements, accuse certaines perceptions sensitives fortes, pousse quelques gémissements. Puis il recouvre sensibilité et motilité ; cependant que les troubles sphinctériens disparaissent. La guérison peut être rapide, totale, sans séquelles, mais souvent elle n'est obtenue, nous le verrons, qu'après une phase de convalescence, troublée par de nombreuses séquelles du barbiturisme aigu.

La mort est malheureusement la terminaison fréquente des comas profonds non traités. Dans un tableau de carus, on assiste à l'altération de la respiration qui devient stertoreuse, ou prend le rythme de Cheyne-Stokes.

La défaillance cardiaque est également profonde ainsi qu'en témoigne un pouls tout petit, rapide et irrégulier. Tous les réflexes, même celui de la cornée, disparaissent. Quelques soubresauts tendineux peuvent troubler l'hypotonie complète. Enfin, la mort peut être hâtée par les complications, qui furent surtout étudiées dans les intoxications mortelles malgré traitement.

En effet, il nous faut dès maintenant insister sur le fait que l'évolution du coma barbiturique est fortement modifiée par la mise en œuvre d'une thérapeutique et surtout de la strychnothérapie.

Celle-ci prolongeant tout au moins, même dans les cas défavorables, la durée du coma a permis d'observer des accidents jusqu'alors peu connus.

Il faut tout d'abord insister sur la très grande fréquence des *complications pulmonaires,* qui pour Flandin, seraient également d'origine nerveuse.

Dans le cas de Mme Bertrand-Fontaine, un foyer pneumonique s'est rapidement éteint durant la strychnothérapie.

D'autres auteurs ont observé des congestions pulmonaires hypostatiques. Duvoir, Dervieux et Piédelièvre ont récemment décrit des foyers de condensation hémorragiques, présentant à l'examen nécropsique des analogies avec l'infarctus truffant du poumon.

L'œdème aigu du poumon n'est pas exceptionnel, à en juger par les observations d'E. Bernard et de Bariety.

Ce sont surtout ces cas mortels malgré traitement qui se sont terminés par des *défaillances cardiaques, subites et fatales.*

Enfin l'atteinte rénale, constante dans le barbiturisme aigu, peut prendre le pas, affectant l'allure d'une *néphrite aiguë hémorragique* (Mac Leod).

La mort enfin peut être favorisée ainsi que l'ont montré Pic, Tardieu et de Massary, par une *déficience hépatique antérieure.*

Le plus souvent la solution se dessine au quatrième jour. Mac Lean a cependant observé un cas où la mort n'est intervenue qu'au sixième jour. Des évolutions aussi longues sont devenues plus fréquentes depuis la mise en œuvre de la strychnothérapie.

Mais, même dans les cas favorables, la cessation du coma n'annonce pas, loin de là, la terminaison des troubles liés à l'intoxication.

De nombreuses séquelles, la plupart sans gravité, prolongent en effet le tableau clinique du barbiturisme aigu ; il importe, par ailleurs, de faire remarquer qu'elles peuvent succéder à des intoxications subaiguës et même chroniques.

Ces séquelles sont à peu près exclusivement *nerveuses ou cutanées.*

A. **Séquelles neurologiques.** — Elles peuvent intéresser toutes les fonctions du système nerveux :

1. *Les troubles moteurs* sont exceptionnels ; Stewart Mac Naughton signale cependant l'existence, chez deux intoxiqués, d'une *hémiplégie* d'installation brutale, mais qui fut transitoire. Bien plus fréquente est la constatation d'une légère irritation pyramidale avec positivité du signe de Babinski et clonus du pied.

L'amendement de tous ces phénomènes est rapide. De Massary et Drapier, en 1904, ont cependant observé une paralysie de l'avant-bras gauche et des doigts. Laederich décrivit une *polynévrite barbiturique* qui semble exceptionnelle, puisqu'on n'en relève que trois observations dans la littérature médicale.

2. *Les troubles sensitifs* objectifs ne sont que très rarement notés. Seuls, Beliard, Lelong et Bonnet ont observé un cas suivi d'anesthésie superficielle généralisée.

Par contre, les manifestations douloureuses sont tout à fait banales. A la cessation du coma, presque tous les intoxiqués accusent de la courbature des myalgies, douleurs lourdes avec élancements paroxystiques.

Dans les cas légers, il s'agit de crampes, d'engourdissements avec exacerbations à type de piqûre ou broiements. Tous ces phénomènes prédominent à la ceinture scapulaire, dans la région lombaire et au niveau du quadriceps fémoral.

Enfin, plus tardivement, on peut voir survenir, surtout au cas de barbiturisme, *le rhumatisme gardénalinique,* décrit récemment par Beriel et Barbier.

3. *Les manifestations oculaires* sont fréquentes dans les suites proches du coma barbiturique.

Le nystagmus, observé par Sodwen en 1910, au réveil d'un coma véronalique, a été retrouvé en 1923 par Sands et tout récemment par Beliard, Lebourg et Bonnet.

Les paralysies oculaires les plus diverses engendrent assez souvent de la diplopie ; Tardieu a décrit un cas *d'ophtalmoplégie externe nucléaire* avec ptosis léger, analogue à celui observé par Mlle Sientis et Rimbaud.

Achard rapporte un cas de paralysie des élévateurs avec révulsion très marquée des deux yeux en bas. Le même auteur a observé le phénomène « des yeux de poupée », le sujet ouvrant les yeux en position assise, les fermant quand on le recouche.

Gutman signale dès 1910 un cas d'*amblyopie* passagère. Ce fut également le cas d'une malade de Terrien, qui vit trouble six jours après le début de son intoxication et chez laquelle il nota une dyschromatopsie légère surtout pour le vert.

A l'ophtalmoscope, les limites des papilles étaient diffuses, siège d'un léger œdème et quelques jours

plus tard, tous ces troubles rétrocédaient. Rivet et Sambron viennent de rapporter un cas d'amaurose totale mais passagère après une intoxication mixte par le Gardénal et le Véronal. Mais une semaine plus tard la vision était redevenue normale.

En général, tous ces phénomènes ne laissent aucune lésion résiduelle. Ce ne fut cependant pas l'évolution observée par Hallower chez un chimiste qui, après avoir manipulé d'assez importantes quantités de véronal, se réveilla aveuglé et chez qui se développa ultérieurement une atrophie optique.

4. *Les troubles de la parole* ont été décrits par Logre dans son mémoire sur le psychodiagnostic des états toxi-infectieux. Il consacre une étude à la *dysarthrie du barbiturisme*, avec crispation très spéciale de la commissure des lèvres. Son élève Tardieu en recueille deux exemples dans sa thèse.

Trelles et Lagache ont observé pareil trouble chez un malade ayant tenté trois fois de se suicider par les barbituriques. Bickel et Katzenelbogen, Maître, l'ont noté dans des intoxications par le Dial, où l'association de la dysarthrie à des troubles de la coordination, à un signe de Romberg, pouvait simuler la paraysie générale.

5. Quant aux *symptômes psychiatriques* bien décrits par Logre, Heuyer et Le Guillant, ils débordent du cadre du barbiturisme aigu, s'observant surtout au cours de la toxicomanie, des intoxications barbituriques chroniques.

Seuls les *épisodes délirants* peuvent apparaître dans le cours du coma, mais ce ne sont souvent que les manifestations psychiques de tout empoisonnement. Plus intéressants sont les épisodes qualifiés par Mac Leod « de délire marmottant » et par Cole « délire à voix basse ». Enfin, après la cessation du coma Martin et Mantelin ont vu des intoxiqués par les barbituriques présenter secondairement un état de confusion mentale avec agitation.

Très fréquents enfin, sont les *troubles intellectuels* de la période de convalescence.

La perte de la mémoire, l'obsession intellectuelle passagère, la dysarthrie décrite plus haut peuvent s'associer à des troubles de l'écriture ; mais il ne s'agit là que d'accidents éphémères.

B. **Barbiturisme cutané.** — Les manifestations cutanées sont bien plus fréquentes dans le barbiturisme chronique que dans les infoxications aiguës. Elles sont le plus souvent un accident thérapeutique et pour Tardieu et Carteaud, elles ne se développent que tardivement dans les empoisonnements massifs. Cependant, on a signalé à plusieurs reprises des manifestations cutanéo-muqueuses apparaissant en plein coma et même dès le début de celui-ci.

De façon générale, il s'agit de phénomènes dont l'apparition n'a lieu qu'une semaine après le début de l'intoxication et qui ne peuvent se reproduire à volonté. D'autre part, ils ne sont nullement fonction de la dose ingérée. C'est Hold, qui en 1904, publia la première observation de véronalisme aigu où apparut au cours du coma une dermite bulleuse d'ospect pemphigoïde. Les descriptions cliniques les plus récentes sont les publications de Maillard, F. Lévy et A. Fiehrer, ainsi que les thèses de Broquin et de Fabre.

Le barbiturisme cutané affecte un polymorphisme extrême ; il est le plus souvent possible de ramener à deux types les exanthèmes barbituriques.

1° *Le type rubéoliforme,*
2° *Le type scarlatiniforme.*

A côté de ces éruptions typiques, il est plus rare d'observer des exanthèmes, vésiculeux, bulleux ou ulcéreux.

Comme nous le signalions plus haut, la période d'incubation peut varier de quelques heures à trois semaines, mais en règle générale c'est du neuvième au quatorzième jour qu'apparaît l'exanthème quel que soit le type qu'il affectera : Caussade, Tardieu et Lacapère ont résumé les caractères généraux de ces éruptions qui pour eux sont prurigineuses, souvent symétriques et polymorphes.

Le premier symptôme est presque toujours le prurit ; il n'est pas rare de le noter dans les heures qui précèdent l'éruption comme il nous a été possible de l'observer dans un cas personnel. Cependant le plus fréquemment, éruption et prurit font leur apparition en même temps. Dans certains cas, on a signalé l'existence de pyrexie (39° dans notre cas) d'un léger malaise, d'un peu d'anorexie sans que l'état général du sujet soit profondément touché.

Description de l'éruption. — Elle débute de façon générale aux poignets et aux avant-bras. Elle respecte les plis de flexions. La généralisation n'est obtenue qu'en deux ou trois jours et c'est alors que l'éruption est caractéristique.

Pour la description, nous nous référons à l'article de Maillard du Monde Médical :

a) *Type rubéoliforme :* Les éléments éruptifs séparés par des intervalles de peau saine sont constitués essentiellement par des macules ou de petites papules, arrondies, congestives, donnant au doigt une sensation de velouté. Certains peuvent confluer et former des placards polycycliques plus ou moins étendus. Il est d'ailleurs assez rare d'observer ce type pur. En particulier au niveau des jambes où on signale des éléments hémorragiques, vésiculeux et rappelant en certains points le strophulus accompagnés ou non d'adénopathies (Caussade, Tardieu et Lejars).

Ordinairement, l'évolution n'est marquée par aucune desquamation ; dans les cas où on l'a notée elle était discrète et furfuracée. Maillard a signalé une marbrure cutanée persistante, que nous avons pu observer chez notre intoxiqué.

b) *Type scarlatiniforme. :* L'érythème est diffus sans intervalles de peau saine ; sur ce fond éruptif peuvent se détacher un pointillé plus sombre constitué par des papules minuscules donnant au doigt une sensation de granité ou encore de petites vésicules. La pression le fait disparaître. On a souvent noté la tendance ecchymotique aux plis de flexion tandis que la face est le plus souvent respectée.

Dans ce type, la desquamation est constante et on peut retrouver les véritables « doigts de gant » que l'on voit dans la scarlatine. Les squasmes peuvent affecter la forme de lamelles collodionnées qui se rompent en leur centre formant ainsi de petites collerettes ; en certains points, les squasmes peuvent être fines et furfuracées.

Cornil et Legris ont observé la chute des ongles et une alopécie partielle tandis que Vanier signale une certaine pigmentation.

Maillard insiste aussi sur le prurit, l'œdème et la cyanose. Le prurit est à peu près constant ; il est nocturne et diurne ; d'intensité variable, il peut être suffisamment marqué pour entraîner des lésions de grattage. Nous rattacherons l'œdème et la cyanose à l'étude des formes cliniques.

Enanthème. — La recherche systématique le fait découvrir assez souvent. C'est au niveau de la muqueuse buccopharyngée que l'on note les manifestations les plus fréquentes et ce sont :

1° Une gorge simplement rouge (Maillard et Renard, 1925),

2° Un piqueté rouge du voile du palais (Caussade, Tardieu et Lacapère),

3° Un état saburral.

Dans certains cas on a signalé la présence d'ulcérations quelquefois recouvertes de membranes plus ou moins épaisses. En tout cas, chez notre malade comme dans les observations similaires, on ne pouvait déceler de taches de Kôplick, ni de langue scarlatineuse.

La conjonctivite, fréquemment signalée par les auteurs étrangers, a été notée en France par Caussade, Tardieu et Lacapère, puis par Chavany et Vannier.

Signes généraux. — On n'a que rarement l'impression d'une atteinte profonde de l'état général. Il est exceptionnel que la température excède 38° (cependant dans notre cas, elle atteignit 39°5) pour l'évolution de l'exanthème.

Les troubles urinaires et digestifs sont insignifiants.

Par contre, la leucocytose avec éosinophilie est presque constante.

Evolution. — La durée varie de huit à quinze jours, mais peut se prolonger par poussées successives. Des récidives exceptionnelles s'observent et affectent le même type que l'éruption primitive (Maillard) ou un type différent (Pasteur, Vallery-Radot et Blamoutier). Quoi qu'il en soit, toutes ces manifestations guérissent spontanément et sans contagion.

Formes cliniques.

1° *Type mixte* : En certains points, en particulier sur le segment supérieur du corps, l'aspect est celui d'une rougeole tandis que le tronc et les membres inférieurs sont marqués par une éruption scarlatiniforme. Ces deux types peuvent évoluer simultanément ou se succéder ce qui est plus fréquent.

2° *Forme érysipélateuse* : Ces dermites ont surtout été signalées par les auteurs étrangers ; elles s'accompagnent le plus souvent d'une atteinte grave de l'état général comme dans l'observation d'Ornsby, mais en quelques jours l'évolution est favorable.

3° *Forme fruste.*

4° *Forme fébrile* : Cette forme est rare.

5° Suivant l'aspect on décrit :

a) *Une forme urticarienne,*

b) *Une forme vésiculeuse,* d'aspect herpétiforme ou zonateux.

c) *Une forme bulleuse,* suivie d'ulcérations ou escarres (Laederich et Mme J. Bernard) et c'est ici qu'il faut rappeler les *formes ulcéreuses* que Villaret, Bith et Desoille, Coste et Bolgert, Paul Sainton ont signalées : ulcérations siégeant non seulement en des points de pression, mais aussi sur la face externe des cuisses (Villaret), sur la face dorsale du pied et sur la plante des pieds (Coste et Bolgert). Hold a enfin décrit la forme pemphigoïde.

d) *Une forme œdémateuse* : Cet œdème est dermique ou hypodermique ; il peut aussi frapper les muqueuses.

e) *Cyanose des extrémités* : Elle accompagne souvent l'œdème et il s'agit alors d'acrocyanose hypertrophiante (Divry) et d'acroasphyxie hypertrophique (Cassirer).

Ces deux modalités apparaissent surtout comme symptômes contingents. Toutes ces éruptions sont symétriques ; cependant, dans l'observation 7 de la thèse de Tardieu, l'érythème jambier était strictement unilatéral.

Pathogénie. — Cette question a été particulièrement étudiée pendant ces dernières années et plusieurs hypothèses ont été soutenues, mais aucune n'explique complètement les phénomènes observés.

Une constatation clinique doit tout d'abord nous retenir : ces manifestations cutanées ne sont pas caractéristiques de l'intoxication barbiturique ; elles ne diffèrent pas de celles qui ont été décrites sous le nom d'érythèmes toxi alimentaires, d'érythèmes des arsenobenzols, du bismuth, de l'or, etc.

La théorie de *l'insuffisance rénale* ne fut guère retenue. Pasteur Vallery-Radot en fait une *réaction anaphylactique*, mais cette théorie ne peut nous expliquer les éruptions qui apparaissent après une seule ingestion sans qu'il y ait eu de dose préparante et d'autre part elle ne s'applique qu'à des cas exceptionnels où l'érythème survient dans les quelques minutes qui suivent la prise médicamenteuse.

Pour Lortat Jacob, il s'agit de *manifestations toxiques*, mais Maillard déclare à ce sujet : « Remarquons que les accidents éruptifs se séparent nettement des autres signes d'intoxications barbituriques par leur mode d'aparition, par leurs conditions étiologiques, par leurs caractères et par leur pronostic. » Il s'agit de phénomènes de nature différente.

Joltrain aurait observé des cas de *sensibilisation* au gardénal avec cuti et intra-dermoréaction accompagnés de crise hémoclasique.

L'hypothèse photosensibilisatrice est très discutée et un très gros argument contribue à la détruire, c'est que « les éruptions ne sont, ni plus rares, ni plus fréquentes dans les pays et dans les saisons très lumineuses ».

Pour Trèmolières et Tardieu le *déséquilibre organo-végétatif* serait à la base des troubles cutanés et Tardieu déclare : « L'on peut admettre schématiquement que chez les sujets hypersympathicotoniques le choc clinique engendre les accidents cutanés biotropiques soit directement, soit plus vraisemblablement par l'intermédiaire de photosensibilisation. » Mais Laignel-Lavastine a signalé l'apparition d'une éruption chez un vagotonique et Chavany et Maillard croient qu'il s'agit plutôt d'un déséquilibre neurovégétatif total.

L'hypothèse biotropique présentée par Milian peut se résumer en quelques mots : « Le médicament provoque dans l'organisme l'exaltation de microbes jusque-là inoffensifs. Si le plus souvent l'érythème est tout à fait semblable à celui d'une fièvre éruptive, il n'en reste pas moins que les autres signes : incubation, invasion, énanthème, signes infectieux, prurit, évolution, contagion, possibilité de récidives, ne rappellent en rien ni la scarlatine, ni la rougeole.

Il faudrait admettre que l'on ait affaire soit à des germes particuliers, soit à un terrain modifié.

Tzanck a défendu la *thèse de l'intolérance* pour interpréter les accidents des arsenobenzols, puis pour donner un cadre général aux accidents de la chimiothérapie et par là, il est possible d'y rattacher les accidents cutanés du barbiturisme. « Le « réactogène » ne fait qu'extérioriser un état latent, mais préexistant. » Cette hypothèse rend compte des érythèmes

survenus après l'ingestion de doses infimes de médicaments ; elle explique l'unité clinique malgré la variabilité des réactogènes, l'apparition imprévisible des accidents et la possibilité des récidives.

Cette dernière hypothèse est actuellement la plus souvent admise.

Pronostic. — On ne peut prévoir l'évolution d'un barbiturisme aigu en s'appuyant sur un seul élément de pronostic ; il faut bien plutôt confronter toutes les données de la clinique et du laboratoire.

La question de dose n'est pas aussi capitale qu'on pourrait le supposer et nous n'insisterons plus sur cette susceptibilité si spéciale des individus aux barbituriques, qui explique que 0,80 gr. d'uréide puisse tuer, alors que des doses de 17 à 20 gr. n'ont pas entraîné la mort. Il sera toujours difficile par ailleurs de préciser durant le coma, la quantité de toxique ingéré.

Néanmoins, s'il est avéré que le comateux a absorbé plus de 3 grammes de gardénal ou plus de 6 grammes de véronal, l'évaluation du pronostic ne saurait négliger ce facteur quantitatif puisqu'il s'agit de doses très souvent fatales.

L'anamnèse peut fournir un autre élément de grande valeur pour prévoir l'évolution du coma barbiturique. On ne saurait trop insister sur l'influence particulièrement défavorable des lésions antérieures, surtout des reins et du foie, comme l'ont montré des observations de Tardieu et Ravina.

L'allure clinique revêtue par l'intoxication n'offre pas toujours des renseignements très sûrs : évidemment l'intensité du coma est souvent fonction de la gravité du cas, mais même sa longue durée n'est pas toujours un signe de haute gravité ; il est en effet des cas favorables même après un coma de plus de 80 heures. Les troubles des fonctions végétatives traduisent mieux les altérations viscérales : la constatation de troubles respiratoires, de tachycardie et d'arythmie est toujours de mauvais pronostic.

Enfin, les complications respiratoires, nerveuses et cutanées bien que parfois très importantes n'ont généralement pas de signification fâcheuse et s'amendent assez rapidement.

Beaucoup d'auteurs insistent sur l'existence d'un *myosis* très serré dans les cas mortels, mais on ne saurait préjuger de l'évolution d'un coma barbiturique sur l'observation de ces seules réactions pupillaires.

Le syndrome urinaire traduit l'atteinte hépatorénale : il est quelquefois très complexe, mais il doit résulter assez souvent de troubles purement fonctionnels, car ils se modifient très rapidement pour revenir à la normale en quelques jours.

L'élévation du taux de l'urée sanguine généralement modéré, n'est le plus souvent que transitoire et seules les grandes azotémies (plus de un gr. au litre) témoignent d'un coma urémique secondaire de signification très sévère.

Deux ordres d'éléments sont susceptibles de fournir des renseignements importants sur l'évolution du coma : la *fièvre* et les *réactions leucocytaires*.

Flandin, Joly et Carlotti y ont consacré, en nov. 1933, une communication intéressante à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. La valeur pronostique de l'hyperthermie a été également étudiée par Jacquet et par Rivet et Sambron.

Dans les comas dont l'évolution est favorable, la fièvre ne se manifeste que 24 à 48 heures après l'ingestion du barbiturique. Elle se présente sous la forme d'un clocher unique qui ne dépasse pas 39°5.

Au contraire dans les comas à évolution fatale, la fièvre est souvent plus précoce et peut atteindre d'emblée 40°. Elle se maintient autour de ce chiffre jusqu'à la mort sans que des complications intercurrentes en fournissent une explication suffisante.

Flandin, Joly et Carlotti ont étudié les variations de la formule sanguine et ont essayé d'en dégager des indications de pronostic.

Quand l'évolution est favorable, on note d'après ces auteurs une leucocytose à plus de 12.000 éléments par cc. pouvant même atteindre 30.000. Ce phénomène ne nous paraît pas constant, car dans deux cas à évolution favorable, nous n'avons noté que 7.300 et 9.400 leucocytes par mm^3. Par ailleurs, il s'agit d'une polynucléose neutrophile atteignant 85 % et vers le quatrième jour, le taux des éosinophiles subit une poussée (5 à 9 %).

La leucocytose ne redevient normale que quatre à cinq jours plus tard, parfois même plus lentement vers le huitième ou dixième jour. L'éosinophilie s'atténue progressivement, disparaît vers le dixième jour.

Par la suite il est possible d'observer une neutropénie et une augmentation des mononucléaires réalisant ainsi une inversion de la formule leucocytaire.

Pour Flandin dans les intoxications massives à une hyperleucocytose à type polynucléose neutrophile succède la même formule sanguine qu'au cours du barbiturisme chronique : hypopolynucléose, monocytose et légère éosinophilie.

Dans les cas à évolution mortelle, il faut opposer la formule sanguine généralement normale ou même légèrement inversée des comas rapidement mortels, sans lésions viscérales, à la polynucléose qui correspond aux comas avec complications viscérales le plus souvent pulmonaires.

Dans les formes légères faites d'une simple obnubilation avec torpeur plus ou moins accusée, la formule est également perturbée : on observe en général une augmentation des leucocytes et en particulier des polynucléaires.

Les constatations de Denéchau et de Bonhomme confirment l'opinion de Flandin. « Au cours d'un coma sévère on constate l'augmentation à 16.740 des leucocytes avec un taux de 85 % de polynucléaires, puis au cinquième jour, 18.910 leucocytes avec 87,5 % de polynucléaires. Le sixième jour, au réveil chute leucocytaire à 11.780 avec apparition progressive des éosinophiles. »

En résumé, les auteurs précédents concluent :

« Pas d'hyperleucocytose avec inversion de la formule leucocytaire : Mauvais pronostic.

Hyperleucocytose polynucléaire avec clocher thermique tardif de courte durée. Bon pronostic.

Hyperleucocytose avec polynucléose, hyperthermie précoce et prolongée : Mauvais pronostic. »

Ces constatations sont intéressantes, mais il est prématuré d'établir le pronostic d'une intoxication barbiturique aiguë sur des formules par trop schématiques et ce serait une erreur, de l'avis de Flandin même, d'attacher une valeur trop absolue à ces éléments de pronostic.

Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par L. Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, et M. Patel, professeur à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux. In-8 de 264 pages, avec 69 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 24 avril 1934)

La tuberculose chez l'homme et chez la femme en France. — MM. Léon Bernard et G. Poix. C'est un fait bien établi que dans la plupart des pays, la mortalité tuberculeuse chez l'homme est plus élevée que chez la femme. Nos statistiques, si imparfaites qu'elles soient, nous permettent, par une étude comparative de nos chiffres de mortalité d'après le sexe, de confirmer cette notion pour notre pays. Il en est de même en ce qui concerne la morbidité tuberculeuse, puisque le nombre de tuberculeux hommes inscrit dans nos dispensaires est beaucoup plus considérable que celui des femmes. Il en résulte que les demandes de placement en sanatoriums concernant les hommes sont les plus nombreuses.

Malgré cette différence, MM. Léon Bernard et G. Poix constatent que dans notre armement antituberculeux, le nombre de nos lits de tuberculeux-hommes est inférieur de plus de mille au nombre de nos lits de femmes. Ils invitent les collectivités à tenir compte des besoins, quand elles se préoccupent de créer de nouveaux établissements antituberculeux, et ils attirent l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de répartir les subventions dont ils disposent suivant un plan méthodique et rationnel.

Acrodynie d'autrefois et acrodynie d'aujourd'hui. — M. Péhu (de Lyon) se demande si l'acrodynie que l'on constate actuellement n'est pas un renouveau d'une maladie ancienne, et si l'acrodynie du xxe siècle qui depuis 1898 jusqu'à nos jours sévit sur l'Europe et les Amériques n'est pas la même que celle observée en 1828-1830.

Entre les deux affections, il existe une similitude symptomatique, mais non une identité complète. Il semble que la maladie a subi des « remaniements ». Son étiologie, son allure générale, sa morbidité, paraissent modifiées. Les deux maladies ne sont pas rigoureusement identiques, elles sont proches parentes, c'est ce qu'a soutenu M. Debré, et tout récemment dans son livre M. Rocaz (Doin, 1932.)

Sur l'acrodynie observée dans la région de Chalon-sur-Saône. — MM. Péhu et Ardisson apportent d'autre part une observation recueillie dans la région de Chalon-sur-Saône. De janvier 1925 à mars 1934, il en a été observé 46 cas. On les a relevés dans le tiers oriental du département. De la statistique des auteurs, il ressort avec la plus grande évidence, une prédominance manifeste dans la 2e et la 3e année, 21 cas sur 46, donc plus de la moitié.

La symptomatologie ne diffère pas de celles que l'on connaît bien, l'évolution est longue, la mortalité peu élevée en dehors des complications.

Les auteurs pensent que l'on doit envisager la coexistence de ces affections assez voisines sinon parentes : la poliomyélite et la névraxite épidémique. Il est à souhaiter que les médecins exerçant dans des districts infestés d'acrodynie contribuent à fournir des documents pour la statistique. On arrivera ainsi à une connaissance plus complète et très instructive de cette curieuse maladie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 13 avril 1934)

Calcul du cholédoque sans ictère ; cholécystectomie antérieure. — M. de Brun. Deux observations de calcul du cholédoque chez des malades ayant subi une cholécystectomie 8 ans et 15 ans auparavant. C'est un exemple de la tolérance du cholédoque pour les calculs. Les phénomènes douloureux qu'on constate pendant les périodes de tolérance sont souvent mis sur le compte d'une lithiase vésiculaire, l'occlusion du cholédoque étant considérée à tort comme un accident de migration. L'ictère traduit seulement l'occlusion du cholédoque.

Deux cas d'œdème aigu méningo-encéphalique. — MM. Abrami, Bernal et Didier Hesse. Deux cas d'œdème aigu encéphalo-méningé survenus l'un à la suite d'une injection d'acétylarsan chez un malade sujet à l'urticaire, l'autre chez un hypertendu spontanément. Dans les deux cas, même tableau clinique, à savoir : céphalée violente, agitation, syndrome méningé, température élevée, état subcomateux, modification du liquide céphalo-rachidien, hypertension, dissociation albumino-cytologique. Un œdème aigu cérébral peut donc être l'origine d'accidents nerveux passagers chez les hypertendus.

Interférométrie dans un cas d'ostéopsathyrose. — MM. Duvoir, Leroux, Pollet, Chapireau. Recherches interférométriques dans un cas de maladie de Lobstein : constatation d'un hypofonctionnement, ou mieux d'un dysfonctionnement thyroïdien et parathyroïdien.

Complications nerveuses au cours des oreillons. — M. Merril a constaté dans un cas d'oreillons une paralysie des IIe, IIIe, VIIIe et IXe paires pendant la convalescence.

Valeur de la réaction de Chopra pour le diagnostic du kala-azar. — MM. d'Œlsnitz et Rouchèse disent : correctement interprétée, la réaction de Chopra est positive dans tous les cas confirmés de kala-azar. Cette réaction paraît supérieure à la formol-leucogélification qui présente souvent des défaillances incontestables, mais qui à raison de sa simplicité, peut devenir une sérieuse épreuve de présomption pour le médecin.

Trois cas de splénomégalies en apparence primitives chez des paludéens latents. — M. Emile Weil. Trois cas de splénomégalies chroniques apyrétiques s'étant manifestés chez des sujets ayant vécu dans des pays paludéens, mais sans y avoir jamais eu la fièvre. Ces splénomégalies primitives d'aspect ne furent reconnues paludéennes qu'après splénectomie, et les rates paludéennes chroniques paraissent bien dues à une infection malarienne latente. Le paludisme inapparent peut donc devenir patent de façon tardive et jouer un rôle important dans la réalisation des splénomégalies chroniques.

Un cas d'encéphalopathie saturnine. — MM. Pagniez, Plichet et Salles. Femme de 32 ans présentant depuis 10 jours une céphalée intense, de la torpeur, une diminution de l'acuité visuelle, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, sans raideur ni Kernig. L'anémie marquée fit procéder à un examen du sang qui démontra un certain degré de déglobulisation et la présence d'hématies ponctuées. Diagnostic confirmé par le liséré de Burton. Il existait en outre une hypertension céphalo-rachidienne s'extériorisant par une stase papillaire importante. Cette dernière constatation ne paraît pas avoir été nettement dégagée jusqu'à présent du cas d'encéphalopathie saturnine. Elle est d'importance et méritera d'être recherchée.

Pyélonéphrite à paratyphique. — MM. Brodin, Borrien et Dumas. Observation d'une pyélonéphrite survenue chez une malade atteinte de stase iléo-cœcale par périviscérite tuberculeuse ancienne. Le germe isolé fut au début impossible à classer et ne ressemblait à aucun des germes décrits dans le groupe des salmonelloses ; à la fin il s'est agi nettement d'un paratyphique B typique.

Appareil pour transfusion sanguine. — M. Jounelet. Appareil très simple permettant de mettre directement en rapport au moyen d'un tube de caoutchouc sans intermédiaire la veine du donneur avec celle du receveur. Le tube de caoutchouc est, à sa partie moyenne, disposé en boucle dans une cavité cylindrique ménagée dans un bloc métallique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Le *Journal officiel* du 11 mars 1934 a donné les textes du décret du 6 mars et de l'arrêté du 9, relatifs à la réorganisation des Etudes médicales.

Cette réorganisation avait été rendue nécessaire par le trouble apporté dans ces études, au cours de ces dernières années, par des dispositions dont les effets néfastes avaient été bien mis en évidence par les études et les projets du Professeur Carnot. Comme on connaissait les erreurs commises, il paraissait aisé de les réparer ; cependant, décret et arrêté ne semblent pas avoir réalisé ce qu'on était en droit d'attendre et qui découlait tout naturellement des données du problème posé.

En fait, avant les précédentes réformes, les études médicales étaient parfaitement organisées, en ce sens qu'elles répondaient au but proposé qui était de faire des médecins. Ce but est toujours le même et il doit, ou plutôt il aurait dû, être la principale préoccupation des réformateurs.

Certes, il y avait des conditions nouvelles dont il convenait, au point de vue général, de tenir compte, et il était devenu indispensable d'organiser l'enseignement des spécialités. Ces considérations n'avaient pas échappé aux Groupements médicaux, qui avaient été unanimes à proposer un plan de réformes fortement et logiquement charpenté, qui tenait compte, à la fois, des nécessités essentielles et des éléments nouveaux.

Ces nécessités essentielles — il n'est pas inutile de le rappeler — étaient les suivantes : après des études classiques et un P.C.N. plus médical, tout d'abord une sélection. Il est bien évident qu'il y a tout intérêt à ce que le futur médecin présente les qualités indispensables pour remplir le rôle social qui lui incombe ; comme on ne peut se rendre compte des aptitudes des étudiants qu'en se plaçant au point de vue de la pratique qu'ils auront à exercer, il est bien indispensable, étant donnée la nature très spéciale des études médicales, de leur laisser commencer ces études pour apprécier leurs possibilités. Et c'est ainsi qu'avaient été proposés, à la fin de la première année et de la seconde année, des examens éliminatoires ; en toute logique, pour permettre la sélection utile, ces examens devaient porter sur des matières spécifiquement médicales.

Ensuite, il s'agissait, comme on ne saurait trop le répéter, de faire des médecins : par conséquent, il fallait réserver d'une façon absolue les premières années à la médecine générale, condition essentielle pour faire de bons médecins généraux et, si l'on veut faire de bons spécialistes, ce n'est qu'après une initiation complète à cette médecine générale qu'on peut envisager utilement l'enseignement des spécialités.

Enfin, les Groupements médicaux avaient admis, malgré les inconvénients économiques de cette mesure, l'utilité incontestable d'une sixième année d'études, pour des stages d'appplication.

Quant à l'enseignement des spécialités, il était prévu pour toutes les spécialités classées, et sa durée était variable suivant les nécessités de chacune d'elles.

En somme, le programme que les Groupements médicaux avaient établi était simple et paraissait d'application facile.

Or, que nous apportent les nouveaux décret et arrêté ?

Au lieu de la solution logique, nette, pratique, qui ne tenait compte que du but proposé et de l'intérêt bien entendu tant de la Médecine que des malades, une demi-mesure qui ne donne que des avantages restreints et conserve bien des inconvénients du système précédent.

Comme il fallait s'y attendre, il n'est pas question de la nécessité des études classiques ; le P.C.N. demeure à la Faculté des Sciences, et si les leçons de mathématiques ne sont plus obligatoires, elles restent facultatives ; l'enseignement est toujours exclusivement scientifique, théorique, sans applications médicales.

Pour l'enseignement de la médecine, une sixième année est prescrite, et cette sixième année supplémentaire d'application est une chose excellente. Le projet parle beaucoup de la nécessité d'une sévérité plus grande aux examens : la session extraordinaire de février-mars est supprimée et il est décidé qu'après le sixième échec à un examen, un étudiant ne pourra plus poursuivre ses études. Mais cette dernière mesure est-elle efficace ? Pour obtenir six échecs au même examen, il faut s'y présenter six années de suite, et ce laps de temps ne paraît guère susceptible de décourager qui que ce soit. Si bien qu'en appliquant une règle aussi sévère aux deux premiers examens qui, en principe, devraient être éliminatoires, on se rend compte que, pour être éliminé, il faudra véritablement qu'un candidat y mette de la bonne volonté.

D'autre part, lorsqu'un étudiant aura poussé la constance jusqu'à aborder pour la cinquième ou la sixième fois le même examen, il faudra réellement que les examinateurs aient un cœur de pierre pour ne pas lui tenir compte de cette vertueuse persévérance !

Donc, les divers examens ne seront pas éliminatoires et, en pratique, il n'y aura rien de changé.

Pour ne pas être éliminatoires, les premier et deuxième examens permettront-ils au moins de se faire une idée de la valeur des candidats, au point de vue de la sélection médicale ? Même pas. La partie importante de ces examens est évidemment l'épreuve écrite. Or, le premier examen comporte une épreuve d'anatomie et le second une épreuve de physiologie. Mais, pour l'un et l'autre, la seconde épreuve est tirée au sort parmi quatre autres branches : histologie, embryologie, physique et chimie médicales. Il n'est pas question de pathologie, seule matière spécifiquement médicale, qui seule, à côté de l'anatomie et de la physiologie, eût permis une sélection véritablement médicale.

Il se trouve précisément que ce sont les deux seules années comportant exclusivement des stages de médecine générale et de chirurgie générale. Ce projet ne tient donc aucun compte des nécessités prévues tant par le Professeur Carnot que par les Groupements médicaux, qui avaient réclamé que, pendant trois années, l'enseignement clinique fût exclusivement consacré à la médecine et à la chirurgie générales.

Et ainsi, dès la troisième année, avant, par conséquent, d'avoir reçu un enseignement clinique de base suffisant, les élèves pourront s'égailler dans les services de spécialités.

A vrai dire, au cours des troisième, quatrième et cinquième années, devront être accomplis un stage d'un semestre de médecine générale et un autre de chirurgie générale ; mais ces stages, pour des élèves déjà absorbés par l'étude d'une spécialité, ne seront-ils pas négligés ? D'autant que, par les limites trop étroites assignées aux stages antérieurs, ils paraîtront bien négligeables.

Il est non moins regrettable de voir confondre dans l'énumération des spécialités des branches de la médecine qui

n'en sont point à proprement parler. L'article 10 du décret du 6 mars les présente ainsi : dermatologie et syphiligraphie, psychiâtrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, clinique médicale infantile, maladies contagieuses. Cependant, les groupements médicaux avaient pris soin de classer les véritables spécialités et de faire entre les diverses branches de la médecine la discrimination indispensable : quatre d'entre elles, l'obstétrique, la dermatologie et syphiligraphie, la psychiâtrie, la clinique médicale infantile, peuvent constituer des spécialités ; mais elles n'en font pas moins partie, et une partie très importante, de la pratique courante des omnipraticiens. Cette importance avait paru suffisante à nos Groupements pour légitimer une année complète d'études pour elles, et cela pour tous les élèves, en fait la quatrième année.

Il est bien certain que trois années de clinique de médecine et de chirurgie générales, et une année consacrée à la clinique de ces quatre branches, auraient fait des cliniciens particulièrement avertis et aptes soit à poursuivre les études générales, soit à entreprendre, mais à ce moment-là seulement, l'étude de la spécialité choisie. Nous ne pouvons que regretter encore que cette voie normale et féconde n'ait pas été suivie.

Par ailleurs, il est d'excellentes choses, sur des points de détail, dans ces nouvelles dispositions : les stages portés à neuf mois par an — pourquoi seulement neuf mois ? — l'association des stagiaires aux consultations et aux gardes...

Ce qu'on peut dire, c'est que, dans une réforme, les points de détail sont secondaires et ne sauraient remplacer les choses essentielles. Si nous nous reportons, en effet, aux buts proposés, nous sommes obligés de constater que ces buts ne sont pas atteints : la sélection n'existe que sur le papier ; la médecine générale n'a pas obtenu la place qui lui revenait ; les spécialités sont confondues et parmi celles qui ont été depuis longtemps définitivement classées, nous ne trouvons guère que l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie dont l'enseignement paraisse avoir été envisagé.

Nous sommes donc loin de compte, et si cette réforme n'est pas exactement une mesure pour rien, elle n'est tout de même qu'une demi-mesure, et c'est encore du temps perdu.

Ce qui paraît avoir été oublié, c'est qu'il ne suffit pas de faire des docteurs en médecine : ce qui importe avant tout, c'est de faire des médecins.

Il faudra donc poursuivre encore cette réforme si indispensable des études médicales ; mais il faudra le faire en ne tenant compte que de l'intérêt général et en faisant abstraction de toutes autres considérations.

A. HERPIN.

HYMNES A PHOEBUS

Les Editions de l'*Art médical* viennent de faire paraître le troisième fascicule de leur collection *Hymnes à Phoebus*. Cet album luxueusement édité comprend une série de bois gravés du xylographe Henri Rattier. Les éditeurs ont su faire un choix judicieux parmi les clichés originaux qui illustrent la première page de couverture de la Revue *L'Art médical* ; la présentation de cette remarquable collection est faite par Armand Fournier sous forme d'interview de l'artiste. Celui-ci en quelques lignes fait sentir à l'amateur d'art toutes les beautés de ses xylogravures qui chantent « la gloire du radieux souverain de la côte enchanteresse ».

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'ATONIE INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE (1)

Par le docteur G. PERGET (de Marines).

Il semble que la prostigmine soit appelée à rendre les plus grands services dans l'atonie intestinale post-opératoire. Après J.-P. Tourneux, Petel, Gouzi, Jeanneney, Chalochet, Martin, Mandillon et Gourdou, l'auteur consacre à cette question une revue générale très importante.

Il semble que ce médicament, dont l'action péristaltigène indéniable ne s'accompagne d'aucun effet sur l'activité cardiaque et sur la pression sanguine, et dont le mode d'emploi présente de grands avantages sur les autres moyens thérapeutiques utilisés jusqu'ici, soit appelé à jouer un rôle particulièrement important dans les suites opératoires, aussi bien au point de vue de l'atonie intestinale que de la rétention vésicale.

La prostigmine est un produit synthétique : au point de vue chimique, c'est l'ester sel diméthylcarbamide du m-oxyphényltriméthylammonium-méthyl-sulfate ; administré à doses thérapeutiques, ce médicament ne présente aucune action secondaire, et l'injection est toujours indolore.

(1) *Pratique méd. franç.*, Paris, mai 1933 (A).

CONGRÈS ET EXCURSIONS

3e Congrès français de Gynécologie (7, 8 et 9 mai 1934). — Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — Président d'honneur : M. le professeur R. Koenig (de Genève) ; président : M. le professeur agrégé André Binet (de Nancy) ; secrétaire général : M. Maurice Fabre ; secrétaire général de la Société française de Gynécologie ; secrétaire adjoint : M. Turpault, secrétaire annuel de la Société française de gynécologie. — *Lundi 7 mai.* — A 14 h. 30 : séance d'ouverture du Congrès. Discours de MM. les professeurs R. Koenig, Roussy et André Binet ; — à 15 h. 30 : *Histologie et Physiologie de l'ovaire.* Rapporteur : M. le professeur Max Aron (de Strasbourg). — *Actions réciproques de l'ovaire et de la thyroïde.* — Rapporteur : M. Léopold Levi. Ce rapport sera présenté par M. Roland Leven, Mlles Hirsch et Vouaux (de Paris).

Mardi 8 mai. — A 9 heures, départ en autocar de l'Hôtel Chambon, pour la visite de l'Institut du Cancer, dirigé par M. le professeur Roussy. S'inscrire au Secrétariat. — A 14 h. : assemblée générale de la Société Française de Gynécologie. — A 15 h. : *l'étude clinique de l'insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. Violet (de Lyon). — *La thérapeutique médicale de l'insuffisance ovarienne.* Rapporteurs: M. le professeur agrégé Guy Laroche et Mme Meurs-Blatter (de Paris).

Mercredi 9 mai. — A 15 h. : *Physiothérapie de l'insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. Pierre Lehmann, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. — *La thérapeutique chirurgicale de l'insuffisance ovarienne.* Rapporteur : M. le professeur Jeanneney (de Bordeaux).

Le programme comprend des visites de laboratoires, des excursions, des réceptions, une soirée théâtrale et enfin le 9 mai, à 20 heures, un banquet de clôture.

Pour les inscriptions au Congrès et tous renseignements, on est prié de s'adresser à M. le docteur Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, 6, rue du Conservatoire, Paris (9e).

Voyage en U. R. S. S., organisé par « Intourist », sous le patronage de la Revue « Départs » et de la *Gazette médicale de France.* — Voici le programme de ce voyage que nous avons déjà annoncé. Il aura lieu du 18 mai au 7 juin (le nombre de places en est limité) :

18 mai. — A 22 h. 05 : départ de Paris (gare du Nord). Traversée de l'Allemagne.

20 mai. — Arrivée à Varsovie. Visite de la ville en autocar.

21 mai. — Niegoreloye (frontière soviétique).

22 mai. — A 16 heures : arrivée à Leningrad.

Du 22 au 26 mai. — Festival musical de Leningrad (deux concerts gratuits au choix des voyageurs). Au cours de ces journées, visite de la ville. Pendant le séjour à Leningrad, une journée sera consacrée aux visites des institutions médicales d'hygiène, aux visites des centres médicaux, ou des centres techniques (usines), ou des centres intellectuels et artistiques.

28 mai. — A 9 h. 30 : arrivée à Moscou.

Du 28 au 30 mai. — Visite de la ville. Pendant le séjour à Moscou, une matinée sera consacrée, soit aux visites des centres médicaux, soit aux visites des centres techniques (usines), soit aux visites des centres intellectuels et artistiques.

31 mai. — A 9 h. 30 : arrivée à Kharkov. Visite de la ville.

2 juin. — Dnieproguez : Visite des centrales électriques.

3 juin. — Arrivée à Kiev. Visite de la ville.

4 juin. — Arrivée à Chepetovka.

5 juin. — Passage à Varsovie. Arrivée à Berlin.

6 juin. — Visite de la ville en autocar avec guide.

7 juin. — A 15 heures : arrivée à Paris, gare du Nord.

Prix du Circuit. — Le prix du circuit Paris-Paris, tout compris, sans boissons, est de :

a) *Catégorie touriste :* 2e classe sur les chemins de fer européens ; 2e couchette et catégorie touriste en U. R. S. S. Prix unitaire (francs français) : 3.880 ;

b) *Première catégorie :* Wagons-lits 2e classe, Pullman, chemins de fer européens, en U. R. S. S., 1re classe, couchette et hôtels de premier ordre. Prix unitaire (francs français) : 5.920.

Ces prix de catégorie Touriste et de 1re catégorie s'entendent pour un groupe minimum de 15 (quinze) personnes.

Les prix indiqués ci-dessus comprennent les services suivants : Chemins de fer dans la classe indiquée, couchettes et wagons-restaurant en U. R. S. S. et hors de l'U. R. S. S. compris (sans boisson). Hôtels et pension complète (sauf boisson), correspondant à chacune des catégories à Varsovie et à Berlin, aussi bien qu'en U. R. S. S. Trois heures de visites journalières avec guide, interprètes et tous moyens de transport. Transferts des gares aux hôtels et vice-versa, transport des bagages, taxes de toutes sortes, pourboires.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à : 1° « Départs », 60, rue de Babylone, Paris (7e). Invalides 57.38 ; 2° *Gazette Médicale de France*, 9, rue de l'Odéon, Paris (6e). Danton 30.03.

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports (Vittel, 2, 3 et 4 septembre 1934). — Un Congrès de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports aura lieu à Vittel du 2 au 4 septembre 1934, sous la présidence du professeur Paul Carnot. Il est organisé par le professeur Latarjet, président de l'Association internationale médico-sportive, comme suite au Congrès de Turin de 1932.

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

L'ordre des travaux est le suivant :

I. — Le matin, *séances de sections :*

a) Section de biologie : Prof. Laugier, président ;

b) Section de médecine et de pédiâtrie : Prof. Jules Renault, président ;

c) Section de chirurgie et orthopédie : Prof. Rocher (de Bordeaux), président ;

d) Section de médecine sportive : Prof. Grégoire, président.

II. — L'après-midi, séances générales : discussions, après rapports, des questions suivantes :

1° Le 2 septembre : standardisation de la fiche biométrique sportive.

2° Le 3 septembre : Contrôle médical de l'éducation physique et des sports.

3° Le 4 septembre : Exercices physiques et maladies de la nutrition.

La liste des rapports et des rapporteurs sera publiée prochainement.

III. — En fin de journée, séances de démonstrations (biométrie, éducation physique, scolaire et post-scolaire, cure d'exercices, sports).

Ce Congrès a pour but de confronter les données acquises par les biologistes, les médecins et les sportifs, et de donner une impulsion nécessaire au développement scientifique et social de l'Education physique. Les jeunes médecins sportifs sont particulièrement invités.

Les Congressistes seront, gracieusement, les hôtes de la Société de Vittel pendant la durée du Congrès.

Des excursions dans les Vosges sont prévues en fin de Congrès. Un avis ultérieur précisera les conditions d'admission pour les Congressistes et leurs familles et les dates limites d'inscription.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat général (Dr Boigey), Société générale des Eaux de Vittel (Vosges).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 25 *avril.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Lemierre, Loeper, Cathala. — M. Harburger. Etude de la fréquence et de la gravité de la cirrhose alcoolique chez la femme. — Mlle Barnaud. Les vomissements de la première enfance disparaissant dans certaines positions. — M. Massonnet. De l'antagonisme barbituriques-strychnine et de son application en thérapeutique.

Jeudi 26 *avril.* — Jury : MM. Claude, président ; Gougerot, Laignel-Lavastine, Lévy-Valensi. — M. Dupond. La cure des psychonévroses par la méthode du Dr Vittoz. — M. Herzfeld. La d'Arsonvalisation par ondes courtes dans certains syndromes circulatoires. — M. Montel. Les accidents à la pénétration artificielle fortuite des médicaments. — M. Vigourt. La crysothérapie dans le traitement des naevi vasculaires sanguins. — M. Rapaport. De la section du nerf présacré comme opération complémentaire en gynécologie.

Jury : MM. Cunéo, président ; Terrien, Sénèque, Velter. — M. Alyanakian. Névrite optique rétro-bulbaire et diabète. — M. Mesztajn. Hémorragies tardives après l'opération de la cataracte.

Vendredi 27 *avril.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Ombrédanne, Proust, Leveuf. — M. Niederhoffer. Indications thérapeutiques dans les cas des fibromes utérins compliquant la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — M. Karabarbonnis. L'arthrodèse pour coxalgie en évolution chez l'enfant. — Mme Legoux. Recherches sur la fonction articulaire, après la tumeur blanche du coude chez l'enfant. — M. Franco. Les parathyroïdes, anatomie, physiologie et chirurgie des parathyroïdes.

Samedi 28 *avril.* — Jury : MM. Achard, président ; Brindeau, Lenormant, Metzger. — M. Beker. Etude du rhumatisme blennorragique. — M. Lazarovici. Emploi du Ballon Champetier de Ribes dans la thérapeutique actuelle du Placenta praevia. — M. Mahé. Etude du traitement de l'infection puerpérale. — M. Neveu. Le masque ecchymotique cervico-facial au cours de l'accouchement. — M. Monflier. Etude du volvulus du grand épiploon.

Mardi 1er *mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, Lereboullet, Aubertin. — M. Prunet. Cyanure de mercure et stomatites. — Mlle Lemoigne. Formes cliniques des infections pulmonaires, par aspiration chez les nourrissons. — M. Leroux. Etude des brucelloses dans la région parisienne.

Mercredi 2 *mai.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Loeper, Guy Laroche, Turpin. — M. Bouthelier. Etude thérapeutique sur le citrate de soude. — M. Dubois. Etude des extraits hépatiques injectables. — M. Grinberg. Influence des injections de pepsine sur la cholestérolémie. — M. Lefèvre. Le traitement des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien.

Jeudi 3 *mai.* — Jury : MM. Gougerot, président ; Laignel-Lavastine, Tanon, Olivier. — M. Szpicberg. L'emploi des solutions d'hyposulfite de soude comme solvant du novarsénobenzol dans le traitement de la syphilis. — M. Drizard. Etude de quelques acides cyclopentémylbarbituriques et de leurs applications thérapeutiques. — M. Dhotel. Un hypomaniaque Joseph Le Bon (1765-1795). — M. Waddington. La tradition hippocratique et le renouveau actuel du vitalisme.

Vendredi 4 *mai.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Lemierre, Mathieu, Haguenau. — M. Meirovici. Etude de l'injection intra-trachéale de lipiodol. — Mlle Laguerrière. Les épisodes méningés curables et la tuberculose chez l'enfant. — Mlle Willm. Le cœur de l'enfant dans les maladies typhoïdes. — M. L'*Honoré*. Etude des métastases ostéo-articulaires subaiguës dans les septicémies à staphylocoques.

L'Année thérapeutique. Médicaments et Procédés nouveaux (1). *Huitième année* 1933, par le docteur A. Ravina.

Comme chaque année à pareille époque, le docteur Ravina apporte aux praticiens un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1933, tant en France qu'à l'étranger. Il expose :

1° Les maladies et symptômes (57 traitements nouveaux) ;

2° Les techniques et appareils (15 sujets traités) ;

3° Les médications nouvelles (12 études).

Le but de cet ouvrage est, d'une part, de faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile ; d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

La table alphabétique des matières donne, pour chaque matière envisagée, les indications et les résultats obtenus.

Le docteur Ravina a précédemment publié, suivant le même plan, les années thérapeutiques 1931 et 1932. Ces trois petits volumes contiennent donc une documentation très complète sur les faits thérapeutiques nouveaux publiés depuis trois ans ; ils constituent un véritable répertoire pratique.

L. G.

(1) In-8 de 192 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE | ENTÉRITE
GASTRALGIE | CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76

R. C., 1 33, Aubenas.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

A. GUERBET & Cie PHARmiens
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22, Rue du Landy - St Ouen près Paris

R. C., 225.781 B

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant.s 56, Boul[d] Ornano PARIS

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la : NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTO-SPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS 3e

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 2 MAI 1934. — N° 35.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

6 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La strychnothérapie du barbiturisme aigu. Etude expérimentale et clinique (avec 11 fig.), par M. le professeur G. CARRIÈRE, MM. Cl. HURIEZ et P. WILLOQUET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de médecine militaire française. — Société de médecine de Paris.

CHRONIQUE

La mortalité infantile en France (d'après M. Debré), par F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

Plaies des nerfs.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX (deuxième concours de nomination). — Jury (avant acceptation) : MM. Aviragnet, Dufour, Crouzon, Abrami, Læderich, Chevallier, Gautier, Cain, Grenet, Weissenbach, Mouchet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — STRASBOURG. — Nous apprenons que, cédant aux instances de la Faculté de médecine de Strasbourg, M. le professeur René Leriche reprendra au début de mai la direction de la Clinique chirurgicale A, à Strasbourg, qu'il a déjà occupée avec tant d'éclat pendant huit ans.

Ce ne sera pas sans tristesse que ses amis et ses élèves de Lyon verront repartir celui qui avait si bien conservé et développé les grandes traditions léguées par son maître Antonin Poncet.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Nacht, reçu 9e au concours de médecin des asiles de 1933, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le docteur d'Heucqueville, mis en congé sur sa demande

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations :

Médecins colonels. — MM. Magnoux, médecin chef de l'hôpital militaire Dominique-Larret à Versailles, est affecté à l'état-major de la région de Paris et place de Paris et désigné comme médecin chef; Fayet, médecin chef de l'état-major de la région de Paris et place de Paris, est affecté comme sous-directeur du Service de santé de la 3e région, Rouen; Baron, médecin chef de l'Ecole d'application d'artillerie, Fontainebleau, est affecté comme médecin chef de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles.

Médecin lieutenant-colonel. — M. Laurens, commission consultative médicale, Paris, est affecté aux troupes du Maroc.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de médecine (laboratoire d'hygiène), le 21 juin 1934.

Les dossiers des candidats devront être adressés, un mois à l'avance, au ministère de la Marine marchande (service du travail maritime et de la comptabilité), 3, place de Fontenoy, Paris (VIIe).

ÉLECTION LÉGISLATIVE. — Le docteur Georges Cousin a été élu député du IXe arrondissement de Paris.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (Service central d'électroradiologie.) — Des places d'attaché sont réservées, pour la durée de l'année scolaire 1934-1935, à des docteurs en médecine français ou étrangers ayant déjà fait antérieurement de la spécialité et qui désireraient se perfectionner en électrologie et en radiologie.

Aucune rétribution n'est attachée à cette fonction.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur L. Delherm, chef du service central d'électroradiologie, à la Pitié.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive tristesse la mort à Alger du docteur Cange, professeur de clinique

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

ophtalmologique à la Faculté de médecine. Il était le frère de notre collègue le docteur Cange (de Paris) à qui nous adressons l'expression émue de nos sincères condoléances.

CHRONIQUE

LA MORTALITÉ INFANTILE EN FRANCE

M. le professeur Robert Debré publie dans *la Revue de Paris* (1er mai 1934) une importante étude sur la mortalité infantile en France.

Il rappelle d'abord que dans notre pays, 60 à 70.000 enfants meurent avant l'âge d'un an. Mais un grand nombre de décès échappent aux statistiques, et il est probable que le nombre des décès est de 100.000. Ce sont des décès évitables en France, puisque d'autres nations « placées dans des conditions économiques et sociales proches des nôtres sont parvenues à abaisser plus que nous la mortalité du premier âge de la vie ».

M. Debré essaie alors de préciser la position de la France vis-à-vis de ses voisins en ce qui concerne la natalité d'abord, puis la mortalité aux différents âges de la vie.

« Il y a vingt ou trente ans, écrit-il, les Français, émus de voir chez eux les naissances diminuer d'une manière constante au point de se trouver, certaines années, moins nombreuses que les morts, observaient avec tristesse et inquiétude la natalité élevée des peuples rivaux. Et l'on se demandait si cette situation, immédiatement dangereuse pour notre pays, ne traduisait pas comme une sorte de décadence ou de dégénérescence nationale. Les Allemands comparaient alors, avec vanité, leurs familles nombreuses à l'enfant unique des couples français. Les affirmations orgueilleuses des Allemands n'ont plus de raison d'être aujourd'hui. Ce sont les Scandinaves, les plus purs parmi les Germains, qui ont les taux de natalité les plus faibles de tous les peuples civilisés. Les prédictions pessimistes, dont étaient remplis journaux et revues au début du siècle, doivent donc être rectifiées. Du reste, le problème lui-même a, tout entier, changé de face et subi cette révision des données fondamentales et des valeurs qui s'est, depuis la guerre, appliquée à tant de sujets.

Ainsi certains États, comme surchargés de population, essaient non pas d'augmenter, mais de faire baisser leur taux de natalité, et la propagande est publique dans les pays où la religion le permet... »

Pour apprécier avec plus de justesse les courbes de la natalité, il faut « envisager non pas le nombre des naissances par rapport au chiffre total de la population, le *taux de natalité* en un mot ; mais considérer au contraire le nombre des femmes en âge d'être mères, auquel on rapporte le nombre des naissances. Le chiffre ainsi obtenu représente le *taux de fécondité*. A cet égard, la France est dans une situation moyenne par rapport aux pays voisins, et même dans une situation bonne vis-à-vis de l'Angleterre et de l'Allemagne ».

Il est à remarquer que « malgré la baisse progressive et générale de la natalité, malgré les atroces ravages des guerres, la population totale de l'Europe ne cesse d'augmenter. Ce phénomène est dû à la baisse du taux de la mortalité, qu'expliquent les progrès des sciences médicales et, beaucoup plus encore, l'amélioration générale des conditions de la vie ».

En somme, on peut constater que la France, comparativement aux nations voisines, est « dans une situation moyenne en ce qui concerne la fréquence des naissances, tandis que la fréquence des décès, surtout à certaines périodes de la vie, parmi lesquelles la première année, est chez nous plus élevée qu'elle ne devrait être ».

Après une étude très détaillée des causes de la mortalité infantile, M. Debré range en trois grandes catégories, avec M. Mouriquand, les périls qui menacent l'enfant : ce sont le péril congénital, le péril alimentaire, le péril infectieux.

« Vis-à-vis de chacun des périls que nous avons envisagés, ajoute-t-il, une défense est prévue : contre le péril congénital, c'est la surveillance de la femme enceinte, le repos durant la grossesse, des conditions convenables d'assistance au moment de la naissance de l'enfant et des soins intelligents au nouveau-né. Pour lutter contre le péril alimentaire, se place au premier rang l'effort pour empêcher que l'enfant soit séparé de sa mère, puis le contrôle éclairé de l'allaitement artificiel. Pour ce qui concerne le péril infectieux, on a observé que les conditions de logement jouaient le rôle essentiel ; il faut y ajouter les précautions que comporte la vie individuelle et surtout collective des nourrissons... »

L'auteur rappelle alors les moyens de défense d'ordre économique, d'ordre sanitaire et d'ordre psychologique qui sont à notre disposition. Il apporte ensuite des exemples typiques qui lui permettent d'établir un plan d'action.

« La tâche à remplir n'est pas difficile à définir. Le programme d'action est clair. Il faut avec discernement et en sachant les adapter, appliquer, dans chaque région, les méthodes qui ont donné des preuves de leur efficacité, multiplier les œuvres utiles, coordonner, surveiller, diriger et aussi subventionner à bon escient. L'Etat a sa tâche définie, les villes, les départements, les caisses d'Assurances sociales, les œuvres privées ont la leur. La dépense d'argent n'est pas énorme, et puis, si l'on ose employer ici ce mot, son rendement est sûr : nous savons la proportion d'enfants que l'on peut empêcher de mourir. Dans aucun domaine, la dépense faite pour préserver la santé n'est plus fructueuse que dans celui de la puériculture... »

On doit remercier M. Debré d'avoir démontré au grand public l'importance d'un problème qui doit rester au premier plan des préoccupations nationales.

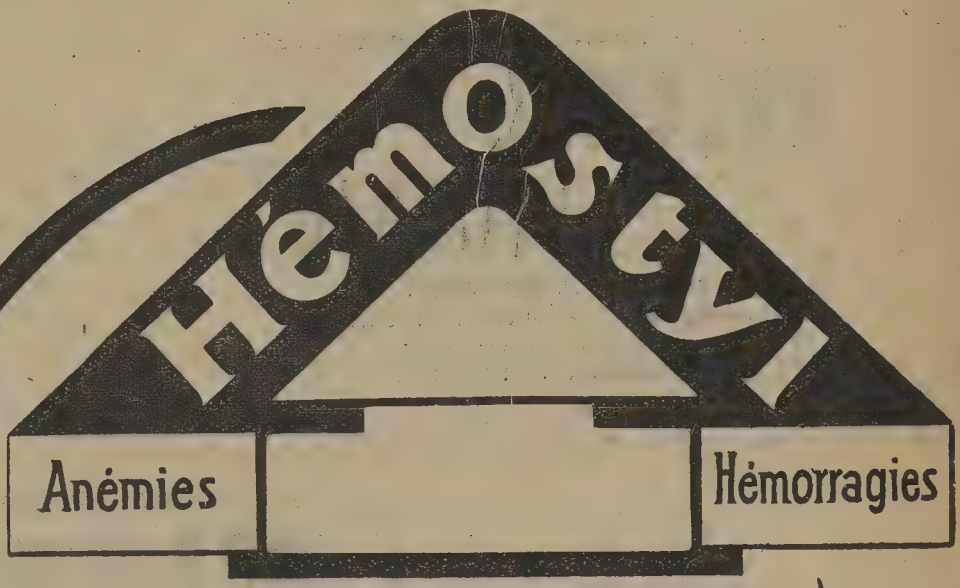
F. L. S.

PROPTÉ LIBRE A JOINVILLE
LE PONT (Seine). Av. Président-Wilson, 4 bis.
Cce 3.892. M. à P. 300.000 fr. Adj. Ch. Not. Paris,
15 mai. Me BACHELEZ, not. Paris, 3, r. Turbigo.

A VENDRE
TRES BELLE
PROPTÉ A MONTMORENCY
(S. et O.) (200 m. de la gare, proche le marché la poste et la mairie) donnant sur trois rues avec entrée rue de Jaigny N° 20, contenant 17.000 m. env. compr. grand Pavillon sur s.-sol avec *au rez-de-ch.* : hall, grand salon, salle de billard, salle à manger, grande galerie vitrée; *aux étages* : douze chambres de maître, confort moderne, serres, communs, garages; jolie vue; grand jardin potager. Facilité d'adjoindre une maison contigüe comportant 7 chambres. Pour renseig. et permis de visiter s'ad. à Me Maillard not. St Denis.

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Iodarsenic DU Dr GUIRAUD
(Goutte Paludéenne)
TOUS ETATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millard, Paris (18e)



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur

A) Sérothérapie spécifique des ANÉMIES (Carnot)

B) Tous autres emplois du Sérum de Cheval :
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons et Littérature

Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deu et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

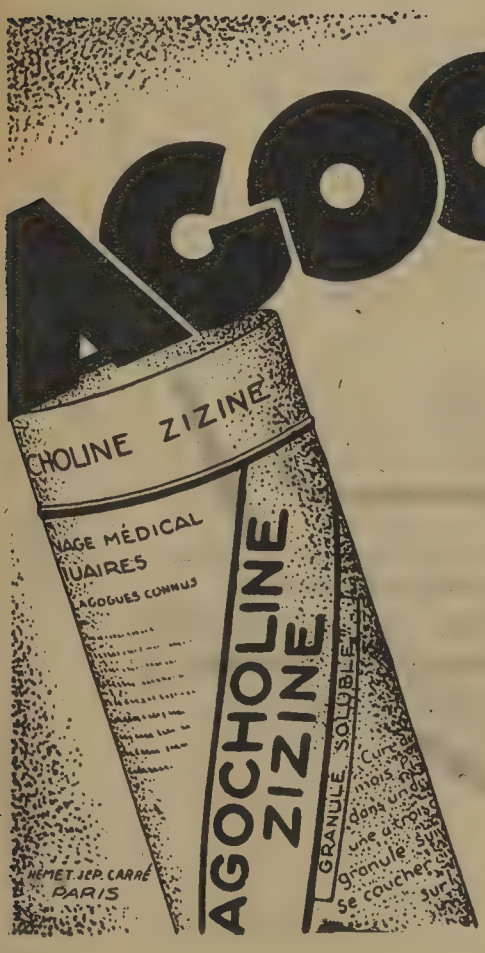
NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit
} d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

LA STRYCHNOTHÉRAPIE DU BARBITURISME AIGU[1]

(Etude expérimentale et clinique.)

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale
CLAUDE HURIEZ, Chef de clinique médicale
A la Faculté de médecine de Lille.

et P. WILLOQUET.

Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille.

I. RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Haggard et Greenberg (avril 1932) Barlow et Cleveland (juin 1932) furent les premiers à signaler en Amérique l'antagonisme de la strychnine et des barbituriques. Recherchant une thérapeutique à opposer aux intoxications par la strychnine, ils songèrent au gardénal. Leurs expériences portèrent sur des rats et des chiens.

a) On donne à tous les *rats* d'une série, des doses croissantes de strychnine allant d'une dose non fatale à cinq fois la dose ordinairement mortelle. Chaque rat reçoit par ailleurs la même dose de gardénal. Dans une série de rats, il n'y a que des variations individuelles de strychnine ; mais chaque série reçoit des doses différentes de gardénal.

Au cours de leurs expériences, ils admettent que la dose mortelle fatale de gardénal est comprise entre 30 et 40 centigrammes par kilogramme de rat.

— Avec moins de 10 cgrs de gardénal par kilog, la guérison nécessite trois fois la dose fatale de strychnine ;

— Avec 30 cgrs de gardénal, il faut quatre à cinq fois la dose fatale de strychnine ;

— Par ailleurs, au cours des grandes intoxications strychnées, il faut deux fois la dose mortelle de gardénal : soit 60 cgrs par kilog.

b) Expériences sur les chiens. — Elles sont classées en cinq catégories :

1. Un chien reçoit deux fois la dose mortelle de strychnine dans le péritoine (1 mmg 4 par kg) en même temps que 0 gr. 10 de gardénal par kg. ; il ne présente aucune convulsion, est hypersensible, dort quelques heures et guérit.

2. Un chien reçoit 0 gr. 12 de gardénal par kilog : il tombe en coma à la vingtième minute.

On lui injecte 2 mmg. 1 (trois fois la dose mortelle) de strychnine par kilogramme : il dort 48 h., reste somnolent 12 h. et redevient normal à la soixante-huitième heure.

3. Un chien reçoit 0 gr. 08 de gardénal par kilog, puis au bout de trente minutes, 2 milligrs 8 (quatre fois la dose mortelle) de strychnine par kilog.

Il manifeste quelques convulsions, que l'auteur qualifie de « sans danger », s'endort ensuite et après quelques heures de faiblesse, guérit complètement.

4. Un chien reçoit 0,30 de gardénal par kg : il meurt à la trentième minute, avant qu'on fasse de la strychnine.

5. Un chien reçoit 0,30 de gardénal par kg, et dès la dixième minute de son intoxication, deux fois la dose mortelle de strychnine (1 mmg. 4) par kilogramme. A la dixième heure, il est encore en coma.

On réinjecte 0 mm. 7 dose (mortelle) de strychnine par kilog. et trois heures après on renouvelle cette dose.

L'animal, qui avait donc reçu quatre fois la dose mortelle de strychnine, guérit le lendemain.

Et les auteurs de conclure :

« Qu'une dose mortelle de barbiturique est neutra-
« lisée par l'injection unique de trois fois la dose mor-
« telle de strychnine ;

« Qu'une dose trois fois mortelle de gardénal est
« neutralisée par quatre fois la dose mortelle de
« strychnine ».

D'autres auteurs américains fournissent des précisions sur l'antagonisme strychnine-gardénal :

Après la publication de Zerfas et Mac Callum, Dawson et Tafft, en injectant à des lapins deux fois la dose mortelle de strychnine (dose mortelle qu'ils fixent à 0,6 mmgs par kg) les ont guéris par introduction intraveineuse de 30 mmgs (par kg.) de gardénal et 150 mmgs (par kg.) de véronal.

Swanson sauve des lapins ayant reçu sept fois la dose mortelle de strychnine sous-cutanée (4 milligr. en tout) par injection intraveineuse de 50 milligr. par kilogramme d'amytal de Na.

Barlow, en juin 1932, dès l'apparition des premières convulsions de lapins strychninisés, injecte par voie intraveineuse 10 à 12 mmg. de gardénal par kilogramme : il a pu ainsi sauver des lapins jusqu'à trente-cinq fois.

Cependant, si la dose de strychnine injectée dépasse vingt fois la dose fatale, il faut arriver à utiliser sept à dix fois la dose mortelle de barbiturique et la moitié des animaux sont alors tués par le gardénal.

Barlow estime que « la strychnine, dans des limites raisonnables est antidote reversible du gardénal et combat une à deux fois la dose mortelle de ce barbiturique ».

Harvier et Antonelli, en France, expérimentent sur la souris et montrent que l'injection peu après le début du sommeil de deux fois la dose mortelle de strychnine protège les souris intoxiquées par une dose mortelle de gardénal.

Mais si l'on double la dose de barbiturique, les souris ne peuvent échapper à la mort, quelle que soit la dose de strychnine injectée.

Nous avons expérimenté sur onze animaux (neuf lapins et deux chiens) pour rechercher les différents aspects de l'antagonisme gardénal-strychnine (Voir tableaux 1 et 2).

La moitié du lot (cinq lapins) devait servir de témoins pour déterminer la valeur approximative de la dose de gardénal qui peut tuer, mais qui ne tue pas toujours et de la dose fatale, toujours mortelle.

Lapins I, II, VI, VIIII, X :

Les tableaux renseignent sur toutes les phases de leurs intoxications barbituriques.

La dose de gardénal pouvant tuer fut de 0,11 par kilogramme (lapin X).

Mais nous avons eu des guérisons spontanées après des intoxications de 0,18 de gardénal par kg. d'animal.

A partir de 0,20, il s'agit pour le lapin, de *doses fatales* :

(0,20, lapin VIII, 0,23, lapin II, 0,30, lapin I).

Au tableau récapitulatif de ces cinq observations, il se dégage deux notions :

a) En dessous de 0 gr. 20 par kilog., l'effet du to-

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 34. Le barbiturisme aigu, Revue générale, par les mêmes auteurs.

xique n'est pas prévisible : tel animal qui a reçu 0,18 par kilog. survit, alors qu'un autre succombe après une intoxication de 0,11 seulement.

b) A partir de 0,20 de gardénal par kilog., la mort est fatale, mais tantôt elle survient après un coma de quatre-vingts heures, tantôt brutalement après trois heures chez des animaux du même lot, intoxiqués par des doses analogues de barbituriques.

TABLEAU I. — *Lapins barbiturisés non traités.*

Animal.	Gardénal par Kg.	Coma.	Evolution.
Lapin I (1re ph.)	0.08 per os	43 h.	guérison
Lapin X	0.11 —	37 h.	mort
Lapin VI	0.18 —	20 h.	guérison
Lapin VIII	0.20 —	80 h.	mort
Lapin II	0.23 —	3 h.	mort
Lapin I (2e ph.)	0.30 —	92 h.	mort

TABLEAU II. — *Animaux barbiturisés traités par la strychnine.*

Animal.	Gardénal par Kg.	Strychnine par Kg.	Coma.	Tétanos.	Evolution.
Chien I (1re ph)	0.10	1mmg1	17 h. 1/2	+	guérison
Chien II	0.10	3mmg25	21 h.	++	guérison
Lapin VII	0.14	1mmg85	46 h.	+	guérison
Lapin V	0.14	3mmg4	75 h.	++	mort
Lapin III	0.20	7mmg	46 h.	+	guérison
Chien I (2e ph)	0.22	2mmg4	65 h.	+	mort
Lapin IV	0.25	13mmg5	28 h.	+	mort

Nous avons ensuite analysé les observations de deux chiens et de quatre lapins ayant reçu du gardénal et de la strychnine.

1) Quatre ont reçu des doses de gardénal, oscillant entre 0,10 et 0,14, doses mortelles, mais non fatales, de barbituriques.

Ces animaux ont été traités par la strychnine à des doses variables. Ayant vérifié que, pour le lapin et le chien, la dose mortelle de strychnine oscillait entre 0,6 et 0,7 mmgs par kilog., nous pouvons traduire leur observation de la sorte :

Le chien I intoxiqué par une dose mortelle de barbiturique a guéri ayant reçu une fois et demie la dose mortelle de strychnine ;

Le lapin VII intoxiqué par une dose mortelle de barbiturique a guéri ayant reçu une fois et demie la dose mortelle de strychnine.

Le chien II a guéri, bien qu'ayant reçu une dose mortelle de gardénal et plus de quatre fois une dose mortelle de strychnine.

Par contre le lapin V qui avait été gavé à raison de 0 gr. 14 de gardénal par kilog., meurt malgré une strychnothérapie de 3 mmgs 5 par kilog. (cinq fois la dose mortelle).

2) Trois ont reçu deux fois une dose mortelle de gardénal (0,20 à 0,25 par kilog.). Les résultats se traduisent de la sorte :

Le lapin III, ayant reçu deux fois une dose mortelle de gardénal (dose fatale) a guéri, en recevant dix fois une dose mortelle de strychnine.

Le chien I dans les mêmes conditions d'intoxication barbiturique est mort en recevant près de quatre fois une dose mortelle de strychnine.

Le lapin IV est mort intoxiqué par 0,25 de gardénal par kilog. ayant reçu près de vingt fois une dose mortelle de strychnine durant les vingt-quatre heures dans son coma.

Mais avant que de tirer des déductions de ces observations, il est deux constatations d'ordre général sur lesquelles nous ne saurions trop insister ;

a) Tous ces animaux, sans exception, lors des injections de strychnine pratiquées en plein coma barbiturique, ont présenté des crises tétaniformes parfois généralisées et extrêmement intenses (même avec injections n'atteignant pas la dose mortelle de strychnine).

b) Par ailleurs, des animaux à peine entrés dans le coma barbiturique recevaient immédiatement des doses mortelles de strychnine, qui entraînaient les crises tétaniformes précitées, mais jamais on n'eut l'impression d'une neutralisation du barbiturique : ce n'est que 15 à 60 heures plus tard que l'animal sortait de sa torpeur, de façon tout analogue aux animaux non traités qui guérissaient spontanément.

Nous insistons sur ce cumul des signes des deux intoxications et sur l'absence de réponse rapide à des doses importantes et répétées de strychnine.

Les résultats terminaux, enfin, correspondent-ils aux lois avancées par Haggard et Greenberg en avril 1932 ? à savoir :

Une dose mortelle de barbiturique (0,10 par kilog.) est neutralisée par l'injection de trois fois la dose mortelle de strychnine (0,7 mmg. ×3=2 mmg. 1 par kilogramme).

Une dose trois fois mortelle de barbiturique (0,30 par kg.) est neutralisée par l'injection de quatre fois la dose mortelle de strychnine (2 millig. 8 par kg).

Des observations favorables comme celles du chien II (0,10 gardénal, 3 mmg. 25 strychnine), du lapin VII (0,40 gardénal, 1 mmg. 85 strychnine), semblent justifier la première proposition, mais dans le même lot l'intoxication du lapin V par 0,14 de gardénal au kilogramme n'est pas jugulée par 3 mmg. 5 de strychnine.

La deuxième proposition semble surtout beaucoup plus discutable. Le lapin III intoxiqué par une dose fatale de gardénal (0,20 fut certes tiré d'affaire par la strychnine, mais il fallut injecter en quarante-six heures, dix fois la dose mortelle de strychnine.

Quant aux observations du chien I et du lapin IV qui avaient reçu deux fois la dose mortelle de gardénal et où la mort survint malgré l'injection de près de quatre fois et vingt fois la dose mortelle de strychnine, elles montrent que les exceptions sont presque la règle à la deuxième proposition des auteurs américains.

Mais surtout, nous croyons qu'il ne faut pas se laisser tenter par la mise en équations rigides, plus ou moins simples, des données, des intoxications et plus encore d'un antidotisme. De nos constatations nous croyons qu'il n'est pas discutable que le gardénal et la strychnine soient doués d'un antagonisme assez accusé ; mais il ne faut pas croire à une neutralisation parfaite, mathématique, de doses mortelles de l'un, par des doses mortelles de l'autre.

Il n'y a sûrement pas neutralisation puisque le cumul des signes des deux intoxications est la règle, quelles que soient les données de l'expérimentation. Antidotisme capable de guérir à tout coup ? Certainement pas non plus : des doses assez banales de gardénal restent mortelles, malgré des doses considérables de strychnine.

Et surtout des doses fatales de gardénal ne sont qu'exceptionnellement jugulées par des doses également fatales de strychnine. Chez l'animal, des intoxications à plus de 0,20 de gardénal par kg., ne bénéficient que très rarement de la strychnothérapie, même massive.

C'est le grand mérite du Professeur Ide de Louvain d'avoir vulgarisé les données expérimentales américaines.

Mais si beaucoup ont appris par son article ces expériences de pharmacodynamie, c'est surtout parce que transposant sans plus attendre le problème de l'expérimentation à la Clinique, il a frappé tous les médecins d'admiration pour l'application humaine de cet antidotisme en proclamant au début de son article de juin 1933, dans la *Gazette Médicale de France*, « que depuis 1932 il ne devrait plus y avoir de morts par le gardénal ou le véronal, et s'il y en a encore eu, c'est la faute à la trop lente pénétration des littératures étrangères dans les milieux unilingues. L'antidotisme réciproque entre la strychnine et le gardénal n'est pas seulement un fait dûment établi, mais c'est un antidotisme qui dépasse de loin tout ce que la thérapeutique a jamais rencontré dans ce domaine », et plus loin : « l'antidotisme est si admirablement réciproque que la dose mortelle de poison annihile la dose mortelle de contrepoison, phénomène sans exemple antérieur dans la pharmacodynamie ».

Nos résultats ne nous font pas partager entièrement l'enthousiasme du Professeur Ide sur les données expérimentales qui ont conduit à l'application thérapeutique humaine.

Pour expliquer les cas mortels d'intoxications barbituriques, même traitées par la strychnine, on a souvent incriminé des complications cardiaques. Comme les lésions myocardiques nous paraissaient moins spécifiques que les altérations nerveuses, hépatiques ou rénales, nous avons voulu rechercher sur l'animal s'il y avait des *troubles électrocardiographiques au cours d'intoxications barbituriques, traitées ou non par la strychnine.*

Nous avons étudié plus de cent tracés électrocardiographiques, recueillis chez neuf lapins, étudiés dans les pages précédentes, intoxiqués par le plus courant des barbituriques : *le gardénal.*

L'administration était faite par gavage à la sonde.

Le coma s'installait rapidement, mettant entre 20 et 50 minutes à se constituer.

Les animaux étaient allongés en décubitus ventral et pour pouvoir discuter sur les électrocardiogrammes pris toujours dans des conditions identiques, nous avons employé le dispositif suivant qui permet la prise facile et rapide de nombreux tracés, sur plusieurs lapins, sans variations de position des électrodes, durant toute l'expérience : nous avons choisi comme électrodes des aiguilles de Vernes à prise de sang, qui étaient enfoncées dans les masses musculaires des deux pattes de devant et de la patte postérieure gauche. Les extrémités des fils conducteurs de l'électrocardiographe de Boulitte avaient été facilement prolongées par trois mandrins en acier qui permettaient des connexions faciles, en les faisant pénétrer dans les aiguilles de Vernes, électrodes toujours en place.

Constatations :

Les neuf lapins peuvent se répartir en trois lots :

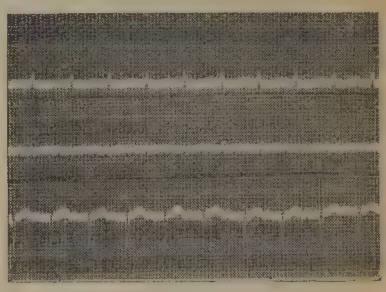
a) Les lapins I, II, VI, VIII, furent *intoxiqués par le gardénal sans subir aucun traitement.*

b) Les lapins V et IX reçurent d'abord des *injections de strychnine* pour apprécier l'action de ce produit sur les tracés cardiographiques; ils furent ensuite intoxiqués par le gardénal et traités par la strychnine.

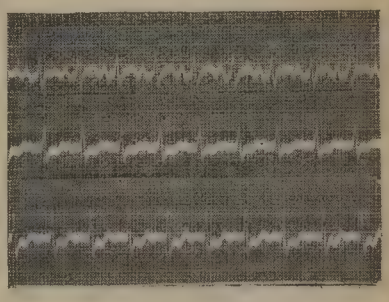
c) Les lapins III, IV et VII, *intoxiqués par ce barbiturique* reçurent une *thérapeutique strychnée.*

1er Lot. — Intoxications par les barbituriques, non traitées. — A) *Troubles du rythme.* — Le ralentissement du rythme cardiaque est constant, mais peu important chez trois animaux.

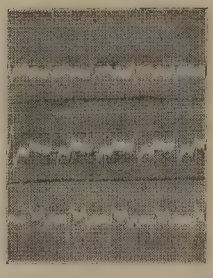
TROUBLES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES AU COURS DU BARBITURISME AIGU NON TRAITE



Cliché 1. — Les trois dérivations du tracé initial du lapin I.



Cliché 2. — Les trois dérivations du tracé n° 12, du lapin I, après un coma de 68 heures : grosses modifications de l'intervalle ST et tracé de type prépondérance ventriculaire droite.



Cliché 3. — Les trois dérivations du tracé n° 13 du lapin I, après un coma de 77 h. 30 : grosses modifications de ST et tracé de type prépondérance ventriculaire gauche.

Lapin I, de 320 à 270 ; lapin VI, de 280 à 240 ; lapin VIII, de 280 à 235.

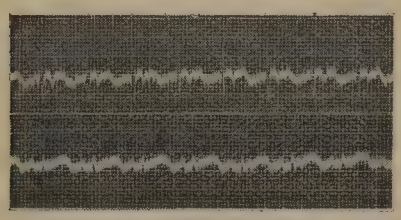
Une bradycardie sinusale se constitua dès la deuxième heure chez le lapin II, avec ralentissement progressif du rythme de 260 à 235-160-130-84-45 et mort à la troisième heure.

B) Anomalies isolées des ondes et complexes électrocardiographiques, nous n'avons relevé aucune variation notable de P., ni de T.

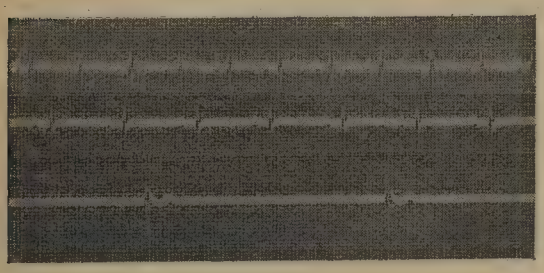
C) *Troubles de la conduction.*

1. La bradycardie du lapin II, bien que considérable, ne s'accompagne jamais de troubles de conduction ; le rythme fut toujours sinusal.

BARBITURISME EXPERIMENTAL NON TRAITE



Cliché 4. — Le tracé supérieur est la dérivation II de l'électrocardiogramme initial du lapin VIII. Le tracé supérieur correspond à la dérivation II d'un électro pris au cours du coma barbiturique : tracé de bas voltage.



Cliché 5. — Installation progressive d'une bradycardie sinusale au cours du coma barbiturique du lapin II, où la mort survint à la troisième heure.

2. Aucun trouble de conduction ne fut relevé sur les quatre électrocardiogrammes du *lapin VI*, de 3 kg. 300, intoxiqué par 0,60 de gardénal et qui sortit spontanément du coma barbiturique à la quarantième heure et guérit complètement.

3. *Le lapin VIII* de 3 kg., intoxiqué par 0,60 de gardénal, ne sortit pas du coma, décéda à la quatre-vingtième heure ; dès la trentième heure, on releva des tracés dits de bas voltage.

4. L'observation du *lapin I* est particulièrement importante : l'animal, pendant 6 kg. 200, est intoxiqué initialement par 0,50 de gardénal, il sort du coma à la quarantième heure et les sept électrocardiogrammes de cette première période attestent un ralentissement léger du rythme, sans aucune anomalie des complexes.

On lui fait ingérer de nouveau 0,80 de gardénal à la quarante-quatrième heure, et l'on n'enregistre aucun trouble cardiaque durant ce deuxième coma, qui prend fin spontanément à la soixante-huitième heure. Une dernière prise de 0,50 de gardénal (soit un total de 1 gr. 80 de barbituriques) provoque un troisième coma, mortel à la quatre-vingt-douzième heure.

Durant cette période, on ne constate que peu de modifications du rythme, mais surtout de *gros troubles de conduction :* alors que les dix tracés initiaux sont du type *prépondérance gauche*, on constate à la soixante-huitième heure un tracé de *bloc présumé de branche gauche ; à* la soixante-dix-septième heure, un tracé de *bloc présumé de branche droite* avec *allongement de l'intervalle* P. R.

2e Lot. — MODIFICATIONS DES TRACÉS ÉLECTROCARDIOGRAPHIQUES CHEZ DEUX LAPINS INTOXIQUÉS PAR LA STRYCHNINE. — L'action isolée de la strychnine sur les tracés électrocardiographiques, a pu être étudiée chez les lapins V et IX.

1. *Le lapin V* de 3 kg. 500 reçut une injection de 1 mmg. de strychnine intraveineuse, qui déclancha au cours de l'injection un tétanos strychnique généralisé considérable.

Il reçut ensuite, à intervalle d'une heure, deux injections sous-cutanées de strychnine de 1 mmg. La moindre percussion des membres entraînait encore cinq heures après la troisième injection, un tétanos généralisé.

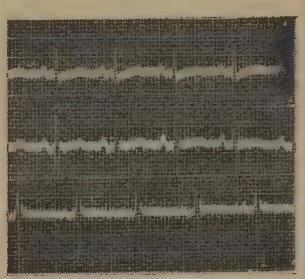
La comparaison de l'électrocardiogramme initial et des tracés après strychnisation montrent :

a) Un ralentissement du rythme de 300 à 250.

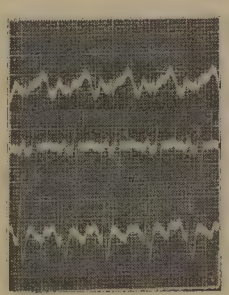
b) Mais surtout *une anomalie considérable de l'onde T* qui passe de +2 à +7 dans la dérivation II, et de +1 à 3+ en DIII. Cette accentuation considérable de T survient en cinq minutes après strychnisation. Elle disparut à la cinquième heure, quand l'animal fut alors gavé avec du lait contenant 0 gr. 50 de gardénal et tomba dans le coma barbiturique.

2. *Le lapin IX* de 3 kg. 700, reçut une première injection intraveineuse de 1 mmg. de strychnine. On constata dix minutes après une accentuation aussi notable de l'onde T. Mais l'on ne put observer longtemps l'animal, qui succomba au cours de la deuxième injection de 1 mmg. de strychnine endoveineuse. Il n'était pas dans notre intention d'étudier l'action de la strychnine sur les tracés électrocardiographiques. Il nous semble cependant intéressant de rapporter, sans y ajouter une valeur absolue, la constatation chez deux lapins d'accentuation considérable de l'onde T., disparaissant chez l'un lors d'intoxication barbiturique complémentaire.

BARBITURISME EXPERIMENTAL TRAITE PAR LA STRYCHNINE



Cliché 6. — Electro initial du lapin V (D I - D II - D III).

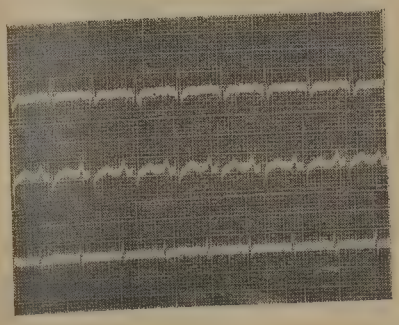


Cliché 7. — Les trois dérivations d'un tracé pris après injection de strychnine : amplitude exagérée de l'onde T.

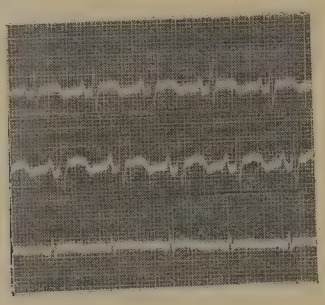
3e Lot. — LES LAPINS III, IV, VII, FURENT INTOXIQUÉS PAR LE GARDÉNAL, PUIS TRAITÉS PAR LA STRYCHNINE. — *Le lapin V*, initialement soumis à des injections de strychnine, fut secondairement intoxiqué par

le gardénal, puis traité également par des injections de strychnine.

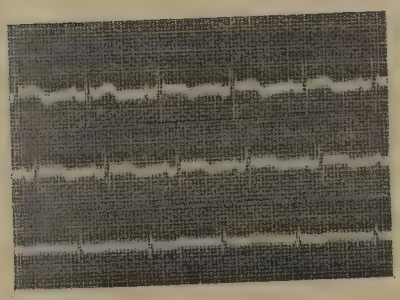
Nous n'avons pas employé souvent la voie endoveineuse pour les injections de strychnine chez les lapins, car même chez ceux intoxiqués profondément par le gardénal, l'injection de 1 mmg. de strychnine



Cliché 8. — Les trois dérivations de l'électro initial du lapin III.



Cliché 9. — Exagération considérable de l'onde T, après les premières injections de strychnine.



Cliché 10. — Persistance de cette anomalie, mais très atténuée, après cessation du coma.

provoque un tétanos strychnique intense, qui montre tout au moins le cumul de signes d'intoxications barbiturique et strychnique.

1. *Le lapin III* de 3 kg., tombe dans le coma à la suite de l'injection de 0,60 de gardénal. Il fut soumis de la septième à la quatre-vingt-dix-septième heure à des injections de strychnine dont le total atteint 23 milligrammes. La guérison fut définitive. Sur les dix tracés pris durant cette période, nous pûmes relever :

a) *Un ralentissement important du rythme,* dès la neuvième heure de l'intoxication, alors que l'animal avait reçu 5 mmg. de strychnine (de 300 à 150), puis relèvement à 250 du rythme quand l'animal fut sorti du coma à la quatre-vingt-dix-septième heure.

b) *Nous n'avons trouvé aucun trouble apparent de conduction* (ni retards, ni tracés de bas voltage, ni tracés de blocs des branches).

c) Quand le rythme atteint 150, nous avons relevé durant cinq heures, l'apparition d'une *anomalie de l'onde T. qui devient très accentuée,* rappelant *l'onde en dôme décrite par* Pardée.

d) Enfin, il s'agit d'un cas à évolution favorable.

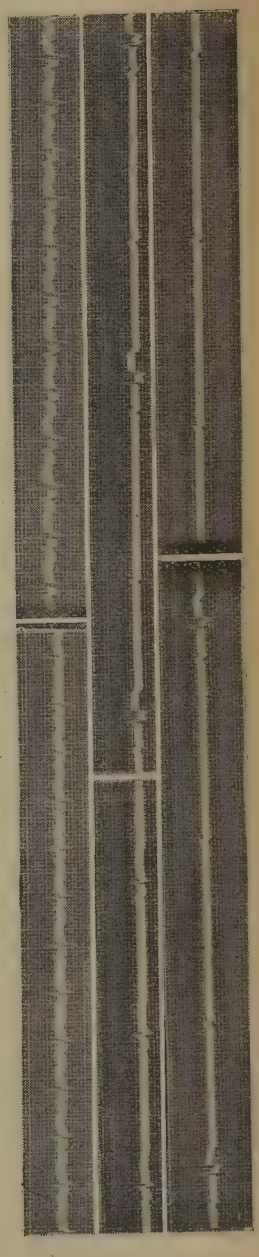
2. *Le lapin IV* de 3 kg. 600, fut intoxiqué par 0 gr. 90 de gardénal et traité dès la deuxième heure par la strychnine.

A la vingt-sixième heure, il avait reçu 22 mmg. de strychnine par voie sous-cutanée, et on constata un ralentissement du rythme de 275 à 175, sans aucune anomalie des ondes, ni aucun trouble de conduction. A la vingt-sixième heure, on pratique des injections sous-cutanées d'heure en heure de strychnine, à la dose de 5 mmg., par voie sous-cutanée. Chaque injection était suivie d'un tétanos strychnique à la moindre percussion de l'animal.

Lors d'une injection de strychnine à la vingt-huitième heure, on constata le ralentissement progressif du rythme à 82, 70, 60, 28, puis la mort.

Le long tracé recueilli durant cette phase terminale montra :

a) Des *troubles de conduction,* débutant par un allongement de P. R.



Cliché 11 :

a, b) Dérivations I et II du tracé initial du lapin IV.

c) Dérivation I à 27 heures d'intoxication par 0,60 de gardénal et traitement par 22 mmg. de strychnine = bradycardie sinusale.

d) Dérivation I à 27 h. 30. Dissociation auriculo-ventriculaire à 2 - 1.

e) Dissociation à 3 - 1.

f) Systoles auriculaires isolées, Mort.

b) Puis une *dissociation auriculo-ventriculaire* à 2/1 puis à 3/1.

c) Enfin l'apparition uniquement de systoles auriculaires et l'arrêt du cœur.

Il est indiscutable que nous avons assisté, au cours de ces injections massives de strychnine, à un *blocage complet du faisceau de His.*

3. *Le lapin VII* de 3 kg. 500, intoxiqué par 0,50 de gardénal, n'est traité par la strychnine qu'à la dix-

septième heure. Il reçoit 6 mmg. de strychnine par voie sous-cutanée, de la dix-septième à la quarantième heure, puis il sort du coma à la quarante-septième heure et guérit définitivement.

Nous n'avons noté qu'un léger ralentissement du rythme de 290 à 230, dès la première injection de strychnine. Mais il n'y a à relever sur quatre tracés pris durant ce coma de quarante-sept heures aucun trouble de conduction, ni anomalie des ondes et notamment du soulèvement T.

4. *Le lapin V* de 3 kg. 500, qui avait été soumis, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, à des injections initiales de strychnine ayant amené un ralentissement de 300 à 250 du rythme et surtout une exagération à +7 de l'onde T. fut soumis à la cinquième heure à une intoxication barbiturique par 0 gr. 50 de gardénal. On constata la disparition de l'amplitude exagérée de l'onde T. Quand devant la puissance du coma, il fallut reprendre les injections de strychnine, on assista à un ralentissement notable du rythme de 250 à 165, et malgré 12 mmg. de strychnine administrés en soixante heures, l'animal mourait.

Les douze tracés pris durant ce coma, ne montrèrent, en dehors de la bradycardie de plus en plus accentuée, aucun trouble de conduction, ni anomalies des ondes.

CONCLUSIONS DE CES RECHERCHES ELECTROCARDIOGRAPHIQUES

1. *Les intoxications par les barbituriques non mortelles en l'absence de traitement* chez l'animal ne s'accompagnent pas d'anomalies électrocardiographiques, mais d'un léger ralentissement du rythme.

2. *Les intoxications mortelles et non traitées*, nous ont permis de constater chez l'animal :

— *Soit au cas d'intoxication massive, fatale en quelques heures* (lapin II), un ralentissement de 300 à 45 du rythme qui reste sinusal,

— *Soit dans les cas mortels mais d'évolution plus longue*, l'apparition de tracés de bas voltage, de tracés dits de blocs incomplets et présumés de branches, de troubles de conduction hisienne et myocardique.

3. Au cours de nos recherches, nous avons pu noter chez deux lapins *l'action isolée de la strychnine* qui amène un ralentissement important du rythme cardiaque et surtout une exagération considérable de l'onde T.

4. *Les lapins intoxiqués par les barbituriques et traités par la strychnine* ont fourni des constatations de deux ordres :

a) *Dans les cas à évolution finale favorable*, on ne peut relever sur les tracés qu'une anomalie transitoire de *l'onde T. fortement amplifiée*, et rappelant parfois l'onde T. en dôme décrite par Pardée dans l'infarctus du myocarde.

b) *Dans les cas mortels*, où des doses considérables de strychnine avaient été utilisées, nous avons trouvé des *troubles de conduction*, allant, dans le cas IV, jusqu'à l'installation *d'un bloc complet et mortel du faisceau de Hiss.*

L'examen de cette centaine de tracés chez neuf lapins barbiturisés, traités ou non par la strychnine, nous semble autoriser une première remarque sur la valeur de l'électrocardiographie pour prévoir l'évolution de semblables intoxications et il nous a été donné récemment de vérifier *la valeur de cet électropronostic* dans deux cas d'intoxication humaine.

Mais surtout la constatation de gros troubles électrocardiographiques au cours des intoxications par le gardénal traitées par la strychnine est un argument de plus pour ne pas admettre à la légère, sous le couvert d'enthousiasme, le principe d'une neutralisation parfaite et immédiate d'un toxique par l'autre. L'apparition, chez le lapin IV d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète aussitôt après une injection intraveineuse de strychnine, permet de douter « que cet antidotisme soit si admirablement réciproque ».

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

Kempf, Mac Callum et Zerfas, d'Indianapolis, ont, en février 1933, rapporté onze cas de guérison d'intoxication strychnique traitée par l'amytal de sodium très voisin du gardénal. Ils concluent « que l'amytal de sodium et le pentobarbital de sodium administrés par voie intra-veineuse sont des moyens définitifs pour sauver la vie dans l'intoxication strychnique chez l'homme ».

C'est le Professeur Ide, de Louvain, qui, non seulement fit connaître les travaux américains expérimentaux et thérapeutiques, mais surtout qui attira l'attention des cliniciens d'Europe sur les résultats à attendre de la strychnothérapie intensive dans le traitement des intoxications barbituriques.

Son article fournit les bases de l'application humaine de cet antagonisme barbiturique-strychnine.

Il admet que la dose minima mortelle de gardénal est de 1 gr. 50 et que celle de véronal est de 3 gr. Pour la plupart des corps toxiques, la dose toujours mortelle correspond à deux fois la dose minima mortelle.

Evidemment ces indications n'ont qu'une valeur relative, puisqu'il est des intoxications par 15 gr. de véronal qui ont guéri spontanément.

Dans l'ensemble, le Professeur Ide estime « que le suicidant n'a pas avalé la dose fatale, qu'il est resté autour de la dose minima mortelle et n'a pas pris deux fois cette dose »... « il a donc dans le corps la dose qui serait préventive pour une dose mortelle ou plusieurs doses mortelles de strychnine. Je n'ai donc rien à craindre de la strychnine ».

L'auteur belge estime donc que cet intoxiqué peut supporter dix centigrammes de strychnine et il conseille « d'injecter un centigramme de nitrate de strychnine par heure, quitte à donner d'emblée deux centigrammes dans les cas exceptionnels ». « Généralement le second centigramme a non seulement coupé la stupeur, mais la malade s'est dressée, elle s'est mise à parler, à confesser sa tentative, qu'elle regrettera bientôt. »

« On ne risque vraiment rien. »

Et comment s'étonnerait-on de voir après un semblable exposé une conclusion différente du fameux « on ne peut plus laisser mourir des suicidants au gardénal, véronal ou autres barbituriques ».

L'article du Professeur Ide a eu tout le retentissement voulu ; il fait rechercher le barbiturisme devant tout coma dont la cause n'était pas évidente ; il a fait utiliser la strychnine très largement, au point qu'on publie des cas, d'ailleurs mortels, où l'on injecta 130 centigrammes de strychnine. Mais il est temps de faire le point, pour voir si en clinique l'antidotisme barbiturique-strychnine donne des résultats aussi constants, sûrs et faciles que l'avait proclamé le Professeur de Louvain.

Après l'observation princeps de Madame Bertrand-Fontaine, au résultat particulièrement brillant, la Société médicale des Hôpitaux de Paris fut, dans le dernier trimestre de 1933 et durant le début de 1934, le véritable centre de discussions du sujet : une vingtaine d'observations, aux données initiales, aux résultats les plus divers, ont formé un matériel de début de grande valeur. Plusieurs articles, et surtout les thèses de Leloupp et de Deuquet ont groupé tous ces documents.

Mais ce furent surtout les réserves d'Harvier, de Rivet et tout récemment l'article de Moreau et de Sterne qui ont tenté de dégager les résultats de cette thérapeutique strychnée du barbiturisme aigu.

Nous avons plus particulièrement étudié 26 observations (dont deux personnelles) de barbiturisme aigu traité par la strychnine durant ce dernier semestre.

Nous avons cru bon de les répartir d'abord d'après la nature du barbiturique incriminé (gardénal, véronal, dial, somnifène, intoxications mixtes) et dans chaque groupe de les classer d'après la dose de toxique ingérée.

Chaque tableau fournit par ailleurs les principales caractéristiques du cas : âge, sexe, le temps séparant l'ingestion du début de la thérapeutique strychnée, la dose de strychnine utilisée, la durée du coma à partir de cette strychnothérapie, enfin l'évolution finale.

Mais il nous a semblé qu'on risquerait de voir le problème sous un angle trop spécial, si on n'opposait pas à chacun de ces tableaux les cas semblables choisis durant les dernières années où le barbiturisme ne fut pas traité par la strychnine.

C'était, à notre avis, la meilleure façon de pouvoir apprécier la transformation apportée par la strychnine dans le pronostic du barbiturisme aigu.

1. Envisageons d'abord les tentatives de suicide par le VÉRONAL.

a) Dans la période qui précède le dernier trimestre de 1933, étudiant huit observations de véronalisme aigu, dont trois appartiennent à la thèse de Tardieu et deux à la thèse de Lagarce, nous relevons sept guérisons et une mort. Ces malades furent traités par l'évacuation gastrique par lavage ou par injection d'apomorphine, par la saignée, l'injection de tonicardiaques, par l'introduction de sérum glucosé intraveineux. Nous ferons remarquer immédiatement que dans un cas à évolution favorable, la dose de toxique n'atteignait pas la minima mortelle, que quatre observations suivies de guérison relèvent de doses comprises entre la minima mortelle (3 gr.) et la dose fatale (6 gr.) et que dans les trois derniers cas, la dose fatale était atteinte ou dépassée. Il faut insister sur la variabilité des résultats : un malade de Trémolières meurt après ingestion de 6 gr. de véronal, alors que Tardieu et Camps prodiguent une saignée et des tonicardiaques à un homme qui avait ingéré 24 gr. de véronal, et qui guérit.

b) Les dix observations qui ont été traitées surtout par la strychnine fournissent six décès et quatre guérisons. Il est juste de souligner que les dix intoxiqués avaient pris plus de 7 gr. de véronal, donc plus que la dose fatale théorique.

Aucun des six cas défavorables ne fut traité avant la 16e heure, alors que trois des quatre succès furent soignés respectivement 1 h. 30, 10 h. et 10 h. après l'ingestion du toxique ; seul le quatrième reçut sa première injection de strychnine après vingt heures de coma.

Véronalismes avant et après strychnothérapie.

Auteurs	Age	Sexe	Dose	Traitement	Coma	Evolution
Tardieu (VI)..	24	F	2g50	saignée	24 h.	guéris.
Sentis-Rimbaud.....	55	F	3g50	P. L.		guéris.
Tardieu (V.)..	49	H	4g	saignée	14 h.	guéris.
Achard, Mouzon, Bloch..			5g	saignée tonicard.		guéris.
Paget, Druelle.	60		5g	tonicard.	70 h.	guéris.
Trémolières, Lagarce....			6g	sondage tonicard.		décès
Tardieu,Camps	30	H	24g	saignée		guéris.
Trémolières, Lagarce....			?	tonicard.		guéris.
Harvier, Antonelli (IV)...			7g	strychnine 0,170	36 h.	décès
Rivet (II).....			9g	strychnine 0,090	18 h.	guéris.
Ramond, Delay			10g	strychnine 0,620	92 h.	décès
Rigaud, Schmite.....	22	F	10g	strychnine 0,300	64 h.	guéris.
Harvier, Antonelli (II)....			10g	strychnine 0,100	24 h.	décès
D'Œlsnitz....	60	H	10g	strychnine 0,440	97 h.	décès
D'Œlsnitz....	47	F	15g	strychnine 0,060	20 h.	guéris.
Bertrand-Fontaine, Claas.			17g	strychnine 0,390	64 h.	guéris.
Harvier, Antonelli (VI)...			?	strychnine 0,160	36 h.	décès
Denquet.....	21	H	?	strychnine 0,280	50 h.	décès

Gardénalismes avant et après la strychnothérapie.

Auteurs	Age	Sexe	Dose	Traitement	Coma	Evolution
Ramond (1)...	25	F	1g50	tonicard.	90 h.	guéris.
Ramond (2)...	20	F	2g	tonicard.	36 h.	guéris.
Achard, Mouzon, Bloch..			9g + dial 0g70	lav. est. caféine		guéris.
Achard.....			12g	saignée tonicard.		mort
Eschbach.....			2g	strychnine 0,026	2 h.	guéris.
Moreau, Sterne (1).....			2g	strychnine 0,070	18 h.	décès
Rivet (1).....			2g	strychnine 0,028	48 h.	guéris.
Carrière, Huriez, Willoquet (2)....	21	F	3g	strychnine 0,017	48 h.	guéris.
Bernard, Leroux.....			3g	strychnine 0,380	54 h.	mort
Carrière, Huriez, Willoquet (1)....	24	F	3g50	strychnine 0,045	36 h.	guéris.

Auteurs	Age	Sexe	Dose	Traitement	Coma	Evolution
Harvier, Antonelli (I).....			4g	strychnine 0,170	80 h.	guéris.
Brûlé.....			5g	strychnine 0,460	110 h.	guéris.
Langeron, Paget, Batteur.			5g25	strychnine 0,260	100 h.	guéris.
Denéchau.....			6g	strychnine 0,480	140 h.	guéris.
Moreau, Sterne (III).....			6g	strychnine 0,194	72 h.	mort
Flandin, Bernard.....			15g	strychnine 1,300	64 h.	mort
Moreau, Sterne (II).....			?	strychnine 0,095	36 h.	mort

La dose de véronal ingérée ne semble pas le seul facteur de gravité de ces intoxications :

Dans les cas favorables nous relevons : 9, 10, 15 et 17 grammes.

Pour les issues fatales : 7 gr., 10 gr., 10 gr., 10 gr. et deux doses non connues.

La question de la dose toxique ingérée enfin n'est pas toujours facile à déterminer : deux de ces dix observations, deux cas d'ailleurs mortels, sont sans aucune précision à ce sujet.

La quantité de strychnine opposée ne semble guère avoir d'importance sur l'évolution de ces intoxiqués :

Pour les quatre guérisons : 0,060, 0,090, 0,300, 0,390.

Pour les six décès : 0,100, 0,160, 0,170, 0,280, 0,460, 0,620.

Mais surtout on trouve dans ce rapprochement de dix véronalismes aigus un exemple typique de la réaction essentiellement différente de deux individus intoxiqués dans des conditions fort analogues : nous voulons parler de deux malades de d'Œlsnitz, mari et femme, voulant mettre fin à leurs jours, le mari prenant 10 gr. de véronal et la femme 15 gr.

Ils restent tous deux vingt heures dans le coma et la femme ayant reçu en vingt heures, 0,060 de strychnine, cependant que le mari qui avait pris 5 gr. de véronal de moins ne put être tiré d'affaire malgré 0,440 de strychnine en 97 heures.

C'est là que la différence essentielle des sensibilités individuelles aux barbituriques prend toute sa signification.

Comme l'écrit Moreau, « cette différence de sensibilité tient évidemment à des différences de constitution biologique, mais nous en ignorons les tests et rien ne nous permet de prévoir l'aptitude de la résistance d'un sujet à l'intoxication ».

2. Intoxications par le Gardénal. — Nous n'envisagerons surtout qu'une série de treize cas d'intoxications gardénaliniques, traitées par la strychnine, ne disposant que de trop peu d'observations complètes avant octobre 1933. Sur ces treize cas, il y eut globalement cinq décès et huit guérisons.

Si nous admettons les données de Ide, fixant la dose minima mortelle à 1 gr. 50 et la dose fatale à 3 gr. pour le gardénal, trois de ces observations correspondent à des ingestions de gardénal inférieures à la dose fatale, et il y eut cependant un décès. Moreau et Sterne insistent particulièrement sur leur observation I, où un malade qui n'avait ingéré que 2 gr., qui fut traité dès la quatrième heure (lavage d'estomac positif), qui reçut 7 centigrammes de strychnine en dix-huit heures, mourut en dehors de toute complication pulmonaire ou circulatoire. Voilà bien un nouvel exemple de sensibilité individuelle.

Les dix autres cas ont fourni quatre décès et six guérisons pour des intoxications par 3 gr. et plus de gardénal.

1. — *La question de dose des toxiques* n'est pas plus que pour le véronal le facteur décisif :

Nous relevons pour les quatre décès : 3 gr., 6 gr., 15 gr., dose inconnue.

Nous relevons pour les six succès : 3 gr., 3 gr. 50, 4 gr., 5 gr., 5 gr. 25, 6 gr.

2. — *La précocité de la mise en œuvre de la thérapeutique n'est pas négligeable*, mais que l'on compare l'observation de Dénéchau et l'obs. III de Moreau et Sterne : ces deux sujets ont ingéré 6 gr. de gardénal : l'un est traité au bout de quelques heures et meurt malgré 194 mmgs de strychnine en 72 heures, l'autre n'est traité qu'à la trentième heure et guérit.

3. — *La dose de strychnine utilisée* est des plus variables :

Pour les quatre décès : 0.095, 0.194, 0.380, 1.300.

Pour les six succès : 0.017, 0.045, 0.170, 0.260, 0.460, 0.480.

La comparaison du malade de Bernard et de notre observation II est assez intéressante : deux jeunes femmes, intoxiquées par 3 gr. de gardénal, sont traitées toutes deux à la 24e heure ; la malade de Bernard meurt, malgré 380 milligs de strychnine en 54 heures, la nôtre guérit en 48 heures avec 17 milligs de strychnine intra-musculaire.

3) Intoxications mixtes : véronal et gardénal.

Les observations résumées dans le tableau ci-joint correspondent toutes deux à l'ingestion simultanée de doses fatales de gardénal et de véronal, mais l'une guérit après injection de 23 milligs de strychnine qui détermine un tétanos strychnique malgré l'énorme dose de barbiturique ingérée et l'autre après injection de 160 milligs.

4) Intoxications par le Dial.

Ce corps a une toxicité sensiblement égale à celle du gardénal.

Nous groupons quatre observations de coma lié à l'ingestion de ce barbiturique :

Trois avant la strychnothérapie : un décès pour une dose assez faible de 2 gr. et deux succès ;

Un seul traité par la strychnine qui démontre tout au moins l'extraordinaire tolérance de certains de ces intoxiqués à la strychnine ; puisque le malade qui n'avait pris qu'un gramme de dial cinq heures plus tôt, reçut 110 milligs de strychnine en trente heures, sans manifestations tétaniformes.

5) Nous ne faisons que rapporter les trois cas suivants d'intoxications par l'allonal et le somnifène, sans les commenter plus longuement puisque depuis octobre 1933, il n'y eut pas de publications d'intoxications par ces barbituriques traitées par la strychnine.

De tous ces éléments, quelques points peuvent être détachés :

1. — Le véronalisme aigu est plus grave que l'intoxication par le gardénal, même depuis la strychnothérapie.

2. — *La dose de toxique ingérée* n'est pas toujours facile à déterminer ; les doses les plus fortes sont responsables souvent des issues fatales, mais celles-ci peu-

vent survenir pour des prises inférieures à la dose fatale, malgré une strychnothérapie importante.

3. — Il y a tout intérêt à mettre en œuvre d'urgence la thérapeutique et une grande partie des décès concerne des intoxications évoluant sans traitement depuis plus de vingt heures, mais des injections de strychnine massives, même dès le début d'intoxication par des doses moyennes, non fatales à priori de barbiturique, n'ont pas toujours empêché la mort.

4. — *La sensibilité propre à chaque sujet* vis-à-vis de l'intoxication barbiturique est en effet l'élément le moins expliqué mais peut-être le plus important du problème thérapeutique.

5. — Y a-t-il vraiment des règles de la posologie de la strychnine qui découlent de l'observation de ces vingt-six barbiturismes aigus traités par la méthode de Haggard ?

1) Des guérisons ont été obtenues avec des doses peu importantes de strychnine, quelques centigrammes en tout : faut-il en rapporter tout le bénéfice à la strychnine ? Nous ne le croyons pas.

a) Parce que depuis octobre 1933, tous les intoxiqués par les barbituriques ont reçu de la strychnine même lorsqu'il s'agissait de cas bénins, et il faut tout de même rappeler que sur seize intoxications rapportées avant octobre 1933, onze avaient guéri avec des thérapeutiques que l'on ne considère plus que comme adjuvantes. Sur les vingt-six depuis octobre 1933, il n'y eut que quinze succès.

b) Parce qu'avec Moreau, nous ne croyons pas que l'on doive attribuer tous les succès du début à la strychnine.

Dans certains cas, traités très peu après l'ingestion du toxique, on a fait des lavages d'estomac qui ont plus de valeur que les auteurs ne semblent leur en attribuer puisqu'à ce moment une partie des barbituriques était encore dans l'estomac.

2) *L'action de la strychnine, des fortes doses en particulier*, ne nous a paru se manifester d'une façon bien rapide, comme nous l'aurait fait croire l'article du Professeur Ide ; qu'on jette un regard sur les tableaux précédents, il n'y a pas d'intoxication qui n'ait cessé en moins de 24 heures, même avec une strychnothérapie intense et précoce, atteignant la dose thérapeutique théorique. Pas une seule observation, où l'on signale un réveil subit... Nous sommes loin « de la confession de la tentative dès la deuxième injection ».

3) *Ces fortes doses sont-elles toujours sans danger ?* De nombreuses observations, à évolution favorable ou fatale, signalent l'apparition de crises tétaniformes après les injections intra-veineuses de un centigramme de strychnine. Dans des observations comme celles de Ramond et Delay, l'apparition de crises tétaniformes au 23e, au 37e, au 52e et au 62e centigramme démontre qu'il peut y avoir cumul des signes d'intoxication barbiturique et strychnique.

Mais bien plus impressionnantes sont les observations de Moreau et Sterne et de Paraf.

Des malades qui auraient dû être largement protégés par des doses importantes (plus de 6 gr.) de gardénal ingéré, présentent des crises brutales de tétanos strychnique dès le deuxième centigramme, sans d'ailleurs se réveiller.

« Avec la strychnine, rien à craindre », déclarait M. Ide... sauf quand l'antagonisme ne joue pas...

Et finalement que penser de l'antidotisme gardénal-strychnine en thérapeutique humaine ?

Il existe parfois, c'est indiscutable : des observations comme celle de Mme Bertrand-Fontaine en font foi. Par ailleurs, on ne peut pas plus nier que les intoxiqués par les barbituriques supportent en général bien des doses énormes de strychnine.

Cependant il n'existe pas toujours, et l'on peut craindre l'apparition brutale et précoce de crises tétaniques dès le début de la strychnothérapie.

Mais surtout ce n'est pas la neutralisation directe du barbiturique par la strychnine qu'il faut attendre de cette thérapeutique, sans quoi comme le remarque Moreau « le délai d'application de la thérapeutique ne devrait pas avoir d'importance, du moment qu'on a le temps d'administrer des doses suffisantes ».

Il s'agit d'une action bien plus complexe, dont les modalités nous échappent, d'une action assez inconstante, sans que nous ayons des tests d'appréciation de ses effets.

Et tout ceci cadre bien avec les réserves que nous avons cru devoir apporter aux bases expérimentales de la méthode.

Il ne faudra donc pas compter uniquement sur cette thérapeutique et nous développerons plus tard ce qui doit être tenté également.

Enfin, la strychnothérapie doit s'adapter à chaque cas :

Elle doit être prudente pour éviter les manifestations tétaniformes quelquefois précoces.

Elle doit être conduite en surveillant très strictement chaque cas et surtout il ne semble pas que la course aux chiffres records de strychnine utilisée, qui s'était engagée, puisse rapporter de grands succès à son actif.

Comme le remarque d'Œlsnitz « l'antidotisme strychnine-barbiturique ne peut se ramener à un rapport numérique des doses respectives du toxique et du médicament ».

Nous croyons avoir confirmé par l'expérimentation et par l'étude de cas publiés qu'il fallait s'en tenir là.

C'est faire évidemment œuvre beaucoup moins brillante que de mettre de la pharmacodynamie en équations, mais c'est tout au moins garder en clinique une prudence qui s'impose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1934)

Tumeur blanche du genou. — M. DELAHAYE (de Berck) envisage seulement les cas de l'enfant guéris en angulation complexe. Il les traite par un redressement par capsulotomie postérieure. Il y ajoute parfois une arthrodèse par greffe.

M. SORREL montre l'intérêt et la gravité de ces cas, et la difficulté de leur traitement.

M. MAUCLAIRE dit que M. Delahaye a eu raison d'insister sur la rétraction de la partie postérieure de la capsule.

Exploration radiologique des régions lombaires. — M. WOLFROMM montre par de nombreux exemples l'intérêt de la pyélographie intra-veineuse combinée au cerclage de la tumeur perceptible cliniquement par un fil de plomb.

Diverticule de l'estomac. — M. G. BONNET (de l'Armée) relate un cas personnel où le diagnostic fut fait par la radiographie et où la résection du diverticule amena la guérison.

Rupture du long extenseur du pouce. — M. G. Bonnet (de l'Armée) communique trois cas de cette affection. Deux fois l'origine de la lésion fut traumatique ; dans le troisième, il était impossible de déceler une étiologie quelconque. Ces blessés furent guéris soit par suture, soit par anastomose tendineuse.

Perforation utérine. — M. Picot rapporte un cas de M. Helmann (de Galatz). La perforation se produisit au cours d'un curetage et s'accompagna de l'issue d'une anse grêle. La laparatomie montra qu'il existait une désinsertion mésentérique de 40 cm. Résection intestinale. Hystérectomie. Guérison.

MM. Mondor et Soupault relatent aussi des cas de perforations utérines avec plaies de l'intestin ou du rectum. Ils insistent sur la gravité de ces cas.

M. Proust souligne lui aussi leur extrême gravité et estime la laparotomie immédiate indispensable.

M. Brocq estime qu'il n'y a pas plus lieu de s'abstenir en pareil cas que pour toute plaie pénétrante de l'abdomen.

M. R.-C. Monod estime que l'hystérectomie doit être systématique.

M. Basset pense que le traitement des lésions doit être question d'espèce.

M. Métivet croit que certaines perforations peuvent guérir sans suture.

M. Desplas cite un cas où, en l'absence de toute lésion visible, l'hystérectomie fit découvrir un foyer de cellulite gangréneuse.

Luxation récidivante de la mâchoire. — M. Baumgartner rapporte un travail de M. Elbim concernant un procédé de traitement par butée osseuse.

Epithélioma développé sur une cicatrice vaginale après hystérectomie totale. — M. Rouhier présente cette malade.

(séance du 18 avril 1934)

Perforations utérines. — M. Soupault communique une observation concernant une malade dont le sigmoïde et une partie du rectum arrachés, faisaient issue à travers le col. L'auteur réussit à sauver sa malade, grâce à une hystérectomie complétée par entérectomie. Il dut terminer l'intervention par une invagination sigmoïdo-rectale, et une coecostomie de décharge.

M. Moure estime que les indications sont totalement opposées suivant que la perforation est le fait du chirurgien, ou que celui-ci a été seulement amené à la constater, parfois tardivement. Dans le premier cas seulement, la temporisation est permise.

M. Proust, au contraire, estime que la laparotomie doit être, et dans tous les cas, systématique.

Branchiomes du cou. — M. Truffert a eu l'occasion d'en opérer trois cas. M. Veau estime que le groupe des « branchiomes » est en train de se démembrer. On en voit infiniment moins qu'autrefois, depuis que l'on connaît les tumeurs parathyroïdiennes, les thymus accessoires, et d'autres tumeurs plus rares, mais aujourd'hui isolées. Aussi, juge-t-il les branchiomes exceptionnels.

M. Arrou tient à bien insister sur la gravité des branchiomes et sur leurs difficultés opératoires.

Luxation récidivante de l'épaule. — MM. Bazy et Jean Calvet, après avoir rappelé le procédé type de Houdard, montrent que la butée pré-glénoïdienne en constitue le temps capital, et décrivent leur technique qui consiste à inclure le greffon dans le tendon du coraco-brachial. Ils ont ainsi obtenu à longue distance des résultats excellents, et une mobilité à peu près totale.

M. Gernez présente un résultat excellent datant de 6 ans.

M. Houdard a vu quelques récidives dans les premiers mois, et se demande si la plicature du sous-scapulaire n'est pas un bon moyen de les éviter.

M. René Bloch a observé un cas de résorption du greffon. Il insiste sur la nécessité de tenir compte de la durée de réhabitation du greffon.

M. Jacques-Charles Bloch estime que les opérés doivent demeurer complètement immobilisés pendant deux mois, et que la pratique des sports ne doit être autorisée qu'après la première année, cette durée étant nécessaire à la solidité définitive du greffon. Il estime d'autre part qu'on a grand intérêt à utiliser de petits greffons ostéo-périostiques.

M. Desplas juge même nécessaire un petit plâtre thoraco-brachial de six semaines.

Anesthésie à l'évipan sodique. — M. Brocq rapporte deux travaux sur ce sujet : l'un de M. Sicard (Oran) rapporte 25 anesthésies avec un cas de mort (tumeur du médiastin) ; l'autre de M. Dubouché (Alger), qui s'est très bien trouvé dans ses anesthésies à l'évipan des injections de strychnine à haute dose.

M. Proust juge sévèrement l'évipan, et estime qu'on ne doit pas avoir recours à cette technique.

M. Monod trouve ce jugement sévère et pense que les cas de mort connus jusqu'à ce jour ne sont pas assez démonstratifs pour jeter un discrédit définitif sur l'évipan.

M. Desplas défend les anesthésiques de base, et l'évipan en particulier ; mais il faut le manier avec prudence et surtout ne pas l'utiliser dans des opérations de petite chirurgie.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 14 avril 1934)

Du rôle du pH dans la protection de la toxine tétanique par le sérum. Action propre d'un tampon : le glycocolle. — Mlle E. Salamon, S. Mutermilch et M. Belin. Le sérum protège la toxine non seulement contre l'action de la chaleur, du vieillissement et de l'oxygène, mais aussi contre les acides et les alcalis. En effet, l'action protectrice du sérum s'étend du pH 3,60 dans la zone acide jusqu'au pH 9,24 dans la zone alcaline. D'autre part, la solution-tampon de glycocolle au pH 3,72-3,80 est douée d'une action protectrice égale à celle du sérum, tandis que la même solution au pH 6,18 voisinant le point iso-électrique de cette substance est douée d'un pouvoir protecteur nul.

Tuberculose spontanée chez un vison produite par un bacille bovin. — MM. A. Saenz, Ch. Truche et L. Costil apportent un nouveau cas d'un vison provenant d'un élevage privé. Ce vison mort spontanément et qui présentait des signes de tuberculose digestive, avait été nourri avec de la viande crue et des abats provenant de bovins tuberculeux. En partant du foie de cet animal, on a pu isoler une culture d'aspect lisse et maigre présentant l'aspect caractéristique du bacille bovin au moment de l'isolement, diagnostic qui fut confirmé par la virulence de cette souche pour le lapin.

Les auteurs concluent à l'origine digestive de cette tuber-

culose du vison provoquée par l'ingestion de viande crue contaminée par le bacille bovin.

Action du benzène sur la leucocytose et la production de l'antitoxine chez des chevaux soumis à l'hyperimmunisation. — M. E. LEMETAYER. Le benzène provoque, chez les chevaux soumis à l'hyperimmunisation antidiphtérique ou antitétanique, une hyperleucocytose avec polynucléose et une augmentation de la production de l'antitoxine spécifique. Celle-ci est cependant moindre que celle enregistrée avec l'utilisation de l'antigène additionné de poudre de tapioca, qui entraîne, en dehors de l'hyperleucocytose, une réaction locale, dont l'importance primordiale dans le développement de l'immunité a été maintes fois mise en lumière par les travaux de G. Ramon.

Action de la quinine sur la leucocytose et la production d'antitoxine spécifique chez des chevaux en voie d'hyperimmunisation antitétanique. — Sur des chevaux en hyperimmunisation antitétanique recevant l'antigène avec addition de tapioca, M. E. LEMETAYER constate que des injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine ne s'opposent pas au développement de l'hyperleucocytose ni de la réaction locale et ne semblent aucunement influencer le perfectionnement de l'immunité dû à l'addition de tapioca à l'anatoxine ou à la toxine tétanique.

Présence de l'or dans les lésions tuberculeuses du testicule chez le lapin soumis à la chrysothérapie. — Confirmants les recherches de Henius et Weiler et d'Arloing, Dufour et Demonfaucon, M. G. HORNUS et Mlle D. KRASSNOFF montrent que l'or, administré sous forme de Crisalbine à des lapins tuberculeux, se localise sur les altérations tuberculeuses testiculaires. Les effets curatifs de la chrysothérapie paraissent donc attribuables à la présence même du métal dans les tissus, où la lutte s'engage entre le système réticulo-endothélial et le bacille tuberculeux.

Action des ondes courtes sur les propriétés alexiques du sérum des cobayes irradiés. Le facteur actif de ces ondes — M. P. HABER. Les ondes courtes ne paraissent pas modifier *in vivo* le pouvoir alexique du sérum des cobayes soumis à l'électropyrexie pendant une ou plusieurs séances ; dans les expériences faites *in vitro* avec l'alexine contenue dans le sérum de cobaye, les effets obtenus ne semblent pas être dus à un facteur autre que l'élévation de la température.

Comparaison entre l'activité thérapeutique de l'or colloïdal et celle des complexes d'or dans la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI, R. COQUOIN et D. KRASSNOFF. L'or, introduit dans l'organisme à l'état de colloïde, se comporte commme un élément étranger dont le système réticulo-endothélial s'empare, afin de l'immobiliser sur place et le rendre difficilement assimilable. De là son inefficacité thérapeutique et la lenteur de son élimination rénale. Par contre, tout autre paraît être le sort du métal lorsqu'il est administré en tant que complexe soluble. Se disséminant à l'état ionisé, d'une part il se prête mieux à la synthèse des dérivés protéo-métalliques qui assurent la spirochétolyse *in vivo*, et, d'autre part, il se concentre davantage sur le filtre rénal.

Cycle évolutif du virus rabique. — MM. C. LEVADITI, R. SCHOEN et J. LEVADITI. Les corps de Negri, phase visible intracellulaire du cycle évolutif du virus rabique, sont destinés à disparaître lorsqu'on les introduit dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. Leur évolution cesse à partir du moment où on les transfère dans l'organisme-hôte, ce qui semble prouver que leur vie est éphémère et intimement liée à celle des neurones qui les hébergent. L'hypothèse la plus plausible est, à notre avis, celle d'après laquelle les corps de Negri se résoudraient en éléments virulents infravisibles, lesquels, en vertu du phénomène de la

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE
BENZOATE DE BENZYLE
OLÉTHYLE-BENZYLE
Le seul en GÉLULES
CAPSULES MOLLES
Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

neuroprobasie, envahiraient l'ensemble du névraxe afin de s'y multiplier. Dès leur pénétration dans certains neurones, ils évolueraient à leur tour vers la phase visible du cycle évolutif (corps de Negri). Cette évolution semble d'ailleurs s'effectuer simultanément dans l'ensemble du névraxe, auquel nous ajoutons l'épithélium cornéen.

Action de certaines lécithines sur le cancer cutané. — MM. JUSTER et HUERRE ont observé la disparition des néoplasmes cutanés (guérison apparente) en les imprégnant par des injections locales de certaines lécithines en solution ou émulsion huileuse. Les auteurs ayant cru pouvoir attribuer une plus grande activité cancéricide à la suite d'irradiation de la lécithine par les U. V., envisagent la possibilité d'une action de la Lysocithine de Delezenne et Fourneau.

L'épreuve d'hypoglycémie insulinique dans le diabète compliqué d'infection. — MM. Marcel LABBÉ et R. BOULIN ont pratiqué l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique par la technique de Norgaard et Thaysen chez onze diabétiques atteints d'infections de types très divers. Chez trois malades seulement l'abaissement de la glycémie se montrait normal, variant de 43 à 55 p. 100. Par contre, chez huit malades, il restait compris entre 10 et 32 p. 100. Il semble donc bien que l'accroissement des besoins d'insuline au cours des infections relève, suivant les cas, de deux mécanismes différents : tantôt aggravation du diabète, tantôt et plus souvent, diminution d'action de l'insuline.

La consolidation des fractures chez les lapins syphilitiques. — M. C. ADAMESTEANU, étudiant la vitesse de consolidation des fractures chez des lapins syphilisés, constate que la consolidation des fractures chez de tels animaux, dont les ganglions poplités sont infectieux, se fait dans le même délai que chez les témoins. Au niveau du foyer de fracture, il n'existe aucune lésion caractéristique, et le spirochète ne peut être trouvé ni sur les coupes, ni au moyen de passages. Enfin, les greffes de chancres dans le cal jeune, aussi bien que les injections d'émulsions de tréponèmes, prouvent que le tissu du cal n'est pas réceptif à l'égard du spirochète.

Inhibition de l'action cytolysante des saponines par la lécithine. Influence de l'oxygène sur la toxicité des sapolécithines. — MM. B.-S. LEVIN et I. MAGAT, comme suite à leurs recherches sur l'action cytolysante des saponines, ont étudié l'action comparée d'un milieu riche ou pauvre en oxygène sur la toxicité des sapolécithinès.

On peut conclure de leurs recherches que les sapolécithines ne possèdent pas de propriétés toxiques fixes, et celles-ci dépendent, au contraire, de la richesse du milieu en oxygène. Les auteurs pensent se trouver en présence de phénomènes d'oxydo-réduction, dans lesquels intervient la propriété des lécithines d'absorber et relâcher l'oxygène.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1934)

Présentation d'un appareil à transfusion du sang. — M. JOUVELET.

La réaction de Schick chez les Alsaciens. — MM. FEUILLIE, BLANCANDI et THIRY ont constaté sur plus de 3.000 recrues un taux de réactions négatives de 53,2 p. 100 chez les Alsaciens et de 25,9 p. 100 seulement chez les non-Alsaciens; cette variation du simple au double peut s'expliquer par une immunisation spontanée occulte, la région rhénane étant un foyer endémo-épidémique de diphtérie.

Abcès de la rate à bacille paratyphique A. — MM. V. de LAVERGNE et ACCOYER ont observé, chez un sujet vacciné antérieurement, une infection à bacille paratyphique A de forme atténuée, au cours de laquelle apparut précocement dans le parenchyme splénique un abcès de petite taille qui se résorba spontanément. Ils rappellent que les bacilles du groupe typhique ne deviennent pyrogènes que si l'organisme est capable de leur opposer une réaction phagocytaire d'intensité suffisante et dans certaines conditions favorables à leur multiplication. Dans le cas particulier, l'immunité relative d'origine vaccinale expliquerait la précocité et la limitation de la suppuration.

Septicémie à bacille de Gartner avec localisation hépato-biliaire. — MM. V. de LAVERGNE et ACCOYER ont observé une septicémie à bacille de Gartner de courte durée, avec hémoculture positive, ayant déterminé une angio-cholécystite catarrhale et un ictère par rétention non dissocié. Bien que le germe isolé par l'hémoculture possédât vis-à-vis du lapin un pouvoir agglutinogène normal, le sérum du malade ne l'agglutine jamais qu'à un taux faible (1/20) et resta sans action sur les souches de collection.

Un cas de typhlite amibienne aiguë. — M. SERNY a observé, chez un enfant de dix ans, au cours d'une rougeole, un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite qui fit hésiter d'abord entre une invagination intestinale et une appendicite subaiguë : un examen des selles pratiqué après la crise révèle des kystes dysentériques (l'enfant est né en Syrie) et fait conclure à une typhlite amibienne aiguë. Il faut penser à la possibilité de cette affection chez les sujets suspects de dysenterie, afin d'écarter l'opération d'instituer le traitement médical antidysentérique.

A propos des fausses appendicites : les adénopathies mésentériques. — MM. du BOURGUET et ROQUIGNY rapportent plusieurs observations d'enfants opérés, soit pour appendicite aiguë, soit pour appendicite chronique, chez qui il n'existait qu'une abondante adénopathie mésentérique dont l'étiologie n'a pu s'expliquer, ni par les examens de sang, ni par les examens histologiques de ces ganglions et de l'appendice. Les auteurs passent en revue les causes possibles d'adénopathie mésentérique et concluent à la nécessité du prélèvement ganglionnaire en vue de préciser cette étiologie et en particulier d'éliminer la tuberculose.

A propos des fausses appendicites : les malformations de la région iléo-caecale. — M. du BOURGUET trouve chez un sujet opéré avec le diagnostic d'appendicite chronique un caecum en position rétro-colique : il passe en revue à propos de ce cas, les malformations de la région iléo-caecale, les vices de position du caecum et de l'appendice liés, soit au développement anormal du bourgeon caecal, soit à des anomalies dans les accolements secondaires. Ces malformations simulent quelquefois l'appendicite et sont souvent la raison de la symptomatologie protéiforme de cette affection.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 MARS 1934)

Claudication intermittente du membre supérieur. Traitement par injections sous-cutanées de gaz carbonique. — M. BARRIEU présente un malade, pianiste de son métier, qui ne pouvait jouer plus de quelques minutes, et qui, après dix injections de gaz carbonique, a pu travailler toute une nuit sans éprouver de crampe douloureuse. L'oscillation est passée pendant ce temps de 1 à 3 divisions du Pachon. L'amélioration se maintient après un mois et demi.

traitement bromuré, intensif, dissimulé.

sédobrol "roche"

tablettes d'extrait
de bouillon concentré
achloruré et bromuré
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS

USAGE DES DOCTEURS ENFANTS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au SUC D'ORANGE
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif – Délicieux
AUBRIOT 56, Boulevard Ornano PARIS

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

SULFARSENOL

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX

ARSENOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

Transfusion sanguine et poliomyélite. — M. BÉCART rapporte le cas d'une malade atteinte de poliomyélite qui, traitée par du sérum de convalescent et ayant eu une rechute, a été guérie par une transfusion du sang total de convalescent.

Réflexes ouverts et réflexes fermés. — M. KLOTZ-GUÉRARD. L'arc réflexe neuro-musculaire est ouvert à la périphérie, tandis que le réflexe neuro-glandulaire est fermé sur lui-même par le système neuro-vasculaire. Le premier manifeste sa souffrance par la névralgie nettement localisable, l'autre, par des modifications de caractère.

Sur une cause évitable de surmenage : la mauvaise répartition des heures de travail. — Mlle A. BESSON signale que certaines vendeuses travaillent debout huit heures consécutives sans pouvoir prendre aucun repos ni aucune alimentation. Il en résulte un surmenage physique très notable, et une altération rapide de la santé des employées. Une erreur physiologique est à la base de cette mauvaise organisation. Il faudrait au minimum une heure de repos entre deux périodes de 4 heures de travail.

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DES NERFS

Il faut étudier sous ce terme :

Les traumatismes exposés des nerfs, qu'il s'agisse de sections complètes ou partielles, par opposition aux traumatismes non exposés aux modalités multiples.

Les plaies des nerfs ne relèvent que du traitement chirurgical. *La suture nerveuse*, aujourd'hui universellement admise, est passée dans la pratique courante. Mais l'*indication thérapeutique* est basée plus sur une série de notions touchant les types anatomiques des blessures nerveuses, le mécanisme de la régénération et les facteurs qui l'entravent, que sur la symptomatologie de la lésion nerveuse.

ETIOLOGIE

1° Les agents traumatisants. — a) *Les sections complètes des nerfs* sont produites :

— En temps de paix : par des éclats de verre ou des coups de couteau ;

— En temps de guerre : par des balles de petit calibre, des éclats d'obus ou de grenade.

b) *Les sections incomplètes* sont secondaires généralement à des piqûres ou des coupures superficielles.

2° Les facteurs de gravité appartiennent en propre à la blessure de guerre et sont :

a) *L'infection de la plaie nerveuse*, facteur de sclérose périnerveuse ;

b) *La contusion diffuse*, facteur de destruction nerveuse étendue même avec une lésion en apparence limitée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après la blessure nerveuse, vont apparaître des modifications de deux ordres :

— Les unes, purement cicatricielles, macroscopiques ;

— Les autres, d'ordre biologique, relevant de l'étude histologique.

A. Modifications cicatricielles. — Leur étude revient à distinguer plusieurs types de lésions des troncs nerveux :

1° *La section totale du nerf :* les deux bouts rétractés se renflent chacun de leur côté en une sorte de bulbe d'oignon. Le bout supérieur plus que l'inférieur. Au bout d'un temps toujours long, des tractus fibreux émanés du bourgeon central peuvent rétablir la continuité si l'écart n'excès pas 1 cm. 5.

2° *Le pseudo-névrome d'attrition.*

3° L'encoche latérale du nerf.

4° Les névromes cicatriciels extra ou intra-nerveux.

5° L'épaississement du nerf avec sclérose diffuse.

B. Modifications biologiques. — L'étude biologique a permis de décrire deux phases distinctes :

1° *Une phase de dégénérescence.* Après section complète :

a) *Le bout périphérique* dégénère dans toute son étendue :

— Fragmentation, mise en boule et disparition de la myéline ;

— Amincissement, segmentation, disparition progressive du cylindraxe.

Il ne reste bientôt plus que les gaines de Schwann.

b) *Le bout central* ne présente des lésions que dans une très petite étendue.

2° *Une phase de régénération* commence avant que la dégénérescence du bout périphérique soit complète, et se fait aux dépens du bout central. Les cylindraxes proviennent du bout central et pénètrent dans les gaines vides du bout périphérique qui jouent une action directrice. Cette réhabitation des gaines de Schwann est complétée par la réapparition de la myéline.

Au point de vue pratique, retenir que toute interposition de tissu, toute suture nerveuse trop serrée, tout facteur d'irritation et de formation d'une chéloïde nerveuse s'opposent à la réhabitation des gaines de Schwann périphériques.

ETUDE CLINIQUE

Nous prendrons comme type la section complète d'un nerf périphérique.

A. Symptômes immédiats. — *S. F.* — *La douleur* est localisée ou irradiée.

Elle est à type d'engourdissement, ou de coup de fouet.

S. G. — Ce n'est qu'en cas de blessure d'un gros tronc nerveux que l'on peut observer un état de schock.

S. Ph. — Portent sur l'étude des :

1° TROUBLES MOTEURS. — *a*) L'attitude du membre blessé renseigne déjà sur la lésion. Exemple :

— Griffe cubitale ;

— Main de singe (paralysie associée médian-cubital) ;

— Chute de la main en cas de section radiale.

b) Il faut étudier les mouvements.

c) Il faut rechercher *le tonus musculaire qui a complètement disparu*, et étudier le jeu des antagonistes.

2° TROUBLES SENSITIFS. — a) *Subjectifs :* nous avons vu qu'ils consistaient en fourmillement, engourdissement, etc.

b) *Objectifs :* 1. *Sensibilité superficielle :*

— La recherche de sensibilité AU TACT décèle le territoire anesthésié qui correspond *à la zone innervée uniquement* par les filets du nerf coupé ;

— Et un territoire d'hypoesthésie correspondant à la zone innervée par les filets nerveux anastomotiques ;

— La recherche de la sensibilité *à la douleur* explorée à l'épingle décèle l'*analgésie ;*

— Enfin on recherchera l'*anesthésie thermique* au chaud et au froid.

2. *Sensibilité profonde :* on recherchera :

— *L'anesthésie à la pression profonde*, en saisissant les masses musculaires et en appuyant sur les os, de même qu'on étudiera : le sens des attitudes ; la sensibilité osseuse ; le sens stéréognostique.

3° TROUBLES RÉFLEXES. — On recherchera les réflexes tendineux et cutanés. *(à suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

De Trouette-Perret

l' **Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHmn - 3, rue WATTEAU - COURBEVOIE - Seine

le Compral
calme la douleur quelle qu'en soit la cause...
INNOCUITÉ ABSOLUE
TOUJOURS BIEN TOLÉRÉ
PAS D'EFFETS HYPNOTIQUES
NE RENFERME : NI TOXIQUES
NI STUPÉFIANTS, NI ALCALOÏDES
En boîtes de 10 comprimés à 0 gr. 50
LABORATOIRES LOBRU
26, rue Vauquelin, PARIS (5e)

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 où 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..

Un petit déjeuner, un goûter, un suraliment parfait, à base de farines de céréales, de lait, de sucre et de cacao

NESCAO

PRÉPARÉ PAR NESTLÉ

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ? NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir de vous l'envoyer.

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 5 MAI 1934. — N° 36.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne (avec 3 fig.), par M. le professeur Jeanneney et M. Grenet (de Bordeaux).
CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS. (Compte rendu, par M. Maurice Uzan.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
CHRONIQUE
Umfia. Union médicale latine. Le dîner de printemps de 1934.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 30 avril. — MM. Seillé, 16; Sauvage et Reinhold, 19.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale théorique.* — Séance du 25 avril. — Questions données : « Rapports des ovaires. — Complications respiratoires de la rougeole. »

Questions restées dans l'urne : « Rapports de l'artère humérale du bras. — Fracture de Dupuytren. Diagnostic et traitement. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien (sans la physiologie). — Symptômes et diagnostic de la méningite cérébro-spinale. »

Ont obtenu : MM. Simon, 5; Vidal, 11 1/2; Gavaudan, 13; Chauveau, 14; Merlin, 12; Mlle Rendu, 7; M. François, 6.

Séance du 27 avril. — Questions données : « Muscle couturier. — Diagnostic des hémoptysies. »

Questions restées dans l'urne : « Diagnostic des cystites. — Artère humérale au pli du coude. — Rapports de l'artère fémorale au triangle de Scarpa. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

Ont obtenu : MM. Saillant, 8; Rouzaut, 5; Grange, 9; Crépon, 10 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Un concours du second degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie s'ouvrira à Paris le 20 novembre 1934 pour une place d'agrégé d'hydrologie thérapeutique et climatologie près la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les académies du 19 juillet au 19 septembre 1934 inclus.

— Bordeaux. — M. le professeur Pierre Mauriac a été élu doyen de la Faculté de médecine, en remplacement de M. le professeur Sigalas.

— Toulouse. — M. le professeur Bardier succède comme doyen à M. le professeur Abelous.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Concours d'agrégation. — Le concours aura lieu en juillet 1934. Sont mises au concours :

1° Une place d'agrégé dans la section de chirurgie;

2° Deux places d'agrégé dans la section de médecine.

Les candidats doivent s'inscrire avant le 15 juin 1934, par lettre adressée au secrétaire de la Faculté qui leur en délivrera récépissé. Ils désigneront celle des sections pour laquelle ils font acte de candidature.

Leur inscription ne sera admise que si, au préalable, ils ont fait agréer leur candidature par le recteur des facultés libres.

Ils seront avisés individuellement de l'acceptation de leur candidature, ainsi que des conditions et de la date des concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade de chevalier* (à titre posthume). — M. Daudy (Bernard), docteur en médecine, médecin du chemin de fer franco-éthiopien, mort victime de son devoir et cité à l'ordre de la nation.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le professeur Gaujoux (de Marseille), M. Cailloue (de Falaise), M. Henri Teulières (de Bordeaux), MM. les professeurs Parisot et G. T. Weiss (de Nancy), MM. Parmentier (de Clermont), Brun (de Tunis).

Médaille d'argent. — MM. Gaume (de Quimper), Jamault (de Crozon), Scherb (de Montpellier), Gabory (de Varades), Constans et Morel (de Mende), Perreau (de Saumur), Decherf (de Tourcoing), Testu (de Hesdin), Schmulz (de Strasbourg), Béraud (de Marcigny), Mans (d'Amiens), Guéry (de Fontenay-le-Comte), Simonneau (de Maillezais), Isselé (de Lutterbach).

Médaille de bronze. — MM. Gobinet (de Rethel), Lafue (de Foix), Debret (de Troyes), Boisseau et Bouchard (de Libourne), Denis (de Bordeaux), Cochet Balmey et Peyrot (de Saint-Etienne), Marconnet (de Saint-Chamond), Moyroud (de Montbrison), Mans (de Leyme), Almeras (de Villefort), Roux (de Condrieu), Gosselin et Looten (de Lille), Badina (d'Erstein), Engel (de Schiltigheim), Nonnenmacher (de Strasbourg), Schaller (de Muttersholz), Gutmann (de Mulhouse Dornach), Bellœuf (de Bourbon-Lancy), Colombel (du Pré-Saint-Gervais), Mlle Plassat et MM. Signoret (de Paris), Bax (d'Amiens), Neuilles (d'Abbeville), Brécheteau (de Coëx).

ASSISES NATIONALES DE MÉDECINE. — La prochaine réunion aura lieu dimanche 6 mai, de 9 h. à midi, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. le professeur Olmer (de Marseille). Elle sera consacrée à l'état actuel du rhumatisme articulaire.

CONFÉRENCES-PROMENADES. — M. le professeur Laignel-Lavastine dirigera les conférences-promenades suivantes :

Dimanche 6 mai, hôpital Saint-Louis, 10 h. 1/2.

Dimanche 13 mai, Maternité, 10 h. 1/2.

LES AMIS DU MONT-DORE. — Une Association a été fondée, qui a pour but le développement de la célèbre station de l'asthme. Les membres de cette Association se sont réunis le 21 mars, dans les salons de l'hôtel Carlton, au nombre d'environ deux cents, pour un banquet suivi d'un divertissement artistique et d'une sauterie. A côté d'éminentes personnalités médicales, le professeur Fernand Bezançon, de l'Académie de médecine, les professeurs agrégés Vallery-Radot, Chabrol, les médecins des hôpitaux Etienne Bernard, Henri Bourgeois, etc., avaient pris place, aux côtés du général Mordacq et du colonel Raynal, l'héroïque défenseur du fort de Vaux, les représentants de nombreuses associations d'anciens combattants et de mutilés.

On sait, en effet, que sur l'initiative de la Fédération nationale des combattants volontaires une Maison des gazés s'édifie au Mont-Dore. Cette Maison permettra aux gazés qui ne trouvent pas place dans l'hôpital trop restreint qu'y entretient l'autorité militaire, de suivre cette cure reconnue si favorable pour lutter éontre les séquelles de l'intoxication par les gaz.

Après avoir applaudi un spirituel à-propos de M. Janot en l'honneur du Mont-Dore et de ses amis, les convives ont acclamé M. José Germain, le brillant romancier, président fondateur de l'Association des écrivains combattants, qui a défini éloquemment le but de la Société et fait des vœux pour la prospérité de la belle station auvergnate.

FÉDÉRATION DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Le prochain Congrès aura lieu à Paris, probablement en octobre prochain, sous la présidence de M. le professeur Etienne (de Nancy).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours complémentaire de chirurgie pulmonaire.* — Un cours de 22 leçons sur la chirurgie de l'appareil respiratoire sera fait sous la direction du professeur Robert Proust, chirurgien de l'hôpital Laennec, avec la collaboration du docteur Maurer, chirurgien des hôpitaux, des docteurs Rolland et Triboulet, assistants du dispensaire Léon Bourgeois, et du docteur Dreyfus-Le Foyer, ancien interne des hôpitaux.

Ce cours comprendra :

1° 18 leçons, faites à l'hôpital Laennec, entre le 7 mai et le 2 juin.

2° 4 leçons de démonstration opératoire, à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (VIe), les mercredi 30 mai, jeudi 31 mai, vendredi 1er juin et samedi 2 juin, à 15 h.

Les droits d'inscription sont de 200 fr.

UNE STATUE DE MONTAIGNE A PARIS. — Paris, comme beaucoup de villes en France, possède des statues de personnalités d'un mérite bien inégal. Le quartier latin n'avait pas de statue de Montaigne. Grâce à notre éminent confrère le docteur Armengaud, qui a voué à l'auteur des Essais un véritable culte, cette lacune est comblée. Une statue de Montaigne s'élève maintenant devant la Sorbonne.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auguste Guérin (de Bordeaux), il était le père du docteur Robert Guérin; Emile Dotézac (de Cambo); Fernand Bruguerolle (d'Alès); Morigny, médecin colonel en retraite au Pontet, il était le père du docteur Pierre Morigny (de l'Isle-sur-Sergues); Pierre Berthet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à Paris; il était l'inventeur du moteur Gnôme; Ernest Carlier (de Mons); Mancioli, professeur d'oto-rhino-laryngologie, directeur de l'Institut antiadénoïdien du gouvernement de Rome, conseiller médical de la S. D. N., membre du Conseil supérieur de santé d'Italie; Peyneau (de Bordeaux).

— Nous apprenons le décès survenu à Bordeaux de Mme Moure, femme de notre éminent confrère et ami M. le professeur Moure, mère du docteur Paul Moure, chirurgien des hôpitaux de Paris, belle-mère du docteur Georges Liébault et du professeur G. Portmann, sénateur de la Gironde.

Nous prions nos chers confrères d'agréer l'expression émue de nos affectueuses condoléances.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

Iodarsenic du Dr GUIRAUD
(Goutte Peidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

La combinaison phosphorée organique la plus assimilable est celle des réserves végétales.

Le phosphore organique des plantes à chlorophyle se trouve intégralement transposé dans la **PHYTINE** *forme naturelle, assimilable, du* ——— *phosphore végétal* ———

PHYTINE

PHOSPHORE. 23,90 % — CALCIUM : 12,19 % — MAGN. : 1,46 %

FERROPHYTINE

PHOSPHORE : 6 % — FER : 7,50 %

QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE : 11,04 % — QUININE : 57,65 %

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS	GRANULÉ	COMPRIMÉS	POUDRE
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Quinino-phytine	Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOULd DE LA PART-DIEU, LYON

337

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deu et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

REVUE GENERALE

DISJONCTIONS TRAUMATIQUES DE LA SYMPHYSE PUBIENNE

Par M. le professeur JEANNENEY
et M. le docteur GRENET (de Bordeaux).

La lecture des travaux consacrés à la disjonction traumatique de la symphyse pubienne laisse une impression de confusion sur la terminologie employée par les différents auteurs. On parle, souvent pour les mêmes lésions, de luxation, subluxation, diastasis de la symphyse, disjonction, dislocation de la ceinture pelvienne...

Il semble opportun d'unifier sans équivoque la terminologie de ces lésions.

Chaque fois qu'à la suite d'un traumatisme on notera un déplacement permanent du pubis, il y aura *disjonction de la symphyse*. Le déplacement des os pubis pouvant se faire dans des directions variables, on distinguera trois variétés essentielles de disjonctions : *disjonctions transversale, verticale, antéro-postérieure* et des variétés mixtes, le déplacement se faisant d'une façon combinée.

La disjonction peut être simple (luxation symphysaire pure). Le plus souvent elle est accompagnée de *fracture du bassin*. On peut alors se trouver en présence de deux cas :

La *disjonction* est un simple *épiphénomène* au cours d'une fracture. Elle est de peu d'importance, la fracture domine le tableau clinique, elle conditionne surtout le traitement. Ce sont des cas que nous n'envisagerons pas dans la présente étude : ils rentrent dans le cadre des fractures du bassin.

Par contre, nous aurons à observer des lésions traumatiques du bassin dans lesquelles une importante disjonction de la symphyse s'acompagne d'une fracture du bassin, le plus souvent d'une branche pubienne. Ici, c'est la disjonction, qui par ses signes, ses complications, son pronostic domine la scène : Nous dirons dans ce cas qu'il y a *disjonction de la symphyse pubienne avec fracture du bassin*.

En réalité cette distinction est un peu artificielle et on peut observer toutes les transitions entre ces types extrêmes. C'est que la disjonction pubienne n'est point une affection absolument distincte : Son étude est détachée de celles des fractures du bassin d'une façon un peu artificielle. C'est avec ces réserves que nous entreprendrons cette étude.

Nous devons ajouter à notre classification des disjonctions pubiennes, les cas de gros délabrement du bassin où l'on constate en plus de la disjonction pubienne, de la disjonction des deux symphyses sacro-iliaques. Il s'agit alors de *disjonction associée des trois symphyses*. Ces cas sont exceptionnels.

Etiologie. — Les disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne ont à peu près toujours pour cause un *traumatisme violent*. Il s'agit le plus souvent d'écrasement. Dans 70 % des observations rapportées, c'est la roue d'un véhicule pesant qui passe sur le bassin, souvent c'est un écrasement par accident d'automobile, quelquefois c'est un éboulement qui est à l'origine de la lésion. Assez souvent c'est une chute d'un endroit élevé, chute sur les ischions et surtout la chute à califourchon faisant éclater l'ogive pubienne, étiologie sur laquelle a insisté Gaudier, de Lille.

Enfin un mécanisme bien particulier est celui qui conditionne la disjonction de la symphyse chez les *cavaliers* étudiée par Bérard et surtout par Maisonnet (1925), soit qu'au cours d'une chute le cheval tombe sur son cavalier (écrasement), soit que le cheval fasse un saut de mouton, qui laisse le cavalier retomber les jambes en adduction, violemment sur le pommeau de la selle qui agit à la manière d'un coin. Il se fait alors une véritable symphyséotomie traumatique. Maisonnet rapporte 5 cas de disjonction ainsi déterminées.

Les disjonctions de la symphyse pubienne s'observent presque toujours chez des hommes bien musclés et surtout à squelette résistant. Rocher, de Bordeaux, a publié 4 observations de disjonction chez des enfants de 20 mois à 9 ans, Grimault en a rapporté un cas chez un jeune homme de 15 ans.

Le *mécanisme* des disjonctions pubiennes s'apparente étroitement à celui des fractures du bassin. Suivant la direction et l'application des forces, on se trouve en présence des cas suivants :

S'il s'agit d'une *force agissant transversalement* sur l'os iliaque, le squelette résiste, les ligaments symphysaires cèdent, l'un des pubis passe sur l'autre. Il se fait une *disjonction transversale avec rapprochement*. C'est une éventualité exceptionnelle.

Le plus souvent, la *force est antéro-postérieure*, tend à déformer le bassin par écrasement, à ouvrir la ceinture pelvienne. Cette fois-ci, les pubis s'écartent, les symphyses sacro-iliaques bâillent en avant. Il s'est fait une *disjonction transversale avec écartement*.

Enfin, *dans les chutes*, c'est la force vulnérante agissant de bas en haut, qui disloque le bassin, comme dans les fractures du type Voillemier. Alors le squelette ayant résisté, on note une *disjonction verticale des pubis*. Ces notions ont été établies, voici déjà longtemps, à la suite des expériences de Murville (1849), Rocher (1904), Poulet et Chassaigny (1906). Ces auteurs, en faisant passer des voitures chargées sur des bassins de cadavres, purent créer des lésions symphysaires de disjonction.

Pourquoi dans de pareils cas, et avec des mécanismes communs, se fait-il des disjonctions symphysaires plutôt que des fractures, il est difficile de le dire.

Chez l'*adulte* il faut admettre une résistance particulière du squelette et un point d'application de la force sur un point osseux très résistant. Salleron pense qu'il faut que le point d'application soit pubien. Il ne semble pas que ce soient là des raisons suffisantes pour réaliser à coup sûr une disjonction.

Chez l'*enfant*, la disjonction est en réalité un *décollement épiphysaire de l'angle du pubis*, et sa séparation du corps de l'os se conçoit plus aisément.

Nous ne serions point complets si nous ne signalions la disjonction traumatique chez les *symphyséotomisées* dont on connaît la fragilité symphysaire, séquelle de l'intervention obstétricale. Tel est le cas de Lamare

et Larget, publié à la Société de chirurgie, où la disjonction se produisit 15 ans après une symphyséotomie obstétricale.

Enfin Gallez a publié un cas de disjonction par rupture musculaire. C'est un cas unique, d'ailleurs d'interprétation douteuse.

Anatomie pathologique. — Nous avons déjà indiqué que nous considérions trois grandes variétés de disjonctions, suivant les plans de l'espace. Il faut aussi noter que l'on se trouve rarement en présence de cas purs : le plus souvent on a affaire à des *disjonctions complexes* que l'on peut d'ailleurs faire rentrer dans l'une ou l'autre des catégories signalées, suivant la prédominance du déplacement.

Cette division topographique a une incontestable portée pratique. Chaque type de disjonction entraîne des conséquences cliniques et thérapeutiques particulières.

Disjonctions transversales (60 %). — Il y a le plus souvent écartement des pubis (fig. 1). Cet écartement

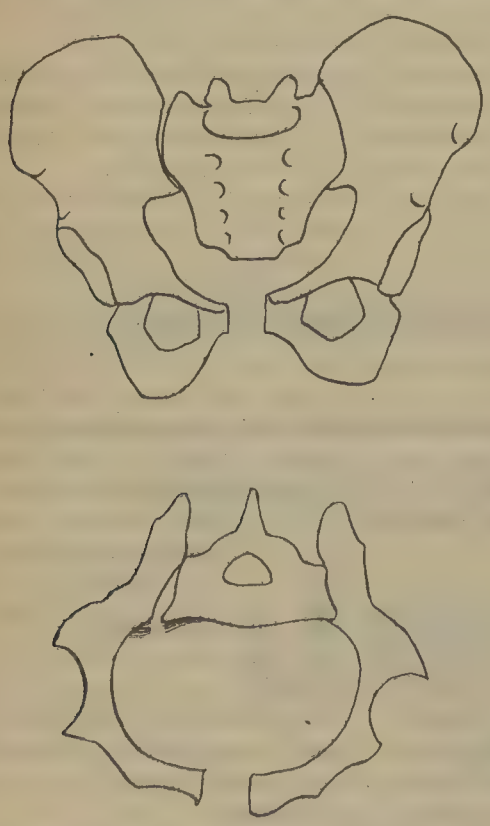


FIG. 1. — Transversale.

est variable. Il peut atteindre 8 à 10 centimètres (9 cm. dans les cas de Maisonnet et Marquis, 8 cm. dans ceux de Patel et Courboules).

Le rapprochement des pubis, très rare, s'accompagne de chevauchement de ces os et doit être classé dans les disjonctions antéro-postérieures.

Disjonctions verticales (10 %). — Il y a dénivellation (fig. 2). Cette disjonction est moins fréquente et s'accompagne souvent d'un certain degré de disjonction transversale. La dénivellation varie suivant les cas jusqu'à 5 cm. entre le bord inférieur d'un pubis et le bord supérieur de celui du côté opposé.

Disjonctions antéro-postérieures (30 %). — Elles s'accompagnent, en général, d'un déplacement verti-

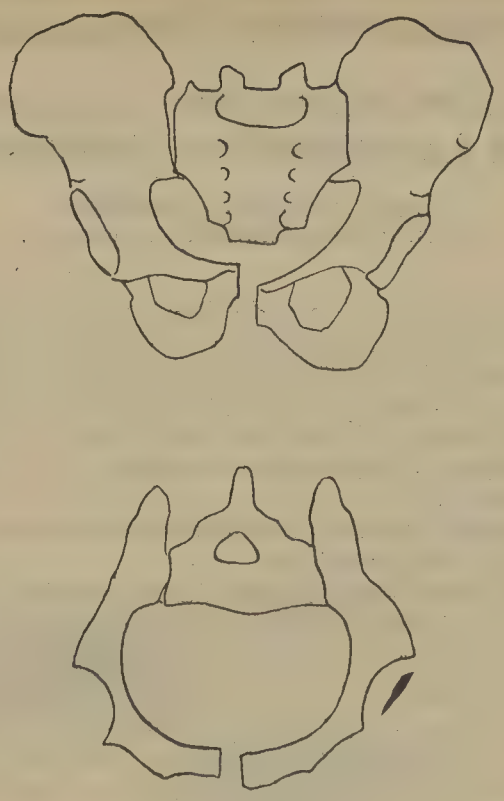


FIG. 2. — Verticale.

cal (fig. 3). On a une vraie rotation de l'os coxal sur l'articulation sacro-iliaque comme charnière. C'est une variété assez fréquente.

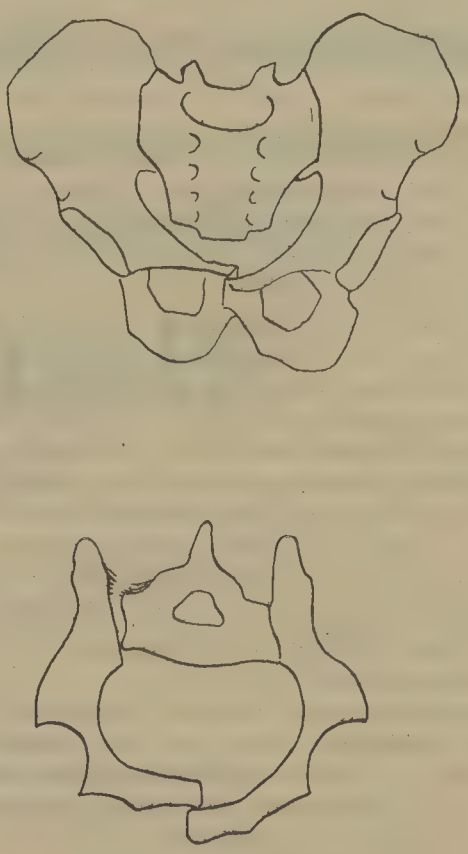


FIG. 3. — Antéro-postérieure.

Ces disjonctions entraînent des lésions osseuses, cartilagineuses et ligamenteuses sur lesquelles il convient de s'arrêter :

Les Os. — Parfois le squelette est intact et on a seulement une béance de la symphyse. Mais parmi les

cas étiquetés disjonction, on relève 60 % de *fractures associées des os de la ceinture pelvienne*. Les fractures de beaucoup plus fréquentes sont celles des branches pubiennes, puis celles de l'aile iliaque ; plus rarement on note une fracture du cotyle. Parfois, on aura des fractures complexes, tels les deux cas de Grimault rapportés par Chevassu à la Société de Chirurgie, et le cas de Bazy où la disjonction s'accompagnait de fractures des deux branches pubiennes de chaque côté.

Ces fractures sont en général sans déplacement et ne jouent qu'un rôle médiocre dans le pronostic et le traitement.

Les Cartilages. — La disjonction se fait à un niveau variable. Généralement, le cartilage symphysaire reste accolé à un pubis et se sépare en entier de l'autre. Dans un cas de Guibé, le fibro-cartilage était séparé en deux, la séparation s'étant faite au niveau de la cavité centrale du cartilage.

Chez l'enfant, d'après les travaux de Rocher exposés dans la thèse de Daudon, la disjonction se fait non point au niveau de la symphyse comme chez l'adulte, mais au *niveau du cartilage du conjugaison* qui unit la diathyse pubienne à l'épiphyse que constitue l'épine du pubis. Il y a donc chez l'enfant un véritable décollement épiphysaire qui conditionne la disjonction.

Les Ligaments. — Les ligaments articulaires sont déchirés en totalité dans toute disjonction importante. Souvent ils sont désinsérés du pubis déplacé et demeurent fixés à l'autre.

Les ligaments pubo-vésicaux sont souvent lésés. En général ils se séparent de la vessie, leur insertion la plus faible. Ils *déchirent* alors cet organe près du col, créant ainsi une des complications les plus importantes de la disjonction. On a noté aussi dans quelques cas, la déchirure du ligament suspenseur de la verge.

L'Articulation sacro-iliaque. — L'articulation postérieure du bassin est constamment lésée. Ce fait clinique correspond bien aux expériences d'écrasement du bassin de Murville. Cet auteur a trouvé constamment une distension des sacro-iliaques et une déchirure des ligaments à la partie supérieure pour un écartement des pubis supérieur à 4 cm.

Il y a d'ailleurs des degrés dans la lésion de l'articulation :

Tantôt c'est une simple diastasis avec déchirure partielle des ligaments antérieurs ou postérieurs et petits *arrachements osseux* de la berge osseuse articulaire qui pourront gêner d'ailleurs fortement la réduction.

Tantôt c'est une véritable *disjonction*, réalisant ainsi par *rupture des trois symphyses la dislocation du bassin*, lésion fort rare, dont on ne connaît que quinze cas et qui a été étudiée par Guibé.

Les Muscles. — Les lésions musculaires n'existent que dans les grandes disjonctions : *désinsertion* des muscles droits, gros *hématome* de la gaine des droits, *séparation* de la ligne blanche, parfois désinsertion des muscles périnéaux antérieurs et des corps caverneux de la branche ischio-pubienne du côté déplacé.

Les vaisseaux. — La *déchirure des plexus veineux* de Santorini est de loin la lésion vasculaire la plus fréquente. Elle s'accompagne toujours d'un *hématome* considérable, disséquant la région, infiltrant la cavité de Retzius, créant un milieu éminemment propre à l'infection. On trouvera plus rarement des *déchirures des plexus caverneux*, de l'artère obturatrice, de la branche sus-pubienne de l'épigastrique.

Les nerfs. — *L'obturateur* est souvent lésé, créant des douleurs névralgiques persistantes. Le *plexus sacré* peut être étiré ou embroché par des fragments osseux en avant de l'articulation sacro-iliaque.

Les organes urinaires. — Lésions graves, elles constituent une complication fréquente des disjonctions pubiennes. Elles ont été particulièrement étudiées par Raffin au congrès d'urologie de 1922 et par Maisonnet.

On observe des *déchirures de la vessie* qui se font surtout par tiraillement ou arrachement des ligaments pubo-vésicaux ; des *lésions de la face antérieure de la vessie* et de la *région du col*, plaies en général importantes et extra-péritonéales.

Parfois c'est un fragment osseux qui embroche la vessie. On a signalé enfin un véritable *éclatement* de l'organe hernié entre les deux pubis.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance d'une vessie pleine dans la production de cette complication et sur le rôle de la variété de la disjonction. La déchirure de la vessie est en effet plus particulièrement fréquente dans les déplacements transversaux.

La déchirure de l'urètre, autre lésion urinaire fréquente, se fait au niveau de son trajet *membraneux*, par cisaillement de l'aponévrose périnéale moyenne. Quelquefois, on a pu voir la déchirure se faire par section de l'urètre, dans son trajet sous-pubien, sur le ligament arqué. Ces lésions de l'urètre périnéo-bulbaire sont ici exceptionnelles : elles sont secondaires à des traumatismes périnéaux (chutes à califourchon).

La lésion urétrale se voit surtout dans les disjonctions verticales et antéro-postérieures : dans ces cas de rupture de l'urètre membraneux il y a souvent un grave décalage des deux bouts de l'urètre.

Les deux *lésions, vésicale et urétrale*, peuvent être associées, comme dans le cas de Plisson.

Enfin, exceptionnellement (une observation de Marquis) on a noté une déchirure de la prostate.

Il n'est pas étonnant de constater au cours des disjonctions traumatiques, ces lésions urinaires que l'on voit, après symphyséotomie 10 fois sur 42 d'après Joland, après pubiectomie 27 fois sur 200 d'après Jeannin et Cathala.

Les organes abdominaux. — Leur lésion s'oppose à celle des organes urinaires par leur rareté.

Le *péritoine* est parfois déchiré au niveau d'une plaie vésicale : on sait la gravité de cette rupture intra-péritonéale de la vessie ; parfois il cède au niveau de l'écartement des droits. De Fourmestraux a rapporté une observation de disjonction avec perforations intestinales, enfin, dans un cas de Marquis, il existait une déchirure du rectum. Ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

Symptômes. — A côté de phénomènes généraux sérieux de choc traumatique qui sont de règle chez ces grands traumatisés, on note surtout des signes tout à fait imprécis de lésion pelvienne.

Le blessé se plaint de douleurs sourdes dans tout le bassin, il les localise assez difficilement en avant. Les mouvements actifs des membres inférieurs sont impossibles.

La région pubienne est déformée par une tuméfaction diffuse et volumineuse qui gagne vers les régions inguinale et périnéale. Une ecchymose constante apparaît rapidement et s'étale vers le scrotum et le périnée.

La mobilisation douce et prudente du membre après avoir fixé le bassin de la main, est facilement obtenue.

La recherche de la douleur provoquée montre que toute la région pubienne est particulièrement douloureuse.

On recherchera les signes de Verneuil et de Gosselin avec prudence. Ces manœuvres permettront aussi souvent de percevoir une *mobilité anormale des os iliaques.*

Enfin on a un raccourcissement du membre inférieur au cas de disjonction verticale. La mensuration montrera l'ascension du trochanter. Il s'agit là d'un raccourcissement apparent.

Tous ces symptômes sont communs aux fractures et aux disjonctions du bassin. Les signes de certitude de la disjonction sont plus difficiles à mettre en évidence. L'écartement symphysaire peut être perçu à la palpation.

Dans un certain nombre d'observations les auteurs l'ont mis en évidence et ont pu caractériser la lésion : le doigt s'enfonce dans un creux profond dans la région de la symphyse. Souvent la tuméfaction considérable de la région est déjà apparue au moment de l'examen et gêne pour la constatation de l'écartement. Le toucher vaginal et le toucher rectal, autant et même mieux que la palpation antérieure, sont susceptibles de montrer l'existence de la disjonction et quelquefois aussi d'une fracture concomitante des branches pubiennes. Il ne faudra jamais manquer de les pratiquer.

A côté de ce symptôme de constatation directe qui permet de déceler la lésion et de caractériser la nature de la disjonction, nous devons mentionner d'autres signes de certitude décrits par Maisonnet et qui reposent sur les *déplacements des repères osseux du bassin* au cours de la disjonction.

En cas de disjonction transversale, si l'on trace de chaque côté la *ligne de Schomœcker* ou ligne spino-trochantérienne, on constate qu'elles se croisent au-dessus de l'ombilic, alors que normalement, elles se croisent à son niveau. C'est un signe métrique d'élargissement du bassin.

Au cas de disjonction verticale, la *ligne bi-iliaque* normalement horizontale est oblique vers le haut du côté déplacé. De même la *ligne bitrochantérienne* de Peter qui, chez un sujet sain affleure le bord supérieur de la symphyse, laissant les deux pubis au-dessous d'elle, est coupée par le pubis disjoint que l'on trouve au-dessus.

Enfin, et toujours au cas de disjonction verticale, le *point d'intersection des lignes de Schomœcker* est déplacé de la ligne médiane vers le côté opposé à celui du pubis déplacé.

Ces signes indirects de disjonction par construction géométrique des lignes du bassin reposent plus, a-t-on dit, sur des données théoriques que sur l'expérience pratique. L'impossibilité de remuer ces blessés, et surtout la disparition des repères osseux sous une volumineuse tuméfaction, rendent leur recherche imprécise, et leur interprétation difficile. Nous avons pu cependant en vérifier l'exactitude sans difficultés.

En réalité, la radiographie, si possible au lit du malade, permet seule d'établir sans hésitation le diagnostic exact de ces traumatisés du bassin. Elle éclaire la nature de la disjonction et révèle l'existence associée de fractures des os du bassin.

(A suivre.)

CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS

21-25 mars 1934 (1).

Le Congrès de médecine comportant la 4e Réunion annuelle de la Fédération des Sociétés des sciences médicales d'Algérie et de Tunisie, la première Réunion annuelle de la section hydroclimatologique de la Société des sciences médicales de Tunisie, la réunion de la Société d'électroradiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord et le premier Congrès annuel des Syndicats pharmaceutiques de l'Afrique du Nord, s'est déroulé sous la présidence du professeur Ch. Nicolle à Tunis et a attiré dans cette ville un nombre important de participants parmi lesquels on a surtout remarqué les professeurs Debré, Lenormant (de Paris), Sénevet, Gillot, Porot (d'Alger), Cantani (de Naples), le professeur agrégé Lacroix (d'Alger), les docteurs Coutela, Morax, Bailliart, Sabouraud, André Trèves (Paris), Lepinay (Casablanca), Fivoli (Tripoli), Lusch (Bruxelles), etc.

Le sujet à l'ordre du jour était :

LA SYPHILIS EN AFRIQUE DU NORD

Séance du mercredi 21 mars.

Présidence : docteurs Ch. Nicolle et Brun.

1er Rapport : **La lutte antisyphilitique en Algérie.** — Professeur Lacroix et docteur Colonieu (d'Alger). — Le développement de la lutte antisyphilitique en Algérie comprend quatre périodes : la première précède la conquête et ne comprend aucun effort de prophylaxie sociale ; dans la seconde, qui va de 1830 à 1928, se créent sept centres antivénériens. Puis de 1929 à 1933, en cinq ans, le nombre de centres passe de 7 à 178. La quatrième période, qui commence à peine, va voir se développer l'activité et l'organisation de ces centres. Nous vivons une période d'organisation surtout. La réglementation actuelle de la prostitution doit être revisée. L'activité de la lutte antivénérienne est en étroite dépendance de la sévérité et de la rigueur des mesures qui seront prises tant du point de vue administratif que médical. Services hospitaliers et centres de traitement ambulatoire sont bien organisés dans les villes. Le point noir reste encore le bled. Il faut une propagande active répétée et persévérante pour vaincre enfin le fatalisme arabe.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

2e RAPPORT : **L'état actuel de la lutte antivénérienne au Maroc et les résultats obtenus après quinze ans d'efforts.** — Docteurs COLOMBANI et LEPINAY (Maroc). — Quinze ans de lutte n'ont pas été vains. L'un des résultats a été surtout d'ordre politique ; l'action heureuse des arsénobenzols a permis au médecin de jouer un rôle important dans l'œuvre de pacification et de récupérer un notable capital humain autochtone. Mais on se heurte à des difficultés provenant de l'arrivée tardive des malades aux centres de traitement, leur défaut d'assiduité et surtout la persistance de foyers épidémiques constitués surtout par les prostituées. D'où la nécessité de dépister les foyers de contagion et de surveiller de plus en plus la prostitution qu'il faut limiter et combattre par une action non seulement médicale, mais moralisatrice.

3e RAPPORT : **La lutte contre la syphilis en Tunisie.** — Docteurs MAZÈRES, RAYNAL et CHAUVIN (Tunis). — L'effort réalisé au cours de ces dernières années par le gouvernement en union avec les assemblées élues, les municipalités, les œuvres privées et le corps médical, a donné des résultats encourageants. Le centre militaire de dermatologie et prophylaxie collabore utilement depuis 1917 à cette œuvre, de même que le service de santé de la marine à Sidi Abdallah.

Le programme de lutte antivénérienne, dont une partie est déjà réalisée ou en voie de réalisation, permettra de diminuer les ravages occasionnés par ce fléau et d'alléger dans l'avenir les charges lourdes qui pèsent du fait de la syphilis plus ou moins directement sur les services d'assistance du pays.

Séance du jeudi 22 mars.

Présidence : docteur BRUN.

4e RAPPORT : **La syphilis infantile en Algérie.** — Professeur GILLOT et docteur MACHUEL (Alger). — Les auteurs insistent sur la fréquence de la syphilis infantile et surtout de l'hérédo-syphilis dont ils décrivent et discutent la symptomatologie, envisagent le diagnostic et le traitement. Ils insistent sur la prophylaxie et sur le rôle des médecins de colonisation dans ce cas.

5e RAPPORT : **La syphilis oculaire en Tunisie.** — Docteurs CUÉNOD et NATAF (Tunis). — Ce rapport constitue une importante revue générale surtout clinique et symptomatologique. Quelques intéressantes observations relatent des cas de buphtalmie spécifique, de gomme de l'iris, etc.

Les auteurs insistent sur la rareté chez l'indigène des signes de neurosyphilis.

Ils rapportent enfin les observations des docteurs Gallet (Constantine), Schousboé (Alger), Junès (Sfax), Talbot, Mme Raymond de Gentile (Tunis), Harroy (Tunis).

6e RAPPORT : **Influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la paralysie générale progressive et du tabes chez le musulman tunisien.** — Docteur CASSAR (Tunis).

Sur 250 malades, 238 ont présenté un liquide céphalo-rachidien normal et parmi ceux qui furent traités par As antérieurement, deux malades seulement présentèrent une altération du liquide.

La syphilis nerveuse inapparente, préclinique, se révèle aussi rare que la forme clinique chez le musulman tunisien.

Les traitements insuffisants par les arsénobenzols pratiqués chez des malades ayant interrompu ce traitement pendant un certain temps (un à vingt-deux ans) n'ont pratiquement aucune influence sur l'état du liquide céphalo-rachidien, contrairement à ce qui s'observe chez l'Européen.

Le docteur PERRUSSEL pense que les cas de paralysie générale ne sont point si rares et que les services d'aliénés rendent des services pour leur diagnostic et leur dépistage.

Séance du venaredi 23 mars.

Présidence : docteur RAYNAL.

Communications.

La syphilis indigène en Tripolitaine, aspects et prophylaxie. — M. FILIPPO FIVOLI (Tripoli). — La première partie de cette communication s'occupe des aspects cliniques de la syphilis indigène. La deuxième partie traite des mesures opposées à cette affection qui frappe 70 p. 100 de la population. Les bons résultats obtenus regardent surtout la prostitution et intéressent les zones et collectivités qui ont pu être touchées par l'œuvre civilisatrice.

Tuberculose dite chirurgicale ou syphilis héréditaire tardive ? — M. ANDRÉ TRÈVES (Paris) rappelle la fréquence des cas où l'identité clinique et radiologique est complète. Même les stigmates divers peuvent manquer. Trèves rappelle un aspect spécial du nez qu'il a décrit. L'inconstance de la sérologie a amené l'auteur à traiter par le 914 toutes les lésions ostéo-articulaires pendant quelques mois. Résultats surprenants : des tuberculoses certaines ont guéri par l'arsenic. Les lésions mixtes, les cas où la syphilis se transforme en tuberculose sont signalés avec observations à l'appui. Le traitement orthopédique et général, joint au traitement spécifique, doit être appliqué à ces malades dont il contribue à hâter la guérison.

La syphilis à la Maternité d'Alger. — De 1926 à 1933, sur 5.500 femmes enceintes soignées à la consultation prénatale, l'auteur a relevé 667 syphilitiques avérées. Chez 307 de ces femmes soignées régulièrement et revues plus tard, on a pu relever 297 succès du traitement.

Dans le service intérieur, la mortalité fœtale par syphilis est allée en décroissant (11,92 p. 100 en 1915, 3,10 p. 100 en 1932, 0,51 p. 100 en 1933).

Parmi les nourrissons nés à la Maternité, on relève 21,7 p. 100 d'hérédos européens et 46,7 p. 100 d'hérédos indigènes.

L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à outiller davantage les laboratoires et à augmenter dans les consultations les médicaments indispensables à la santé publique.

La prophylaxie antisyphilitique dans les oasis sahariennes. — Professeur A. LAFFONT (Alger). L'auteur rapporte quelques faits intéressants de lutte contre la syphilis maternelle dans les milieux indigènes, notamment dans la région d'Ouargla. Les femmes de ces oasis, si rebelles jusqu'ici à la prophylaxie antisyphilitique, viennent plus nombreuses aux consultations. Les dispensaires des Sœurs Blanches sous la direction des médecins militaires contribuent puissamment à la lutte entreprise.

Sur l'importance et sur les méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien. — M. LÉOPOLD BERETVAS (Tunis) insiste sur la nécessité d'examiner systématiquement le liquide céphalo-rachidien. Un liquide altéré a une valeur diagnostique, mais un examen négatif n'a de valeur que si la clinique le corrobore. Enfin, si les cellules sont normales et les globulines non augmentées, les autres réactions restent en général négatives.

Propagande éducative sanitaire dans les milieux musulmans de la Régence. — M. DINGUIZLI (Tunis), avec sa compétence toute particulière, montre les méthodes de propagande employées efficacement en Tunisie dans les milieux indigènes : causeries, projections, tracts en langue arabe,

tournées à l'intérieur, pancartes placées dans les lieux publics, fondouks, hammams, etc., et dont le plus souvent il a été l'animateur.

M. BAILLIART (Paris) parle des **signes ophtalmoscopiques de l'hypertension intracranienne.** Il montre les relations qui existent entre la circulation cérébrale et la circulation rétinienne, qui est en quelque sorte la projection de la première. Il rappelle ses méthodes d'exploration de la circulation rétinienne qui peut renseigner bien souvent sur l'état de la circulation centrale. La tonométrie, créée par l'auteur, permet entre autres de mesurer les pressions veineuse et artérielle au niveau de la rétine. Au cours des hypertensions intracraniennes et avant même l'apparition de tout signe ophtalmoscopique, on note une hypertension artérielle non en rapport avec l'état de la tension artérielle générale. Cette mesure de la tension artérielle rétinienne, qu'il faudrait pratiquer presque systématiquement, permet donc de déceler les hypertensions craniennes avant la constatation de stase papillaire ou autre signe ophtalmoscopique. L'auteur rapporte certains exemples pris parmi les malades tunisiens pour mieux illustrer son exposé.

M. le professeur FRANCESCO CANTANI (Naples) présente **une nouvelle réaction pour le sérodiagnostic rapide de la syphilis.** La réaction de Cantani, qui a fait l'objet d'une démonstration pratique devant les congressistes, apparaît comme une réaction rapide, élégante. Son originalité consiste surtout dans la composition de l'antigène où il entre en particulier de la benthène, de la paraffine et du phénol. Sa sensibilité serait très grande.

M. BEN MILAD (de Tunis) lit un intéressant travail historique sur **la syphilis en Tunisie au XVIIIe siècle d'après le manuscrit du médecin tunisien Ahmed Dihmani.**

Le médecin-commandant CHAUVIN apporte un important travail intitulé **L'incidence des maladies vénériennes dans le milieu militaire tunisien. Aperçus cliniques,** constituant un supplément au rapport sur la lutte contre la syphilis en Tunisie. Après des considérations ethnographiques, l'auteur retrace l'action du service de santé militaire d'avant-guerre et évoque la création du premier centre de dermato-vénéréologie en 1917, confié au regretté docteur Jamin. L'auteur nous montre ensuite l'incidence des maladies vénériennes en Tunisie dans le milieu militaire et les heureux effets de la liaison sanitaire s'effectuant cordialement entre le service de santé et les organismes d'hygiène sociale et municipale de Tunis. Puis, voici l'organisation de la lutte antivénérienne dans l'armée, dont le centre régional de dermatologie et de prophylaxie de l'hôpital du Belvédère constitue l'organisme d'action de défense sanitaire.

Après un exposé des différents aspects du péril vénérien en milieu militaire tunisien, l'auteur donne un aperçu thérapeutique basé sur des observations cliniques nombreuses et décrit le rôle du médecin dans la collectivité militaire.

Le docteur Chauvin appuie son travail de nombreux graphiques et tableaux montrant l'évolution du péril de la syphilis dans les effectifs de la Régence de 1923 à 1933. De nombreux documents photographiques rassemblés par lui viennent compléter l'iconographie remarquable déjà réunie par Jamin.

Syndrome parkinsonien chez un militaire indigène tunisien. Complexe étiologique. Syphilis, traumatisme cranien ancien, séquelles de névraxite. — M. le médecin-commandant CHAUVIN rapporte l'observation d'un militaire indigène qui, à la suite d'un épisode fébrile, présenta un syndrome parkinsonien typique. Ptosis, diplopie légère, amyotrophie des muscles deltoïde et du bras gauche, algomyoclonies, faciès figé. Faible lymphocytose mais hyperglycorrachie. Le malade est de plus un spécifique ancien, confirmé sérologiquement.

A trois ans de distance, comme le montrent les photographies jointes, l'état du malade ne s'est que peu modifié, ébauche de torticolis, amyotrophie scapulaire persistante, bradykinésie légère.

Les constatations cliniques et les résultats du laboratoire permettent d'admettre l'hypothèse d'une encéphalite fruste. Le traumatisme cranien ancien, la syphilis et les formes périphériques de l'encéphalite ont abouti, pour se superposer, à un état parkinsonien.

Paraplégie spasmodique chez un hérédo-spécifique. Type Erb. Guérison par les arsénobenzènes. — M. le médecin-commandant CHAUVIN rapporte l'observation d'un militaire du recrutement métropolitain qui présenta un syndrome rappelant un début de paraplégie spinale, évoluant chez un hérédo-spécifique. Il s'agit de paraplégie spasmodique du type Erb. Démarche pendulaire par balancement du tronc et rotation du bassin, dysurie, dérobement des jambes, exagération de la réflectivité.

Bordet-Wassermann positif dans le sang, légère lymphocytose, benjoin colloïdal négatif.

Le traitement par les arsénobenzènes fait progressivement rentrer dans l'ordre le tableau clinique. La discordance de positivité des réactions sérologiques fait rentrer le diagnostic biologique dans le cadre des réactions douteuses citées par Lortat-Jacob. Bordet-Wassermann sanguin négatif H^8 à H^4. Bordet-Wassermann, liquide céphalo-rachidien négatif H^8.

Syphilis géantes. — I. M. BELFORT (Teboursouk) présente avec de belles photos des syphilis cutanées anormalement géantes dont trois recouvrent à elles seules presque toute la face antérieure du thorax et de l'abdomen sus-ombilical.

Le docteur COUTELA (Paris) parle de **la pupille du syphilitique.** Après avoir rapidement signalé les diverses manifestations pupillaires de la syphilis, l'auteur s'arrête au signe d'Argyll-Robertson dont il expose brièvement l'historique et les différentes significations qu'on lui a données. La dissociation entre les réflexes pupillaires à la lumière et à la convergence, à laquelle on voit souvent s'ajouter la déformation et l'inégalité pupillaire ainsi qu'une atrophie de l'iris, devient un véritable syndrome pupillaire. Si le signe d'Argyll-Robertson n'est pas toujours un signe de tabes, il est presque toujours un signe de syphilis nerveuse.

Abulcassis, Avicenne et les grands médecins arabes ont-ils connu la syphilis ? — M. RENAUD (Rabat), arabisant remarquable, de l'étude de plusieurs documents arabes, conclut que rien ne permet d'affirmer l'antiquité de la syphilis dans notre continent. Seules des erreurs d'interprétation ont pu faire croire le contraire.

Syphilis buccale, accidents provoqués par les traitements antisyphilitiques. — M. GUTTIÈRES (Tunis) a voulu essayer de démontrer l'utilité de la collaboration entre syphiligraphe et stomatologiste pour le dépistage de la syphilis et surtout pour éviter les accidents buccaux provoqués par les agents thérapeutiques utilisés en syphiligraphie.

L'action du dispensaire scolaire d'hygiène et de médecine préventive des écoles de l'Alliance israélite de Tunis, considérée du point de vue de la lutte antisyphilitique. Les résultats obtenus. — M. V. COHEN (Tunis), à qui revient cette idée d'un dispensaire au sein même de l'école, nous dit d'abord un mot de cette institution qui, bientôt vieille de trois ans, — puisqu'elle a été inaugurée le 18 mai 1931 par M. le docteur Mazères, directeur de l'Office d'hygiène sociale, — a prouvé d'une part qu'elle était viable à l'école et

d'autre part qu'elle est très utile de par les résultats déjà obtenus. C'est un centre de diagnostic intrascolaire dont une étude détaillée sera publiée bientôt. Les examens complets et d'ordres les plus divers qui s'y passent sont éminemment utiles pour le dépistage de la syphilis héréditaire. Sur les mille premiers enfants examinés en 1932-1933, 97 ont été retenus pour suivre un traitement spécifique dont 59 cas certains et 38 cas très probables. Sur ces 97 cas, 5 seulement étaient connus auparavant comme spécifiques et recevaient un traitement. C'est dire l'importance des syphilis ignorées chez les enfants et par conséquent aussi chez les parents. L'auteur en conclut que ce genre d'organisation pourrait former la formule de base de la lutte antisyphilitique.

De l'intérêt de l'épreuve anatomo-pathologique du placenta et des viscères fœtaux en vue du dépistage de la syphilis. — M. J. SCEMIA (de Tunis). — Le territoire de la syphilis fœto-placentaire constitue un champ d'investigation anatomo-bactériologique assez important pour qu'on puisse espérer y trouver des renseignements utiles, surtout dans les cas où la syphilis est muette et où le médecin est réduit à des suppositions sans aucune preuve clinique ou bactériologique formelle.

Sur 23 observations d'interruption de grossesses présumées syphilitiques, 7 fois l'examen histologique du foie fœtal a permis de déceler une hépatite interstitielle diffuse caractéristique. L'atteinte histologique du placenta n'a été positive que 3 fois.

Contribution à l'étude de la leucyto-réaction de la syphilis (service du docteur Masselot). — MM. LUCIEN UZAN, DANA et CAZENOVE.

La leucocyto-réaction de la syphilis chez l'enfant. — MM. LUCIEN UZAN, SANTILLANA et CAZENOVE. — Il semble que la leucocyto-réaction soit sensible à un facteur syphilitique. Mais elle n'est pas spécifique et, dans sa forme actuelle, pratiquement inutilisable. Chez l'enfant, une leucocyto-réaction négative témoignerait contre une affection spécifique.

La gastrique syphilitique. — M. HENRI SETBON. — Après des considérations cliniques et des observations personnelles, l'auteur conclut qu'il y a souvent intérêt, dans les affections gastriques, d'essayer la médication antisyphilitique car bien plus fréquemment qu'on ne le croit elle donne de bons résultats.

En dehors des communications, des conférences ont été faites par les personnalités bien connues du monde médical.

Le professeur SABOURAUD (de Paris) parla avec une profondeur de pensée remarquable et dans une langue parfaite des **médecins hors la médecine.**

Le professeur POROT (d'Alger) exposa magistralement les **Idées nouvelles sur les troubles de la circulation cérébrale.**

M. V. MORAX (de Paris) traita avec une particulière compétence des **greffes dermo-épidermiques.**

M. le professeur DEBRÉ (de Paris) fit une admirable leçon claire et précise sur **les débuts de la tuberculose chez l'enfant.**

Le savant inspecteur des laboratoires de Tunisie, M. HECTOR DIACONO, exposa brillamment le **problème sérologique**

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL Phien 46, AVENUE DES TERNES PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gasho-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
R. C., I 33, Aubenas.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

de l'hémolyse, problème qui fit l'objet d'un grand nombre de ses travaux personnels.

Enfin, M. P.-N. Deschamps (de Royat) fit un excellent exposé, complet et documenté de la question des **artérites oblitérantes des membres et leur traitement.**

(*A suivre.*) MAURICE UZAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 16 avril 1934)

De l'emploi de la mélanine choroïdienne, rendue soluble dans l'eau distillée, pour le séro-diagnostic du paludisme. — M. F. Trensz.

De la nature du principe pathogène contenu dans les tumeurs néoplasiques. — MM. A. Besredka et L. Gross.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 1er mai 1934)

Stations climatiques. — M. Pouchet lit un rapport sur des demandes en reconnaissance de diverses stations climatiques.

Hygiène de l'enfance. — M. Lesage donne lecture des conclusions de son rapport sur les travaux de l'hygiène de l'enfance.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées sans discussion. En voici le texte :

« L'Académie prie M. le Ministre de la Santé publique :

1° D'achever la réforme des hospices dépositaires de province suivant le vœu déjà émis dans le rapport de 1930 ;

2° De créer dans la statistique spéciale des Enfants-Assistés une division particulière pour les hospices dépositaires et les pouponnières. »

« L'Académie prie M. le Ministre du Travail :

« De créer dans la statistique générale de la France, une division spéciale pour la mortalité des enfants de la seconde année, comme cela existe dans certains pays. »

« L'Académie prie M. le Ministre des Colonies :

« D'instituer dans toutes les colonies une statistique uniforme de mortinatalité et de mortalité séparée de la 1re et de la 2e année, tant pour les nationaux que pour l'élément indigène.

« Ce vœu a déjà été émis dans le rapport de 1930. »

Propriétés physiques des liquides épanchés. — MM. Achard, Boutaric et Mme Roy. Dans les transsudats (4 ascites et 2 hydrothorax), la densité optique est nettement inférieure à celle du sérum sanguin, sauf dans un cas de liquide lactescent, riche en lipides (8,25 p. 1000). Elle augmente légèrement par chauffage, ce qui indique un léger grossissement des particules. La viscosité relative, nettement plus faible que celle du sérum, n'augmente que très peu par le chauffage, ce qui paraît explicable par la faible concentration du liquide en protéines (8 à 37 p. 1000.)

Le nombre de particules fournies par un gramme de protéines sèches est nettement plus petit que pour le sérum et n'est guère modifié par le chauffage, sauf dans le liquide lactescent. Il est probable que, dans ce dernier, le chauffage détruit l'émulsion des lipides.

Dans les exsudats (pleurésie séro-fibrineuse, 4 cas), la densité optique est plus faible que celle du sérum, mais l'écart est moindre que pour les transsudats. Elle augmente assez nettement par le chauffage.

La viscosité relative, bien plus élevée que pour les transsudats, par suite de la richesse plus grande en protéines, augmente nettement par le chauffage, en raison de l'hydratation qui gonfle les colloïdes.

Le nombre de particules fournies par un gramme de protéines est plus grand que pour les transsudats et même que pour le sérum, mais ne varie que peu par le chauffage, comme pour le sérum.

Les protéines extraites par l'acétone, à froid (méthode de Piettre) et remises en suspension dans un volume égal d'eau, mais privées ainsi de la plupart des sels, donnent des valeurs plus fortes que les liquides dont elles proviennent pour la densité optique et la viscosité relative.

Nouvelles expériences de vaccination humaine contre le typhus exanthématique par vaccin vivant. Infection et immunité. — MM. Blanc, Noury, Balthazard, Bruneau et Barneoud apportent un travail, d'où il ressort que : 1° le virus de typhus murin reste après 14 mois de conservation par passage sur le cobaye aussi peu pathologique pour l'homme qu'il l'était aux premiers jours de l'isolement.

2° Il est possible de diluer jusqu'au millième les produits virulents et d'obtenir d'une dilution biliée un vaccin efficace.

3° La filtration du virus typhique ne comporte aucun avantage.

4° La vaccination contre le typhus n'apparaît efficace même avec un vaccin apparent que si cette vaccination donne une maladie inapparente.

Cette vaccination confère l'immunité et ne comporte aucun danger.

Sur les réflexes carotidiens. — M. Pagano (de Palerme) faisant l'historique de la découverte des réflexes carotidiens, rappelle les recherches qu'il a publiées en 1889 et en 1900 sur la sensibilité cardio-vasculaire et sur les réflexes carotidiens dont il avait signalé l'intérêt physiologique et les effets sur la pression artérielle.

C'est vingt-six ans plus tard que Hering a publié de nouvelles recherches sur la question et trouvé ce qu'on appelle le nerf du sinus.

Autres communications :

Etude électro-physiologique des effets de l'administration d'eau sulfatée calcique sur l'excitabilité réflexe vagale. — MM. Santenoise, Merklen, Bonnet, Richard et Vidacovitch. Note présentée par M. Desgrez.

Le système nerveux de l'amnios. — M. Keiffer (de Bruxelles).

Contribution à l'étude de la silicose. — M. Machie.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers dans la 1re division (médecine).

Les candidats étaient ainsi classés : en 1re ligne : MM. Danielopolu (de Bucarest) et Bensis (d'Athènes). En seconde ligne et par ordre alphabétique : MM. Austregesilo (de Rio de Janeiro), Baldwin (de Saranac Lake), Bonorino (de Buenos Aires), Le Sage (de Montréal) et Pezzi (de Milan).

MM. Danielopolu et Bensis sont élus.

Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale, par L. Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, et M. Patel, professeur à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux. In-8 de 264 pages, avec 69 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

SULFUREUX POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V°

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE

Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

R.C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

CHRONIQUE

UMFIA. UNION MÉDICALE LATINE
LE DINER DE PRINTEMPS DE 1934

Suivant une longue et aimable tradition, l'U.M.F.I.A. (ancienne Union médicale franco-ibéro-américaine), devenue, en 1928, l'Union médicale latine, reçoit et au printemps et à l'automne, tous ses amis, tous ceux qui veulent fraterniser en la « *pensée latine* ».

Ambassadeurs et ministres plénipotentiaires, membres éminents du corps professoral de nos Universités, de nos Facultés, de la grande famille internationale des praticiens, groupent les représentants de plus de trente nations unies par une racine commune à nos cinq grandes langues : l'espagnol, le français, l'italien, le portugais, le roumain..., tous veulent ainsi montrer, comme en une réunion imposante d'une « *Société des Nations latines* », leur magnifique volonté de faire triompher la paix universelle, en restant fidèles à leur origine commune.

Sous la présidence de S. E. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil à Paris, et de M. le professeur Roussy, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, plus de 300 représentants étaient venus mercredi dernier fêter l'U.M.F.I.A. qui entre dans sa 23e année.

Il nous faudrait citer ici les illustres représentants de l'Argentine, de la Belgique, de la Bolivie, du Brésil, du Canada, du Chili, de la Colombie, de Costa-Rica, de Cuba, de l'Espagne, de l'Equateur, de la France, du Guatemala, du Honduras, de l'Italie, du Mexique, de la Principauté de Monaco, du Nicaragua, du Paraguay, du Pérou, du Portugal, de Puerto-Rico, de Roumanie, du Vénézuéla. La Grèce, mère de notre civilisation, tient à l'honneur d'être des nôtres.

Nous devrions y ajouter, aux côtés de nos éminents conférenciers des « *Voix latines* » : MM. les professeurs Léon Bernard, J.-L. Faure, Forgue, Lépine, Lutrario, Legueu, Sergent, Roule, et demain, le commandant Charcot, aux côtés de M. le doyen Roussy, incarnation trinitaire du savant, du professeur, de l'administrateur, tous les professeurs, tous les médecins, tous les représentants de nos grands laboratoires venus au milieu de nous pour et par l'U.M.F.I.A. Presse médicale, presse d'information, ont aidé de leur puissant concours au succès de cette manifestation pacifique de notre volonté du travail dans la paix. Sénat et Chambre des Députés étaient également représentés en dehors de toute considération politique que notre Umfia n'admet à aucun titre.

Après que le secrétaire général, le Dr Molinéry, eut fait part à l'assemblée des regrets et des excuses de nombreux correspondants, et montré « l'effort » continu de l'Umfia au cours de ces vingt-deux dernières années, il rappela le nom du Dr Georges Clemenceau, son premier président d'honneur à la fondation. Et le président-fondateur, le Dr Louis Dartigues, d'exposer, avec sa coutumière éloquence, la grande idée qui va se développant toujours, idée base fondamentale de notre Union médicale latine. Après avoir salué en la personne de S. E. de Souza Dantas, tout le corps diplomatique ; en la personne de M. le doyen Roussy, professeurs et médecins ; les dames qui ont été la grâce et le charme de ce dîner ; nos laboratoires, dont l'ardeur au travail fait l'admiration du monde entier, le Dr Dartigues rend hommage aux Maîtres qui ont apporté aux *Voix latines* qu'il a créées, l'appoint de leur splendide talent. Quelle plus belle consécration de son effort pouvait recevoir notre président-fondateur, dont les Drs Gaullier-l'Hardy et Bandelac de Pariente furent les premiers collaborateurs !

M. le professeur Forgue, de Montpellier, prit la parole au nom des conférenciers des *Voix latines* ; M. le doyen Roussy, au nom de tous les médecins rassemblés sous l'égide de l'Umfia ; S. E. de Souza Dantas au nom de tout le corps diplomatique latin, dont il est à Paris l'éminent doyen.

M.

LIVRES NOUVEAUX

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade (1), par M. BARTHÉLEMY.

Abondamment illustré de figures schématiques très démonstratives, écrit dans un style clair, simple, concis, facile à lire, ce livre sera le guide indispensable à tous les médecins pour « débrouiller » les cas un peu épineux de la pratique journalière.

L'étude des diagnostics chirurgicaux au lit du malade ne fait nullement double emploi avec les traités de diagnostic chirurgical publiés jusqu'à ce jour. Ces traités, destinés au jeune étudiant à son entrée à l'hôpital, guident ses premiers pas à la clinique. Ils lui enseignent les divers procédés d'exploration et le conduisent du symptôme à la maladie.

Le livre que vient de publier M. Barthélemy est conçu dans une forme entièrement nouvelle et parfaitement adaptée aux exigences de la pratique moderne. Etudiant chaque syndrome clinique, il en rappelle les signes fondamentaux, indique les symptômes qui permettent le diagnostic, démontre quels symptômes analogues peuvent présenter deux affections très différentes, expose leurs caractères distinctifs, signale les confusions possibles.

Ce livre s'adresse non seulement à l'étudiant qui a déjà pris un large contact avec l'hôpital et doit éviter de se perdre dans les dédales de la clinique, mais aussi au praticien qui a quitté l'hôpital et n'a pas le temps d'y revenir comme il le voudrait.

Le but que s'était proposé M. Barthélemy en l'écrivant était de rendre service à tous ; ce but a été largement atteint.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 8 mai. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lereboullet, Terrien, Velter. — M. GILLET. Plotin au point de vue médical et psychologique. — M. CALMANAS. Localisations oto-mastoïdiennes dans la diphtérie. — M. MARCUS. Indications et technique du gavage des nourrissons. — M. JOSEPH. Etude du syndrome du nerf nasal.

Mercredi 9 mai. — Jury : MM. Lemierre, président ; Tanon, Joannon, Moreau. — M. BREDIER. Etude des colopathies à trichocéphales et à lambliase. — M. EL BAFFOUN. Quinine préventive dans le paludisme. — M. VOGEL. L'intervention médicale dans l'orientation professionnelle des adolescents.

(1) In-8 avec 101 figures. — Prix : 45 fr. — Paris, N. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

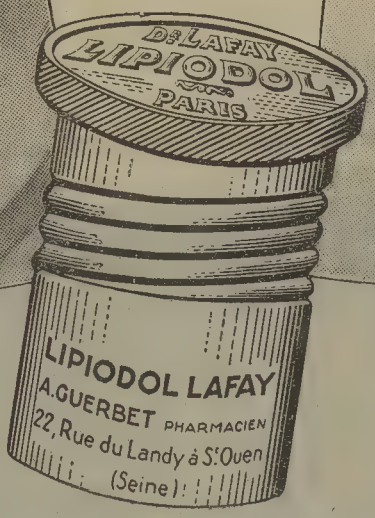
LIPIODOL LAFAY

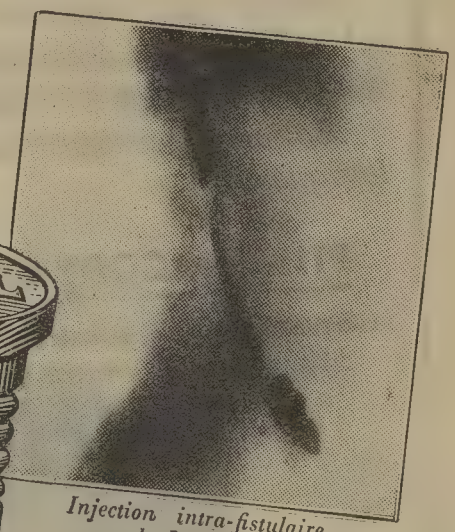
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54 centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'Iode
1 capsule, 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

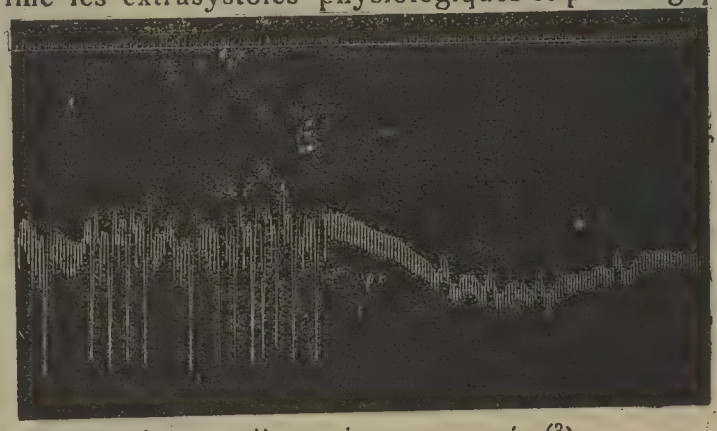
La Spartéine "Houdé"

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Prix exceptionnel de ce numéro : 1 franc.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 9 MAI 1934. — N° 37.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS
Répartition du personnel médical dans les hôpitaux de Paris.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
De la patente, par M. A. HERPIN.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 2 mai. — MM. Merle d'Aubigné, 16; Redon, 18; Meillère, 20.

Médecine opératoire. — Séance du 4 mai. — Questions données : « Découverte du nerf radial dans la gouttière de torsion. Repérer le nerf par un fil. — Désarticulation du gros orteil avec son métatarsien. »

Questions restées dans l'urne : « Ligature de l'artère axillaire sans la clavicule. — Ablation du ménisque interne du genou par voie transrotulienne transversale sans reconstitution. — Ligature de l'artère iliaque externe. Amputation tibio-calcanéenne dite de Ricard. »

MM. Meillère, 28; Reinhold, 26; Redon, 29; Merle d'Aubigné, Seillé et Sauvage, 25.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Jury définitif : MM. Chirié, Couvelaire, Cleisz, Ecalle, Lévy-Solal, Heuyer, Bréchot; lecteurs : MM. Lacomme, Lantuéjoul; censeur : M. Ravina.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — La clinique de dermatologie de M. le professeur Nicolas est transférée de l'hôpital de l'Antiquaille à l'hôpital de Grange-Blanche.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Le Conseil de la Faculté a attribué le prix Jules et Louis Jeanbernat à M. Pierre Vasserot, docteur en médecine.

Les prix Alezais et René Lazare n'ont pas été attribués.

Prix de thèse (médecine) : 1er prix, *ex æquo*, MM. Alliez et Figarella; mentions : MM. Carbonel, Guillot et Sarradon; (pharmacie) : 1er prix, Mlle Rizzo; mention : M. Chabre.

La médaille d'or (médecine) n'a pas été décernée en 1933; la médaille d'or (pharmacie) a été décernée à M. Pellissier, pharmacien.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade de commandeur.* — M. Baugnies, administrateur de la Compagnie des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée, administrateur délégué de la Compagnie fermière de l'établissement thermal de Vichy.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle aura lieu sous la présidence de M. le docteur Chapon le dimanche 27 mai 1934, à 14 h., dans la salle des séances de l'Hôtel Chambon, 95, rue du Cherche-Midi. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des sociétés locales et les membres de la Presse médicale invités.

Le soir, banquet à l'Hôtel Continental (rue Rouget-de-l'Isle), sous la présidence de M. le professeur Perrin (de Nancy), président de la Société locale des médecins du département de Meurthe-et-Moselle. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant, avant le 25 mai, leur adhésion et le prix du banquet (50 fr.) à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 95, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe). Chèques postaux Paris 186-07. Tél. Littré 61-43.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

BANQUET DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le quatorzième banquet annuel du Syndicat des médecins de la Seine aura lieu le samedi 26 mai 1934, à 19 h. 30, dans les salons de l'Hôtel Continental, 2, rue Rouget-de-l'Isle, sous la présidence de M. le docteur Bourguignon, président de l'Union des syndicats et associations du Corps médical des hôpitaux et hospices de Paris et du département de la Seine.

Un bal suivra le banquet de 22 h. 30 à 2 h.

Les parents et amis des membres du S. M. S. y sont cordialement invités, ainsi que les étudiants en médecine, civils et militaires (internes des hôpitaux et médecins stagiaires du Val-de-Grâce).

Pour les cartes d'invitation au bal et tous renseignements, s'adresser au siège du Syndicat des médecins de la Seine, 28, rue Serpente.

LE RÈGLEMENT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Il est question d'un remaniement des divisions composant actuellement l'Académie. On a, en effet, souvent critiqué l'inégalité qui existe dans la composition des sections et les inconvénients qui en résultent, notamment dans l'établissement du classement des candidatures.

Le 15 mai, il sera soumis en comité secret à l'Académie, un projet prévoyant une nouvelle répartition des sections, sans apporter, d'ailleurs, de changement dans le nombre des places des membres titulaires. Ces membres, toujours au nombre de 100, seraient répartis dans les divisions suivantes :

Médecine clinique	14	membres titulaires
Pathologie médicale	14	—
Chirurgie	17	—
Accouchement	7	—
Hygiène et microbiologie ..	14	—
Anatomie et physiologie	10	—
Physique et chimie	8	—
Médecine vétérinaire	6	—
Pharmacie	10	—
	100	

Aucun changement en ce qui concerne les membres libres et les associés. Les correspondants nationaux et étrangers recevraient une répartition analogue à celle des membres titulaires.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Vendredi 11 *mai.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Couvelaire, Marcel Labbé, Loeper. — M. Szware. La stérilisation eugénique des anormaux. — M. Thiéry. Diabète et tuberculose. — M. Cymmer Mordcha. Les épisodes chyleux au cours des ascites. — M. Lauer. L'éphédrine en thérapeutique et surtout dans les états de choc.

Samedi 12 *mai.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Brindeau, Carnot, Chevallier. — M. Julien. Le syndrome « Angine de Vincent ». — M. Beauverger. Etude sur les rapports de la grossesse avec les affections du système nerveux. — M. Phaédonos. Cyanure de mercure et stomatites.

Vendredi 11 *mai.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Mathieu, président ; Bresson, Coquot. — M. Chantraine. Traitement des synovites par les injections intrasynoviales.

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA PATENTE

Avant la guerre, les conditions d'application de l'impôt sur la patente étaient réglées par la loi du 19 avril 1905 ; son montant était fixé :

Pour Paris, au 1/15 jusqu'à une valeur locative de 4 000 francs et au 1/12 au delà ;

Pour les villes de 100 000 habitants et au-dessus, au 1/15 jusqu'à 2 000 francs et au 1/12 au delà ;

Pour toutes les autres localités, uniformément au 1/15.

Depuis, la loi du 19 mars 1928, article 19, prenant en considération la dévaluation monétaire, a doublé les chiffres limites. Et, actuellement, la patente est calculée au 1/15 à Paris, jusqu'à 8 000 francs de valeur locative, et, dans les villes de 100 000 habitants et au-dessus, jusqu'à 4 000 fr.

Ainsi donc, alors qu'une loi avait dévalué notre monnaie des 4/5, une autre loi, lorsqu'il s'est agi de l'impôt le plus inique, s'est contentée de multiplier par deux les chiffres limites de discrimination des valeurs locatives. Cette seconde loi ne tient donc aucun compte de la première.

Il s'ensuit que cet impôt est calculé sur des bases qui, légalement, sont une erreur, et qu'il frappe de façon excessive et parfaitement injustifiée les loyers moyens, dont beaucoup sont une nécessité pour les familles nombreuses.

Cet excès de taxation apparaîtra plus nettement en citant des chiffres, se rapportant à l'impôt sur les patentes à Paris en 1934 : cet impôt, calculé pour des valeurs locatives entre 8 000 francs, limite légale, et 20 000 francs, limite normale (4 000 chiffre de 1905 multiplié par 5, qui correspond à la dévaluation monétaire) donne au 1/12 et au 1/15 les chiffres suivants pour un médecin marié sans enfant :

Valeur locative.	Patente au 1/12.	Patente au 1/15.
10 000	6 138 91	4 910 33
12 000	7 472 24	5 977 96
15 000	9 473 74	7 578 99
18 000	11 475 23	9 180 18
20 000	12 809 56	10 247 65

Soit, pour les valeurs locatives entre 8 000 et 20 000, une augmentation parfaitement irrégulière et injuste de 25 pour 100.

C'est un scandale qui doit cesser au plus tôt.

A. HERPIN.

LE JEUDI 7 JUIN 1934

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENTS nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1934.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au jeudi 24 mai 1934.

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Paludéenne)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la DIGITALINE CRISTALLISÉE (1) dont l'action SÛRE & PUISSANTE, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872

PRIX DESPORTES 1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

FORMES

Granules au 1/10 de milligramme
Solution au millième
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires
Ampoules au 1/5 de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

DRAEGER

aux Douleurs dentaires dues aux Caries, Pulpites, Abcès, etc.

aux Névralgies faciales Intercostales, Sciatiques

aux Insomnies provoquées par la Douleur ou le Surmenage

l'asciatine

oppose sa triple action

Hypnotique

Antinévralgique

Analgésique

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

aah

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1934-1935

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Weill (Jean), Caroli, Busson, Cachera ; chefs de labor. : MM. Deval, Coquoin, Simonnet, Dioclès, Dognon, Mlle Tissier, Raoul-Duval ; internes : MM. Fiehrer (Albert), Fabre (Georges) ; externes : Mlle Meunier (Andrée), MM. Lacombe (Roger), Fayein (André), Nordman (R.), Stopen (Blaise), Mlle Sulzer, MM. Le Loch (Henri-René), Vincent (Max), Tiret (Jacques), Mlle Brille (Denise), M. May (Gilbert), Mlle Menant (Claudie).

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand ; interne : M. Bardin (Pierre) ; externes : Mme Boulenger, MM. Schreider (André), Sénéchal (Robert), Mlle Lauriat (Aline), M. Verstraete.

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad ; interne : M. Regaud (Jean) ; externes : MM. Hertzog (Paul), Auffret (Jean), Bibas (Moïse), Kerfuison (Henri), Meyer (Henry).

4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; assistant : M. J. Besançon ; interne : M. Delay (Paul) ; externes : MM. Filippi (Paul), Lion (V.), Bours (Jacques), Schapira (Georges), Mlle Lévy (Hélène), M. Villaret (Bernard).

5. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Azoulay ; interne : M. Paul (Christian) ; externes : MM. Loubrieu (Jean), Azoulay (Charles), Tétu (René), Frebet (Henri), Cluzeau (Roger), Mlle Simon (Arlette).

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Bloch (Jacques), Sénèque (Jean) ; chefs de clinique : MM. Blondin, Sicard, Tailhefer ; chef de labor. : M. Nicolas ; internes : MM. Blanquine (J.), Benoit (Hubert) ; Bloch (Léon), Mialaret (Jacques), Benzard ; externes : M. Nicolas (Jean), Mlle Bellêtre, MM. Destarac, Javelier (André), Perdrix (Léon), Mlle Brussaux, M. Perrier, Mlle Tourneville, MM. Pouget, Baudouin, Jeffriaud, Davidovici (Alb.), Déprez, Chartier (Antoine), Kouindjy, Veyrières.

7. *Ophtalmologie.* — M. le prof. Félix Terrien ; chef de clinique : M. Dolfus ; chefs de labor. : MM. Hudelo, Bousseau, Rocher (J.) ; adjoint : M. Hermann ; internes : MM. Joseph (Etienne), Desvignes (Pierre) ; externes : MM. Sarrazin (Louis), Desseigne (Victor), Fournial (Robert), Mlle Bentkowski (Gabrielle), Pinchenzon ; élèves : MM. Gay (Lucien), Gulman (Isaac).

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : ; internes : Mlle Jomier, M. Tanret (Pierre) ; externes : M. Chastagnol (Henri), Mlle Melon (Jeanne), MM. Maurage (François), Legreux (Raymond), Claude (Fernand), Botreau-Roussel (Paul).

9. *Consultation (Médecine).* — M. Gutmann ; assistant : ; externe en premier : M. Claisse ; externes : MM. Bauer (Lazare), Colletas (Roger), Vakili (Ali).

10. *(Chirurgie).* — M. Cahen ; assistant : ; externes : MM. Loze (Edmond), Thomas (Ferdinand) ; Marcus (Osias).

11. *Consultation dentaire.* — M. Béliard ; assistant : ; adjoint : ; externes : Mlle Picard, M. Millet (stagiaires).

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef de clinique chirurgicale : M. Lévy-Lebhar.

13. *Hydrothérapie et thermothérapie.* — Chef de labor. : M. Dausset ; externe : M. Bagot (René).

14. *Service de physiothérapie.* — Chef de labor. : M. Dausset ; assistants : MM. Chenilleau, Dejust.

B. LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : MM. Uhry, Goldberg, Niget ; chefs de labor. : M. Nepveux ; interne : M. Sallet (Jean) ; externe en premier : M. Sterne (Jean-Jacques) ; externes : MM. Landolt (Jacques), Guénon des Mesnards (Guy), Prialnich-Denès (Edmond), Mande (Raym.), Nonique (Pierre).

2. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Derot, Rudolf, Rault ; chefs de labor. : MM. Doubrow, de Traverse ; interne : M. Antonelli (Jean) ; externes : M. Truelle (Emmanuel), Mlle Sautel (Mad.), MM. Debelut (I.), Fischer, Nespoulous (Jacques), Deroide (Albert), Mlle d'Aussagnel de Lasbordes.

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant : ; internes : MM. Gallot (Henri), Bachman (en surnombre M. Gaultier) ; externes : MM. Payer (Henri), Collot (Jean), Berthiot (André), Jacquemin (Henri), Mariani (François), Paugam (Paul), Mlles Atcham (Paule), Chotard (Denise), Prettre (Françoise).

4. Médecin : M. Lœper ; assistant : M. Lemaire ; interne : M. Biot ; interne lauréat : M. Perrault (Marcel (1er semestre) ; externes : M. Olivier, Mlle Robert (M.-Th.), MM. Martinie (Jacques), Laigle (L.), Strass (Ernesto), Jayle (Max), Debost (Jérôme).

5. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Lévy ; interne : M. Patey (Georges) ; externes : MM. Belot (Emile), Chevreul (Pierre), Doudeuil (Jacques), Gireaux (Léon), Lesieur (Jean), Musset (René).

6. Médecin : M. Vincent ; assistant : M. Puech ; internes : MM. de Font-Réaulx, Mahoudeau ; externes : MM. Philippe (Léon), Vincent (André), Mlle Paley (Zenaïde), MM. Rouyer (René), Bessil (Emile), Bellotte (André), Chalochet (Pierre).

7. Chirurgien : M. Baumgartner ; assistant : M. Banzet ; internes : MM. Gigon (Robert), Hutin (Emile), Fort (Roger) ; externes : Mlle Fuzier, MM. Rometti, Radziwiler, André, Cohen (Aaron), Patou, Mlle Dunaud, M. Wechsler, Mlle Dubois.

8. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Soubrane (Jean), Moreno (Marcel), Adrianopoulos ; externes : MM. Jeanthon, Trémolières, Rosensteck, Metzger, Eman-Zadé (Agna), Goupy, Chevalier (Alexis), Rollin.

9. Chirurgien : M. Küss ; assistant : ; internes : MM. Pouliquen (Yves), Postel, Simonin ; externe : M. Martinet ; élèves : MM. Rochlin, Naum, Diégoin.

10. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : Mlle Versini, MM. Lejeune, Vannier ; chef de labor. : M. Minvielle ; interne : M. Richard (Auguste) ; externes : Mlles Vigneron (Thérèse), Jooss (Eliane).

11. *Consultation (Médecine)* : M. Escalier ; assistant : externe en premier : M. Molinéry ; externes : M. Claracq (Lucien), Mlle Beaughon, M. Rolland (Marcel).

12. *(Chirurgie).* — M. Raymond Bernard ; assistant : ; externes : MM. Creusot (Jean), Rudich (Léon), Desgeorges.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; externes : MM. Rosenberg, Halpern, Gelbard, Fekète (Albert), Petit (Pierre).

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cerise ; assistant : ; élève : M. Desprès (Albert).

15. *Consultation dentaire.* — M. Bozo ; assistant : ; élèves : MM. Dauptain, Caron.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M Delherm ; chefs adjoints : MM. Morel-Kahn, Thover-Rozat ; assistants : MM. Chenot, Codet, Devois, Mme Duclaux, MM. Fischgold, Stuhl, Strouzer ; externes : MM. Jassin (Robert), Tardiveau (Jean).

C. LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Olivier ; chefs de clinique : ; chefs de labor. : ; interne : M. Messimy ; externes : Mlle Giret (Rose), MM. Gheorghiu, Lataix (Pierre), Galimard (Jean), Malartic (Jean).

2. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Sourdel ; interne : M. Pergola (André) ; externes : MM. Seguin, Wintrebert (Jacques), Bonnet (Jacques), Coupin (J.-B.).

3. Médecin : M. Cathala ; assistant : ; interne : M. Bosquet (André) ; externes : MM. Cler (René), Combes (André), Mousseau (Maurice), Deguillaume, Gazel (André).

* *

4. Médecin : M. Carrié ; assistant : ; interne : M. Lemelletier (Jules) ; externes : MM. de Nobili (Raoul), Baudon (Jacques), Manuel.

5. Médecin : M. Coste (service de désencombrement) ; externe en premier : M. Levvi (Samuel) ; externes : MM. Ripard (Georges), Beauchef (Jean), Ribert (André), Costet.

6. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Meillère ; internes : MM. Bréhaut (J.), Judet (Robert), Reboul (Henri) ; externes : MM. Dupont (Victor), Bourgina, Vila, Butzbach (Jacques), Tahar, Gasch, Costa.

7. *Service temporaire de chirurgie.* — Chirurgien : M. Bergeret ; externes en premier : MM. Masson (Pierre), Limasset (André), Barthélemy (Pierre) ; externes : Mlle Haller, MM. Varnier, Cotillon, Viguié, Slama, Maroger, Ferrand.

8. Accoucheur : M. Guéniot ; interne : M. Mazingarbe (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. Kerambrun, Misseret, Duflos (J.), Wiehm.

9. *Consultation (Médecine).* — M. Ravina ; assistant ; externe en premier : Mlle Bonnenfant ; externes : MM. Gibert (Louis), Vermenouze, Wetterwald.

10. *(Chirurgie).* — M. Mauclaire ; assistant : ; externes : MM. Advenier, Orliac (Jean).

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ç assistants : MM. Barreau, Gadreau, Quivy ; externes : MM. Vitanyi (Sadislas), Ruben.

12. *Consultation dentaire.* —

D. Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon ; chefs de clinique : MM. Fouquet, Tournant, Mlles Heimann, Riom ; chefs de labor. : MM. Duchon, Weill, Tribout, Guillaumin ; internes : M. Carlotti (J.-B.), Mlle Ladet ; externes : Mlle Cabessa (Fanny), Mmes Aldou, MM. Patey, MM. Richard (Ch.), El Baz (Charles).

2. *Service des tuberculeux.* — Médecin : M. le prof. Bezançon ; externes : MM.. Lazarovici (Aurel), Peschard (Louis).

3. *Centre de triage.* — Médecin : M. le prof. Bezançon ; externes : MM. Hacker (Bernard), de Montis (Louis), de Rocca Serra (J.-P.).

4. Médecin : M. P. Weil ; assistant : M. Oumansky ; interne : M. Pescarolo ; externes : Mme Benoit, M. Bourdeau, Mlles Boulinaud (Suz.), Malan, MM. Kohen (Joseph), Laurent (Joseph).

5. Médecin : M. F. Ramond ; assistant : M. Chêne ; interne : M. Gorse (Jean) ; externes : MM. Magder (Edmond) ; Corrèze (Henri) ; Destouches (André), Badinier (Pierre), Chausselat (Ray), Mlle Cauchy (M.-L.).

6. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Oury ; interne : M. Alpern (Léo) ; externes : MM. Bakouche (Lucien), Magne-Rouchaud, Dennewald (Ferdinand), Froissant.

7. Médecin : M. Pagniez ; assistant : M. Plichet ; interne : M. Laplane (Auguste) ; externes : MM. Joly (Antoine), Maleyrie (Robert), Campesco (Nicolas), Mlle Eyraud (Geneviève), M. Campagne (Jean).

8. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Maximin (Maurice) ; interne : M. Siguier (Fred.) ; externes : Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Tétreau (Henri), Billard (Jacques), Rouvet (Fernand), Karabarbonnis (Luc), Robey (Maurice).

9. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Cahen ; interne : M. Rymer (Mosek) ; externes : MM. Divet (Henry), Drouet (Jean), Mlle Lamothe (Brigitte), M. Oudot (Maurice).

10. Médecin : M. le prof. Grégoire ; assistant : M. Michon ; chefs de clinique : MM. Couvelaire, Vuillième ; chef de labor. : M. Delavenne ; internes : MM. Mutricy (Hubert), Mariau (Philippe), Barraya (Louis) ; externes : M. Neveu (Adolphe), Mlle Gascuel, MM. Charollais, Blinder, Mlle Fransès, MM. Hardel, Lecœur, Marchou.

11. Chirurgien : M. Brechot ; assistant : M. Reinhold ; internes : MM. Groulier (Paul), Lachmann (Edouard), Delorme (Max) ; externes : MM. Hornung, Sablet, Hussameddin, Falk (Félix), Lazerovici, Serreau.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grivot ; assistant : ; internes : MM. Lemaître (Yves), Vaidié (Jean) ; élève : M. Gawzé.

13. Accoucheur : M. Lévy-Solal ; assistant : ; internes : MM. Lauret (Georges), Coen (Albert) ; externes : MM. Le Bozec (Roger), Boudoux (Ph.), Astor (Amable), Paingault (Marcel), Meynard (Max).

14. *Consultation (Médecine).* — M. Boltanski ; externe en premier : M. Vincent (Philippe) ; externes : MM. Bourier (Jean), Louis (Roger), Goudot (Jean), Vendryès (Pierre).

15. *(Chirurgie).* — M. Braine ; assistant : ; externes : MM. Logeard (Jacques), Roux-Naud (Georges) ; Boissonnat (Pierre) ; Ayrignac (Louis).

16. *Ophtalmologie.* — M. Prélat ; assistant : ; externes :

17. *Consultation dentaire.* — M. Thibaut ; adjoint : ; élèves : MM. Lambert (André), Janvier (Louis).

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service cent[illegible] Solomon ; chefs adjoints : MM. Gibert, Marchand ; assistants : ; externe : M. Theiler (René).

19. *Service temporaire de médecine.* — [illegible] Ext. en premier : ; externes :

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel ; assistant ; interne : M. Laquerrière (Michel) ; externes : MM. Weydert (Joseph), Maschas (B.), Mlle Margueron (Marie), MM. Bargain (Roland), Oudin (Jacques).

2. Médecin : M. Villaret ; assistant : ; interne : M. Klotz (H.-Pierre) ; externes : MM. Ben-Brahim, Oblinsky, Soubiran (André), Desclaux (Pierre).

3. Médecin : M. Lœderich ; assistant : ; interne : M. Lichtenberg ; externes : M. Guébel (Roger), Mlles Commerson, Vidal de la Blache, M. Teyssier (Louis).

4. Médecin : M. Binet ; assistante : Mme Roudinesco ; interne : M. Roy (Louis) ; externes : MM. Lacorne (J.-H.), Mathieu (André), Mlle Gautherot (M.-Th.), M. Liénard (Jean).

5. Chirurgien : M. le prof. Marion ; assistant : M. Fey ; chef de clinique : M. Pérard ; adjoint : M. Bouchard ; chefs de labor. : MM. Colombet, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot ; internes : MM. Martin (René), Bruneton (Jacques), Elbim ; externes : MM. Habrekorn (Pierre), Bouillié (Raymond), Boulay (André), Brégeat (Paul) ; Vincent (J.-M.), Sayous (Edouard), Champagne (P.), Dervaux (René), Laumonnier (Henri), Attalès.

6. Chirurgien : M. Jean Berger ; assistant : ; internes : MM. Stérin (Raym.), Sabounin, Mlle Courrier ; externes : MM. Dullin (Claude); Castany (Jean), Roux (Maurice), Debain, Tolstoï, Mlle Cuvillier, M. Delatour.

7. Chirurgien : M. Schwartz ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Lazard, Aboulker (Paul) ; externes : MM. Lartigue, Klotz, Mlle de Leymann, MM. Dissez, Legris.

8. *Consultation (Médecine).* — M. Lambling ; externe en premier : M. Chassagne ; externes : MM. Vannier (Henry), Poisson (Roland).

9. *(Chirurgie).* — M. Quénu ; assistant : ; externes : MM. Boquet (Henri), Guès (Albert).

10. *Consultation dentaire.* — M. Gornouec ; élèves : MM. Jarnet, Chéron.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guibert ; chef adjoint : M. Petit ; assistants : Mme Baude, MM. Bonnard, Brunet ; externe : Mme Sachs.

Clinique des voies urinaires. — M. Truchot.

Centre anti-cancéreux. — M. Gally.

F. Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; adjoint : M. Ducas ; chef de clinique : M. Gouyen ; chefs de labor. : ; diphtérie : M. Lafaille ; interne : M. Bargeton (Daniel) ; externes : MM. Bancaud (Eugène), Etienne, Vassal (Jean), Mlle Eyraud (Marcelle), MM. Rouvillois (Claude), Jacquet (Maurice), Mlle Marcille (Sabine).

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : ; interne : M. Bissery (Paul) ; externes : MM. Mattéi (Marc), de Paulo (Jacques), Meuveu (Jean), Temine (Pierre), Zahler.

3. *Crèche ancienne et nouvelle :* M. Weill-Hallé ; externe en premier : Mlle S. Lyon.

4. Médecin : M. Armand-Delille ; assistant : ; interne : M. Porge (Jean) ; externes : MM. Girault (Louis),

Dubois (Louis), Mme Pérol, Mlle Mousseau (Marcelle), M. Goldman (Michel), Mlle Fournier (Marie).

5. *Sélection* : externes en premier : M. Gaquière (André) E. P., M. Lebel (Joseph), ext. fais. fonct.).

6. Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Bize ; interne : M. Hurez (André) ; externes : MM. Boulenger (P.-Y.), Fouilloy (Jules), Daverne (André), Gras (Louis), Mme Genthon, MM. Bourdin (Jacques), Champeau (Maurice).

7. Médecin : M. Darré); assistant : ; interne : M. Pautrat (Jean) ; externes : Mme Sicard, MM. Motte (André), Martinon (André), Artisson (Henry), Mlles Sthaland, Oehmichen (Germaine).

8. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Lance ; chefs de clinique : MM. Armingeat, Leydet ; chef-adjoint : M. Bertrand (Pierre) ; chef de laboratoire : M. Saint-Girons ; internes : MM. Judet, Pichon (Roger) ; externes : Mlle Maréchal, MM. Batail (R.-P.), Dubarry (Bertrand), Samain (Adrien), Mme Lazard, M. Bassé-Parton, Mlle Bonjean, M. Grégoire (Jean).

9. *Service médical d'Antony* : M. le prof. Ombrédanne ; assistant : M. Fèvre ; externe en premier : M. Chevallier (Roger) ; externes : M. Arviset (Abel), Mlle Dutilleul (Yvonne).

10. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : ; interne : Mlle Dusse (ext. en prem. fais. fonct.) ; externe en premier : Mme Levachkevitch (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. : Arguellès, Guérin (Jean), Mlles Simidova, Schmitt, Thiollier.

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Velter ; assistant : ; interne : M. Guillaumat (L.) ; externes : Mlle Barillon, M. Olivier (Georges), élève.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée ; assistant : ; internes : MM. Bourgeois (Rob.), Bourdial ; externes : Mme Boissier, Mlle Barré, MM. Nitti, Izraël, Bourgin (Maurice), Du Buit (Henri), Mlle Besnard (Marcelle).

13. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Duhem ; adjoint : M. Dubost (fais. fonct.) ; assistants : MM. Goubert, Hutet ; externes : Mme Lejard, M. X...

14. *Service temporaire contagieux pour enfants (Pavillon Maria-Richard).* — Médecin : M. Pichon ; externe en premier : M. Aussannaire ; externes : MM. Barbier (Jacques), Jalladeau (Jacques), Legrand (Marcel), Ferrand (Michel).

15. *Service temporaire poliomyélite.* — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : M. Seguin (Marcel (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. Flori, Thévenin (Jean).

G. COCHIN. — 1. Médecin : M. le prof. Achard ; chefs de clinique : MM. Horowitz, Bonnard, Soulié, Lenègre ; chefs de labor. : MM. Grigaut, Gallais, Bariéty, Busy ; internes : MM. Olivier (Jean), Livieratos, Mlle Salembier (Mad.) ; externes : MM. Guittard (Jean), Denoix (Pierre), Mme Le Sueur, MM. Bellin (André), Lafont (Louis), Mme Mollaret, M. Flandin (Fr.), Mlle Bonnot (Marie), M. Laquintinie (Jean), Etiennet (Michel), Morvan (Maurice), Mlle Devillers (Juliette), Van den Bluck.

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : Mlle Corbillon ; chef de laboratoire : M. Giraud ; internes : MM. Debray (Charles), Perreau (Pierre) ; externes : MM. Desmarquest (Jacques), Weissmann, Sobieski, Gharib (Mohammed), Austerveil (Charles), Pahmer (Marcel).

3. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard : externes : Mlle Snégnaroff (Hélène), M. Clamageron (Jean).

4. Médecin : M. Ameuille ; assistant : ; interne : M. Rossier (Alfred) ; externes : Mlle Lambert (Alice), MM. Bastard (Jean), Chevalier (Henri), Lebreton (Camille), Persâtre (Roger), Feldmann (Pierre).

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Lemoine (J.-M.) ; externes : MM. Gauthier (Raymond), Rault (André), Smilovici, Pierre (Maurice).

6. *Service temporaire tuberculeux.* — Externe en premier : M. Nardi (ext. fais. fonct.) ; externes : M. Lesure, Mlle Audibert, M. Chardon.

7. *Pavillon tuberculeux* (femmes). — Médecin : M. Ameuille ; externe : M. Pineau.

8. Médecin. — M. Chevallier ; assistant : M. Colin : chef de la laboratoire : M. Lévy-Bruhl ; externes : MM. Pouch (Emile), Brisson (Fernand), Negellen (Pierre), Caruana (Marcel), Aigueperse (Yves), Lamotte (Michel).

9. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth et Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Patel, Cordier ; chefs de laboratoire : MM. Beauvy, Busser ; internes : MM. Poilleux (Félix), Gasné (André), Calvet (Jean) ; externes : MM. Boulard (Pierre), Hemsy, Ras, Pastier, Bernard (Pierre), Roussesau (Xavier), Vaissié, Vissian.

10. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. Wilmoth ; internes : MM. Olivier (Claude), Varangot (Jacques) ; externes : MM. Darris, Bell, Joussemet, Bourlière, Callerot.

11. *Chirurgie.* — M. le prof. Mathieu ; assistant : ; chefs de clinique : MM. Gérard-Marchant, Padovani ; chefs de laboratoire : MM. Letulle, Ducroquet, Marot ; externes : MM. Goldenbaum, Balazuc, Raynaud (Henri), Fortin (Pierre), Mlle Adler, M. Arsonneau.

12. Chirurgien : M. Chevassu ; assistant : M. Bayle ; internes : MM. Jomain (Jean), Bridot (Ph.) ; externes : MM. Mothonéos, Bermann, Perol (Etienne), Mlle Roujon, M. Alik.

13. *Consultation (Médecine).* — M. Debray ; assistant : ; externe en premier : M. Morhange (Jean) ; externes : MM. Lecocq (Georges), Bouche (J.-J.), Fischgrund.

14. *Chirurgie.* — ; Assistant : ; externes : MM. Martin (J.-M.), Hochfeld (Maurice), Giraud (Georges), Mercadier (Georges).

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; assistant : ; externes : MM. Witasse, X...

16. *Consultation (Oto-rhino-laryngologie).* — M. Leroux ; chef adjoint : ; externes : MM. Dufour (Jean(, Luteraan (Ph.).

17. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Barret ; chef-adjoint : M. Foubert (fais. fonct.) ; assistants : Mme Kaufmann, M. Prévost ; externe : M. Martin (Jean).

18. *Consultation dentaire.* — M. Maurel ; élèves : MM. Squillante, Fromaigeat.

H. BEAUJON. — 1. Médecin : M. Troisier ; assistant : M. Bariéty ; interne : M. Brouet (Georges) ; externes : MM. Le Bayon (Edouard), Souriac (P.-L.), Clotteau (Edouard), Douville (J.-J.), Delabroise (M.-A.), Ovary (Zoltan).

2. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois-Noir ; interne : M. Boudin (Georges) ; externes : M. Gautreau, Mlle Cotton (Henriette), MM. Sénéchal (André), Laubry (Pierre), Fonteix (P.), Rist.

3. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : M. Borgida (Joseph) ; externes : MM. Pinet (Gabriel), Faugeroux (Jean), Tran Van, Leroy (François), Mlle Bareillier-Fouché.

4. Médecin : M. Kindberg (Léon) ; assistant : ; interne : M. Tilitcheff (Georges) ; externes M. Sierra (Marcel), Mlle Taumann, MM. Brandmack, Thieblot, Nedelec.

5. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes : MM. Gaigneront ,ext. fais. fonct.), Gaumé (ext. fais. fonct.) ; externes MM. Massot-Gourdain, Devilliers, Anquetil, Auregan, Sauzier, Stévenin, Lebossé ; élève : M. Tellier.

6. Chirurgien M. Guimbellot ; assistant : ; internes : MM. Chomet (Jean), Capandji (Mehmed) ; externes : MM. Corcelle, Boudon, de Rudelle, Petavy, Rabourdin, Renault (Pierre).

7. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. Boppe ; internes : MM. Soyer (Jean), Leuret (Jean) ; externes : MM. Rouveix (Jacques), Barry (H.), Mathé, Poissonnier, Leroy (Marc), Galland, Lang.

8. *Service des chroniques.* — M. Okinczyc ; interne : M. Sergent (André) ; externe : M. Kropff.

9. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : ; interne : M. Rouher (Joseph) ; élèves : Mme Oger, M. Deutsch.

10. Accoucheur : M. Levant ; assistant : ; internes : MM. Greene (Justin), Le Picard (ext. en premier) ; externes : MM. Jorrot (Bernard), Priolet (Jacques), Gouget (Français), Mme Blin.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Baldenweck ; interne : M. Lapiné (Eugène) ; externes :

12. *Consultation (Médecine).* — M. Decourt ; assistant : ; externe en premier : M. Audry (Maurice) ; externes : MM. Demange (Michel), Bosvieux (Charles), Génevrier (Robert).

13. *Chirurgie.* — M. Leibovici ; assistant : ; externes : MM. Tissandié (Albert), Aupinel, Gatovsky.

14. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Aubourg ; chefs adjoints : MM. Joly, Surmont ; assistants : MM. Gauillard, Mignon, Piffault, Pulsford ; externes : MM. X., X...

15. *Consultation dentaire.* —

I. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Gandy ; assistant : ; interne : M. Courtial (Jean) ; externes : MM. Leibovici (David), Huguenin (Pierre), Mlle Montalant, MM. Pupko, Banse (Pierre), Moreau (Jean), Rousin (Michel).

2. Médecin : M. Garnier ; assistant : M. Chabrun ; interne : M. Corcos (Salomon) ; externes : MM. Pietroni (Michel), Horeau (Jean), Mme Lan Van Ghi, MM. de Prat (Jean), Pointeau (Jacques), Kouchner (Georges).

3. *Service des tuberculeux.* — M. Garnier ; externes : MM. Etienne (Roger), Silberstein.

4. Médecin : M. Clerc ; assistant : M. Bascouret ; interne : M. André (Robert) ; externes : MM. Grand (René), Laïk (Henry), Lucquin (Jean), Cornet (A.), Worré (Mathias). Lemanissier (André), Lesieur (Pierre).

5. Médecin : M. Herscher ; assistant : M. Roberti ; interne : M. Richard (Robert) ; externes : MM. Avenier (Philippe), Porret (Pierre), Saks (Pierre), Lefebvre (René), Desfosses (Louis), Bonduelle (Michel), Mlle Barret (Suz.), M. Menauteau (André).

6. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : Mlle Lorain (Geneviève) ; externes : M. Rougier (Michel), Mlles Daubail, Vachez (Léone), MM. Pillet (Jean), Coquet (J.-L.), Mlle Salmon (Denise), M. Pillet (Laurent).

7. Chirurgien : M. Heitz-Boyer ; assistant : ; internes : MM. Rousset (Jean), Gahinet (Maurice) ; externes : MM. di Chiara (Jean), Boutrov, Arsitch, Aharfi, Ordonneau (Paul), Haussmann, Grévin, Fraquet.

8. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : ; internes : MM. Naulleau (Jacques), Beaufils (René), Tran Quan dé ; externes : MM. Claudo, Duchatel (Jacques), Villanova, Lasry, Loiseau (G.-D.), Netter.

9. *Service des chroniques.* — M. Cadenat ; externe : M. Audoly.

10. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : ; internes MM. David (Lucien), Pourquié (Marcel), Beauchef (René) ; externes : MM. Pinon, Blanchard (J.), Mlle Lécuyer, MM. Hochedel, Lambert (Léon), Mlle Willocq, M. Lederer (Wilfrid).

11. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : ; internes : MM. Contiadès, Camelot (Joseph), Yvanovitch ; externes : Mlles Oganesoff, Marcus, MM. Mellouli, Nefussy, Hané, Mlle Arditti.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaître ; chefs de clinique : MM. Maduro, Camus, Hamon, Rémy-Néris ; chefs de labor. : MM. Ardouin, Pulvenis ; internes : MM. Salomon (Jean), Loiseau (Guy) ; externes : MM. Turpin-Rotival (Christian), Paley (Zeina), Pollet, Bloch.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste M. Poulard ; assistant : ; internes : MM. Halbron (Pierre), Giraud (Jean) (extr. fais. fonct.).

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : ; internes MM. Franchel (Félix), Le Roy (Robert) ; externes : M. Saillant (Henri), Mme Ternois (Louis), MM. Cerf (René), Turchini, Faye (François), Lenoir (Pierre), Crescenci (Charles).

15. *Consultation (Médecine).* — M. Hamburger ; assistant : ; externe en premier : M. Cuvereaux (Maurice) ; externes : MM. Casanova (Antoine, Beaugrand, de Mestier du Bourg, Nicaise (Guy), Doukan.

16. *(Chirurgie).* — M. Thiéry ; externes : MM. Dorey (Georges), Guénard (Raym.), Mlle Albulesco.

17. *Consultation dentaire.* — M. Rousseau-Décelle ; adjoint : ; assistant : ; externes : Mme Voisin, M. Monin (Emile).

18. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Guilbert ; chef-adjoint : M. Ordioni ; assistants : MM. Bouland (fais. fonct.), Corbier, Frain ; élèves : MM. Jougounoux, Theodoresco, Incerti, Bacaleunau.

J. TENON. — 1. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Servel ; interne : M. Salles (Pierre) ; externes : MM. Grain (Rob.), Mandel, Schiller (Joseph), Barrois (Paul).

2. Médecin : M. Brûlé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Hamburger (Jean) ; externes : Pellerat (Jacques), Goutner (Boris), Genestoux, Fréret (Paul), Wolfromm (René), Aurenche (André).

3. Médecin : M. May ; assistant : M. Ollivier ; interne : M. Bensaude (Alfred) ; externes : Mlles Barnaud (Annie), Balossini (Marie), MM. Daudier (Maurice), Caudron (Paul), Van Quaetchem (Paul), Cahen (Jacques), Nguyen Van Vang, Weil (Jacques).

4. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Blondel ; interne : M. Facquet (Jean) ; externes : MM. Ecklé (Pierre), Tzannetio (Basile), Defrance (Maurice), Mlle Blairon (Thérèse), M. Bardon (Henri).

5. Médecin : M. P.-E. Weill ; assistant : M. Ich-Wall ; interne : M. Benzaquen (Léon) ; externes : Mlle Haguenauer (Jeanne), MM. Depardieu (Roger), Danel (Jean), Lecointe (Pierre).

6. Médecin : M. Marchal ; assistant : ; interne : M. Grupper (Isaac) ; externes : MM. Ennuyer (Auguste), Fressinaud-Masdefeix, Tempier (Aimé), Lobé (Lionel), Breton (Pierre), Baugé (Charles).

7. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Coste (Maurice) ; externes : MM. Vialatte (Emile), Lucas (Pirre), Clerc (Pierre), Monrose (Clément), Mlle Hautant.

8. Médecin : M. Pruvost ; assistant : ; internes : MM. Brehier (Georges), Leblanc (Marc) ; externes : M. Bachellier (Roger), Mlle Perrault (A.-M.), MM. Debray (Jean), Suau, de Vaulx ; élèves : MM. Vernède, Coletsos, Panayotis, Krewer, Dally (Rob.), Hamon (H.).

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Gorodiche (Jean), Lacoste, Villechaize (André) ; externes : MM. Trouvé (Jacques), Rabourdin (Marcel), Lange, Fénelon, Barbier, Chessebeuf.

10. Chirurgien : M. Gernez ; assistant : M. Moulonguet ; internes : MM. Ollivier (Henry), Boros (Emile), Landrieu (Robert) ; externes : MM. Lacheny (Jacques), Hébert (Paul), Lignon (Pierre), Baudon, Mlle Tomachepolshy, MM. Proux, Kaëppelin.

11. Chirurgien : M. Deniker ; assistant : ; internes : MM. Esquirol (Etienne), Dulot (Raymond), Gorecki (Jean) ; externes : MM. Champagne (Raym.), Cayla, Ternier, Mlle Ilbert, MM. Lenoir (Georges), Guirault, Rouzeaud, Mlle Rometti.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; assistant : ; internes : MM. Gaston (Alain), Leroux-Robert) ; externes : MM. Duflot (Henri), Steinberg (Henry) ; élèves : MM. Perrier (Jean), Mettay (Guy).

13. *Ophtalmologie.* — M. Magitot ; interne : M. Morax (Pierre) ; exetrnes :

14. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : ; internes : MM. Drain (Maurice), Pertus (Jean) ; externes : MM. Szejdel (Alfred), Carrière (René), Jacquet (Albert), Fortin (René), Laurence (Jean).

15. *Consultation (Médecine).* — M. Basch ; assistant : ; externe en premier : M. Logeais (Pierre) ; externes : MM. Mestries (Edm.), Boutzolakis (Elie), Mlle Millant (Germaine), M. Azoulay (Emilien).

16. *(Chirurgie).* — M. Launay ; assistant : ; externes : MM. Gout (René), Feld (Michel), Szylowicz.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Darbois.

18. *Laboratoire de curiethérapie.* — MM. Mallet, Colliez.

19. *Consultation dentaire.* — M. Lacronique.

K. LAËNNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard : chefs de clinique : MM. Even, Bernal ; chefs de laboratoire ; MM. Boquet, Olivier, Mlle Gauthier-Villars ; interne : M. Bernard (Jean) ; externe en premier : M. Kreis (Bo-

ris) ; externes : M. Bourel (Maurice), Mlle Provendier, M. Steinberg (Robert), Mlle Haller, MM. Delhaye (Jacques), Blondeau, Guillemain ; élève : M. Sieurin.

2. *Crèche.* — Externes : MM. Arnold, Mousset.

3. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — M. le prof. Léon Bernard ; externes : Mlle Blanc, M. Godenèche, Mlle Bouaziz.

4. Médecin : M. Rist ; interne : M. Bidou (Stéphane) ; externes : MM. Sauvage (Henri), Hanrion (Charles), Amphoux (André), Mlle Merlier, MM. Lapierre (Paul), Buisson (Guy), Durand (Georges), Grislain.

5. *Service des baraquements.* — Interne : M. Brandy (J.-J.) ; externes : MM. Hérissé, Leprat, Chartrain, Duval (Hug.) ; élèves : MM. Soumaille, Wolff.

6. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — M. Rist ; élèves : MM. Marmetti, Campagnon, Gandelman.

7. Médecin : M. Gautier ; assistant : M. Benoist ; interne : M. Baussan (Bernard) ; externes : MM. Landau (Hermann), Thaler (Michel), Céoara (Bens), Sorin (Louis).

8. Médecin : M. L. Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Albeaux (Michel) ; externes : MM. Sérane (Jacques), Arrighi (César), Darmendrail (Jean), Plique (Roland).

9. Médecin : M. René Bénard ; assistant : ; interne : M. Hanaut (André) ; externes : MM. Chauvillon (Pierre), Viers (Jules), Guiot (Gérard), Le Bigot (André).

10. Chirurgien : M. Proust ; assistants : MM. Maurer, Velti ; internes : MM. Rousseau (Gaston), Roux (Marcel), Rodier (Pierre) ; externes : MM. Verdez, Etévé, Mathias, Dausset, Bachet, Pinot, Ferasson, Mlle Sauvé ; élève : Mlle Barillon.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois ; assistant : ; interne : M. Sauvain (Yves) ; externes : MM. Schatz (Joseph), Longraye (Jean), Cau (Jean), Lavoué (Jean).

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmoligiste : M. Cantonnet ; assistant : ; interne : M. Cord ; externes :

13. *Consultation (Médecine).* — M. Célice ; assistant : ; externe en premier : M. Falin (André) ; externes : MM. Turlotte (Jacques), Léon (Albert).

14. (*Chirurgie*). — M. Maurer ; externes : MM. Paillas, Weisz.

15. *Consultation dentaire.* — M. Darcissac.

16. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Maingot ; chefs-adjoints : MM. Hélie (fais. fonct.), Portret (fais. fonct.) ; assistants : MM. Duclos, Jouveau-Dubreuil, Mainguy ; externes : MM. Monier (Henri), Claudet, Dulac (Georges).

L. BICHAT. — 1. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Cacuira (W.), Ferroir (Jean) ; externes : M. Delaroche (Jean), Mlles Wuest, Thueux, MM. Léandri, Comte (R.-J.), Chigot (Pierre), Mlle Bouvet, M. Monrose.

2. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Rouquès ; internes : MM. Terrasse (Jean), Brunel (Maurice) ; externes : M. Barry (Claude), Mlle Latron (M.-L.), M. Corrion (Jean), Mlles Houadès, Ulrich (Cécile), MM. Feinmann (Martin), Coutin (J.-Marie).

3. Médecin : M. Pasteur-Vallery-Radot ; ass. : M. Mauric ; internes : MM. Seringe (Philippe), Bousser (Jacques) ; externes : M. Rudaux (Philippe), Mlle Thévenot (Geneviève) ; MM. Depaillat (André), Carusso (Raoul), Welti (Jean), Rohozinski, Auslander (Marcel), Rabant (Bernard).

4. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Albot ; internes : MM. Deparis (Jean), Malinsky (André) ; externes : MM. Roche, Duret (Marc), Dufour-Lamartinie, Lambert (Ray.), Stutinsky, Leboff (Marcel), Deuil (Roger), Lafourcade.

5. Médecin : M. Flandin ; interne : M. Auzépy (Pierre) ; externes : MM. Dupuy (Raymond), Coggioli (Victor), Lesueur (Guy), Rault (Jean).

6. *Premier service de désencombrement.* — Externe en premier : M. Aubrun (Witold) ; externes : MM. Basset (André), Angelici (David), Nga-Quoc-Guyen, Sachs (François).

7. *Deuxième service de désencombrement.* — Externe en premier : M. Mallarmé (Jacques) ; externes : MM. Feuillette (Pierre), Bareau (Alain), Zivy (Pierre), Michard (Louis).

8. Chirurgien : M. Mocquot ; assistant : M. Raoul Monod ; internes : MM. Viala (Pierre), Lieffring (Jean), Arnal (Henri) ; externes : M. Bolo, Mlle Feder, MM. Hoesli, Blanquier, Thamer, Poussier, Richard (Jean), Lefèvre).

9. Chirurgien : M. Mondor ; assistant : M. Huet ; internes : MM. Barrier (Jean), Aboulker (Pierre), Herbert (Jean) ; externes : Mlles Aubin (Hélène), Damiens (Simone), MM. Revet (Claude), Denizet (Pierre), Verne (A.-J.-P.), Vialard (Jean), Deséglise (Fernand).

10. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Grasset (Jacques), Piel (André), d'Escrivan (Roger) ; externes : MM. Marcault, Goërens, Gordowski, Bouvier, Bordes-Sue, Loeper, Labayle, Brisset.

11. *Consultation (Médecine).* — M. Weissmann ; assistant : ; externe en premier : Mlle Casalis (Annette) ; externes : MM. Leprêtre (Germain), Segall, Juille (Maurice), Liermain (Marcel).

12. (*Chirurgie*). — M. Mouchet ; externes : MM. Chevé (Jean), Geismar (Pierre).

13. ANNEXE BICHAT (Polyclinique du boulev. Ney). — *Médecine générale. (Consultation).* — Médecin : M. Lyon-Caen ; ext. en premier : Mlle Lautmann ; externe : Mlle Lods.

14. *Médecine infantile.* — Médecin : M. Pierre-Paul Lévy ; externe en premier : M. Poirier (Michel) ; externe : M. Rosenberg.

15. *Ophtalmologie.* — M. Lagrange.

16. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubry ; externe : M. X.

17. *Electro-radiologie.* — M. Beaujard ; adjoint : M. Le Goff.

18. *Consultation dentaire.* — M. Raison ; externe : M. Lepoivre.

M. BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent ; assistant : ; chefs de clinique : MM. Mamou, Thiébault, Poumeau-Deille, Mézard ; chefs de labor. : MM. Durand (Henry), Couvreux, Kourilsky ; internes : MM. Moline (Roger), Friedmann ; externes : Mlle Olivier (Jacqueline) ; MM. Bayle, Morel-Fatio, Anglade (Pierre), Boursaus, Caufment, Pécunia (Albert), Ferval.

2. *Service des tuberculeux. (Baraquements).* — M. Abrami ; interne : M. Fauvert ; externes : MM. Tulou (Pierre), Plas (Fernand).

3. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Wallich ; interne : M. Dugas (Jacques) ; externes : Mlle Seiffert (Edith), M. David (Elie), Mlle Heulot (Raymonde), MM. Weill (Francis), Henrot (Henri).

4. *Service des tuberculeux.* — M. Laubry ; interne : M. Lemant (Jacques) ; externes : MM. Marre (Pierre), Bauer (Jean).

5. Médecin : M. Laubry ; assistant : M. Routier ; interne : M. Cottet ,Jean) ; externes : MM. Rouault (Michel), Gerbeaux (Jacques), Doger de Spéville, Lenormand (Henri), Rossignol (Lucien).

6. Médecin : M. Janet ; assistant : ; interne : Wolinetz (Emmanuel), Gautier (Jacques) ; externes : MM. Meurin, Pauchard, Dutheil (Lucien), Roujon (Guy), Nastorg.

7. Chirurgien : M. Robert Monod ; assistant : M. Iselin ; internes : MM. Guy (André), Courvoisier (Joseph), Bastien (Jacques ; externes : Mlle Massiot, MM. Bieth, Letouzé, Giafferi, Langevin, Ecale, Thoyer-Rozat (Jean).

8. *Consultation (Médecine).* — Mme Bertrand-Fontaine ; externe en premier : M. Jamain (Bernard) ; externes : MM. Goulène (Fernand), Gruner (Jean).

9. (*Chirurgie*). — M. R. Monod ; assistant : ; externes : MM. Jaupitre, Monod.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du Service central : M. Cottenot ; assistants : MM. Byot, Busy (R.), Cherigie ; externe : M. Wattez (Edouard) ; élève : M. Schmitt.

11. *Clinique propédeutique.* — M. Couvreux.

12. *Consultation dentaire.* — M. Croquefer.

13. *Poste de radioscopie:* —

N. BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistant : ; interne : Mlle Morel ; externes : M. Toulouse (Rémi), Mlles Mage, Seyrig, M. Rybenski (Albert).

2. *Centre de triage.* — Externes : MM. Sagaut (Pierre), Poissonnet (H.-P.).

3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Morlaas ; interne : M. Bons (Georges) ; externes : MM. Janeau (Charles), Beauvais (Pierre), Rouzaud (Marcel), Chevallier (Robert), Goury-Laffont.

4. Chirurgien : M. Labey ; assistant : M. Soupault ; internes MM. Belêtre (Robert), Martin (Jean), Carteret (Antoine) ; externes : Mlle Aucel, MM. Joinville, Maillard (Claude), Ristelhueber, Mlle Darion, MM. Orliac (Ernest), Halley, Meltz.

5. Accoucheur : M. Escalle ; assistant : ; internes Mlle Debay, M. Martrou ; externes : MM. Parrain, Ouvrieux, Picart (René), Lesguillon.

6. *Consultation (Médecine).* — M. Rachet ; externe en premier : M. Soullard (Jacques) ; externe : M. Robin (Jean).

7. (*Chirurgie*). — M. Soupault ; externes : MM. Piroux (Jacques), Petresco (Jean), Cenac.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet ; assistant : ; externes MM. Allilaire (Roger), Mayard, Guéret, Trepsat.

9. *Consultation dentaire.* —

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gérard (Léon) ; chef-adjoint : M. Gilson ; assistants : MM. Blanche, Lifschitz ; externe : M. Gourand (Paul).

O. VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : M. le prof. Pierre Duval ; assistant : M. Gatellier ; chef de clinique : MM. Dulac, Baudelot ; chefs de labor. : MM. Moutier, Goiffon, Dupouy, Beloux ; internes : MM. Rudler, Rachelsberg, Lance ; externes : MM. Joublin (Jean), Cossart (René), Wagner (J.-J.), Mlle Doumic, MM. Gertzberg, de la Véga, Mlle Dreux, M. Guin, Mlle Martin de Guinart, M. Alpérine.

2. *Consultation dentaire.* — M. L'Hirondel.

3. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Béclère ; assistant : M. Dupouy.

4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile.* — M. Heuyer ; interne : M. Salleron ; externes : MM. Rousset (Pierre), Kunossy (Jean).

P. AMBROISE-PARÉ. — 1. Médecin : M. Jacquet ; assistant : ; interne : M. Thieffry (Stéphane) ; externes : Mlles Canet (Simone), Pinard (Jacqueline) ; MM. Lemoine (Jean), Chappelart, Hau.

2. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Chabanier ; interne : M. Soulignac ; externes : MM. Delord, Rozée-Belle-Isle, Mme Meillaud, M. Weill (Jacques), Mlle Blumenfeld.

3. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne : M. Sambron (Jean) ; externes : MM. Roullaud (Henri), Inbona, Vionnet (Fernand), Gout (Lucien).

4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : ; internes : MM. Ghozland (Elie), Rélier (Pierre) ; externes : M. Choppy (Joseph), Mlle Lemaresquier, MM. Weyl, Godlewski, Van den Plas, Pézé, Delormeau.

5. *Consultation (Médecine).* — M. Peron ; assistant : ; externe en premier : M. Ghozland ; externes : MM. Mouchot (Gabriel), Dugast (Alphonse).

6. (Chirurgie). — M. Thalheimer ; assistant : ; externes : MM. Antomarchi, Ducamp.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet ; assistant : ; externes : MM. Mathey (Pierre), Chabasseur.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Montbrun ; externes :

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central M. Detré ; assistant : .

Q. SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistants : MM. Burnier, Carteaud, Blum ; chefs de clinique : MM. Ragu, Lortat-Jacob ; chefs de labor. : M. Desgrez, Mlle Eliascheff, MM. Peyre, Duche, Dechaume (attaché de stomatologie) ; internes : MM. Meyer-Heine, Pham Hu Chi ; externes : MM. Glénard (Raymond), Kolpenitzky (Roger), Buttin (André), Gresse (Richard), Copreau (Maurice), Dupond (André), Vercier (René), Lefer (Robert).

2. Médecin : M. Milian ; assistants : MM. Lafourcade-Cortinat, Baballian, Perrin, de Douhet ; chefs de labor. : MM. Girault, Eliet ; internes : MM. Delamare (Jean), David (Jean) ; externes : Mlle Montrozier (Yvonne), MM. Rabinovici (Jacob), Martin (Pierre), Fornari, Girard (Rosan), Milliez (Paul), Mlle Lefèvre (Marguerite), M. Mitrani (Arthur).

3. Médecin : M. Ravault ; assistants : MM. Richon, Bocage, Ferrand ; chef de labor. : M. Rabeau ; internes : MM. Vial (Gilbert), Turial ; externes : MM. Thorel (François). Vancostenoble (Jean), L'Hirondel (Jean), Andresta (Robert), Prunel (Maurice), Pierre-François, Mme Le Roy des Barres.

4. Médecin : M. Touraine ; assistant : MM. Rimé, Lepagnole, Solente ; chefs de labor. : MM. Renault, Golé ; internes : MM. Ménétrel (Bernard), Baumgartner ; externes : MM. Martinot (Roger), Van-Kim-Nguyen, Couturier (Raymond), Hanoune, Bardery (Pierre), Mlles Adda (Lucienne, Thieullen, M. Carle.

5. Médecin : M. Louste ; assistants : MM. Tibault, Lévy-Franchel, du Castel ; chef de labor. : M. Caillaud ; internes : MM. Abaza, Lachter-Pachter ; externes : Mlles Carlet (Antonia), Burdin (Yvonne), MM. François (André), Mignon (Robert), Le Loch (Jean), Lebrun (Michel), Roche (Jean), Mlle Weiller (Germaine).

6. Médecin : M. Sézary ; assistants : MM. Duruy, Horowitz, Ducourtioux, Lefebvre (Paul) ; chefs de labor. : MM. Lévy (Georges), Lévy-Coblentz ; internes : MM. Bolgert, Joseph (Raymond) ; externes : MM. Halle (Guillaume), Lajouanine (Paul), Grèze (André), Mlle Despax (Colette), MM. Goby (René), Fourault (Jean), Mlles Laurens, Rolté (Suz.).

7. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; interne : Mlle Sainton (Jacqueline) ; externe en premier : M. Yglésias y Bétancourt (fais. fonct.) ; externes : MM. Delort (Pierre), Gallaut (Roland), Mlles Juster (Hortense), Céleron de Blainville, Bataille (Jeanne).

8. Chirurgien : M. Chifoliau ; assistant : ; internes : MM. Cuvillier (Jean), Thorel (Henry), Strée (Albert) ; externes : MM. Lepintre (Yves), Faucon, Gold, Sribert, Guéron, Froidefond, Bensimhon, Cavoussy.

9. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistants : MM. Dossot, Motz ; chef de labor. : M. Colombet ; internes : MM. Cachin (Charles), Béchet (André) ; externes : MM. Schwartz (Léon), Simart (Pierre), Tortat (André), Robet (Charles).

10. *Consultation (Médecine).* — M. Gouverneur ; externes : MM. Bahulin, David (Rubin), Krenner, Davidovici (Paul), Ferrari (Jacques).

11. Chirurgien : M. Moure ; assistant : ; internes : MM. Delimotte, Boidot, Fontaine (Henri) ; externes : MM. Fleury, Rouault (Charles), Mlle Dumont, M. Lacroix, Mlle Biolet, MM. Boucour, Bolivar, Bracanier, Leclerc ; élève : M. Gorce.

12. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : ; internes : MM. Malgras, Stefani, Lejeune ; externes : MM. Stefani, Eon, Gandrille, Lenoël (J.), Bertrand, Giraud (Paul), Prin, Haghet.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant : internes : MM. Maspétiol (Roger), Zha (Jean) ; externes : MM. Mayersohn, Reynaud (Lucien), Marlin (Pierre), Grinfeder, Reinert (Jacques).

14. *Ophtalmologie.* — M. Coutela ; assistant : ; internes : M. Voisin (Jean) ; externes : MM. Boivin (Jean-Marie), Demarquet (Pierre).

15. Accoucheur : M. Cathala ; assistant : ; internes : MM. Baudouin, Lebel ; externes : MM. Tantin, Albrecht, Charpentier, Blanc (R.), Pollack.

16. *Consultation (Chirurgie).* — M. Bloch ; assistant : externes : Mlle Wetzlar, MM. Grangé (Jean), Guichard.

17. *Consultation dentaire.* — M. Mahé ; adj. : ; assistant : ; élèves : MM. Mutel (Jean), de Liberos.

18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Lepennetier, Nadal ; assistants : MM. Buhler, de Vulpian, Fidon, Kimpel, Puyaubert, Salaun ; externes : MM. Pizon (Pierre), Friszberg, Dissez.

19. *Annexe Gaucher.* — Médecin : M. Babonneix ; assistant : M. Lévy (Maurice) ; internes : MM. Golé, Guilly ; externes : Mlle de la Lande de Vallières, MM. Breitel, Monta-

gne, Bergeron, Schechter, Mlle Picard, MM. Baussan, Dufour (A.-M.).

20. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Fayot ; internes : MM. Simon, Coussieu, Genty ; externes : Mlle Meugé, M. Gaulier, Mlle Capsambelis.

21. *Consultation d'orthopédie.* — M. Picot ; assistant : M. Macé.

R. Broca. — 1. Médecin : M. Weissenbach ; assistants : MM. Le Baron, Bordier, Bail ; chef de labor. : M. Martineau ; interne : M. Klotz (Boris) ; externes : M. Bretton, Mlle Bermi, MM. Lascaux, Petit (Maurice), Meyer (Maurice), Fayet (Jacques), Sénéchal (J.-J.).

2. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. Tardieu (Guy), Maillard (Pierre).

3. Médecin : M. Tzank ; assistant : M. Sidi ; chef de labor. : Mlle Dobkevitch ; internes : Mlles Jammet (M.-L.), Abadi (Andrée) ; externes : MM. Goudot (André), Le Tensorer (André), Siraga (Haïm), Carniol (Jules), Mlle Bongard, M. Canetti (Georges), Mlle Vialet (Lucie).

4. *Service de transfusion.* — Médecin : M. Tzank ; externes : MM. Monnier (J.-Cl.), Mozis (Sylvio).

5. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure ; chefs de clinique : Mme Stuhl, M. Roquejeoffre, Mlle Bizou ; chefs de labor. : MM. Bulliard, Regnart, Douay ; internes : Mme Jourdan, MM. Rouyer, de Pariente ; externes : Mlle Hannes (Elise), Mlles Gauthereau, Chotiau, MM. Médiani, Desjeux (H.), Maillard, Kuss.

6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lehmann ; assistant : M. Amiot.

S. Maternité. — 1. Accoucheur : M. Le Lorier ; assistant : M. Boyer ; chef de labor. : M. Lévy (William) ; adjoint : ; aide de clinique : ; internes : MM. Janvier (Roger), Suchman (Yves) ; externes : Mlles Pevet (Renée), Plouchart, Segal.

2. Accoucheur. — M. Cleisz ; interne : M. de Stoppani (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. Delair (Guy), Simon (René).

T. Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. Couvelaire ; chef de clinique : Mlle Fayot ; chefs de labor. : MM. Giraud, Sureau ; attaché médical : M. Laporte ; interne : M. Bonnet (Pierre) ; externes : M. Cornaire (Louis), Mlle Desallais (M.-T.), M. Bardavid (Jacob), Mlles Augée (Suz.), Epstein (Stéphanie), Gorodetzky (Loula), M. Rasatzker.

2. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : Mme de Brancas ; assistant : M. Leblanc (fais. fonct.).

U. Hôpital de la clinique d'accouchement Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau ; chef de clinique : M. Weil (Adrien) ; chefs de labor. : MM. Cartier, Hinglais ; interne : Mlle Dubois (M.-Th.) ; externes : Mlles Demtchenko, de Larminat, MM. Villey-Desmeserets, Gratier, Gerbet.

V. Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Lemierre ; assistant : M. Laporte ; chefs de clinique : MM. Cattan, Lièvre, Worms ; chef de labor. : M. Reilly ; internes : MM. Frumuzan (Pierre), Meillaud (Pierre), Meyer (André), Brocard (Henri) ; externes : M. Sicard (Pierre), Mlle Durrande (Mad.), MM. Le Sourd (Maurice), Garcin (Gabriel), Butzbach (Jean), Eudel (François), Mlle Wirz (Suz.), MM. Fouassier (Amédée), Cante (Robert), Courtin (Pierre), Vettier (Georges), Daniels (Marcel), Aslanian (D.).

W. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Marquézy ; assistant : M. ; interne : M. Eck (Marcel) ; externe en premier : M. El Kaim (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. Agnard (Charles), Bugaut (Louis), Dramez (Charles), Goujard (Pierre), Nadiras, Chedru ; élève : M. Heller (Jos.).

X. Andral (fermé provisoirement). — 1. *Premier service temporaire.* — Médecin : ; externe en premier : ; externes :

2. *Deuxième service temporaire.* — Médecin : ; externe en premier ; externes :

Y. Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné ; assistant : M. Launay ; interne : M. Loisel (Guy) ; externes : M. Delzant (Olivier), Mme Rambert, Mlles Lemarchand, Griboval, Weissberg, Ghinsberg, Cheikh.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné ; interne : Mlle Delon.

3. Médecin : M. Paisseau ; assistante : Mlle Boegner (Edith) ; interne : M. Braillon (Jean) ; externes : Mlle Trocmé (Suz.), MM. Jannette-Walen, Dartiguepeyrou, Taveau (Pierre), Bour (Bernard), Morichau-Beauchant.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Macrez (Claude).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; assistant : M. Mérigot ; internes : MM. Benaerts, Hécart (Jean), Gibert ; externes : Mlle Feydit (Madeleine), M. Martini, Mlles Dubuisson, Blond ; élèves : M. Paulin (André), Mlle Rigolage, MM. Camus (J.-L.), Dufresne.

6. Médecin : M. Rouget ; assistant : ; interne : M. Demaldent (Jean-Pierre) ; externes : MM. Puistienne (Jacques), Martin (André), Chanel (Raymond), Mlle Moyen M. Boëlle (René).

7. *Consultation (Médecine).* — M. Clément ; assistant : ; externe en premier : M. Piton (Jean) ; externes : Mme Calvet, M. Dugrenot (Henri), Debouvry (Jacques), Gordet (Gaston).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Favory ; assistant : ; externe : M. Dhéry (Pierre).

9. *Consultation dentaire.* — M. Lemerle ; assistant : ; externe :

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central. — M. Mahar ; assistant : M. Damond.

Z. Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guillemot ; assistant : M. Prieur ; interne : M. Périer (Edouard) ; externes : Mlle Aghion, M. Mignon (Jean), Mlle Helman, MM. Baulaude (Marcel), Gross (Félix), Raphaël (Gaston).

2. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac-Georges ; interne : M. Joly (François) ; externes : MM. Cahuet (Robert), Schaefer (Georges), Joüon (Hubert), Derobert (Léon), Molinard (Jean), Loiseau (Jacques), Gandeul (Bernard).

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Godard ; internes : Mlle Philippe, MM. Picard (Georges), Velez (Fernando) ; externes : MM. Marillier, Francheteau ; élèves : Mlle Rosental, Mlle Gomès de Mattos, Mme Bouchard, M. Garraud.

4. Chirurgien : M. Metzger ; assistant : ; internes : M. Valensi (Joseph) ; externes : MM. Jugnet (Albert), Steinberg (Armand), Fauré (Jean), Dupertout (Daniel), Mlle Challiot, Dutter (Lucien).

5. *Consultation (Médecine).* — M. Levesque ; assistant : ; externe en premier : M. Chapireau (Pierre) ; externes : MM. Broche (Jean), Lamasson (François), Mlle Eliakim, MM. Fénéon (Jacques), Dehouve (André).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bloch ; assistant : ; externes :

7. *Consultation dentaire.* — M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lobligeois ; assistants : MM. Méry, Torchaussé ; externe : Mme Jonas (élève fais. fonct.).

Aa. Hérold. — 1. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie ; interne : Mme Bernard ; externes : MM. Perné (Jean-M.), Brissaud (Henri), Ebstein (Pierre), Schneider (Jean), Camus (Pierre), Mozziconaci (Pierre), Mlle Monin.

2. Médecin : M. Milhit ; assistante : Mlle Papaioannou (Angèle) ; interne : Mlle Baguette ; externes : Mme Orgeolet, Mlle Théodoresco, MM. Walther (Roger), Le Balc'h (Bernard), Mme Forget, M. Limasset (Jean).

3. *Consultation (Médecine).* — M. Turpin ; assistant : ; externe en premier : M. Dreyfus (Bernard) ; externes : MM. Laneuville (J.-M.), Mangenest (Raymond), Mlle Sabetay.

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ombrédanne ; externes : Mlle Atcham (Marie-Georgette), Mme Mangenest.

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lomon ; assistants : MM. Duval, Mignon ; externe :

6. *Consultation dentaire.* — M. Ruppe.

Ab. Maison de santé. — 1. Médecin : M. de Gennes ; assistant : ; interne : M. Wetterwald (Jean) ; externes : M. Libert (Raymond), Mlle Simon (A.-P.), MM. Katz (Lazare), Rabinovici, Meillou (Jacques), Placa (Alexandre).

2. Médecin : M. Douzelot ; assistant : ; interne : M. Royer de Véricourt ; externes : MM. Buffard (Georges), Dubos (Pierre), Viault (Pierre), Mlle Sachnine.

3. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : ; internes : MM. Hofman (Salomon-E.-P.), Streusaud (Sigismond) ; externes : Mlle Sagnez, MM. Bléchet, Parant, Solomon, Grumberg (Siegfried), Mlle Lafontaine.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Thibonneau ; chef adjoint :

Ac. Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; chefs de clinique : MM. Baize, Garnier, Bohn ; chef de labor. : M. Detrois ; internes : Mlle Lorsignol, MM. Willot, Gérard ; externes : Mlle Wetzel, MM. Thomas (Henri), Guillemin (Jean), Deschamps (Gabriel), Mlles Dreulle, Fabre.

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; internes : M. Cauvy (Jean), Mme Siguier ; externes : MM. Giuli (Paul), Rovéanu (Jean), Mlle Corre.

3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : Mlle Ferrieu ; externes : MM. Zuckermann, Dos Ghali, Ollivier-Pallud, Mlle Onfray.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : ; externe :

5. *Consultation dentaire.* — M. Boissier.

Ad. Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : ; internes : MM. Schwartz (Eugène), Bloch (Michel) ; externes : MM. Kaufmann (H.-L.), Dubois (Jacques), Statlender (Georges), Reigner (Jacques), Depierre (René), Lesca (Henri).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Bouley (J.-H.), Conte (Michel) ; externes : Mlle Aubert-Champerré, MM. Huber (J.-P.), de Lignières (Alain), Ducros (Jean), Maillard (Jean), Greif (Léon).

3. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Thiéry (Jean) ; interne : M. Rambert (André) ; externes : MM. Biardeau (L.-P.), Hadjidinio (N.), Guison ; élève : M. Comissionner.

4. Médecin : M. Jacquelin ; interne : M. Opolon (ext. fais. fonct.) ; externes : MM. Guny (André), Maurice (Henri), Taïeb (J.-L.), Haas (Rieh), élève.

5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : ; internes : MM. Caby (François), Vauclin (Paul-Louis), Boisseau (Roland) ; externes : Mlle Tournadre, MM. Hauser (François), Arnavielhe (Bernard).

6. *Consultation (Chirurgie).* — M. Toupet ; externe en premier : M. Hertz (Simon).

7. Médecin : M. Camus ; interne : M. Dreyfus (André).

8. Médecin : M. Maillard ; interne : M. Gilbert (Charles), (ext. fais. fonct.).

9. *Consultation dentaire.* — M. Riche.

10. *Ophtalmologie.* — M. Parfonry.

11. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Guénaux.

12. *Services de désencombrement.* — Médecin : M. Moreau ; externes en premier : M. Bouvier (J.-B.) (ext. fais. fonct.) ; Lévy (Samuel) ; externes : M. Galimard (Pierre), Mlles Lindeix, Goutcharoff, MM. Raymondaud (Michel), Droguet (Paul), Vivien (Paul), Le Blond (Charles), Mlle Marquis, MM. Zwillinger (Alfred), Torre (Paul), Rougé (Paul), Azous (Joseph), Sévileano (Nicolas), Coullet (Charles).

13. *Service temporaire.* — M. Moreau ; externe : M. Rodde (Aimé).

Ae. Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; chefs de clinique : MM. Lereboullet, De Sèze, Desoille, Sigwald ; chefs de labor. : MM. Bertrand, Garcin, Schmite, Mathieu (Pierre) ; internes : MM. Peney (Marcel), Tavennec (Marcel), Gabriel (Pierre) ; externes : M. Petit (Camille), Mlle Saint-Paul, MM. Chiche (Paul), Feuillet (Charles), Lenoir (Jean), Piguet (Ben), Degand (Félix), Coville (Robert).

2. Médecin : M. Crouzon ; assistant : M. Christophe ; internes : MM. Macé de Lépinay (Alain), Boulle (Stéphane) ; externes : MM. di Mattéo, Thaon (Michel), Chappé (Roger), Blanchard (André), Raynaud (Maurice) ; Le Cudonnec (Yves), Picot (Guy), Livory (Marcel, Rochet (François).

3. *Infirmerie du personnel et chalets.* — M. Crouzon ; interne : M. Brizard (André).

4. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Mathieu ; interne : M. Netter (P.-A.) ; externes : MM. Vialard (Emile), Lespinat (Louis), Mlles Saulnier, Jurain, Huard.

5. *Service temporaire.* — Médecin : ; externes :

6. Médecin : M. Jacob ; assistante : Mlle Dreyfus-Sée (Germaine) ; interne : M. Aschkenasy (Alexandre) ; externes : MM. Falk (Mosès), Royer (Jean) ; élève : M. Bernier (Jean).

7. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; assistants : MM. Petit-Dutaillis et Charrier ; assistant médical : ; chefs de clinique : MM. Gosset (Jean), Longuet, Vialle ; chefs de labor. : MM. Magrou, Rouche, Jahiel (attaché médical) ; interne lauréat : M. Baumann (Jean) ; internes : MM. Pergola (Julien), Boudreaux (Jacques), Hauert (André) ; externes : Mlle Grumbach (Raymonde), MM. Maignan, Loiseau (James), Bailly, Moullé, Mlle Darhovsky, MM. L'Hirondel (Jacques), Delouche, Babou, Mlle Jury.

8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Corès (Carlos).

9. Médecin : M. Vurpas ; interne : M. Tiffeneau (ext. en premier).

10. *Electro-radiologie.* — 1° *Service central :* M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu ; externe : ; élève : M. Rogan.

2° *Laboratoire central de radiographie.* — Chef : M. Ledoux-Labard ; adjoint : M. X... ; assistants : MM. X., X...

3° *Centre anti-cancéreux.* — M. Ledoux-Lebard ; assistant de curiethérapie : M. Wallon.

4° *Laboratoire de radioscopie de la clinique chirurgicale.* — M. Ledoux-Labard.

5° *Chargé de cours de radiologie clinique.* — M. Ledoux-Lebard.

11. *Premier service temporaire.* — Médecin : M. Benda ; interne : M. Sikorav (Henri) ; élèves : Mlle Levant, MM. Bineau, Izsak, Joseph, Giraudoux.

12. *Deuxième service temporaire (Rougeole).* — M. Benda ; externes : MM. Maillard (Claude) ; élèves : MM. Kieselstein, Denoyelle.

13. *Troisième service de désencombrement.* — M. Garcin ; interne : Mlle Huguet ; externes : M. Clenet (Eugène), Mlle Pochon, Mlle Erémia, MM. Petit-Norbert (Georges), Fretet (Jean).

14. *Consultation dentaire.* — M. Guilly.

Af. Ivry. — 1. Médecin : M. Etienne Bernard ; interne : M. Cachin (Marcel) ; externes : Mlle Delaage (A.-M.), MM. Nick (Jean), Gibon (Louis), Arnoux (Louis).

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : MM. Pruvost (Georges), Michaut (Robert).

3. Médecin : M. Hagueneau ; internes : MM. Mégréanu, Bonnet (Georges) ; externes : MM. Lolmède (Charles), Frohlichmann ; élèves : MM. Bussel et Buvat.

4. Chirurgien : M. Métivet ; interne : M. Jacquot (André) (élève fais. fonct.), Adlé ; externes : MM. Dastugue (Jean), Cohen (José), Phéline.

5. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier ; interne: M. Boyer (Jean), Mlle Lotte (Alice) ; externe : M. Schaffer (Herbert).

6. *Consultation dentaire.* — M. Cabrol.

7. *Service de désencombrement.* — MM. Bernard et Hagueneau.

Ag. Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : interne : M. Lehmann (Robert) ; externes : MM. Coulom-

beix (Jean), Gouffler (Marc), Gaudin (Edouard), Beaufils (Jean).

2. Chirurgien : M. Lardennois ; assistant : M. Madier ; internes : MM. Catalette (René), Fresnais (Jean), Simon (Noël) ; externes : MM. Péquignot, Rousseau (Guy), Prudhommeaux, Cayro, Bourhy, Bauchart.

3. *Electro-radiologie.* — Assistante : Mme Tedesco.

Ah. La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : ; interne : M. Fourestier (Max.) ; externe : M. Geffroy (Yves).

2. *Service des tuberculeux (baraquements).* — M. Tinel ; interne : M. Brincourt (Jean) ; externes : MM. Lévy (Michel), Goulesque (Roger), Devaux (Henry), Pocoulé (Albert).

3. *Poste de radioscopie.* — Assistant :

Ai. Debrousse. — 1. Médecin : M. Mouquin ; interne : M. Malartic (Jean) (ext. fais. fonct.).

Aj. Berck. — *Hôpital maritime.* — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : MM. Salvanet (Jacques), Thomeret (ext. fais. fonct.) ; Zarachovitch (ext. fais. fonct.) ; externes résidents : M. de Cagny (Roger), Mlle Ciosi (Marie), MM. Bret (Jules), Giret (Joseph).

2. *Hôpital Lannelongue.* — Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Allard (Louis) ; externes résidents : M. Korner (Salomon), Mlle Desmonts (Alice).

3. *Electro-radiologie.* — M. Parin (Maurice) ; adjoint : M. Mozer.

Ak. Brévannes. — 1. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Lafon (Jacques) ; interne (concours spécial) : M. Lagaillarde (J.).

2. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Pinoteau ; internes (concours spécial) : MM.

3. Médecin : M. Bourgeois ; interne : M. Robert (Jean) (ext. fais. fonct.) ; internes (concours spécial) : Mlle Jesensky de Nagy, M. Desgeorges (Henri).

4. *Electro-radiologie.* — Assistant :

5. *Consultation dentaire.* — M. Nespoulous.

Al. Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Nicaud ; interne (concours spécial) : M. Hanoun.

Am. Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Nicaud : interne (concours spécial) : Mlle Solente (Lucie).

An. Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé ; internes (concours spécial) : M. Burel, Mlle Danzig (Marcelle).

Ao. Champrosay. — 1. Médecin titulaire : M. Nouvion ; médecins assistants : ; internes (concours spécial) : MM. Rotenstein (Hascal) (ext. fais. fonct.) ; Ghelber (Léon).

Ap. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. Claude ; chefs de clinique : MM. Corman, Dublineau, Lacan, Rondepierre, Mme Roudinesco ; chefs de labor. : MM. Cuel, Dumas, Lehmann, Dubar, Mlle Bonnard, MM. Cuzin, Piot.

2. *Electro-radiologie.* —

3. *Consultation dentaire.* —

Aq. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Mélecin : M. Buc ; assistant : M. Andrieu.

Ar. Sanatorium de San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjointes : Mlles Jean et Roussy.

As. Galignani et Beloeuil. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. Cauchemez.

At. La Reconnaissance. *Fondation Brezin.* — 1. Médecin : M. Mutel.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, électro-radiologistes, stomatologistes); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes; 4° externes en premier; 5° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Marcault, L-10 = L. Hôpital Bichat, 10. Service de M. Capette.

MÉDECINS
et assistants.

Abrami, M-3.
Achard, G-1.
Alajouanine, Ad-2.
Ameuille, G-4, G-7.
Andrieu, Aq-1.
Armand-Delille, F-4
Aubertin, B-5.
Azerad, A-3.
Azoulay, A-5.
Baballian, Q-2.
Babonneix, Q-19.
Bail, R-1.
Bariéty, H-1.
Basch, J-15.
Bascouret, I-4.
Baudouin, A-3.
Bénard (H.), A-5.
Bénard (R.), K-9.
Benda, Ae-11 et Ae-12.
Benoist, K-7.
Bernard (Et.), Af-1, Af-7.
Bernard (Léon), K-1, K-3.
Bertrand-Fontaine (Mme), M-8.
Besançon (J.), A-4.
Bezançon, D-1, D-2, D-3.
Binet, E-4.
Bize, F-6.
Blondel, J-4.
Blum, Q-1.
Bocage, Q-3.
Boegner (Mlle), Y-3.
Boidin, L-2.
Boltanski, D-14.
Bordier, R-1.
Boulin, Ad-3.
Bourgeois, Ak-3.
Brodin, Ag-1.
Brouardel, E-1.
Brulé, J-2.
Brun du Bois Noir (de), H-2.
Buc, Aq-1.
Burnier, Q-1.
Cahen, A-10.
Cain, D-6.
Camus, Ad-7.
Carnot, A-1.
Carrié, C-4.
Carteaud, Q-1.
Cathala, C-3.
Cauchemez, As-1.
Célice, K-13.
Chabanier, P-2.
Chabrol, D-8.
Chabrun, I-2.
Chêne, D-5.
Chevalley, Ak-1.
Chiray, L-4.
Christophe, Ae-2.
Clément, Y-7.
Claude, Ap-1.
Clerc, I-4.
Colin, G-8.
Corbillon (Mlle), G-2.
Coste, C-5.
Courcoux, N-1.
Crouzon, Ae-2, Ae-3.
Darré, F-7.
Debray, G-13.
Debré, Aa-1.
Decourt, H-12.
Deron, L-1.
Donzelot, Ab-2.
Douhet (de), Q-2.
Dreyfus-Sée (Mlle), Ae-6.
Ducas, F-1.
Du Castel, Q-5.
Ducourtioux, Q-6.
Duruy, Q-6.
Duvoir, Q-7.
Faroy, L-1.
Faure-Beaulieu, D-9.
Ferrand, Q-3.
Fiessinger, C-1.
Flandin, J-5.
Florand, P-3.
Fohanno, Ar-1.
Gandy, I-1.
Garnier, I-2, I-3.
Gautier, K-7.
Gennes (de), Ab-1.
Gougerot, Q-1.
Grenet, Z-2.
Guillain, Ae-1.
Guillemot, Z-1.
Gutmann, A-9.
Hagueneau, Af-3, Af-7.
Halbron, A-2.
Hamburger, I-15.
Harvier, H-2.
Herscher, I-5.
Heuyer, O-4.
Hillemand, J-2.
Hirschberg, I-6.
Horovitz, Q-6.
Huber, P-3.
Isaac-Georges, Z-2.
Isch-Wall, J-5.
Jacob, Ae-6.
Jacquelin, Ad-4.
Jacquet, P-1.
Janet, M-6.
Jean (Mlle), Ar-1.
Kindberg, H-4.
Labbé, B-2.
Lafourcade-Cortinat, Q-2.
Laignel-Lavastine, B-3.
Lambling, E-8.
Laporte, V-1.
Laroche, J-1.
Laubry, M-4, M-6.
Launay, Y-1.
Léchelle, J-7.
Lefebvre (Paul), Q-6.
Lelong, Ac-1.
Lelourdy, H-3.
Lemaire, B-4.
Lemierre, V-1.
Lepagnole, Q-4.
Lereboullet, Ac-1.
Lesné, Y-1, Y-2.
Levesque, Z-5.
Lévy, B-5.
Lévy (Maurice), Q-19.
Lévy (P.-P.), L-14.
Lévy-Franckel, Q-5.
Lévy-Valensi, A-4.
Lian, J-4.
Loederich, E-3.
Loeper, B-4.
Louste, Q-5.
Lyon-Caen, L-13.
Maillard, Ad-8.
Marchal, J-6.
Maréchal, As-1.
Marie, Aa-1.
Marquezy, W-1.
Mathieu, Ae-4.
Mauclaire, C-9.
May, J-3.
Maximin, D-8.
Milhit, Aa-2.
Milian, Q-2.
Monier Vinard, P-2.
Morancé, An-1.
Moreau, Ad-1.
Mouquin, Ai-1.
Mutel, At-1.
Nicaud, Al-1, Am-1.
Nobécourt, F-1, F-15.
Nouvion, Ao-1.
Olivier, C-1.
Ollivier, J-3.
Oumansky, D-4.
Oury, D-6.
Pagniez, D-7.
Paisseau, Y-3, Y-4.
Papaioannou (Mlle), Aa-2.
Parrin, Q-2.
Pasteur Vallery-Radot, L-3.
Péron, P-5.
Pichon, F-14.
Pinard, G-2, G-3.
Plichet, D-7.
Pollet, Q-7.
Prieur, Z-1.
Pruvost, J-8.
Puech, B-6.
Rachet, N-6.
Ramond (F.), D-5.
Ramond (Louis), K-8.
Rathery, B-1.
Ravaut, Q-3.
Ravina, C-9.
Renaud, Ak-2.
Ribadeau-Dumas, Ae-4.
Richet, C-2.
Richon, Q-3.
Rimé, Q-4.
Rivet, I-6.
Rist, K-4, K-5, K-6.
Roberti, I-5.

Roudinesco (Mme), A-4.
Rouget, Y-6.
Rouillard, J-6.
Rouquès, L-2.
Roussy (Mlle), Ar-1.
Sergent, M-1.
Servel, J-1.
Sézary, Q-6.
Sidi, R-3.
Solente, Q-4.
Sourdel, C-2.
Stévenin, H-3.
Thévenard, J-7.
Thibaut, Q-5.
Thiéry, Ad-3.
Thurel, Ad-2.
Tilitcheff, H-4.
Tinel, Ah-1, Ah-2.
Tixier, F-6.
Touraine, Q-4.
Trémolières, N-3.
Troisier, H-1.
Turpin, Aa-3.
Tzank, R-3, R-4.
Vialard, K-8.
Villaret, E-2.
Vincent, B-6.
Vurpas, Ae-9.
Wallich, M-3.
Weil (M.-P.), D-4.
Weill (P.-E.), J-5.
Weill-Hallé, F-2, F-3.
Weissenbach, R-1.
Weissmann, L-11.

CHIRURGIENS
et assistants.

Aneline, H-5.
Banzet, B-7.
Barbé, Ae-8.
Basset, H-5.
Baumgartner, B-7.
Bayle, G-12.
Bazy, Q-12.
Berguet, C-7.
Berger, E-6.
Bernard (R.), B-12.
Bloch (J.), A-6.
Boppe, H-7.
Braine, D-15.
Bréchot, D-11.
Brocq, Ab-3.
Buquet, Ac-2.
Cadenat, I-8, I-9.
Cahen, A-10.
Capette, L-10.
Charrier, Ae-7.
Chevassu, G-12.
Chevrier, B-8.
Chifoliau, Q-8.
Cunéo, A-6.
Deniker, J-11.
Desmarest, P-4.
Desplas, C-6.
Dossot, Q-9.
Duval (P.), O-1.
Faure (J.-L.), R-5.
Fèvre, F-9.
Fey, E-5.
Gaudart d'Allaines (de), J-9.
Gernez, J-10.
Godard, Z-3.
Gosset, Ae-7.
Gouverneur, Q-9, Q-10.
Grégoire, D-10.
Gueulette, L-10.
Guimbellot, H-6.
Heitz-Boyer, I-7.
Houdard, I-10.
Huard, E-7.
Huet, E-9.
Iselin, M-7.
Kuss, B-9.
Labey, N-4.
Lance, F-8.
Lardennois, Ag-2.
Launay, J-16.
Leibovici, H-13.
Lenormant, G-9.
Leveuf, Z-3.
Madier, Ag-2.
Marion, E-5.
Martin, Ac-2.
Mathieu, G-11.
Mauclaire, C-10.
Maurer, K-10 et K-14.
Meillière, C-6.
Ménégaux, E-9.
Mérigot, Y-5.
Métivet, Af-4.
Metzger, Z-4.
Michon, D-10.
Mocquot, L-8.
Mondor, L-9.
Monod (Raoul), L-8.
Monod (Rob.), M-7 et M-9.
Motz, Q-9
Mouchet, L-12.
Moulonguet, J-10.
Moure, Q-11.
Oberlin, B-8.
Okynczic, H-7, H-8.
Ombredanne, F-8, F-9.
Petit-Dutaillis, Ae-7.
Picot, Q-20 et Q-21.
Proust, K-10.
Quénu, E-9.
Reinhold, D-11.
Richard, Aj-1. Aj-2.
Rouhier, F-10.
Roux-Berger, J-9.
Sauvé, I-11.
Schwartz, E-7.
Sénèque, A-6.
Sorrel, Y-5.
Soupault, N-4 et N-7.
Thalheimer, P-6.
Thiéry, I-16.
Toupet, Ad-5, Ad-6.
Welti, K-10.
Wilmoth, G-9, G-10.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Brindeau, U-1.
Boyer, S-1.
Cathala, Q-15.
Chirié, A-8.
Cleisz, S-2.
Couvelaire, T-1.
Devraigne, I-14.
Guéniot, C-8.
Ecalle, N-5.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, S-1.
Lemeland, J-14.
Levant, H-10.
Levy-Solal, D-13.
Vignes, Ae-3.

OPHTALMOLOGISTES

Bollack, G-15.
Bourdier, H-9.
Cantonnet, K-12.
Cerise, B-14.
Coutela, Q-14.
Favory, Y-8.
Lagrange, L-15.
Magitot, J-13.
Monbrun, P-8.
Poulard, I-13.
Prélat, D-16.
Terrien, A-7.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

Aubry, L-16
Baldenweck, H-11.
Bloch, Z-6.
Bouchet, P-7.
Bourgeois, K-11.
Grivot, D-12.
Halphen, Q-13.
Hautant, J-12.
Lemaître, I-12.
Le Mée, F-12.
Leroux, G-16.
Moulonguet, N-8.
Ombrédanne, Aa-4.
Ramadier, B-13.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES

Aimé, Ac-4.
Amiot, R-6.
Aubourg, H-14.
Barreau, C-11.
Barret, G-17.
Baude, E-11.
Beau, Ae-10.
Beaujard, L-17.
Béclère, O-3.
Belot, Q-18.
Blanche, N-10.
Blot, M-10.
Bonnard, E-11.
Bonnenfant, C-8.
Bouland, I-18, f. fonc.
Bourguignon, Ae-10
Brancas de (Mme), T-2.
Brunet, E-11.
Buhler, K-18.
Busy, M10.
Chenot, B-16.
Cherigie, M-10.
Codet, B-16.
Collicz, J-18.
Corbier, I-18.
Cottenot, M-10.
Damond, Y-10.
Darbois, J-17.
Dariaux, Ad-11.
Delapchier, Af-5.
Delherm, B-16.
Desgrez, C-11.
Detré, P-9.
Devois, B-16.
Dubost, F-13, (f. fonc.).
Dubreuil, K-16.
Duclaux (Mme), B-16.
Duclos, K-16.
Duhem, F-13.
Dupouy, O-3.
Duval, Aa-5.
Fidon, Q-18.
Fischgold, B-16.
Foubert, G-17.
Frain, L-18.
Gadreau, C-11.
Gally, E-11.
Gauillard, H-14.
Gérard, N-10.
Gibert, D-18.
Gilson, N-10.
Goubert, F-13.
Guénaux, Ad-11.
Guibert, E-11.
Guilbert, I-18.
Helie, K-16, (f. fonc.).
Humbert, Ae-10.
Hutet, F-13.
Joly, H-14.
Jouveau, K-16.
Kaufmann, G-17.
Kimpel, Q-18.
Lagarenne, A-12.
Leblanc, T-2, (fais. fonct.).
Ledoux-Lebard, Ae-7.
Le Goff, L-17.
Lehmann, R-6.
Lepennetier, Q-18.
Lévy-Lebhar, A-12.
Lifschitz, N-10.
Lobligeois, Z-8.
Lomon, Aa-5.
Mahar, Y-10.
Maingot, K-16.
Mainguy, K-16.
Mallat, J-18
Marchand, D-18.
Mathieu, Ae-10.
Méry, Z-8.
Mignon, H-14 et Aa-5.
Morel-Kahn, B-16.
Mozer, Aj-3.
Nadal, Q-18.
Ordioni, I-18.
Parin, Aj-3.
Pestel, Af-5.
Petit, E-11.
Piffault, H-14.
Portret, K-16, (fais. fonct.).
Prévost, G-17.
Pulsford, H-14.
Puyaubert, Q-18.
Quivy, C-11.
Rogan, Aa-10.
Ronneaux, C-11.
Salaun, Q-18.
Solomon, D-18.
Surmont, H-14.
Strouyer, B-16.
Stuhl, B-16.
Tedesco (Mme), Ag-3.
Thibonneau, Ab-4.
Thoyer-Rozat, B-16.
Torchaussé, Z-8.
Truchot, E-11.
Vulpian (de), Q-18.
Wallon, Ac-10.

PHYSIOTHÉRAPIE

Chenilleau, A-14.
Dausset, A-14.
Dejust, A-14.

STOMATOLOGISTES

Barreau, C-12.
Béliard, A-11.
Boissier, Ae-5.
Bozo, B-15.
Cabrol, Af-6.
Croquefer, M-11.
Darcissac, K-15.
Dechaume, Q-1.
Desgrez, C-12.
Gadreau, C-12.
Gérard-Maurel, G-18
Gornouec, E-10.
Guilly, Ae-14.
Izard, Z-7.
Lacronique, J-19.
Lemerle, Y-9.
L'Hirondel, O-2.
Mahé, Q-17.
Nespoulous, Ak-5.
Raison, L-18.
Richard, Ad-8.
Riche, Ad-8.
Ronneaux, C-12.
Rousseau-Decelle, I-17.
Ruppe, Aa-6.
Thibaut, D-17.

CHEFS DE LABORATOIRE
adjoints et assistants.

Ardouin, I-12.
Bariéty, G-1.
Beauvy, G-9.
Beloux, O-1.
Bertrand, Ae-1.
Bonnard (Mlle), Ap-1.
Boquet, K-1.
Bousseau, A-7.
Bulliard, R-5.
Busser, B-9.
Busy, G-1.
Caillaud, Q-5.
Cartier, U-1.
Chabanier, E-5.
Colombet, Q-9.
Colombet, E-5.
Coquoin, A-1.
Couvreux, M-1.
Cuel, Ap-1.
Cuzin, Ap-1.
Dechaume, Q-1. (attaché).
Delavenne, D-10.
Desgrez, Q-1.
Detrois, Ae-1.
Deval, A-1.
Dioclès, A-1.
Dobkevitch (Mme), R-3.
Dognon, A-1.
Douay, R-5.
Doubrow, B-2.
Dubar, Ap-1.
Duche, Q-1.
Duchon, D-1.
Ducroquet, G-11.
Dumas, Ap-1.
Dupouy, O-1.
Durand (Henri), M-1.
Eliascheff (Mlle), Q-1.
Eliet, Q-2.
Gallais, G-1.
Garcin, Ae-1.
Gauthier-Villars (Mlle), K-1.
Giraud, T-1, G-2.
Girault, Q-2.
Goiffon, O-1.
Golé, Q-4.
Grigaut, G-1.
Guillaumin, D-1.
Hinglais, U-1.
Hudelo, A-7.
Kogan, E-5.
Kourilsky, M-1.
Lafaille, F-1.
Lehmann, Ap-1.
Letulle, G-11.
Lévy-Bruhl, G-8.
Lévy-Coblentz, Q-6.
Lévy (Georges), Q-6.
Marot, G-11.
Martineau, R-1.
Magron, Ae-7.
Mathieu, Pierre), Ae-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Nicolas, A-6.
Olivier, K-1.
Peyre, Q-1.
Piot, Ap-1.
Pulvenis, I-12.
Rabeau, Q-3.
Raoul-Duval, A-1.
Regnart, R-5.
Reilly, V-1.
Renault, Q-4.
Rocher (J.), A-7.
Rouche, Ac-7.
Saint-Girons, F-8.
Schmite, Ae-1.
Simonnet, A-1.
Sureau, T-1.
Tissier (Mlle), A-1.
Traverse (de), B-2.
Tribout, D-1.
Truchot, E-5.
Weill, D-1.

CHEFS DE CLINIQUE

Armingeat, F-8.
Baize, Ae-1.
Baudelot, O-1.
Bernal, K-1.
Bizou (Mlle), R-5.
Blondin, A-6.
Bohn, Ae-1.
Bonnard, G-1.
Bouchard, E-5.
Busson, A-1.
Cachera, A-1.
Camus, I-12.
Cattan, V-1.
Caroli, A-1.
Cordier, G-9.
Corman, Ap-1.
Couvelaire, D-10.
Degos, Q-1.
Derot, B-2.
Desoille, Ae-1.
Dolfus, A-7.
Dublineau, Ap-1.
Dulac, O-1.
Even, K-1.
Fayot (Mlle), T-1.
Fouquet, D-1.
Garnier, Ae-1.
Gérard-Marchant, G-11.
Goldberg, B-1.
Gosset (Jean), Ae-7.
Gouyen, F-1.
Hamon, I-12.
Hermann (Mlle), D-1.
Hermann, A-7.
Horowitz, G-1.
Lacan, Ap-1.
Lejeune, B-10.
Lenègre, G-1.
Lereboullet, Ae-1.
Levy-Lebhar, A-12.
Leydet, F-8.
Lièvre, V-1.
Longuet, Ae-7.
Lortat-Jacob, Q-1.
Maduro, I-12.
Mamou, M-1.
Mézard, M-1.
Nepveux, B-1.
Niget, B-1.
Padovani, G-11.
Patel, G-9.
Pérard, E-5.
Pourneau-Delille, M-1.

Ragu, Q-1.
Rault, B-2.
Rémy-Néris, I-12.
Riom (Mlle), D-1.
Rondepierre, Ap-1.
Roquefeoffre, R-5.
Roudinesco (Mme), Ap-1.
Rudolf, B-2.
Sèze (de), Ac-1.
Sicard, A-6.
Sigwald, Ae-1.
Soulié, G-1.
Stuhl (Mme), R-5.
Tailhefer, A-6.
Thiébault, M-1.
Tournant, B-1.
Uhry, B-1.
Vannier, B-10.
Versini (Mlle), B-10.
Vialle, Ae-7.
Vuillième, D-10.
Weill (Adrien), U-1.
Weill (J.), A-1.
Worms, V-1.

INTERNES

Abadi (Mlle), R-3.
Abaza, Q-5.
Aboulker (Paul), E-7.
Aboulker (Pierre), L-9.
Adle, Af-4. (Ex. fais. fonct.).
Adrianopoulos, B-8.
Albeaux, K-8.
Allard (Louis), Aj-2.
Alpern, D-6.
André (Rob.), J-4.
Antonelli, B-2.
Arnal (H.), L-8.
Aschkenasy, Ae-5.
Auzépy, L-5.
Bachman, B-3.
Baguette (Mlle), Aa-2.
Bardin (P.), A-2.
Bargeton (D.), F-1.
Barraya, D-10.
Barrier (J.), L-9.
Bastien (J.), M-7.
Baudouin, Q-15.
Baumann (Jean), Ae-7, (Int. faur.).
Baumgartner (B.), Q-4.
Baussan (B.), K-7.
Beauchef (R.), I-10.
Beaufils, I-8.
Béchet (A.), Q-9.
Belêtre (Rob.), N-4.
Benaerts, Y-5.
Benoît (H.), A-6.
Bensaude, J-3.
Benzard, A-6.
Benzaquen (L.), J-5.
Bernard (Jean), K-1.
Bernard (Mme), Aa-1.
Bidou, K-4.
Bioy, B-4.
Bissery, F-2.
Blanquine, A-6.
Bloch (Léon), A-6.
Bloch (Michel), Ad-1.
Boidot, Q-11.
Boisseau (R.), Ad-5.
Bolgert, Q-6.
Bonnet (G.), Af-3.
Bonnet (P.), T-1.
Bons, N-8.
Borgida, H-3.
Bosquet, C-3.
Boros, J-10.
Boudin, H-2.
Bouley (J.-H.), Ad-2.
Boulle, Ae-2.
Bousser, L-3.
Boyer (Jean), Af-6.
Braillon (Jean), Y-3.
Brandy, K-5.
Bréhaut, C-6.
Bréhier, J-8.
Bridot (Ph.), G-12.
Brincourt (J.), Ah-2.
Brizard, Ae-3.
Brocart (H.), V-1.
Brouet, H-1.
Brunel (Mme), I-2.
Bruneton, E-5.
Burel, An, (Conc. spéc.).
Caby, ad-5.
Cachin (Ch.), Q-9.
Cachin (Marcel), Af-1.
Cacuira, L-1.
Calvet (J.), G-9.
Camelot, I-11.
Capandji, H-6.
Carlotti, D-1.
Carteret, M-4.
Catalette, Ag-2.
Cauvy (J.), Ac-2, (Ex. en 1er, f. f.).
Chigot, G-11.
Chomet (J.), H-6.
Coen, D-13.
Conte, Ad-2.
Contiadès, I-11.
Corcos, I-2.
Cord, K-12.
Coste (Mce), J-7.
Cottet (Jean), M-5.
Coussieu, Q-20.
Courrier (Mlle), E-6.
Courtial, L-1.
Courvoisier, M-7.
Cuvillier (Jean), Q-8.
Danzig (Mlle), A-01, (conc. spéc.).
David, I-10.
David (J.), Q-2.
Debay (Mlle), N-5.
Debray (Ch.), G-2.
Delamare (J.), Q-2.
Delay (P.), A-4.
Delimotte, Q-11.
Delon (Mlle), Y-2.
Delorme, D-11.
Demaldent (J.-P.), Y-6.
Demirleau, G-11.
Deparis, L-4.
Desgeorges (H.), Ak-3, (Conc. sp.).
Desvignes (P.), A-7.
Drain, J-14.
Dreyfus (And.), Ad-7.
Dubois (Mlle), U-1.
Dugas (J.), M-3.
Dulot, J-11.
Duss (Mlle), F-10, (ex. en 1er, f. f.).
Eck, W-1.
Elbim, E-5.
Escrivan (d'), L-10.
Esquirol, J-11.
Fabre (G.), A-1.
Facquet, J-4.
Fauvert, M-2.
Ferrieu (Mlle), Ae-3.
Ferroir, L-1.
Fiehrer, A-1.
Fontaine (H.), Q-11.
Font-Réaulx (de), B-6.
Fort, B-7.
Fourestier (Max), Ak-1.
Franchel, I-14.
Fresnais (Jean), Ag-2.
Friedmann, M-1.
Frumuzan, V-1.
Gabriel (P.), Ac-1.
Gahinet, I-7
Gaignerot, H-5, (Ext. fais. fonc.).
Gallot, B-3.
Gasné, G-9.
Gaston, J-12.
Gaultier, B-3.
Gaumé, H-5, (Ext. fais. fonct.).
Gautier (J.), M-6.
Genty, Q-20.
Gérard, Ac-1.
Ghelber, A-0, 1. (Conc. spéc.).
Ghozland, P-4.
Gibert, Y-5.
Gigon, B-7.
Gilbert (Ch.), Ad-8, (Ext. fais. fonct.).
Giraud, I-13, (ext. f. fonc.).
Golé, Q.-19.
Gorecki, J.-11.
Gorse, D-5.
Grasset (J.), L-10.
Greene, H-10.
Groulier, D-11.
Grupper, J-6.
Guillaumat, F-11.
Guilly, Q-19.
Guy (A.), M-7.
Halbron, I-13.
Hamburger, J-2.
Hanaut, K-9.
Hanoux, Al-1, (Conc. spéc.).
Hécart (J.), Y-5.
Herbert (J.), L-9.
Hofman, Ab-3.
Huguet (Mlle), Ae-13.
Hurez, F-6.
Hutin, B-7.
Jacquot (André), Af-4.
Jammet (Mlle), R.-3
Janvier (R.), S-1.
Jesensky de Nagy (Mlle), Ak-3, Conc. spécial).
Joly (Franc), Z-2.
Jomain, G-12.
Jomier (Mlle), A-8.
Joseph (E.), A-7.
Joseph (Ray.), Q-7.
Jourdan (Mme), R-5.
Judet (Rob.), C-6.
Judet, F-8.
Klotz, E-2.
Klotz (Boris), R-1.
Kreis, K-1.
Lachmann, D-11.
Lachter-Pachter, Q-5.
Lacoste, J-9.
Ladet (Mlle), D-1.
Lafon, Ak-1.
Lagaillarde, Ak-1, (Conc. spéc.).
Lance, O-1.
Landrieu, J-10.
Lapiné, H-11.
Laplane, D-7.
Laquerrière, E-1.
Lauret, D-13.
Lazard, E-7.
Lebel, Q-15.
Leblanc (Marc), J-8.
Lehmann (Rob.), Ag-1.
Lejeune, Q-12.
Lemaître, D-12.
Lemant (J.), M-4.
Lemelletier, C-4.
Lemoine, G-5.
Le Picard, H-10. Ex. en 1er).
Leroux-Robert, J-12.
Le Roy, I-14.
Leuret, H-7.
Lichtenberg, E-3.
Lieffring (J.), L-8.
Livieratos, G-1.
Loiseau, I-12.
Loisel (Guy), Y-1.
Lorain (Mlle), I-6.
Lorsignol (Mlle), Ac-1.
Macé de Lépinay, Ae-2.
Macretz (C.), Y-4.
Mahoudeau, B-6.
Malartic (Jean), Ai-1, (en f. f.)
Malgras, Q-12.
Malinsky, L-4.
Mariau, D-10.
Martin (Jean), N-4.
Martin (René), E-5.
Martrou, N-5.
Maspetiol (R.), 913.
Mazingarbe, C-8. (Ext. f. fonc.).
Meillaud, V-1.
Ménétrel (B.), Q-4.
Messimy, C-1.
Meyer (And.), V-1.
Meyer-Heine, Q-1.
Mialaret (J.), A-6.
Moline, M-1.
Morax, J-13.
Morel (Mlle), N-1.
Moreno, B-8.
Mutricy, D-10.
Naulleau, I-8.
Négréanu, Af-3.
Netter, Ae-4.
Olivier (J.), G-1.
Olivier, G-10.
Ollivier (H.), J-10.
Opolon, Ad-4, (Ext. fais. fonct.).
Pariente (de), R-5.
Patey, B-5.
Paul, A-5.
Pautrat, F-7.
Peney, Ae-1.
Pergola, C-2.
Perier (Ed.), Z-1.
Perrault, B-4, (Int. lauréat (1re sem.).
Perreau (P.), G-2.
Pertus, J-14.
Pescarolo, D-4.
Pham-Hu-Chi, Q-1.
Philippe (Mlle), Z-3
Picard (G.), Z-3.
Pichon, F-8.
Piel, L-10.
Pinoteau, Ak-2.
Poilleux, G-9.
Porge, F-4.
Postel-Simonin, B-9
Pouliquen, B-9.
Pourquié, I-10.
Rachelsberg, -1.
Rambert (And.), Ad-3.
Reboul, C-6.
Regaud (J.), A-3.
Relier (P.), P-4.
Richard, B-10.
Richard (Rob.), I-5.
Robert (J.), Ak-3, (Ext. fais. fonct.).
Rodier (P.), K-10.
Rossier, G-4.
Rotenstein, A-0, (Ex. f. f.) (conc. spéc.).
Rouher, H-9.
Rousseau (G.), K-10.
Rousset, I-7.
Roux, K-10
Rouyer, R-5.
Roy, E-4.
Royer de Véricourt, Ab-2.
Rudler, O-1.
Rymer, D-9.
Sabourin, E-6.
Sainton (Mlle), Q-7.
Salembiez (Mlle), G-1.
Salleron, O-4.
Salles, J-1.
Sallet, B-1.
Salomon, I-12.
Salvanet, Aj-1, (Ex. en 1er), (f. f.).
Sambron, P-3.
Sauvain, K-11.
Schwartz (Eug.), Ad-1.
Sergent (André), H-8.
Seringe, L-3.
Siguier, D-8.
Siguier (Mme), Ac-2.
Simon, Q-20.
Simon-Noël, Ag-2.
Solente (Mlle), Am-1. (conc. sp.).
Soubrane, B-8.
Soulignac, P-2.
Soyer, H-7.
Stéfani, Q-12.
Stérin, E-6.
Stewart-Walter, G.-8.
Stoppani, S-2 (Ext. fais. fonct.).
Streusaud, Ab-3.
Strée (A.), Q-8.
Suchmann, S-1.
Tanret (P.), A-8.
Tavennec, Ae-1.
Terrasse, L-2.
Thomeret, Aj-1, (Ext. fais. fonct.).
Thorel (H.), Q-8.
Thieffry, P-1.
Tiffeneau, Ae-9. (Ext. en 1er f. f.).
Tilitcheff, H-4.
Tran-quan-dé, I-8.
Turiaf, Q-3.
Vaidié, D-12.
Valensi (J.), Z-4.
Varangot (J.), G-10.
Vauclin, Ad-5.
Velez, Z-3.
Vial (G.), Q-3.
Viala (P.), L-8.
Villechaize, J-9.
Voisin (J.), Q-14.
Wetterwalt (Jean), Ab-1.
Willot, Ac-1.
Wolinetz, M-6.
Yvanovitch, I-11.
Zarachovitch, Aj-1, (Ext. fais. fonct.).
Zha (J.), Q-13.

EXTERNES EN PREMIER

Aubrun (Wit.), L-6.
Audry (Mme), H-12.
Aussanaire, F-14.
Barthélemy (Pierre), C-7.
Bonnenfant (Mlle), C-9.
Bouvier (J.-B.), Ad-12, (Ex. f. f.).
Casalis (Mlle), L-11.
Chapireau (P.), Z-5.
Sterne (J.-J.), B-1.
Chassagne, E-8.
Chevallier (Roger), F-9.
Claisse, A-9.
Cuvereaux (Mce), I-15.
Dreyfus (Bern.), Aa-3.
El Kaïm, W-1, (Ext. fais. fonct.).
Falin (And.), K-13.
Gaquière (And.), F-5.
Gozland, P-5.
Hertz (Simon), Ad-6.
Jamain (Bern.), M-8
Lautmann (Mlle), L-13.
Lebel, F-5, (Ext. fais. fonct.).
Levachkevitch (Mme), F-10, (Ex. fais. fonct.).
Lewi, C-5.
Limasset (And.), C-7.
Logeais (P.), J-15.
Lyon (Mlle), F-3.
Mallarmé (J.), L-7.
Masson (Pierre), C-7.
Molinéry, B-11.
Morhange (J.), G-13.
Nardi, G-6, (Ext. fais. fonct.).
Piton (Jean), Y-7.
Poirier (Michel), L-14.
Robert (P.), J-3.
Seguin (Marcel), F-15. (Ext. f. f.).
Soullard (Jacq.), N-6,
Vincent (Philipe), D-14.

EXTERNES

Adda (Mlle), Q-4.
Adler (Mlle), G-11.
Advenier, C-10.
Aghion (Mlle), Z-1.
Agnard, W-1.
Aharfi, I-7.
Aigueperse, G-8.
Albrecht, Q-15.
Albulesco (Mlle), I-16.
Aldou (Mme), D-1.
Allik, G-12.
Allilaire, N-8.
Alpérine, O-1.
Amphoux, K-4.
Ancel (Mlle), N.4.
André, B-7.
Andréita, Q-3.
Angelici, L-6.
Anglade, M-1.

Antomarchi, P-6.
Ardetti, I-11.
Arguelles, F-10.
Aribert, Q-8.
Arnavielle, Ad-5.
Arnold, K-2.
Arnoux (L.), Af-1.
Arrighi, K-8.
Arsitch, I-7.
Arsonneau, G-11.
Artisson, F-7.
Arviset, F-9.
Aslanian, B-1.
Astor, D-13.
Atcham (M.-G.) (Mlle), B-3.
Atcham (Paule) (Mlle), Aa-4.
Attalès, E-5.
Aubert-Champerré (Mlle), Ad-2.
Aubin (Mlle), L-9.
Audibert (Mlle), G-6.
Audoly, I-9.
Auffret, A-3.
Augée (Mlle), T-1.
Aupinel, H-13.
Aurégan, H-5.
Aurenche, J-2.
Auslander (Marcel), L-3.
Aussagnel de Lasbordes (Mlle), B-2.
Austerveil, G-2.
Avenier, I-5.
Ayrignac, D-15.
Azoulay (Ch.), A-5.
Azoulay (E.), J.15.
Azoue, Ad-12.

Babou, Ae-7.
Bacaleunan, I-18.
Bachellier, J-8.
Bachet, K-10.
Badinier, D-5.
Bagot (René), A-13.
Bailly, Ae-7.
Bakouche, D-6.
Bakulin, Q-10.
Balazuc, G-11.
Balossini (Mlle), J-3.
Bancaud, F-1.
Banse, I-1.
Barbier, J-9.
Barbier (Jac.), F-14.
Bardavid, T-1.
Bardery, Q-4.
Bardon (Henri), J-4.
Bareau, L-7.
Bareiller-Fouché (Mlle), H-3.
Bargain, E-1.
Barillon (Mlle), K-10, élève.
Barnaud (Mlle), J-3.
Barré (Mlle), F-12.
Barret (Mlle), I-5.
Barrois (P.), J-1.
Barry (Cl.), L-2.
Barry (H.), H-7.
Bassé-Parton, F-8.
Basset, L-6.
Bastard, G-4.
Batail, F-8.
Bataille (Mlle), Q-7.
Bauchart, AG-2.
Baudon (Jacques), C-4.
Baudon, J-10.
Baudouin, A-6.
Bauer (Jean), M-4.
Bauer (L.), A-9.
Baugé, J-6.
Baulande (M.), Z-1.
Baussan, Q-19.
Bayle, M-1.
Beauchef (J.), C-5.
Beaufils (J.), Ag-1.
Beaughon (Mlle), B-11.
Beaugrand, I-15.
Beauvais (Pierre), N-3.
Bell, G-10.
Bellêtre (Mlle), A-6.
Bellin, G-1.
Belot, B-5.
Bellotte, B-6.
Ben-Brahim, E-2.
Benoit, D-4.
Bensimhon, Q-8.
Benthowski (Mlle), A-7.
Bergeron, Q-19.
Bermann, G-12.
Bermi (Mlle), R-1.
Bernard, Ad-5.
Bernard (Pierre), G-9.
Bernier (Jean), Ae-6.
Berthiot, B-3.
Bertrand, Q-12.
Besnard (Mlle), F-12
Bessil, B-6.
Biardeau, Ad-3.
Bibas, A-3.
Biclet (Mlle), Q-11.
Bieth, M-7.
Billard (J.), D-8.
Bineau (élève), Ae-11.
Blairon (Mlle), J-4.
Blanc (R.), Q-15.
Blanc (Mlle), K-3.
Blanchard (André), Ae-2.
Blanchard (J.), I-10.
Blanquier, L-8.
Bléchet, Ab-3.
Blin (Mme), H-10.
Blinder, D-10.
Bloch, I-12.
Blond (Mlle), Y-5.
Blondeau, K-1.
Blumenfeld (Mlle), P-2.
Boëlle (Mlle), Y-6.
Boissier (Mme), F-12.
Boissonnat, D-15.
Boivin (J-M.), Q-14.
Bolivar, Q-11.
Bolo, L-18.
Boncour, Q-11.
Bondoux (Ph.), D-13.
Bonduelle, I-5.
Bongard, R-3.
Bonjean (Mlle), F-8.
Bonnet, C-2.
Bonnot (Mlle), G-1.
Boquet (H.), E-9.
Bordes-Sue, L-10.
Bosvieux, H-12.
Botreau-Roussel, A-8.
Bouaziz (Mlle), K-3.
Bouchard (Mme), (élève), Z-3.
Bouche, G-13.
Boulinaud (Mlle), D-4.
Boudon, H-6.
Bouillié, E-5.
Boulard (Pierre), G-9.
Boulay, L-5.
Boulenger (P.-Y.), F-6.
Boulenger (Mme), A-2.
Bour (B.), Y-3.
Bourby, Ag-2.
Bourdeau, D-4.
Bourdin (J.), F-6.
Bourel (Mme), K-1.
Bourgin (Mce), F-12
Bourgina, C-6.
Bourier, D-14.
Bourlière, B-10.
Bours, A-4.
Boursaus, M-1.
Boutroy, I-7
Boutzolakis, J-15.
Bouvet (Mlle), L-1.
Bouvier, L-10.
Bracauer, O-11.
Brandmack, H-4.
Brégeat, E-5.
Breitel, Q-19.
Bret, Aj-1.
Breton (P.), J-6.
Bretton, R-1.
Brille (Mlle), A-1.
Brissaud, Aa-1.
Brisset , L-10.
Brisson, G-8.
Broche, Z-5 .
Brussaux (Mlle), A-6.
Buffard, Ab-2.
Bugaut, W-1.
Buisson, K-4.
Burdin (Mlle), Q-5.
Bussel (élève), Af-3.
Buttm (A.), Q-1.
Butzbach (Jean), V-1.
Butzbach (Jacques), C-6.
Buvat, Af-3.
Cabessa (Mlle), D-1.
Cagny (de), Aj-1.
Cahen (J.), J-3.
Callerot, B-10.
Calmet, Z-2.
Calvet (Mme), Y-7.
Campagne, D-7.
Campagnon (élève), K-6.
Campesco, D-7.
Camus (J.-L.), Y-5.
Camus (Pierre), Aa-1.
Canet (Mlle), P-1.
Canetti, R-3.
Cante, B-1.
Capsambelis (Mlle), Q-20.
Carasso, L-3.
Carle, O-4.
Carlet (Mlle), Q-5.
Carniol, R-3.
Caron (élève), B-15.
Carrière (A.), J-14.
Caruana, G-8.
Casanova, I-15.
Castany, E-6.
Cau, K-11.
Cauchy (Mlle), D-5.
Caudron (P.), J-3.
Caufment, M-1.
Cavoussy, Q-8.
Cayla, J-11.
Cayro, Ag-2.
Céleron de Blainville (Mlle), Q-7.
Cenac, N-7.
Céora, K-7.
Cerf, I-14.
Chabasseur, P-7.
Challiot (Mlle), Z-4.
Chalochet, B-6.
Champagne (P.), E-5.
Champagne (Ray.), J-11.
Champeau, F-6.
Chanel, Y-6.
Chappé, Ae-2.
Chappelart, P-1.
Chardon, G-6.
Charollais, D-10.
Charpentier, Q-15.
Chartier (A.), A-6.
Chartrain, K-5.
Chastagnol, A-8.
Chausselat, D-5.
Chauvillon, K-9.
Chedru, W-1.
Cheikh (Mlle), Y-1.
Chéron (élève), E-10.
Chassebeuf, J-9.
Chevalier (A.), B-8.
Chevalier (H.), G-4.
Chevallier (R.), N-3.
Chevé, L-12.
Chevreul, B-5.
Chiara (di), I-7.
Chiche (P.), Ae-1.
Chigot, L-1.
Choppy, P-4.
Chotard (Mlle), B-3.
Chotiau (Mlle), Br-5.
Ciaudo, I-8.
Ciosi (Mlle), Aj-1.
Clamageron, G-3.
Claracq, B-11.
Claude, A-8.
Claudet, K-16.
Clenet, Ae-13.
Cler (René), C3.
Clerc (P.), J-7.
Clotteau, H-1.
Cluzeau, A-5
Coggioli, L-5.
Cohen (Aaron), B-7.
Cohen (José), Af-4.
Coletsos, J.-8.
Colletas, A-9.
Collot, B-3.
Combes (A.), C-3.
Comissionner (élève), Ad-3.
Commerson (Mlle), E-3.
Comte, L-1.
Copreau, Q-1.
Coquet, I-6.
Corcelle, H-6.
Cornaire, T-1.
Cornet (A.), I-4.
Corre (Mlle), Ac-2.
Corrèze, D-5.
Corrion, L-2.
Cossart (R.), O-1.
Costa, C-6.
Costet, C-5.
Cotillon, C-7.
Cotton (Mlle), H-2.
Coullet, Ad-12.
Coulombeix, Ag-1.
Coupin, C-2.
Courtin (P.), V-1.
Coutin (J.-M.), L-2.
Couturier (R.), 94.
Coville (R.), Ae-1.
Crescenci, I-14.
Creusot, B-12.
Cuvillier (Mlle), E-6
Dally (Rob.) (élève), J-8.
Damiens (Mlle), L-9.
Danel, J-5.
Daniels, V-1.
Darhovsky, Ae-7.
Darion (Mlle), N-4.
Darmendrail, K-8.
Darres, G-10.
Dartiguepeyron, Y-3
Dastugue, Af-4.
Daubail (Mlle), A-6.
Daudier, J-3.
Dauptain (élève), B-15.
Dausset, K-10.
Daverne (A.), F-6.
David (élève), M-3.
David (Rubin), Q-10.
Davidovici (Paul), Q-10.
Davidovici (Alb.), A-6.
Debain, E-6.
Debelut, B-2.
Debost, B-4.
Debouvry, Y-6.
Debray (Jean), J-8.
Defrance, J-4.
Degand, Ae-1.
Deguillaume, C-3.
Dehouve (And.), Z-5
Delaage (Mlle), Af-1.
Delabroise, H-1.
Delair, S-2.
Delaroche (J.), L-1.
Delatour, E-6.
Delhaye, K-1.
Delormeau, P-4.
Delord, P-2.
Delort (Pierre), Q-7.
Delouche, Ae-7.
Delzant (Oliv.), Y-1.
Demange, H-12.
Demarquet, Q-14.
Demtchenko (Mlle), U-11.
Dennewald, D-6.
Denizet, L-9.
Denoix, G-1.
Denoyelle, Ae-12.
Depaillat, L-3.
Depardieu, J-5.
Depierre (R.), Ad-1.
Déprez, A-6.
Derobert, Z2.
Deroide, B-2.
Dervaux, E-5.
Desallais (Mlle), T-1
Deschamps (G.), Ac-1.
Desclaux (Mlle), D-8
Desclaux (Pierre), E-2.
Deséglise, L-9.
Desfosses, I-5.
Desgeorges, B-12.
Desjeux (H.), R-7.
Desmarquest, G-2.
Desmonts (Alice) (Mlle), Aj-2.
Despax (Mlle), 96.
Desprès (élève), B-14.
Desseigne, A-7.
Destarac, A-6.
Destouches (A.), D-5.
Deuil, L-4.
Deutsch (élève), H-9
Devaux (H.), Ah-2.
Devillers (Mlle), G-1.
Devilliers, H-5.
Dhéry, Y-8.
Diegoin, élève, B-9.
Dissez, Q-18.
Divet D-9.
Doger de Spéville, M-5.
Dorey, I-16.
Dos Ghali (Jean), Ae-3.
Doudeuil, B-5.
Doukhan, I-15.
Doumic, O-1.
Douville, H-1.
Dramez, W-1.
Dreullé (Mlle), Ac-1.
Dreux (Mlle), O-1.
Droguet, Ad-12.
Drouet, D-9.
Dubarry, F-8.
Dubois (Mlle), B-7.
Dubois (Jac), Ad-1.
Dubois (L.), F-4.
Dubas (P.), Ab-2.
Dubuisson (Mlle), Y-5.
Du Buit, F-12.
Ducamp, P-6.
Duchatel, I-8.
Ducros (J.), Ad-2.
Duflo, C-8.
Duflot, J-12.
Dufour (A.-M.), Q-19.
Dufour (Jean), G-16.
Dufour-Lamartinie, L-4.
Dufresne, élève, Y-5.
Dugast, P-5.
Dugrenot, Y-6.
Dulac, K-16.
Dullin, E-6.
Dumont (Mlle), Q-11.
Dunaud (Mlle), B-7.
Dupertout, Z-4.
Dupond (A.), Q-1.
Dupont (V.), C-6.
Dupuy (R.), L-5.
Durand (G.), K-4.
Durraude (Mlle), V-1.
Duret, L-4.
Roche (Camille), L-4.
Dutheil (L.), M-6.
Dutilleul (Mlle), F-9.
Dutter, Z-4.
Duval (Hug.), élève, K-5.
Ebstein (P.), Aa-1.
Ecale, M-7.
Ecklé, J-4.
El Baz, D-1.
Eliakim (Mlle), Z-5.
Eman-Zadé, B-8.
Ennuyer, J-6.
Eon, Q-12.
Epstein (Mlle), T-1.
Erémia, Ae-13.
Etévé, K-10.
Etienne (Roger), I-3.
Etienne, G-1.
Etiennet, F-1.
Eudel, V-1.
Eyraud (Mlle Geneviève), D-7.
Eyraud (Mlle Marcelle), F-1.
Fabre (Mlle), Ac-1.
Falk (Mosès), Ae-6.
Falk (Félix), D-11.
Faucon, Q-8.
Fauveroux, H-3.
Fauré, Z-4.
Faye (F.), I-14.
Fayein (A.), A-1.
Fayet (J.), R-1.
Feder (Mlle), L-8.
Feinmann (M.), L-2.

3 PRODUITS

DE PRATIQUE COURANTE :

CACHETS
DRAGÉES
INTRAVEINEUSE

EUPHORYL

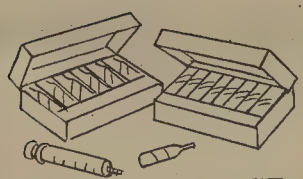
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES

Communication à la Société de Dermatologie de Paris

GRANULÉ
SOLUBLE

EUPHORYL INFANTILE

DERMATOSES PRURIGINEUSES
TROUBLES DIGESTIFS
ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE



INTRAVEINEUSE
INTRAMUSCULAIRE

SPASMORYL

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
Communication à la Société de Thérapeutique

SPASMES VISCÉRAUX ŒSOPHAGIENS - GASTRIQUES PYLORO-DUODÉNAUX - COLIQUES
CONSTIPATION SPASMODIQUE

ACCIDENTS MÉCANIQUES ET SPASMODIQUES DES LITHIASES

ANA

LABORATOIRES "ANA"
18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS-XII°

Feld, J-16.
Feldmann, G-4.
Fénéon (J.), Z-5.
Fénelon, J-9.
Ferrand (Michel), F-14.
Ferraud, C-7.
Ferrari (Jac.), Q-10.
Ferval, M-1.
Feuillet (Ch.), Ae-1.
Feuillette, L-7.
Feydit (Mlle), Y-5.
Filippi, A-4.
Fischer-Nespoulous, B-2.
Fischgrund, G-13.
Flandin (Fr.), G-1.
Fleury, Q-11.
Florès, Ae-8.
Flori, F-15.
Fonteix, H-2.
Forget (Mme), Aa-2.
Fornari, Q-2.
Fort (R.), B-7.
Fortin (Pierre), G-11.
Fortin (René), J-14.
Fouassier, V-1.
Fouilloy, F-6.
Fourault, Q-6.
Fournial (R.), A-7.
Fournier (Mlle M.), F-4
Francheteau, Z-3.
François (André), Q-5.
Fransès (Mlle), D-10.
Fraquet, I-7.
Frebet, A-5.
Fréret, J-2.
Fressinaud-Masdefeix, J-6.
Fretet, Ae-13.
Friszberg, Q-18.
Froidefond, Q-8.
Froissant, D-6.
Fromaigeat, élève, G-18 .
Frolichmann, Af-3.
Fuzier (Mlle), B-7.
Galimard (Jean), C-1.
Galimard (P.), Ad-12.
Galland, H-7.
Gallaut, Q-7.
Gandeul, Z-2.
Gandrille, Q-12.
Garcin, V-1.
Garraud, élève, Z-3.
Gasch, C-6.
Gascuel (Mlle), D-10.
Gatovsky, H-13.
Gatowsky (Mme), A-9.
Gaudin, Ag-1.
Gaulier, Q-20.
Gauthereau (Mlle), R-5.
Gautherot (Mlle), E-4.
Gauthier (R.), G-5.
Gautier, M-6.
Gautreau, H-2.
Gawzé, élève, D-12.
Gay (Lucien), A-7.
Gazel, C-3.
Geoffroy, Ah-1.
Geismar, L-12.
Gekète, B-13.
Gelbard, B-13.
Genestoux, J-2.
Génévrier, H-12.
Genthon (Mlle), F-6.
Gerbeaux, M-5.
Gerbet, U-1.
Gertzberg, O-1.
Gharib, G-2.
Gheorghiu, C-1.
Ghinsberg, Y-1.
Giafferi, M-7.
Gibert (Louis), C-9.
Gibon, Af-1.
Grimault, J-11.
Girard (Rosan), Q-2.
Giraud (Paul), Q-12.
Giraud (G.), G-14.
Girault (Louis), F-4.
Giraudoux, Ae-11.
Gireaux, B-5.
Giret (Joseph), Aj-1.
Giret (Mlle Rose), C-1.
Glénard (Ray.), Q-1.
Goby, Q-6.
Godenèche, K-3.
Godlewski, P-4.
Goerens, L-10.
Gold, Q-8.
Goldenbaum, G-11.
Goldman, F-4.
Gomès de Mattos (Mlle), élève, Z-3.
Gorce, élève, Q-11.
Gordet, Y-6.
Gordowski, L-10.
Gorodetzky (Mlle), T-7.
Goudot, D-14.
Goudot (And.), R-3.
Gouffier, Ag-1.
Gouget (Fr.), H-10.
Goujard, W-1.
Goulène, M-8.
Goulesque (Roger), Ah-2.
Goupy, B-8.
Gourand, N-10.
Goury-Lafont, N-3.
Gout, J-16.
Gout, P-3.
Goutcharoff (Mlle), Ad-12.
Goutner, J-2.
Grain, J-1.
Grand (René), I-4.
Grandelman, élève, K-6.
Grange (J.), Q-16.
Gras (L.), F-6.
Gratier, U-1.
Grégoire (J.), F-8.
Greif, Ad-2.
Gresse (R.), Q-1.
Grevin, I-7.
Grèze, Q-6.
Griboval (Mlle), Y-1.
Grindefer, Q-13.
Grislain, K-4.
Gross, Z-1.
Grumbach (Mlle), Ae-7.
Grumberg (Siegfrid), Ab-3.
Gruner, M-8.
Guébel, E-3.
Guénard (Ray.), I-16.
Guenon des Mesnards, B-1.
Guéret, N-8.
Guérin (J.), F-10.
Guéron, Q-8.
Guès, E-9.
Guichard, Q-16.
Guison, Ad-3.
Giuli (P.), Ac-2.
Guichard, Q-16.
Guillemain, K-1.
Guillemin (J.), Ae-1.
Guin, O-1.
Guiot, K-9.
Guittard, G-1.
Gulman (Isaac), élève, A.-7.
Gunya, D-4.
Haas (Rich.), élève, Ad-4.
Habrekorn, E-5.
Hacker, D-3.
Hadjdinio, Ad-3.
Haghet, Q-12.
Haguenauer (Mlle), J-5.
Halle (G.), Q-6.
Haller (Mlle), K-1.
Haller, C-7
Halley, N-4.
Helpern, B-13.
Hamon (H.), élève, J-8.
Hané, I-11.
Hannes (Mlle), R-5.
Hanoune, Q-4.
Hanrion (Ch.), K-4.
Hardel, D-10.
Hauser, Ad-5.
Haussmann, I-7.
Hautant (Mlle), J-7.
Hébert, J-10.
Heller (Jos.), élève, W-1.
Helman (Mlle), Z-1.
Hemsy, G-9.
Henrot, M-3.
Herissé, K-5.
Hertzog, A-3
Heulot (Mlle), M-3.
Hochedel, I-10.
Hochfeld, G-14.
Hoesli, L-8.
Horeau, I-2.
Hornung, D-11.
Houadès (Mlle), L-2.
Huard (Mlle), Ae-4.
Huber (J.-P.), Ad-2.
Hubert, Z-2.
Huguenin (P.), I-1.
Hussameddin, D-11.
Inbona, P-3.
Incerti, I-18.
Ilbert (Mlle), J-11.
Izraël, F-12.
Jysak, élève, Ae-11.
Jacquemin, B-3.
Jacquet (Alb.), J-14.
Jacquet (Mme), F-1.
Jalladeau, F-14.
Jamet, élève, E-10.
Janeau, N-3.
Jannette-Walen, Y-3.
Janvier (Louis), élève, D-17.
Jassin, B-16.
Jaupitre, M-9.
Javelier, A-6.
Jayle, B-4.
Jeanthon, B-8.
Jeffriaud, A-6.
Joinville, N-4.
Joly (Ant.), D-7.
Jonas (Mme), élève, Z-8.
Jooss (Mlle), B-10.
Jorrot, H-10.
Joseph, Ae-11.
Joublin, O-1.
Joüon, Z-2.
Joussemet, B-10.
Jugnet, Z-4
Juille, L-11.
Jurain (Mlle), Ae-4.
Jury (Mlle), Ae-7.
Juster (Mlle), Q-7.
Kaëppelin, J-10.
Karabarbonis, D-8.
Kasatzker, T-1.
Katz (L.), Ab-1.
Kaufmann (H.-L.), Ad-1.
Kérambrun, C-8.
Kerluison, A-3.
Kieselstein, élève, Ae-12.
Klotz, E-7.
Kohen (J.), D-4.
Kolpenitzky, Q-1.
Korner, Aj-2.
Kouchner, I-2.
Kouindjy, A-6.
Krenner, Q-10.
Krewer (Ber.), élève, J-8.
Kropff, H-8
Kunossy, C-4.
Kuss, R-7.
Labayle, L-10.
Lacheny, J-10.
Lacombe (R.), A-1.
Lacorne, E-4.
Lacroix, Q-11.
Lafont (L.), G-1.
Lafontaine (Mlle), Ab-3.
Lafourcade, L-4.
Laigle, B-4.
Laik, I-4.
Lajouanine, Q-6.
Lamasson, Z-5.
Lambert (Mlle A.), G-4.
Lambert (André), D-17.
Lambert (Léon), I-10.
Lambert (Ray.), L-4.
Lamothe (Mlle), D-9.
Lamotte (M.), G-8.
Lam Van Ghi (Mme), I-2.
Landau, K-7.
Lande de Vallières (Mlle de la), Q-19.
Landolt (J.), B-1.
Lanouville, Aa-3.
Lang, H-7.
Lange, J-9.
Langevin, M-7.
Lapierre (P.), K-4.
Laquintinie, G-1.
Larminat (Mlle de), U-1.
Lartigue, E-7.
Lascaux, R-1.
Lasry, I-8.
Lataix, C-1.
Latron (Mlle), L-2.
Laubry, H-2.
Laumonier, L-5.
Laurence (J.), J-14.
Laurens (Mlle), Q-6.
Laurent (J.), D-4.
Lauriat (Mlle), A-2.
Lavoué, K-11.
Lazard (Mme), F-8.
Lazarovici (Aurel), D-2.
Lazerovici, D-11.
Léandri, L-1.
Le Balc'h, Aa-2.
Le Bayon, H-1.
Le Bigot, K-9.
Leblond (Ch.), Ad-12.
Leboff, L-4.
Lebossé, H-5.
Le Bozec, D-13.
Lebreton, G-4.
Lebrun (M.), Q-5.
Leclerc, Q-11.
Lecocq (G.) G-13.
Lecœur, D-10.
Lecointe (P.), J-5.
Le Cudonnec, Ae-2.
Lécuyer (Mlle), I-10.
Lederer, I-10.
Lefebvre (René), I-5.
Lefer, Q-1.
Lefèvre, L-8.
Lefèvre (Mlle), Q-2.
Le Grand (Marcel), F-14.
Legreux, A-8.
Legris, E-7.
Leibovici (D.), I-1.
Lejard (Mme), F-13.
Le Loch (H.-R.), A-1.
Le Loch (Jean), Q-5.
Lemanissier, I-4.
Lemarchand (Mlle), Y-1.
Lemaresquier (Mlle), P-4.
Lemoine (J.), P-1.
Lenoël (J.), Q-12.
Lenoir (Georges), J-11.
Lenoir (J.), Ae-1.
Lenoir (P.), I-14.
Lenormand, M-5.
Léon (Albert), K-13.
Lepintre, Q-8.
Lepoivre, L-18.
Leprat, K-5
Leprêtre (G.), L-11.
Leroy (Fr.), H-3.
Leroy (Marc), H-7.
Le Roy des Barres (Mme), Q-3.
Lesca (H.), Ad-1.
Lesieur (J.), B-5.
Lesieur (P.), I-4.
Le Sourd (Mce), V-1.
Lespinat, Ae-4.
Lesguillon, N-5.
Lesueur, L-5 .
Le Sueur, G-1.
Lesure, G-6.
Le Tensorer, R-3.
Letouzé, M-7.
Levant (Mlle), élève, Ae-11.
Lévy (Mlle H.), A-4.
Lévy-Michel, Ah-2.
Lévy (Samuel), Ad-12.
Leymann (Mlle de), E-7.
L'Hirondel (Jacques), Ae-7.
L'Hirondel (Jean), Q-3.
Libéros (de), Q-17.
Libert, Ab-1.
Liénard (J.), E-4.
Liermann, L-11.
Lignières (de), Ad-2.
Lignon, J-10.
Limasset (J.), Aa-2.
Lindeix (Mlle), Ad-12.
Lion, A-4.
Livory, Ae-2.
Lobel, J-6.
Lods (Mlle), L-13.
Loeper, L-10.
Logeard, D-15.
Loiseau (J.-P.), I-8.
Loiseau (Jacques), Z-2.
Loiseau (James), Ae-7.
Lolmède, Af-3.
Longraye, K-11.
Lotte (Mlle A.), Af-7.
Loubrieu (J.), A-5.
Louis, D-14.
Loze, A-10.
Lucas, J-7.
Lucquin, I-4.
Luteraan, G-18.
Magder, D-5.
Mage (Mlle), N-1.
Magne-Rouchaud, D-6.
Maignan, Ae-7.
Maillard (Claude), N-4.
Maillard (Claude), Ae-12.
Maillard (J.), Ad-2.
Maillard (Pierre), R-2.
Malan (Mlle), D-4.
Malartic, C-1.
Maleyrie, D-7.
Maude, B-1.
Mandel, J-1.
Mangenest, Aa-3.
Mangenest, Aa-4.
Manuel, C-4.
Marcault, L-10.
Marchou, D-10.
Marcille, F-1.
Marcus, A-10.
Marcus (Mlle), I-11.
Maréchal (Mlle), F-8.
Mariani, B-3.
Marillier, Z-3.
Marinetti, K-6.
Maroger, C-7.
Margueron (Mlle), E-1.
Marquis (Mlle), Ad-12.
Marre, M-4.
Marlin, Q-13.
Martin (André), Y-6.
Martin (Jean), G-17.
Martin (J.-M.), G-14.
Martin (Pierre), Q-2.
Martin de Gimart, O-1.
Martinet, B-9.
Martinet (Roger), Q-4.
Martini, Y-5.
Martinie, B-4.
Martimon (A.), F-7.
Maschas, E-1.
Massiot, M-7.
Massot-Gourdain, H-5.
Mathé, H-7.
Mathey, F-7.
Mathias, K-10.
Mathieu (And.), E-4.
Mattei, F-2.
Matteo (di), Ae-2.
Maurage, A-8.
Maurice, Ad-4.
May (G.), A-1.
Mayaud, N-8.
Mayersohn, Q-13.
Medioni, R-7.
Megellen, G-8.
Mehid, Q-8.
Meillaud (Mme), P-2.
Meillon (J.), Ab-1.
Mellauli, I-11.
Melon (Mlle), A-8.
Meltz, N-4
Menant, A-1.
Menauteau, I-5.
Mercadier (G.), G-14.
Merlier (Mlle), K-4.
Mestier du Bourg (de), I-15.
Mestries, J-15.

ATONIE INTESTINALE
POST-OPÉRATOIRE

PROSTIGMINE
"ROCHE"

Une injection de 1cc sous-cutanée ou intramusculaire indolore
déclanche l'évacuation des gaz
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

BELLAFOLINE
"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e
B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boulevard Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CHICHY (Service A)

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

Mettay (Guy), élève, J-12.
Metzger, B-8.
Meugé (Mlle), Q-20.
Meunier (Mlle), A-1.
Meurin, M-6.
Meyer, A-3.
Meyer (Mme), R-1.
Michard, L-7.
Michaud, Af-2.
Mignon (J.), Z-1.
Mignon (Rob.), Q-5.
Millant (Mlle), J-15.
Millet (stagiaire), A-11.
Milliez, Q-2.
Misserey, C-8.
Mitrani, Q-2.
Molinard, Z-2.
Mollaret (Mme), G-1.
Monchot (G.), P-5.
Monier (H.), K-16.
Monin (Mlle), Aa-1.
Monin (E.), I-17.
Monique, B-1.
Monnier (J.-Cl.), R-4.
Monod, M-9.
Monrose, L-1.
Monrose, J-7.
Montagne, Q-19.
Montalant (Mme), I-1.
Montis (de), D-3.
Montrosier (Mlle), Q-2.
Moreau (Jean), I-1.
Morel-Fatio, M-1.
Morichau-Beauchant, Y-3.
Morvan, G-1.
Mothonéos, G-12.
Motte, F-7.
Mouflé, Ae-7.
Mousseau, C-3.
Mousseau (Mlle), F-4.
Mousset, K-2.
Moyen (Mlle), Y-6.
Mozis, R-4.
Mozziconaci, Aa-1.
Musset, B-5.
Mutel (J.), Q-17.
Nadiras, W-1.
Nastorg, M-6.
Nedelec, H-4.
Nefussy, I-11
Netter, I-8.
Neveu (A.), D-10.
Neveu (Jean), F-2.
Ngo-Quoc-Guyen, L-6.
Nguyen-van-Vang, J-3.
Nicaise, I-15.
Nick, Af-1.
Nicolas (Jean), A-6.
Nitti, F-12.
Nobili (de), C-4.
Nordmann (R.), A-1.
Oblinsky, E-2.
Oemichen (Mlle), F-7
Oganesoff (Mlle), I-11.
Oger (Mme), H-9.
Oger, élève, H-9.
Olivier, B-4.
Olivier (G.), élève, F-11.
Olivier (Mlle), M-1.
Ollivier-Pallud (P.), Ae-3.
Onfray (Mlle), Ae-3.
Ordonneau, I-7.
Orgeolet (Mme), Aa-2.
Orliac (Ernest), N-4.
Orliac (Jean), C-10.
Oudin (Jac.), E-1.
Oudot, D-9.
Ouvrieux, N-5.
Ovary, H-1.
Paillas, K-14.
Pahmer, G-2.
Paingault, D-13.
Paley (Mlle), B-6.
Pallet (Z.), I-12.
Panayotis, J-8.
Parant, Ab-3.
Parrain, N-5.
Pastier, G-9.
Patey, D-1.
Patou, B-7.
Pauchard, M-6.
Paugam, B-3.
Paulin, élève, Y-5.
Paulo (de), F-2.
Payer, B-3.
Pécunia, M-1.
Pellerat, J-2.
Péquignot, Ag-2.
Perdrix, A-6.
Pérol (Mme), F-4.
Perol (Etienne), G-12.
Persatre, G-4.
Perrasson, K-10.
Perrault (Mlle), J-8.
Perrier, A-6.
Perrier (Jean), élève, J-12.
Peschard, D-2.
Petavy, H-6
Petit (Cam.), Ae-1.
Petit (Mce), R-1.
Petit (Pierre), B-13.
Petit-Norbert (Georges), Ae-13.
Petresco, N-7.
Pevet (Mlle), S-1.
Pezé, P-4.
Phéline, Af-4.
Philippe (L.), B-6.
Picard (Mlle), A-11.
Picard (Mlle), Q-19.
Picart, N-5
Picot (G.), Ae-2.
Pierre (Mce), G-5.
Pierre-François, Q-3.
Pietroni, I-2.
Piguet, Ae-1.
Pillat, I-6.
Pillet (J.), I-6.
Pinard (Mlle), P-1.
Pinchenzon, A-7.
Pineau, G-7.
Pinet, H-3.
Pinon, I-10
Pinot, K-10.
Piroux, N-7.
Pizon, Q-18.
Placa, Ab-1.
Plas, M-2.
Plique, K-8.
Plouchart (Mlle), S-1.
Pochon, Ae-13.
Pocoulé, Ah-2.
Pointeau, I-2.
Poisson, E-8.
Poissonnet (H.-P.), N-2.
Poissonnier, H-7.
Pollack, Q-15.
Pollet, I-12.
Porret, I-5.
Pouch, G-8.
Pouget, A-6.
Poussier, L-8.
Prat (de), I-2.
Prettre (Mlle), B-3.
Prialpich-Denès, B-1.
Prin, Q-12.
Priolet, H-10.
Proux, J-10.
Provendier (Mlle), K-1.
Prudhommeaux, Ag-2.
Prunel, Q-3.
Pruvost (G.), Af-2.
Puistienne, Y-6.
Pupko, I-1.
Rabant, L-3.
Rabinovici, Ab-1.
Rabourdin, H-6.
Rabsurdin (Marcel), J-9.
Radziwiller, B-7.
Rambert (Mme), Y-1.
Raphaël, Z-1.
Ras, G-9.
Rault (A.), G-5.
Rault (Jean), L-5.
Raymondaud, Ad-12.
Raynaud (Henri), G-11.
Raynaud (Maurice), Ae-2.
Reigner (Jac.), Ad-1.
Reinert (Jac.), Q-13.
Renault (P.), H-6.
Revel, L-9.
Reynaud (L.), Q-13.
Ribert, C-5.
Richard (Ch.), D-1.
Richard (Jean), L-8.
Rigolage (Mlle), Y-5.
Ripard (G.), C-5.
Rist, H-2.
Ristelhueber, N-4.
Robert (Mlle), B-4.
Robet, Q-9
Robey, D-8.
Robin, N-6.
Robinovici (J.), Q-2.
Rocca Serra (de), D-3.
Roche (J.), Q-5.
Rochet, Ae-2.
Rochlin, élève, B-9.
Rodde, Ad-13.
Rogan, élève, Ae-10.
Rohozinski, L-3.
Rolland, B-11.
Rollin, B-8.
Rometti (Mlle), J-11.
Rometti, B-7.
Ronsin, I-1.
Rosenberg, B-13.
Rosenberg, L-14.
Rosensteck, B-8.
Rosental (Mlle), élève, Z-3.
Rossignol, M-5.
Rotté (Mlle), Q-6.
Rouault (Ch.), Q-11.
Rouault (Michel), M-5.
Rougé (Paul), Ad-12.
Rougier (Michel), I-6.
Roujon (Guy), M-6.
Roujon (Mlle), G-12.
Roullaud (H.), P-3.
Rousseau, G-9.
Rousseau (Guy), Ag-2.
Rousset, O-4.
Rouveix (J.), H-7.
Rouvet, D-8.
Rouvillois, F-1.
Roux, E-6.
Roux-Naud, D-15.
Rouzaud (M.), N-3.
Rouzeaud, J-11.
Rouyer (R.), B-6.
Roveanu, Ac-2.
Royan, élève, Ae-10.
Royer (J.), Ac-6.
Rozée-Belle-Isle, P-2.
Ruben, élève, C-11.
Rudaux, L-3.
Rudelle (de), H-6.
Rudich, B-12.
Rybenski, N-1.
Sabetay (Mlle), Aa-3.
Sablet, D-11.
Sachnine, Ab-2.
Sachs (François), L-6.
Sachs (Mme), E-11.
Sagaut, N-2.
Sagnez (Mlle), Ab-3.
Saillant (H.), I-14.
Saint-Paul (Mlle), Ae-1.
Sake, I-5.
Salmon (Mlle), I-6.
Samain, F-8.
Sarrazin, A-7.
Saulnier (Mlle), Ae-4.
Sautel (Mlle), B-2.
Sauvé (Mlle), K-10.
Sauvage (H.), K-4.
Sauzier, H-5.
Sayous, E-5.
Schaefer, Z-2.
Schaffer, A-7.
Schapira, A-4.
Schatz, K-11.
Schechter, Q-19.
Schiller, J-1.
Schmitt, F-10.
Schmitt, élève, M-10.
Schneider (A.), A-2.
Schneider (Jean), Aa-1.
Schwartz (Léon), Q-9.
Segal (Mlle), S-1.
Segall, L-11.
Seguin, C-2.
Seiffert (Mlle), M-3.
Sénéchal (André), H-2.
Sénéchal (J.-J.), R-1.
Sénéchal (Rob.), A-2.
Serane (J.), K-8.
Serreau, D-11.
Sevileano, Ad-12.
Seyrig (Mlle), N-1.
Sicard (Mme), F-7.
Sicard (Pierre), V-1.
Sierra, H-4.
Sieurin, élève), K-1.
Silberstein, I-3.
Simart (P.), Q-9.
Simidova (Mlle), F-10.
Simon (René), S-2.
Simon (Mlle A.-P.), Ab-1.
Simon (Mlle Arlette), A-5.
Siraga, R-3.
Skuillante, élève, G-18.
Slama, C-7.
Smilovici, G-5.
Snégnaroff (Mlle), G-3.
Sobieski, G-2.
Solomon, Ab-3.
Sorin, K-7.
Soubiran, E-2.
Soumaille, élève, K-5.
Souriac, H-1.
Squillante, élève, G-18.
Statlender (G.), Ad-1.
Sthaland, F-7.
Stefani, Q-12.
Steinberg (Armand), Z-4.
Steinberg (Robert), K-1.
Steinberg (Henri), J-12.
Stévenin, H-5.
Stopen, A-1.
Strass, B-4.
Stutinsky, L-4.
Suau, J-8.
Sulzer (Mlle), A-1.
Szejdel, J-14.
Szylowicz, J-16.
Tahar, C-6.
Taïeb (J.-L.), Ad-4.
Tantin, Q-15.
Tardieu, R-2.
Tardiveau, B-16.
Taumann (Mlle), H-4.
Taveau, Y-3.
Tellier, élève, H-5.
Temine, F-2.
Tempier, J-6.
Ternier, J-11.
Ternois (Mme), I-14.
Tétreau, D-8.
Tétu, A-5.
Teyssier, E-3.
Thaler, K-7.
Thamer, L-8.
Thaon, Ae-2.
Theiler (René), D-18.
Theodoresco (Mlle), Aa-2.
Theodoresco, élève, I-18.
Thieblot, H-4.
Thieullen (Mlle), Q-4.
Thiollier (Mlle), F-10.
Thomas (Ferd.), A-10.
Thomas (H.), Ac-1.
Thévenin (Jean), F-15.
Thévenot (Mlle), L-3.
Thorel, Q-3
Thueux (Mlle), L-1.
Tiret, A-1.
Tissandié, H-13.
Toltoï, E-6.
Tomachepolski (Mlle), J-16.
Torre (Paul), Ad-12.
Tortat, Q-9.
Toulouse (R.), N-1.
Tournadre (Mlle), Ad-5.
Tourneville (Mlle), A-6.
Tran Van, H-3.
Trémolières, B-8.
Trepsat, N-8.
Trocmé (Mlle), Y-3.
Trouvé (J.), J-9.
Truelle, B-2.
Tulou, M-2.
Turchini, I-14.
Turlotte, K-13.
Turpin-Roteval, I-12.
Tzannetis, J-4.
Ulrich (Mlle), L-2.
Vachez (Mlle), I-6.
Vaissié, G-9.
Vakili, A-9.
Vancostenoble, Q-3.
Van den Bluch, G-1.
Van den Plas, P-4.
Van-Kim-Nguyen, Q-4.
Vannier, E-8.
Van Quaetchem, J-3.
Varnier, C-7.
Vassal (J.), F-1.
Vaulx (de), J-8.
Verdez, K-10.
Véga (de la), O-1.
Vendryès, D-14.
Vercier, Q-1.
Vermenouze, C-9.
Verne (J.-M.), Aa-1.
Verne (A.-J.-P.), L-9.
Vernède, J-8.
Verstraete, A-2.
Wettenvald, C-8.
Vettier, V-1.
Veyrières, A-6.
Vialard (E.), Ae-4.
Vialard (J.), L-9.
Vialatte, J-7.
Vialet (Mlle), R-3.
Viault, Ab-2.
Vidal de la Blache, E-3.
Viers, K-9.
Vigneron, B-10.
Viguié, C-7.
Vila, C-6.
Villanova, I-8.
Villaret, A-4.
Villey-Desmeserets, U-1.
Vincent (Ant.), B-6.
Vincent (J.-M.), E-5.
Vincent (Max), A-1.
Vionnet, P-3.
Vissian, G-9.
Vitanyi, C-11.
Vitasse, G-15.
Vivien (P.), Ad-12.
Voisin (Mme), I-17.
Wagner, O-1.
Walther (R.), Aa-2.
Wechsler, B-7.
Weil (J.), J-3.
Weill (Jacques), Weil (Francis), M-3. P-2.
Weiller (Mlle), Q-5.
Weissberg, Y-1.
Weissmann, G-2.
Weisz, K-14.
Wetterwald, C-9.
Wetzel (Mlle), Ac-1.
Welti, L-3.
Wetzlar (Mlle), Q-16.
Weydert, E-1.
Weyl, P-4.
Wiehm, C-8.
Willocq (Mlle), I-10.
Wintrebert, C-2.
Wolfromm, J-2.
Worré, I-4.
Wirz (Mlle), V-1.
Wolff, élève, K-5.
Wuest (Mlle), L-1.
Yougounoux, I-18.
Zahler, F-2.
Zaijman, Af-3.
Zivy, L-7.
Zuckermann, Ae-3.
Zwillinger, Ad-12.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'endocrinologie Tome IV. *L'Hypophyse* (1), par M. LUCIEN, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy ; J. PARISOT, professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, et G. RICHARD, ancien interne des hôpitaux de Nancy, médecin consultant à Royat.

Le IVe volume du Traité d'endocrinologie, publié par MM. Lucien, Parisot et Richard, est consacré à l'hypophyse.

Les discussions soulevées en ces dernières années par les travaux de Camus et Roussy, de Bailey et Bremer et d'autres, appelaient une mise au point de cette difficile question. Il s'agissait non pas d'unifier arbitrairement les hypothèses divergentes, mais, à la lumière des faits acquis, d'harmoniser les données physiologiques du problème. Il importait d'établir, sans parti pris d'école, ce qui revient à l'hypophyse et ce qui appartient aux centres infundibulo-tubériens.

Les récents travaux de Collin et de Vergara ont mis en lumière ce fait qu'il n'y a pas lieu d'opposer hypophyse et centres infundibulo-tubériens, mais qu'il apparaît plus légitime d'admettre l'existence d'un complexe hypophyso-infundibulo-tubérien, composé d'éléments glandulaires sécréteurs et d'éléments nerveux vecteurs et probablement transformateurs de la sécrétion primitive. L'avenir fixera les participations relatives de chacun des éléments du complexe ; l'exposé des fonctions diverses de ce complexe permet déjà de les deviner.

Fidèles à la méthode qu'ils se sont assignée, de préférer à une adhésion prématurée aux théories et aux hypothèses, la critique judicieuse des faits cliniques et expérimentaux, les auteurs ont fourni aux chercheurs la base de départ indispensable pour des travaux ultérieurs.

Selon le plan suivi dans les précédents volumes, la *première partie* est consacrée aux caractères anatomiques et histologiques du complexe.

La *deuxième partie* traite de la physiologie de l'appareil hypophyso-infundibulo-tubérien. L'étude analytique de ce fonctionnement comporte elle-même les conséquences de la suppression expérimentale de l'hypophyse en sa totalité ou seulement de son lobe antérieur ou de son lobe postérieur. Le contrôle de ces données est fourni par les modifications du syndrome d'hypophyséoprivie entraînées par la greffe d'hypophyse et par l'action physiologique des extraits des différents lobes de la glande. Un chapitre terminal envisage la nature et les effets physiologiques de la sécrétion hypophysaire.

La *troisième partie* est consacrée à l'étude synthétique des données physiologiques ainsi établies : elle traite des grandes fonctions attribuées au complexe hypophyso-infundibulo-tubérien, de celles où ce complexe exerce une action dominante comme la régulation de la teneur en eau de l'organisme, les échanges hydrocarbonés, le développement et le fonctionnement de l'appareil génital, de celles aussi où le complexe semble n'intervenir qu'à titre de participation avec d'autres glandes.

La *quatrième partie* débute par une classification des syndromes hypophyso-infundibulo-tubériens, classification purement symptomatologique qui s'oppose à celles qui prenaient pour base des états d'hyper ou d'hypofonctionnement de la glande, notions contestables qui ne pouvaient en tout état de cause englober les syndromes liés à des états extraglandulaires, à des lésions des centres infundibulo-tubériens. L'étiologie générale de ces syndromes, leur séméiologie et leurs caractères anatomopathologiques complètent cette partie, traitée d'une façon neuve et originale.

La *cinquième partie* aborde l'étude clinique des syndromes hypophyso-infundibulo-tubériens : syndromes à symptomatologie systématisée, syndromes à symptomatologie non systématisée, syndromes à symptomatologie associée ou pluriglandulaires.

En une *sixième partie* est traitée la thérapeutique des états hypophyso-tubériens : les méthodes, leur application aux différents syndromes, l'emploi de l'opothérapie hypophysaire comme thérapeutique symptomatologique et pharmacodynamique. Une importante bibliographie termine chacune de ces parties.

Ce nouveau volume sera consulté avec profit non seulement par les biologistes, mais aussi par les cliniciens, qui y trouveront une sérieuse mise au point de nos connaissances actuelles sur le difficile problème de la pathologie endocrinienne.

L. G.

Les cures thermales en gastro-entérologie (1), par M. VILLARET, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Necker, et M. MOUTIER, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Les malades, quels qu'ils soient, tirent un large bénéfice, non seulement de l'eau minérale, mais de l'action heureuse d'autres agents naturels : le soleil, l'air, les altitudes, les bains marins. Certes, en tant que toute affection locale entraîne ou s'accompagne de désordres généraux, les malades de l'appareil digestif bénéficient de cures climatiques, mais les indications de celles-ci sont trop restreintes en ces cas pour qu'on puisse en tenir compte. Aussi, tout en insistant sur l'intérêt des post-cures judicieusement établies et comportant surtout un maximum de repos au grand air dans un climat sec et doux, les auteurs ne présentent dans ces pages que l'étude détaillée des cures thermales, en gastro-entérologie.

Dans cet exposé ils envisagent successivement :

1° Les notions générales sur les prescriptions et l'organisation des cures thermales en gastro-entérologie ;

2° Les principaux aspects cliniques des maladies du tube digestif ressortissant à la crénothérapie ;

3° Le mécanisme d'action de la thérapeutique hydrominérale dans les affections digestives ;

4° Les indications et contre-indications des cures crénologiques en gastro-entérologie ;

5° Les techniques de cure des gastro-entéropathies.

Ils terminent cette étude de clinique pratique par la liste des stations françaises destinées aux affections du tube digestif.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

— Exceptionnellement, les notes pour l'internat sont remises à la semaine prochaine.

(1) Fort In-8 (18 × 25) de 686 pages avec 96 figures dans le texte. — Prix : 100 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique. In-8 de 140 pages avec 9 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

INSOMNIES NERVEUX

SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX

à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE

BEATOL

LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46 Ave des Ternes - PARIS (17e)

ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE

LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

OLÉTHYLE-BENZYLE

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE

PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café
ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ADONIS VERNALIS

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

(UROMIL)

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 12 MAI 1934. — N° 38.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne (fin), par M. le professeur JEANNENEY et M. GRENET (de Bordeaux).
CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS. (Fin. Compte rendu, par M. Maurice UZAN.)
NOTES DE MÉDECINE INFANTILE
Régime et hygiène de la nourrice, par M. L. BABONNEIX.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 mai. — MM. Merle d'Aubigné, 17; Reinhold, 19; Redon, 18.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Clinique médicale.* — MM. Chauveau, 17,5; Crépon, 6; François, 9; Gavaudan, 13; Grange, 16; Merlin, 17; Mlle Rendu, 10; MM. Rouzaut, 15; Saillant, 8; Vidal, 17.

Clinique chirurgicale. — MM. Chauveau, 14; Crépon et François, 12; Gavaudan, 18,5; Grange, 18; Merlin, 17; Mlle Rendu, 9; MM. Rouzaut, 12; Saillant, 10; Vidal, 15,5.

Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Gavaudan, Grange et Chauveau.

Internes provisoires : MM. Merlin et Vidal.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — Jury : MM. P. Duval, président; Hovelacque, Ombrédanne, Rouvière, Gayet.

Séance du 7 mai. — Questions données :

Anatomie. — « Les vaisseaux sanguins et lymphatiques, épigastriques et mammaires internes. »

Physiologie. — « Mécanisme de la petite circulation. »

Ordre de lecture : MM. Blanquine, Rousseau, Herbert, Bloch, Olivier, Calvet, Judet, Leuret, Lazard, Sergent, David, Barraya, Roux, Mialaret, Rodier, Chigot, Ganné, Chevallier, Caby, Delinotte, Mutricy, Fontaine, d'Escrivan.

— *Concours du prosectorat.* — Jury : MM. Rouvière, président; Binet, Chevassu, Grégoire, Lenormant, Mathieu, Proust.

Séance du 8 mai. — Questions données : « Œsophage médiastinal. Anatomie descriptive et topographique. — Le centre respiratoire. Ses excitants physiologiques. — Les gangrènes des membres inférieurs par artérite. — Causes, signes et diagnostic. »

Ordre de lecture : MM. Palmer, Vuillième, Baumann, Billet, Hepp, Rudler, Zagdoun, Aboulker, Dufour.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. Bigot, ancien médecin-major de 2e classe au 2e rég. d'infanterie.

FONDATION TOMARKIN. — La Fondation Tomarkin a transporté son siège en Italie. Sa nouvelle adresse est Rome, via Marco Minghetti, 17.

Le VIe Cours international de haute culture médicale aura lieu à Saint-Moritz (Grisons, Suisse), du 5 au 18 août 1934.

Il est prévu que les sujets qui seront traités pendant ce cours seront les suivants : maladies du cœur, maladies des enfants, problèmes de nutrition, balnéologie, maladies gastro-entériques, médecine sociale, conférences libres.

L'Association touristique de Saint-Moritz a pris toutes les dispositions nécessaires pour assurer des conditions spéciales de voyage et de séjour à MM. les participants au cours ainsi qu'aux membres de leur famille.

Pendant le cours auront lieu deux concerts dirigés par le maître Toscanini en faveur de la Fondation.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au secrétariat de la Fondation Tomarkin, Rome, via Marco Minghetti, 17, adresse télégraphique : Tomarkin, Rome.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE (salle des concours de l'Assistance publique, rue des Saints-Pères). — 17 juin, à 10 h., M. Jacob, médecin des hôpitaux : « Le diagnostic pratique de la tuberculose au cabinet du médecin. » En remplacement de la leçon de M. Boltanski, précédemment annoncée.

LES VOIX LATINES. — La prochaine conférence des Voix latines, organisée par l'Umfia ou Union médicale latine, aura lieu le mercredi 16 mai 1934, à 21 h. précises, à l'Institut océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris.

Le commandant Jean Charcot, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, parlera sur les *Premiers Latins au Groënland*. La conférence sera présidée par M. le professeur J.-L. Faure.

On trouve des cartes d'invitation à l'Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un sincère regret la mort de notre excellent confrère le docteur Cassuto (de Tunis), fondateur de la Maison du médecin de Tunis.

Nous prions la rédaction de la *Tunisie médicale*, à laquelle notre regretté confrère consacra le meilleur de lui-même, de recevoir l'expression de notre bien vive sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Paul Caboche, ancien interne des hôpitaux (1893), 372, rue Saint-Honoré, à Paris.

XIVe réunion neurologique internationale annuelle (5 et 6 juin 1934). — La XIe réunion neurologique internationale se tiendra à Paris les mardi 5 et mercredi 6 juin 1934, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières.)

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi, de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude : *Le système végétatif méso-diencéphalique (anatomie, physiologie et pathologie)*. Les rapports ont été confiés : pour l'anatomie, à M. Laruelle (de Bruxelles) ; pour la physiologie, à M. Tournay (de Paris) ; pour la pathologie, à MM. André-Thomas et Lhermitte (de Paris).

Pendant la réunion neurologique, les adhérents entendront également l'exposé des travaux du fonds Déjerine, par MM. Ludo Van Bogaert (d'Anvers), sur les *dystrophies ectodermiques congénitales* ; Christophe (de Paris), sur la *Syphilis du cervelet*.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au secrétaire général : Dr Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

La Société tiendra sa séance mensuelle le jeudi 7 juin, au siège de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.

La Passion à Oberammergau, du 27 août au 4 septembre 1934. — *Excursion en cars rapides Pulman-Panhard*. Paris. Strasbourg. Baden-Baden. Forêt-Noire. Stuttgart. Ulm-Augsbourg-Oberammergau. Munich. Danube. Nuremberg. Heidelberg. Darmstad. Mayence. Bingen. Descente du Rhin. Coblence. Bonn. Cologne. Aix-la-Chapelle. Liége. Bruxelles. Paris.

1.675 francs, tout compris.

Une remise de 5 % sera faite aux membres du Corps médical, aux internes et externes et leurs familles, qui remettront leur inscription à l'Association de la Presse Médicale Française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Prière aux personnes désirant des renseignements sur le Jeu de la Passion et sur ce voyage, de vouloir bien s'adresser à l'« Association de la Presse Médicale Française », 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). Téléph. : Littré 14-61.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 15 *mai*. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnot, J.-L. Faure, Lemaître. — M. Boury. Certains accidents consécutifs à la ponction pleurale chez les cardiaques. — M. Bussière. Les causes secondes des hémoptysies tuberculeuses. — Mlle Blum. Considérations sur un cas d'amas vulvaire, mégacôlon-néphrite. — M. Grand. Méthodes récentes dans le traitement des varices par les injections sclérosantes. — M. Lebeusart. Kystes du maxillaire supérieur par inclusion épithéliale. — M. Rozsel. L'atrophie des organes génitaux après la castration chirurgicale.

Mercredi 16 *mai*. — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Robert Debré, Loeper, Vallery-Radot. — M. Richard. Etude des symptômes abdominaux de la migraine. — M. Chauveau. Les opacités vésiculaires non calculeuses. — M. Simon. Traitement de l'asthme par l'abcès de fixation.

Jeudi 17 *mai*. — Jury : MM. Tanon, président ; Tiffeneau, Joannon, Philibert. — M. Chvaïkowsky. L'empreinte des différents systèmes d'éducation physique sur les peuples. — M. Froïm. Le problème médico-social de l'alcoolisme en Roumanie. — M. Gossart. Etude du traitement des bronchiectasies par la phrénicectomie. — M. Nunöz Vasquez. Du diagnostic du traitement et de la prophylaxie de la dysenterie amilienne en Amérique Centrale et Amérique du Sud. — M. Reicher. Organisation sanitaire rurale en Roumanie. — M. Pouzergues. Recherches expérimentales sur l'élimination urinaire du bismuth après injections de différents types de préparations bismuthiques.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

Iodarsenic du Dr Guiraud
(Goutte Pédophile)
TOUS ETATS GANGLIONNAIRES • LYMPHATISME • MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES**

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

De 1 à 2 ampoules par jour ou tous les 2 jours. Séries de 15 à 20 injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

REVUE GENERALE

DISJONCTIONS TRAUMATIQUES DE LA SYMPHYSE PUBIENNE [1]

Par M. le professeur JEANNENEY
et M. le docteur GRENET (de Bordeaux).

Complications. — L'étude des complications de la disjonction pubienne est dominée par l'existence des *complications urinaires* dont la fréquence et la gravité commandent le pronostic et le traitement.

Ce sont des *complications immédiates*, et la recherche de leurs symptômes doit se faire en même temps que le premier examen du blessé, alors même que le seul diagnostic de traumatisme du bassin est posé.

Nous avons dit que ces complications urinaires sont très fréquentes : Ainsi Raffin au congrès d'Urologie en 1922, trouve 21 lésions urinaires sur 36 observations de disjonction, soit 58 %. Maisonnet, dans une statistique plus récente, décèle 32 complications urinaires sur 59 observations de disjonction, soit 54 %.

Cliniquement, il s'agit d'un blessé dans l'impossibilité d'uriner. L'examen urinaire nous met en présence des cas suivants :

a) Le cathétérisme à la sonde de Nélaton parcourt sans difficulté le canal et ramène de l'urine claire. Il s'agit vraisemblablement de *rétention réflexe* sans autres lésions urinaires.

b) Il y a eu *urétrorragie*, il y a un globe vésical, *la sonde est arrêtée* au niveau d'un point douloureux. Il s'agit d'une *rupture de l'urètre*. Cette rupture peut être partielle ou totale.

c) Il n'y a *pas de globe vésical*, la sonde arrive facilement dans la vessie et ramène un liquide uro-hématique. Il s'agit de *rupture extra-péritonéale* de la vessie.

La rupture intra-péritonéale de la vessie, beaucoup plus rare, montre la vacuité vésicale ; par contre un épanchement vient combler le Douglas.

Récemment Raffin a rapporté une observation de disjonction pubienne dans laquelle la lésion vésicale était passée inaperçue. Elle se manifesta huit ans plus tard par des accidents de lithiase vésicale développée autour d'un *fragment osseux intra-vésical*. C'est là une rareté.

Les complications abdominales sont aussi des complications immédiates ; la rupture d'un organe abdominal que l'on peut voir au cours des traumatismes violents, ajoutera aux signes de la disjonction, ses signes de péritonite par perforation ou d'hémorragie interne.

Parmi les complications notons encore la *fracture associée du fémur* comme dans le cas rapporté à la Société de chirurgie par Maisonnet et qui pose un problème délicat de thérapeutique.

Les complications secondaires. Ce sont les *complications infectieuses* particulièrement à redouter au milieu de ces tissus contus et hémorragiques, et cela d'autant plus qu'il existera des portes d'entrée par ouverture du foyer ou par excoriations cutanées.

Aussi on pourra observer dans les suites des disjonctions pubiennes le *phlegmon pubien*, grave, ayant tendance à fuser en arrière dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin.

Nous n'insistons pas sur les complications infectieuses proprement urinaires, abcès ou *phlegmon urineux* consécutifs aux plaies vésicale ou urétrale.

Les phlébites du membre inférieur, de la veine iliaque interne sont des complications assez fréquentes, en rapport direct avec les lésions veineuses des plexus périvésicaux.

Complications tardives. — Ce sont les *névrites* rebelles surtout de *l'obturateur*, parfois du *crural* et du *sciatique*, tel le cas de Moreau à la suite d'une disjonction verticale. Parfois on aura des *troubles trophiques* du membre inférieur, témoins tardifs d'une lésion du plexus sacré. Enfin il est fréquent de noter chez ces blessés rendus à l'activité, une *arthrite sacro-iliaque* résiduelle.

Pronostic. — Le *pronostic immédiat* des disjonctions du pubis est facteur avant tout du *choc* et des *lésions urinaires*.

Les grands délabrements du bassin avec lésions urinaires et abdominales sont mortelles. En cas de lésion urinaire isolée, le pronostic demeure grave. Il varie d'ailleurs suivant qu'il s'agit de la vessie ou de l'urètre. Si nous consultons la statistique de Maisonnet, nous constatons que sur 14 cas de déchirure vésicale, il y a eu 13 morts et une seule guérison. Sur 5 cas de rupture urétrale on a eu 4 guérisons pour une mort.

Le *pronostic* des *disjonctions sans lésion viscérale* est moins sérieux. Cependant il faut encore compter avec une mortalité de 5 %.

Le *pronostic fonctionnel* est toujours à réserver dans de pareils cas, surtout dans les *disjonctions verticales* non réduites qui se traduisent constamment par une boiterie due au raccourcissement apparent du membre inférieur témoin de l'ascension pubienne.

Les *disjonctions transversales* sont d'un meilleur pronostic fonctionnel et on doit attendre longtemps leur consolidation, car ces cas s'améliorent souvent à la longue par formation de tissu osseux interpubien.

La *disjonction de l'enfant* semble un peu moins grave, du fait que les lésions viscérales sont plus rares. Cependant, ajoute Daudin, il faut tenir compte du *rétrécissement du bassin* chez la fille qui peut entraîner une dystocie pour l'avenir.

Diagnostic. — Il est difficile à faire cliniquement pour les raisons d'imprécision que nous avons déjà notées.

Lorsqu'on aura pu constater les signes de certitude de disjonction, on éliminera facilement les *fractures du col du fémur*, les *luxations de la hanche*. On pensera alors, soit à une simple *contusion*, soit surtout à une *fracture du bassin*.

La *radiographie* montrera la nature de la lésion.

Après une vue d'ensemble du bassin, on aura soin de prendre un autre cliché, centré sur la symphyse

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 36, p. 657.

afin de pouvoir évaluer exactement la nature de la disjonction et son importance.

Traitement. — La *présence de complications urinaires* commande l'intervention d'urgence.

Au cas de *rupture vésicale*, on pratiquera une incision sus-pubienne plus ou moins haute suivant que la rupture sera extra ou intra-péritonéale ; on suturera la vessie et on attendra la guérison avec une *cystostomie de dérivation temporaire*.

Dans les cas légers (simple fissure extra-péritonéale), le chirurgien pourra se contenter d'une sonde à demeure, procédé bien moins sûr que la cystostomie.

S'il s'agit d'une *déchirure basse*, difficilement accessible, on pratiquera toujours la *cystostomie de dérivation*.

Au cas de *rupture de l'urètre périnéo-bulbaire* (ruptures rares dans les disjonctions) on pratiquera d'ordinaire une *cystostomie d'emblée*, puis, par une incision périnéale on découvrira l'hématome, on évacuera les caillots et si les dégâts ne sont pas trop considérables, et que les deux bouts de l'urètre peuvent être facilement rapprochés, on tentera une urétrorraphie primitive sur une sonde que l'on enlèvera aussitôt après l'opération. Si les lésions sont graves (contusion, bouts écartés) il faut se borner à aboucher les bouts au périnée (Pasteau et Iselin) et secondairement (3 mois après) recourir à une autoplastie secondaire. Ou bien on essaiera de reconstituer l'urètre aux dépens des tissus périnéaux sur une grosse sonde (n° 20), ce qui entraîne, pour l'avenir, la nécessité de dilatations rapprochées et fréquentes.

Dans le cas de rupture de l'urètre membraneux, Michon conseille de recourir à la simple *cystostomie immédiate* et d'attendre pour intervenir sur l'urètre : dans le cas où le cathétérisme montre après trois semaines que la réparation ne s'est pas accomplie spontanément on interviendra. La réparation spontanée est d'ailleurs rarement observée dans les disjonctions symphysaires qui entraînent des décalages plus graves que les simples fractures du bassin. Dans les cas graves on reconstituera secondairement l'urètre sur une sonde.

Le traitement de la disjonction a été et est encore discuté. Il est dominé par deux grandes tendances : l'abstention, l'intervention.

Avant l'ère chirurgicale, le traitement de ces lésions était uniquement *orthopédique*. Murville envisage ainsi les indications à remplir :

1° Réduire les hernies et les maintenir réduites ;

2° Rapprocher les os pubis et les contenir d'une manière énergique ;

3° Prévenir l'inflammation.

Il s'efforce de satisfaire ces trois exigences :

1° En couchant le blessé, bassin plus élevé que le corps ;

2° En plaçant autour du bassin un bandage de corps très serré ;

3° En maintenant les deux genoux rapprochés par quelques tours de bande ;

4° En maintenant une vessie de glace sur le pubis.

Pour Trousseau, « il faut mettre un cercle à un bassin dont les douves sont écartées ».

On traitait alors les disjonctions par des bandages de corps, des ceintures élastiques serrées. L'appareil plâtré qui contient mieux le déplacement est plus ou moins bien toléré.

Mais la chirurgie progresse et dans sa thèse de 1908 à Montpellier, Dublet constatant que la *symphyséorraphie* pratiquée dans les cas de pubiotomie donne de bons résultats, se demande si le même traitement ne pourrait être appliqué aux disjonctions traumatiques.

Depuis l'avènement de la chirurgie des fractures, les chirurgiens ont appliqué aux disjonctions pubiennes, des traitements analogues.

Après avoir obtenu la réduction par pression sur les crêtes, extension du membre inférieur, traction sur les pubis, on maintient la réduction, soit par un *fil métallique* passé dans chaque pubis, soit par une plaque de Lambotte. Dans le cas de Lamare et Larget rapporté à la Société de chirurgie de 1928, ces auteurs furent obligés de combler par une greffe ostéopériostée une perte de substance de 2 cm.

Chez l'enfant, Rocher a employé un tendon de kangourou comme matériel de synthèse.

Le résultat de ces interventions dont on a publié environ une trentaine de cas, a été assez irrégulier. Il y a eu des résultats excellents dans 10 cas. Dans 3 cas il y a eu des phénomènes de suppuration qui ont obligé l'ablation de la synthèse. Dans 3 cas on n'a pu réduire ou même rapprocher d'une façon sensible les pubis. Dans 5 cas il y a eu section des pubis par le fil métallique de suture, et dans une observation le fil a sectionné et pénétré la vessie. Dans 9 cas enfin il a subsisté une boiterie assez marquée.

Aussi bien, à l'heure actuelle et en comparant les résultats des méthodes orthopédiques et chirurgicales s'est-on aperçu qu'elles donnent dans l'ensemble des résultats équivalents.

C'est là l'opinion de Thiéry, lors d'une discussion à la Société de Chirurgie. Maisonnet est encore moins partisan de l'intervention chirurgicale qui « lui semble rarement indiquée ».

Faut-il donc abandonner l'intervention ? Nous ne le pensons pas. Il s'agit seulement de *choisir les cas* qui pourront bénéficier de la chirurgie. On interviendra chez des sujets en bon état et capables de supporter facilement l'intervention.

On interviendra au cas de disjonctions à grands déplacements, difficilement réductibles ou non maintenues par les moyens orthopédiques, et surtout au cas de disjonctions verticales qui n'ont que peu de tendance à la consolidation.

L'intervention doit être précoce, mais non hâtive, du 5e au 8e jour. Elle se fera avec une asepsie minutieuse, et de préférence sous contrôle radioscopique. On emploiera la plaque de synthèse de préférence à la suture par fil métallique, dont nous avons vu les inconvénients.

Dans les cas limites qui semblent se réduire à peu près correctement et être maintenus, chez des individus fatigués, âgés, la tendance actuelle indiquera de préférer le traitement orthopédique.

En s'inspirant de ces indications, on pourra sans doute améliorer les résultats de l'intervention et obtenir d'heureuses suites fonctionnelles dans des cas où le traitement orthopédique aurait certainement échoué.

Bibliographie

Ahlfeld (Fr.). Die Verletkungender Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette, *Schmidt's Jahrbücher der Gesammten Med.*, 1876.

Bartley (S. P.). Traumatic separation of symphysis pubis and right and left sacro-iliac joints, complicated by internal injury (retroperitoneal hemorrhage), *S. Clin. North America*, II, 635-636, juin 1931.

Bazy. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1902, t. XXVIII.

Berard. Disjonction de la symphyse pubienne, *Lyon Chir.*, t. 18, janvier 1921 ; — Sur la disjonction pubienne des cavaliers, *Bull. méd.*, t. 35, n° 7, février 1921.

Binet. Une nouvelle observation de disjonction du pubis, *Soc. de Méd. de Nancy*, séance du 27 avril 1923, publiée dans la *Revue méd. de l'Est*, n° 60, 15 mai 1932, p. 371-373.

Broca. *Presse méd.*, 1905, p. 140.

Buckley. Report on a case of the separation of the symphysis pubis, fracture of the ramus of the pubis and rupture of the bladder, *Med. J. Australia Sydney*, 1919, I, p. 422.

Cameron. Philosophical transactions, 1747, n° 484.

Carles. Contribution à l'étude de la disjonction pubienne d'origine traumatique, *Th. de Bordeaux*, 1928-1929, n° 39.

Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1902, t. XXVIII.

Chevassu. A propos du traitement des disjonctions de la symphyse pubienne, *Soc. de Chir.*, séance du 11 déc. 1929.

Cloquet (J.). Observation sur une fracture du bassin, *Nouveau Journ. de Méd.*, 1820.

Cooper, Sir Artley. *Œuvres chirurgicales complètes*, obs. CXXX, 1837.

Courty. Un cas de disjonction prononcée de la symphyse pubienne, *Soc. méd. et anatomo-clinique de Lille*, séance du 25 nov. 1930.

Curtillet et Bordet. *Arch. des Laboratoires et Hôpitaux d'Alger*, janvier 1906.

Daudin. Décollement symphysaire dans les traumatismes du bassin chez l'enfant, *Th. de Bordeaux*, 1910-911.

David. Disjonction pubienne, complication des fractures du bassin, *Th. de Paris*, 1924.

Dellepiane (G.). Perizia medico-legale per rottura traumatica della sinfisi pubica. Studio radiographico della sinfisi pubica femminile, *Clin. Obst.*, p. 228-261, avril 1932.

Dolbeau. Luxation traumatique de tous les os du bassin ; luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin, *Gaz. des Hôp.*, 1868.

Dublet. De la disjonction de la symphyse pubienne. *Th. de Montpellier*, 1907-1908.

Dubrueil (A.). Luxation des trois symphyses du bassin, *Gaz. des Hôp.*, 1871.

Dugan (W. M.). Unusical anomaly of pelvis, *J. Michigan M. Soc.*, juillet 1930, p. 512-515.

Finsterer (M.). Uber Beckenluxationem, *Deut. Zect. f. Chir.*, Leipzig, 1911.

Fourmentraux (J. de). Trois observations de disjonction de la symphyse pubienne, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 21 juillet 1928, p. 1047.

Gaffin (R.). Disjonction pubienne. Guérison clinique après un an, *Le Scalpel*, 21 mai 1932, n° 21.

Gallez. Un cas de disjonction pubienne, *Rev. Méd. Belge*, 1876.

Gaudier. Sur un cas de disjonction du pubis, *Soc. de Chir.*, séance du 5 décembre 1928.

Gaudier et Vienne. Disjonction de la symphyse pubienne, *Nord Méd.*, 1er févr. 1929, n° 695, p. 101.

Grimault (C.-M.). Disjonction de la symphyse avec fracture bilatérale du pubis. Ostéosynthèse ; guérison, *Soc. de Chir.*, séance du 19 décembre 1928.

Grimbach. Zwei Fälle von Beckenluxation, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1908, t. CIV.

Guibe (M.). Rupture traumatique des trois symphyses du bassin, *Rev. d'Orthopédie*, 1911.

Hall. *Amer. Journ. of Med. Science*, vol. XXXIV, p. 248 ; — *Provincial Med. and Sur. Journ.*, 1 may 1844.

Hamilton. *Traité des fractures*, 6e édition, 1844, p. 442.

Haumann. Uber die halbseitige Beckenverrenkung, *Beitr. z. Klin. Chir. Tübing*, 1921.

Heissemann et Siedamgrotzky. Zur Kasuistik der Beckenluxationen, *Arc. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1914.

Hirschberg (O.). Isolierte Luxation einer Beckenhälfte und Technik der Reposition, *Deut. Med. Wchns.*, Leipzig und Berlin, 1919.

Imbert et Marquis. *Arch. d'Electricité méd.*, 1905.

Jeanneney. *Nouveau traité de pathologie chirurgicale*, t. III, 1934, Doin, éditeur.

Kirmisson. *Disjonctions des symphyses du bassin*, 1874 ; — Rapport au *Congrès de Chir.*, 1904.

Krauss (F.). Uber Symphysens Prengung, *Zentralbl. f. Chir.*, n° 57, 18 févr. 1930, p. 134-135.

Lamare (J.-P.) et Larget (M.). Nouveau cas de disjonction de la symphyse pubienne. Ostéosynthèse avec greffe. Guérison, *Soc. de Chir.*, séance du 21 mars 1928.

Lambotte et Von Havre. *Ann. de la Soc. belge de Chir.*, t. X, n° 657, juin-octobre 1910.

Laney. Discussion à la *Société de Chirurgie de Paris*, 15 avril 1868.

Lenormant. Sur la disjonction de la symphyse pubienne. *Soc. de Chir.*, séance du 18 décembre 1929 ; — Disjonction de la symphyse pubienne, *Paris Méd.*, n° 1, janvier 1930.

Lente. *New York Journ. Med.*, 2e série, vol. IV.

Maisonnet (J.). Les disjonctions du pubis et les luxatíons du bassin chez les cavaliers. Leurs complications urinaires, *Paris Méd.*, 15 août 1925 ; — Disjonction de la symphyse pubienne compliquée de fracture transversale et irréductible du fémur au 1/3 moyen. Ostéosynthèse du fémur, *Soc. de Chir.*, séance du 18 avril 1928 ; — A propos des disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, n° 1, 19 janv. 1929, p. 38.

Malaigne. *Traité des fractures et luxations.*

Marquis. Sur un cas de disjonction pubienne, *Montpellier Méd.*, 1907, p. 46.

Martin. *Journal de Médecine, Pharmacie, Chirurgie*, t. XXIII, 1765.

Mateff. Contribution à l'étude de la disjonction pubienne traumatique, *Th. de Montpellier*, 1906.

Mauclaire. Disjonction traumatique de la symphyse pubienne chez un cavalier, *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, n° 42, 1915 ; — Disjonction persistante de la symphyse après une symphyséotomie. Pas de troubles fonctionnels, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, séance du 18 déc. 1929.

Ménard et Lévy. A propos de la disjonction de la symphyse pubienne, *Lyon Méd.*, 26 juillet 1914.

Michon. Traitement des déchirures de l'urètre postérieur

dans les fractures du bassin, *XXIVe Congrès d'Urologie*, oct. 1924.

Miginiac. *Revue de Chir.*, 1923.

Mignon. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1902, t. XXVIII.

Miraille. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1904, p. 466.

Mitchell. Accident de la déchirure pelvienne du cavalier, *The Lancet*, n° 5653, 2 janv. 1932, p. 20.

Mocquot. Suture des pubis pour disjonction considérable de la symphyse dans une fracture du bassin, *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, nov. 1920.

Montagard (V.) et Moreau (L.). Luxation traumatique sans fracture de l'os iliaque droit, disjonction pubienne sans lésions uréthro-vésicale, *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1921.

Moreau. Sur un cas récent de disjonction traumatique de la symphyse pubienne, *Th. de Lille*, 1900.

Murphy (J. T.). Dislocation of the innominate bone, *Am. J. Roentgenol.*, New-York, 1919.

Murville. *Mém. de l'Acad. royale de Méd.*, 1849, t. XIV, p. 285.

Palios. Trois cas de disjonction symphysaire traumatique du bassin, *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. normale médico-chirurgicale*, n° 2, févr. 1932.

Parmentier. Luxation du bassin, *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1850.

Pasteau et Iselin. La réfection de l'urètre périnéal, *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1906, t. II, p. 1690.

Plisson. *Lyon Chir.*, sept.-oct. 1922.

Poland. *Traumatic separation of the epiphyses*, p. 613.

Pollock. A case of separation of the pelvic synchondrosis with rupture of the urethra, *Lancet*, 1872, t. II.

Rafin. Rapport au *XXIIe Congrès d'Urologie* de 1922 ; — Disjonction pubienne. Accidents urinaires tardifs, *Arch. franco-belges de Chir.*, t. XXI, n° 11, nov. 1928.

Ravadier. Contribution à l'étude des rétrécissements traumatiques de l'urètre membraneux, *Th. de Paris*, 1897.

Rocher et Guillermin. Communication à la *Soc. de Chir.*, déc. 1928.

Rocher. Entorses, disjonctions et décollements traumatiques de la symphyse pubienne, *Soc. de Chir.*, séance du 11 déc. 1929.

Rochet (M.). A propos d'un cas de disjonction de la symphyse pubienne, *Soc. nat. de Méd. et des Sciences méd.*, séance du 19 févr. 1930.

Rouvillois. *Soc. de Méd. milit. franç.*, 20 nov. 1924.

Salleron. Mémoire sur les luxations traumatiques du bassin, *Arch. de Méd.*, 1871, t. XVIII, p. 58.

Sassard (M.-P.). Disjonction de la symphyse pubienne, *Soc. de Méd. et des Sciences méd.*, séance du 21 mai 1930.

Simpson. *Ann. of Surg. of Philadelphia*, 1918.

Souligoux. *Soc. de Chir. de Paris*, 1902, p. 745.

Sparow (T. D.). Traumatic separation of symphysis pubis. *J. A. M. A.*, 4 janv. 1930, p. 27-28.

Spick et Binet. Quelques considérations sur la disjonction du pubis et la luxation du bassin, *Rev. méd. de l'Est*, n° 12, t. LVII, m. 363.

Tanton. Fracture du bassin, dislocation traumatique de la symphyse pubienne, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 42, 5 janvier 1916.

Tillmans. *Deut. Chir.*, 1905.

Tenon. *Mémoires de l'Institut*, t. IV, p. 159.

Thouvenet. Luxation du bassin, rupture de la vessie, *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, 1849.

Vautrin. Greffe après disjonction de la symphyse, *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1922, p. 416.

CONGRÈS DE MÉDECINE DE TUNIS

21-25 mars 1934 (1).

Première réunion hydroclimatologique de Tunisie (25 mars)

Sous la présidence du docteur L. Féré (d'Hammam-Lif) s'est tenue cette première réunion qui avait attiré de nombreux confrères. Outre les auteurs des communications, on avait remarqué la présence des docteurs Lévi-Darras (d'Evian), Lutringer (de Contrexéville), R. Aboulker (de La Bourboule).

I. — M. Maurice Uzan, secrétaire général, parle du **rôle et de l'avenir de la Réunion hydroclimatologique de Tunisie,** œuvre importante à la fois scientifique et sociale, tendant à provoquer dans le monde médical et profane la connaissance de l'hydroclimatologié, et constituant une organisation éminemment française réalisant l'accord et la collaboration des hydroclimatologies métropolitaine et tunisienne.

II. — Communications sur la question a l'ordre du jour : *Les syphilitiques aux eaux minérales.* — M. Mougeot (de Royat) parle des **indications thérapeutiques en matière de syphilis cardio-aortique.** Il apporte des arguments physiopathologiques, anatomiques et cliniques en faveur de la règle qui veut réserver les tréponémicides et les cures sulfureuses à la période préclinique comme médication préventive, les tonicardiaques, les hypotenseurs et les cures carbo-gazeuses à la période clinique.

M. A. Corone (de Cauterets), sous le titre de **syphilis et cure thermale sulfureuse,** traite plus particulièrement du rôle du médecin hydrologue, rôle très délicat parfois, et du mode d'action des eaux surtout en cas de traitement hydrargyrique associé.

Mme le docteur Eyraud-Dechaux (de La Bourboule) expose le **traitement hydrominéral par les eaux de La Bourboule des troubles dystrophiques et endocriniens chez les hérédo-syphilitiques.** Les eaux arsenicales en boisson constituent un adjuvant précieux dans le traitement du terrain syphilitique en général et plus particulièrement de certaines dystrophies et des troubles endocriniens chez les hérédos. Action complexe soit par leur arsenic, soit beaucoup plus sans doute par leurs propriétés biologiques encore incomplètement connues. En outre, les pratiques thermales apportent rapidement un soulagement net des diverses localisations en évolution.

Cure sulfureuse adjuvante dans le traitement de la syphilis. — M. P. Salles (de Luchon). — Il est classique que les eaux sulfurées aident à tolérer le traitement mercuriel en facilitant la diffusion et l'élimination du médicament, en prévenant les menaces d'intoxication. Le même rôle adjuvant existe vis-à-vis du bismuth. Par ailleurs, le soufre, étant donné son rôle dans la fonction cellulaire et dans la nutrition générale, agit de façon puissante sur des organismes déprimés et par la maladie et par le traitement spécifique prolongé. Pour remplir ce but, toutes les pratiques thermales doivent être mises en œuvre : boissons, humages, bains et surtout bains de vapeur, comme cela est réalisé à Luchon grâce à son radiovaporarium sulfuré.

Action physiothérapeutique des eaux de la Bourboule sur les névroses syphilitiques et les déficiences de l'enfant. —

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 36, p. 660.

M. Albéric Boudry (La Bourboule). — L'état physique de l'arsenic des sources, l'effet solidairement physiologique de leurs éléments chimiques, la radio-activité et la thermalité des eaux de la Bourboule impriment un caractère thérapeutique personnel à ses éléments actifs.

Plombières et les syphilitiques. — M. Enault. — Les eaux sédatives, anti-algiques, antipasmodiques, décongestionnantes et cicatrisantes de Plombières ont le meilleur effet sur les manifestations gastro-intestinales, ou articulaires de la syphilis secondaire ou tertiaire acquise ou héréditaire, ainsi que sur les crises douloureuses du tabès. Elles agissent aussi favorablement sur l'hypertension. Mais elles ne sont qu'un adjuvant de la cure médicamenteuse, celle-ci restant la base du traitement.

Le Dr H. Pelon (de Luchon) parle du **traitement des syphilitiques aux eaux sulfureuses.** Le soufre thermal a une action tonique et remontante, mais il est surtout un adjuvant précieux du traitement mercuriel et bismuthique et peut-être du traitement arsenical. Le traitement à Luchon allie le traitement antisyphilitique par Hg ou Bi aux pratiques thermales : boissons, bains, douches, humages, étuves ou vaporarium.

Troubles respiratoires d'origine syphilitique. Un mot de leur traitement crénothérapique. — M. Garcin (Mont-Dore). — Après un aperçu clinique de ces troubles, l'auteur aborde le traitement crénothérapique. Les phénomènes hypotrophiques, hypotoniques des muqueuses sont justiciables des eaux sulfureuses. Les troubles congestifs et spasmodiques ressortissent plutôt d'eaux décongestionnantes et sédatives comme le Mont-Dore. L'asthme surtout reste l'indication la plus absolue.

Mme Dupleune (Korbous) et M. Féré (Hammam-Lif) présentent un travail important sur **les syphilitiques aux eaux thermales tunisiennes et plus particulièrement Hammam-Lif et Korbous.** Les eaux chlorosulfatées sodico-calciques hyperthermales et radio-actives de ces stations voisines sont connues depuis l'antiquité et avaient déjà chez les Arabes, surtout Korbous, la réputation de guérir des manifestations spécifiques. Les auteurs étudient successivement l'action de ces eaux sur les manifestations cardio-vasculaires (action hypotensive), articulaires, osseuses et périostées, ganglionnaires, cutanées, nerveuses, génitales. Ils montrent leur action adjuvante très nette et très précieuse dans le traitement antisyphilitique et l'utilité de les faire connaître au public français qui, en hiver, pourra en retirer le plus grand bien.

MM. L. Caillon (Vichy) et Maurice Uzan (Vals) étudient **les indications éventuelles alcalines chez les syphilitiques.** Ils montrent la fréquence de l'atteinte hépatique surtout, dans la syphilis, qui indique formellement ainsi les eaux alcalines type Vichy ou Vals. Ils signalent l'action de ces eaux comme adjuvant du traitement arsenical et comme traitement des accidents thérapeutiques provoqués par les arsénobenzols. Ils esquissent enfin un paragraphe nouveau montrant la tendance des eaux alcalines à rendre les sérums moins labiles, ce qui expliquerait certaines améliorations sérologiques obtenues dans les cures associées thermales et arsénobenzoliques.

Climats pyrénéens. Les syphilitiques aux Pyrénées. — M. Matton-Lumbroso (Marseille) montre toute la gamme possible de climats et d'eaux que le syphilitique peut trouver dans les Pyrénées d'une côte à l'autre.

M. Courbin (de Bagnères-de-Bigorre) traite **des indications thermales dans les séquelles des maladies coloniales.** Il étudie pour chaque cas le choix de la station optima et le moment opportun pour la cure.

M. Charnaux (de Vichy), parlant de **l'eau de Vichy et la syphilis,** insiste sur le rôle modificateur du terrain de la cure thermale alcaline.

III. — Communications diverses. — MM. Lucien Uzan et Claude Spezzafumo nous parlent du **pouvoir phylactique des eaux de Korbous,** pouvoir qu'ils ont mis très nettement en évidence en ce qui concerne les sources Aïn Chefaa, Aïn Ibic et Aïn el Okteur surtout qui peuvent protéger le cobaye même lorsque l'intoxication est déjà manifeste.

MM. Lucien Uzan et Claude Spezzafumo apportent une importante **contribution à l'étude de l'agent phylactique contre la spartéine.** L'agent phylactisant contre la spartéine est le calcium à l'état de bicarbonate de chaux ainsi qu'il résulte de leurs expériences. Ils élèvent le débat en déduisant de leurs recherches que la phylaxie se présente surtout comme un phénomène cellulaire.

Les mêmes auteurs mettent en relief enfin **l'influence de la température sur la phylaxie,** la chaleur pouvant inhiber complètement le phénomène.

M. Lévi-Darras (d'Evian) félicite les auteurs pour leurs travaux qui viennent compléter ceux de Billard. A côté d'une pathologie humorale, il y a toute une pathologie cellulaire qui pourrait, grâce à la lumière que lui a projetée le phénomène de Billard, acquérir de plus en plus une importance dans la biologie, la pathologie générale et la thérapeutique.

M. Pin (de Briançon), dans une causerie, précise les **indications de la cure d'altitude dans la tuberculose pulmonaire.** Après avoir donné les caractéristiques du climat d'altitude (type Briançon, 1.350 mètres), il préconise l'altitude dans la tuberculose fibro-caséeuse commune, lymphopleurale, séreuse, ganglionnaire, dans la tuberculose fibro-ulcéreuse ou ulcéro-caséeuse localisée dans la tuberculose broncho-pneumonique peu fébrile, dans la tuberculose pleurogène, la tuberculose péritonéale peu avancée, et dans la tuberculose pneumonique lobaire. Il insiste sur la nécessité d'une cure sanatoriale bien contrôlée par les divers examens stéthacoustiques, radiologiques, ceux de la tension artérielle, du sang, de la capacité respiratoire, etc.

Les syndromes gastro-intestinaux et les deux grandes stations intestinales françaises : Plombières et Châtelguyon. — M. Enault (Plombières), dans un travail documenté, précise les indications relatives de ces deux grandes stations.

Réunion de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales d'Algérie et Tunisie

Président : docteur Brun.
Secrétaire général : professeur Sénevet.

Le professeur Sénevet communique à l'assemblée le vœu suivant proposé par les rapporteurs du Congrès :

« Le Congrès de la Fédération des sciences médicales de l'Afrique du Nord, réuni à Tunis en 1934, après l'exposé des différents rapports sur la lutte antisyphilitique en Algérie, au Maroc et en Tunisie, ainsi que du rapport sur l'influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la paralysie générale et du tabes chez le Musulman tunisien ;

« Considérant qu'il n'est pas démontré que l'arsénothérapie même appliquée dans des conditions imparfaites ait provoqué jusqu'ici une mutation du tropisme du tréponème et notamment des accidents neuro-parenchymateux ;

« Considérant que les résultats de la lutte antisyphilitique depuis l'avènement des arsénobenzols sont considérables et confirment toute la valeur prophylactique individuelle et sociale de cette thérapeutique qui doit rester l'arme d'attaque de la syphilis ;

« Considérant que si les médications bismuthées et mercurielles doivent conserver une place dans les associations thérapeutiques de la syphilis, elles ne peuvent prétendre à remplacer systématiquement des arsenicaux ;

« Attire l'attention des pouvoirs publics sur les inconvénients graves qu'il y aurait à substituer ces médicaments aux arsenicaux, même pour des raisons d'économie ;

« Signale aux gouvernements de l'Afrique du Nord que la syphilis constitue toujours pour ces pays le plus important des fléaux sociaux et souligne le danger que présenterait aux différents points de vue médical, social et politique, toute réduction des crédits limitant la lutte antisyphilitique ;

« Demande instamment l'intensification de tous les moyens prophylactiques actuels dirigés contre le péril vénérien. »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Société d'Electro-Radiologie d'Alger et de l'Afrique du Nord

Réunion de Tunis du 24 mars 1934.

Lecture et adoption du procès-verbal de la réunion du 23 décembre 1933.

Lettre d'excuse du docteur Viallet.

Le docteur Mara (de Tunis) présente un cas d'hétérotaxie chez un jeune homme souffrant de coliques hépatiques.

Intervention du docteur Raoust.

Le Dr Jaubert de Beaujeu demande si l'inversion est totale.

M. Mars présente des films.

M. Diségni (de Tunis) présente un cas de tumeur kystique de la tête de la clavicule opérée ; il présente les radiographies et la pièce opératoire.

Il présente un cas d'une ulcération baso-cellulaire de la jambe chez un jeune homme de moins de vingt ans, guérie par la radiothérapie.

Enfin, il montre un cliché d'une tumeur de l'humérus qui a été opérée par le docteur Leriche (de Lyon), et sur le diagnostic de laquelle il demande l'avis des confrères présents.

M. Pérez (de Tunis) présente un cas d'aorte géante et un cas de diverticulose du côlon pelvien.

M. Mansouri (de Rabat) présente un nouveau cas d'arthropathie de la hanche chez un indigène tabétique.

MM. Viallet et Marchieni (d'Alger) présentent un cas de tumeur à cellules géantes de l'extrémité inférieure du radius.

M. Maruani (de Túnis) présente quelques applications simples de diathermo-coagulation : le traitement de l'œil-de-perdrix et de la fissure à l'anus.

M. Jaubert (de Tunis) un cas de syndactylie familiale ; présentation de radiographies de vésicule biliaire injectée par la tétra-iode.

L'admission de la Société du Maroc à la Fédération est votée d'acclamation et la Fédération prend le titre de Fédération des Sociétés médicales du Nord de l'Afrique.

On décide que le prochain Congrès se tiendra à Oran et traitera des kystes hydatiques. Il sera présidé par le docteur Abadie (d'Oran). Le secrétaire annuel élu est le docteur Gasser (d'Oran).

Le premier Congrès annuel des Syndicats pharmaceutiques de l'Afrique du Nord, présidé par M. Séjournet, traita surtout de questions professionnelles et réunit de nombreux congressistes.

En dehors des séances de travail, les congressistes furent occupés par ailleurs par diverses manifestations.

L'inauguration officielle d'un médaillon à la mémoire du docteur Ernest Conseil, ancien médecin, chef du Bureau d'hygiène de Tunis et du Lazaret de la Kabta, mort à Tunis le 5 juin 1930, victime de son dévouement, cité à l'ordre de la Nation, réunit tout le monde médical et lui donna l'occasion d'entendre l'éloge de ce grand confrère par M. Thiaucourt, président de la municipalité, et le professeur Ch. Nicolle.

Une superbe exposition de thérapeutique, d'hygiène et de matériel sanitaire groupant de nombreux stands très intéressants fut inaugurée et reçut la visite d'un nombreux public. MM. Avignon et Hayat en avaient assuré la réalisation.

La municipalité reçut les congressistes dans le superbe cadre du pavillon du Belvédère où des toasts furent portés par M. Thiaucourt et le professeur Sénevet.

La Maison du Médecin, créée par le docteur Cassuto, offrit aux visiteurs une superbe soirée avec des attractions fort divertissantes.

Le Résident général offrit un thé officiel à la Maison de France.

Une soirée arabe très réussie au palais Mobsen donna toute la couleur locale désirable à ce Congrès.

Enfin un banquet de clôture très brillant termina les manifestations officielles. Des discours furent prononcés par le professeur Ch. Nicolle, les docteurs Dinguizli, Guglielmo-Levi, le professeur Sabouraud, le professeur Sénevet, et enfin par le docteur Jean Tremsal, secrétaire du Congrès, qui assuma la lourde tâche de son organisation.

Mais des excursions nombreuses vinrent apporter dans les jours qui suivirent un attrait tout particulier à ce Congrès.

Les uns visitèrent le Bardo et son musée, Carthage et ses mines, Sidi bou Saïd et déjeunèrent d'un superbe couscous à Dar Zanouk.

D'autres, hydrologues et climatologues, firent une superbe randonnée qui les conduisit aux thermes de Djebel Oust où M. Gerini les reçut très aimablement, traversèrent Zaghouan, Hamamet, Nabeul, furent l'objet d'un accueil cordial et fastueux de la Compagnie de Korbous représentée par Mme Lecore-Carpentier, M. Maillet et le docteur Dupleune. Ils consacrèrent un bon moment à la visite de cette dernière station modernisée et organisée avec beaucoup de soins. Un déjeuner remarquable leur fut servi à l'hôtel des Thermes. Puis, ils trouvèrent encore à Hammam-Lif une collation servie par les soins de la municipalité et de la Société Lévêque dans le futur Etablissement thermal. Ils rentrèrent à Tunis enchantés.

D'autres enfin allèrent vers le Sud, voire même jusqu'à Tozeur et Nefta d'un côté, à Tripoli de l'autre, fixer dans leur mémoire quelques visions de désert. Ils revinrent enthousiasmés aussi par la beauté des ruines romaines rencontrées ou par la splendeur des mosquées kairouanaises.

Ce Congrès, réussi à tous les points de vue, contribuera certainement à mieux faire connaître la Tunisie et à développer dans ce pays le prestige de la France.

Tout le mérite de l'organisation revient au Comité constitué à cet effet où, à côté du professeur Nicolle, du docteur Brun infatigable, du docteur J. Tremsal ordonné et

actif, de nombreux collaborateurs apportèrent une contribution importante d'efforts et de travail. Nous citerons surtout les docteurs Albert Perez, organisateur général, Moatti, P. Soria, Cassar, Raynal, Cl. Spezzafumo, etc.

MAURICE UZAN.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

RÉGIME ET HYGIÈNE DE LA NOURRICE

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Le *régime* de la nourrice sera attentivement surveillé.

Il doit, tout d'abord, lui assurer la *quantité* d'aliments et de boisson à laquelle elle a droit, puisqu'elle a besoin de deux rations : une d'entretien, une d'allaitement, et que, si on admet, pour la ration alimentaire d'une femme adulte bien portante, les chiffres suivants :

Albumine	120 grammes
Graisses	40 grammes
Hydrates de carbone	350 grammes

correspondant à 2.240 calories environ, ces chiffres devront, selon les physiologistes (Forster, A. Gautier), être portés, pour la femme qui allaite, à :

Albumine	150 grammes
Graisses	100 grammes
Hydrates de carbone	450-600 grammes

correspondant à 3.300-3.900 calories.

On la laissera donc — avec mesure — manger à sa faim et boire à sa soif, en évitant d'apporter à son régime alimentaire des modifications trop brutales, et en tenant compte des indications suivantes.

Elles ont trait à la *qualité*. L'alimentation doit contenir :

1° une quantité assez forte d'albumines, surtout animales;

2° une dose considérable d'hydrates de carbone, dont les expériences des savants américains (1), confirmant l'opinion populaire, ont montré le pouvoir galactogène;

3° une quantité modérée de graisses;

4° des sels minéraux, de l'eau, des vitamines en quantité suffisante.

*
* *

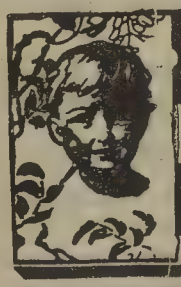
Ceci étant donné, deux questions à résoudre.

1° *Quels sont les aliments et boissons à recommander ?*

(1) Cf. P. LASSABLIÈRE. *Aliments, régimes. Indications. Contre-indications.* Paris 1933, in-8°, p. 520.

TOPHOL
Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4
INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes
Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.
POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.
Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulé Ornano PARIS

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

Parmi les *aliments*, voici ceux auxquels on donnera la préférence :

Potages maigres ou gras au lait, aux légumes, au pain ou aux pâtes;

Hors-d'œuvres: jambon, huîtres, radis, sardines, thon;

Viandes de boucherie (bœuf, lapin, mouton, veau) ou volailles (poulet, dinde), une fois par jour;

Poissons bien cuits: cabillaud, colin, merlan, morue, sole;

Les coquillages et crustacés, interdits par la plupart des auteurs, sont autorisés par MM. Ed. Lesné et R. Clément.

Œufs, sous toutes les formes: un par jour.

Légumes secs en purée (châtaignes, fèves, haricots blancs, lentilles, marrons, petits pois secs, pommes de terre, riz) ou frais (betteraves (interdites par certains), cardons, carottes, choux-fleurs, épinards, haricots verts, navets, salades crues ou cuites);

Féculents: gniocchis, macaroni, nouilles, semoule, tapioca.

Lait, laitages;

Fromages frais (fromage blanc) ou peu fermentés (gruyère, hollande);

Fruits cuits ou crus, bien mûrs;

Entremets compacts: gâteaux de riz, de semoule.

Gâteaux secs et *pâtisseries*, celles-ci en quantité modérée;

Pain grillé;

Beurre, crème et lard;

Condiments, dont le sel, en quantité suffisante;

Sucre.

Comme le fait remarquer le professeur Marfan (1), on trouve dans ce régime, outre les lipides, protides et glucides nécessaires, les substances « minimales » dont la présence est considérée aujourd'hui comme indispensable à l'entretien et au développement : tryptophane et lysine, contenus dans la viande, les œufs, le poisson, le lait ; vitamines A, B et C, respectivement contenues dans le beurre et le lait, le lard, les carottes, les légumes verts, le jaune d'œuf, le lait, les décoctions de céréales, les fruits et légumes crus.

Des *boissons*, les seules recommandables sont : les bières légères (4 degrés d'alcool), 1 litre par jour ; le vin ou le cidre, 1 bouteille par jour, coupés d'eau. Pour calmer la soif, on aura le choix entre les décoctions d'orge ou de céréales, la tisane de coco, les infusions, l'eau pure, les eaux bicarbonatées calciques (Alet, Pougues, Saint-Léger, Saint-Galmier).

La nourrice fera trois repas par jour, avec un goûter au milieu de l'après-midi ; elle boira peu en mangeant.

2° *Quels sont les aliments et boissons interdits ?*

Les *aliments* suivants, classés par ordre alphabétique :

Ail, artichauts, asperges, céleri, choux, choux de Bruxelles, cresson, crustacés, fromages forts, gibier, oignon, rhubarbe, viandes de conserves.

Toutes les *boissons fermentées*. Le café, le maté, le thé pourront être autorisés à petites quantités.

*
* *

L'*hygiène* de la nourrice comportera, avant tout, une vie calme, exempte, dans la mesure du possible, de fatigues excessives et d'émotions. Un exercice physique modéré ne peut qu'être salutaire. On stimulera les fonctions de la peau par les pratiques hydrothérapiques habituelles : ablutions, bains. La durée du sommeil sera de dix heures par nuit. Le professeur Marfan recommande avec raison de ne pas négliger les soins dentaires. Quant aux rapports sexuels, les classiques s'accordent pour décréter qu'ils doivent être rares. Mais comment légiférer un pareil sujet ?

Pour lutter contre la constipation, on recourra aux purgatifs doux : citrate de soude, 10-12 gr.; huile de ricin, 5 à 10 gr. Les purgatifs drastiques : podophyllin, rhubarbe, les médicaments capables soit de passer dans le lait, soit de tarir la sécrétion, sont formellement interdits.

(1) A.-B. Marfan. *Traité de l'allaitement.* Paris, 1930; in-8°.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 23 avril 1934)

Le rôle de l'équilibre alimentaire dans l'utilisation de l'huile de ricin par l'organisme. — MM. Raoul Lecoq et Jean Savare.

Phénomènes physico-chimiques accompagnant l'entraînement physiologique de la mamelle chez les femelles primipares. — M. Maurice Piettre.

Infection expérimentale du pou par le virus murin du typhus exanthématique. — M. P. Lépine et Mlle F. Bilfinger.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 8 mai 1934)

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le professeur Danielopolu (de Bucarest), membre correspondant étranger qui assiste à la séance.

Rapports. On entend ensuite trois rapports, l'un de M. Marcel Labbé, *sur l'alimentation des diabétiques* ; un autre de M. Radais, *sur des demandes en autorisation de sérum* ; enfin un rapport de M. Strohl, *sur la vérification des thermomètres médicaux.*

Sur la pathogénie de certaines paralysies professionnelles du nerf sciatique. — MM. Guillain et de Sèze.

Le réflexe des orteils, signe d'affections auriculaires chez l'enfant. — MM. Malherbe et Vilenski. Le réflexe des orteils qui ressemble au réflexe de Babinski consiste essentiellement en une extension du gros orteil avec écartement simultané des autres orteils en éventail.

Les auteurs l'ont trouvé chez un très grand nombre de très jeunes sourds-muets et chez les tout jeunes enfants normaux, au début ou au cours d'une otite moyenne, soit qu'il existe spontanément, soit qu'il apparaisse à la suite d'une pression exercée en un certain endroit de la région postérieure du crâne. Ce point correspond à l'intersection des trois sutures : lambdoïde, occipito-mastoïdienne et pariéto-mastoïdienne, c'est-à-dire : au niveau de la fontanelle latérale postérieure. On repère ce point, chez l'enfant déjà grand, au croisement d'une ligne tracée de la pointe mastoïdienne au vertex et de l'horizontale passant par le sommet du pavillon de l'oreille. Chez le nourrisson, ce point doit être recherché un peu plus bas et en arrière.

Le phénomène des orteils est croisé pour l'oreille malade et homolatéral pour l'oreille saine du même sujet.

Dans de nombreux cas, il est nécessaire de prolonger la pression. Il y a là un moyen de diagnostic qui peut rendre de grands services, en permettant de déceler à temps une otite qui sans lui pourrait être méconnue.

Valeur sémiologique des manifestations ganglionnaires et spécialement des adénites épitrochléennes du kala-azar. — M. d'Elsnitz étudiant depuis douze ans le kala-azar autochtone de l'enfant et de l'adulte, a constaté que les hypertrophies ganglionnaires habituelles de cette infection parasitaire sont d'importance très variable et souvent difficiles à identifier au niveau des différents carrefours périphériques.

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy. PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

LABORATOIRES R. HUERRE & Cie
Successeurs de VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens
PARIS — 12, boulevard de Bonne-Nouvelle, 12 — PARIS

Produits Organiques VIGIER

Le mode de préparation des **Capsules organiques VIGIER** laisse à ces médicaments toute l'activité de la substance fraîche, sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de diminuer sa valeur

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 de substance ovarienne pure

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 20

CAPSULES

Orchitiques, surrénales, hépatiques, pancréatiques, de thymus, spléniques, prostatiques, mamelliques, eupeptiques (Muqueuse intestinale), rénales, galactogènes (Placenta), thyrovariques, thyrorchitiques, polycrinandriques, polycrinogynes

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Cherchant s'il n'existait pas une localisation plus élective et plus caractéristique, l'auteur a trouvé assez fréquemment l'existence d'adénites épitrochléennes typiques dont le volume est parfois nettement plus marqué que celui des autres ganglions périphériques.

La régression de ces adénites épitrochléennes, sous l'influence du traitement stibié est, comme celle de la splénomégalie, extrêmement lente. Leur disparition tardive dépasse de beaucoup la terminaison de la maladie ; elle ne doit donc pas être considérée et attendue comme un critère de la guérison.

Il semble donc que la constatation d'adénites épitrochléennes au cours d'une anémie splénomégalique fébrile a la valeur, si l'on a éliminé l'existence de la syphilis, d'un signe surajouté de présomption de l'infection leishmanienne.

La forme familiale et héréditaire des tumeurs cérébrales associées à la neurogliomatose cutanée. — MM. H. Roger (de Marseille) et M. Alliez. L'hérédité de la neurogliomatose de Recklinghausen, dans sa forme dermatologique, est une notion bien établie. Toutefois, ce facteur étiologique est beaucoup plus rarement mis en évidence dans les cas de gliomatose atteignant à la fois la peau et l'encéphale. MM. H. Roger et J. Alliez ont observé dans deux familles la présence de tumeurs cérébrales appartenant à ce type. Ils rappellent les observations rapportées par d'autres auteurs : Christin, Minski, Harbitz, Gardner et Frazier. C'est la rareté de ces faits qui a incité MM. Roger et Alliez à insister sur cette forme familiale et héréditaire cutanéo-nerveuses, ces tumeurs rentrant dans le cadre que M. Roger désigne sous le nom de neuro-ectodermomes, manifestations tumorales frappant à la fois le système nerveux et la peau.

Election de deux associés étrangers. — Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Dominguez (de la Havane) et M. Sanarelli (de Rome). En deuxième ligne ex aequo et par ordre alphabétique : MM. Chagas (de Rio de Janeiro) ; Christiansen (de Copenhague) ; Miura (de Tokio) et Sir Sharpey Schafer (d'Edimbourg).

M. le professeur Francisco Dominguez est élu par 68 voix sur 76 votants. M. le professeur Sanarelli par 63 voix sur 54 votants.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 20 avril 1934)

Appendicite subaiguë et maladie de Bouillaud. — MM. Gutmann, Beaugard, Mlle Abadie. Homme jeune ayant présenté une crise douloureuse, ayant fait penser à une appendicite. Douleurs persistantes dans la fosse iliaque directe pendant un mois avec fièvre légère. A l'entrée à l'hôpital, signes d'appendicite subaiguë et souffle d'insuffisance mitrale accompagnant des symptômes de rhumatisme articulaire aigu. Disparition de l'ensemble des symptômes morbides par le salicylate de soude.

Sur le rôle de l'œdème aigu méningo-encéphalique dans les accidents cérébraux de l'hypertension artérielle. — MM. Decourt, Bascourret et Ivan Bertrand. L'œdème aigu est l'apanage de certaines hypertensions à l'origine desquelles paraît intervenir un déséquilibre des fonctions vaso-motrices de type d'hypertonie sympathique. Il est lié aux poussées hypertensives avec vaso-constriction périphérique et vaso-dilatation des artères cérébrales. Elle contre-indique l'emploi de l'acétylcholine.

Syncope avec fibrillation ventriculaire transitoire dans un pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire complète. — MM. Lian et Deparis. Exceptionnellement, la fibrillation ventriculaire peut être passagère et suivie du retour de systoles ventriculaires ayant les mêmes caractères qu'avant la syncope. Chez un malade, ils ont pu enregistrer un long film électrocardiographique pendant deux syncopes ; la fibrillation ventriculaire fit place à une sorte de flutter ventriculaire impur, puis à une tachycardie ventriculaire et enfin à un retour à l'état cardiaque antérieur. Utilité en cas semblable du sulfate de quinidine à titre préventif.

Leucémie monocytaire avec anémie grave à évolution aiguë. — MM. Labbé, Boulin et Balmus. Observation de leucémie monocytaire associée à une anémie grave hypoplastique ayant évolué en deux mois vers la mort. Il n'y avait pas d'adénopathies volumineuses et la rate était peu hypertrophiée. Il existait, par ailleurs, des suppurations cutanées et un abcès dentaire. A l'hémoculture, staphylocoque doré.

Mort par tuberculose d'un enfant de 18 mois vacciné au B. C. G. — M. Esbach (Bourges). Enfant vacciné au B C G à la naissance, non revacciné ensuite. Mort à 18 mois par tuberculose granulique des poumons suivie de méningite.

Forme dysphagique de la syphilis du tronc cérébral. — — M. Kreindler (Bucarest). Observation de deux cas de syphilis rétro-olivaire avec dysphagie marquée. Guérison par le traitement spécifique.

Péritonite pneumococcique généralisée et subaiguë chez l'adulte. — MM. Michon et Girard (Nancy).

Cyanose et polyglobulie d'origine nitrobismuthique. — MM. Laubry, Hillemand et Cottet. Malade qui, après avoir ingéré en 6 jours 900 gr. de sous-nitrate de bismuth, présenta les signes ordinaires de l'intoxication méthémoglobinémique accompagnée d'une cyanose intense. L'examen hématologique permit de découvrir une polyglobulie avec myélocytose.

Syncope avec long arrêt ventriculaire au cours d'une fibrillation auriculaire. Injection intra-cardiaque d'adrénaline suivie de réanimation du cœur. — MM. Lian et Deparès. Au cours d'un arrêt syncopal prolongé réalisant un état de mort apparente, un film démontra que l'arrêt du cœur intéressait non seulement les ventricules, mais aussi les oreillettes. Une injection intra-cardiaque d'adrénaline détermina la réanimation du cœur.

Fièvre boutonneuse. — MM. Gimbert, Andreoli, Houssiaux, Fourest. Ce cas a été traité avec succès par le sérum de convalescent et l'abcès de fixation.

Quelques observations d'aurothérapie dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant. — MM. B. Weill-Hallé et Mecklenbourg rapportent les résultats du traitement de 23 enfants tuberculeux par injections d'aurothioglycolate de calcium. Il s'agissait de formes évolutives ouvertes et fébriles de tuberculose pulmonaire, et qui n'étaient pas propres à la collapsothérapie.

La préparation utilisée ou myoral contient 64 p. 100 d'or métallique et est en suspension huileuse à 10 p. 100. Les injections sont intra-musculaires ou sous-cutanées. La vitesse de résorption du produit, contrôlée en série aux rayons X, a montré qu'il fallait une semaine environ pour 1 cc.

Les résultats thérapeutiques ont paru favorables dans la majorité des cas. On n'a eu à noter comme incident qu'une seule albuminurie transitoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

TAXOL

1 à 6 Comprimés avant chaque repas

À BASE DE :

1° EXTRAIT TOTAL des GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS action anti-microbienne et anti-toxique.

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, 46 - PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT

Gaurol

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX (Ampoules de 5 cc.)

HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE

■

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — MERCREDI 16 MAI 1934. — N° 39.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Œufs et pâtes dans l'alimentation, par M. le professeur Nobécourt.
ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — *Société des chirurgiens de Paris.*
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Plaies des nerfs (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Seillé, 17; Sauvage et Meillère, 19.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Première épreuve théorique.* — Questions données : « Muscle psoas iliaque. — Pression artérielle. »

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Jury : MM. Grivot, Lemaître, Baldenweck, Moulonguet, Bourgeois, Lian, Baumgartner; censeurs : MM. Huet et Ombrédanne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat. — Epreuve écrite.* — MM. Calvet et Mialaret, 27; Gasné, Lazard, Leuret, Mutricy et Rousseau, 26; Barraya, Herbert, Judet et Roux, 25; Olivier, 24; Blanquinc, Bloch, Chevallier, Chigot, Delinotte, Rodier et Sergent, 23.

Epreuve orale. — Séance du 12 mai. — MM. Lazard, 19; Barraya et Leuret, 18; Calvet, Mialaret et Mutricy, 17; Gasné, Herbert, Judet, Rousseau et Roux, 16.

— *Concours du prosectorat. — Epreuve écrite.* — MM. Palmer et Vuillième, 28; Baumann, 26; Billet, 23.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Rondepierre, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, reçu deuxième au concours de médecin des Asiles de 1933, est nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement de M. le docteur Menuau, appelé à un autre poste.

— M. le docteur Fassou, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Marseille, en remplacement de M. le docteur Alaize, décédé.

SERVICE SANITAIRE MARITIME. — M. le docteur Romain est nommé directeur de la 2e circonscription sanitaire maritime au Havre, à compter du jour du départ du titulaire actuel, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

HÔPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le docteur Privat fera le vendredi 25 mai, à 11 h. 30, une conférence avec projections de filmis : « Aspects radiologiques de l'évolution des principales affections orthopédiques. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (Professeur : M. Paul Mathieu.) — *Cours de perfectionnement.* — Traitements chirurgicaux des tuberculoses ostéo-articulaires chez l'adulte, avec la collaboration de MM. E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau; André Richard, chirurgien chef de l'Hôpital maritime de Berck; Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime.

Les leçons auront lieu à l'hôpital Cochin, amphithéâtre de la Clinique chirurgicale, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, du lundi 4 juin au samedi 16 juin.

— Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : M. F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur les maladies des reins*, du 11 au 22 juin 1934. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration du doc-

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

teur Chevassu, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Cochin; du docteur Boltanski, médecin des hôpitaux; du docteur Froment, ancien chef de clinique, médecin assistant du service; des docteurs Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Julien Marie, Mollaret, chefs de clinique, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

La première leçon aura lieu le 11 juin 1934.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital Broussais.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, du 11 juin au 7 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Benda, de Berne-Lagarde, Bertier, F. Bordet, Couvreux, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Grellety-Bosviel, Haas, d'Heucqueville, Imbert, Iselin, Kourilsky, Launay, G. Laurens, Lonjumeau, Louste, Mamou, de Massary, Mézard, Mignot, Oury, Poumeau-Delille, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas, Thiébaut, Turpin, Vibert et de Winter (de Bruges).

Ouverture du cours : lundi 11 juin, à 9 h. 30, à l'hôpital Broussais.

VIIIe Congrès des médecins de langue catalane (Barcelone, juin 1934). — Les 26, 27, 28, 30 juin et le 1er juillet 1934 doit se tenir à Barcelone, le VIIIe Congrès des médecins de langue catalane. Ces assises scientifiques seront marquées, cette année, pour la première fois, par la présence de délégations médicales très importantes de professeurs et de médecins ressortissant principalement des Facultés et Ecoles de médecine de Bordeaux, Clermont-Ferrand, Limoges, Marseille, Montpellier et Toulouse, régions qui entretiennent, de longue date, des relations d'amitié active et d'échanges scientifiques avec la Faculté de médecine de Barcelone, les Sociétés médicales et le corps médical de Catalogne.

Le Congrès est placé sous le patronage de M. le Président de la Généralité de Catalogne et des municipalités catalanes. Le Comité d'organisation est constitué par l'Association générale de médecins et biologistes catalans.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS. — 1° *Etats de shock ; Physiopathologie et pharmacologie des états de shock* (Drs A. Pi i Sunyer, J.-M. Bellido, F. Domenec). — *Shock chirurgical* (Drs A. Trias i Pujol, L. Bosch i Aviles). — *Le shock en pathologie interne* (Dr Estapé).

2° *Aspects épidémiologiques des infections les plus fréquentes dans les pays catalans : les réalités endémo-épidémiques de Catalogne* (Dr Serra). — *Les infections humaines d'origine animale* (Dr Vidal i Muné). — *Les maladies infectieuses de type mixte* (Dr Domingo).

Des communications médicales libres, au gré des congressistes, sont admises. Un résumé de ces communications sera publié et distribué pendant le Congrès.

Pendant la durée du Congrès seront données des séances de diagnostic, des démonstrations cliniques et opératoires dans les hôpitaux et cliniques de Barcelone.

Une exposition annexe sera ouverte et des réceptions, dont le programme sera donné ultérieurement, auront lieu.

RÈGLEMENT DU CONGRÈS. — Le règlement détaillé du Congrès sera adressé à tous ceux qui en feront la demande à l'adresse suivante :

Secrétariat du VIIIe Congrès des Médecins de langue catalane, Casal del Metge, Via Laietana, 31, Barcelona (Espagne).

Le droit d'inscription au Congrès est fixé à 35 pesetas.

Un appel cordial est fait à tous les médecins qui se feront un devoir de répondre à l'aimable invitation de la Catalogne médicale.

Pour tous les renseignements concernant les conditions de voyage et de séjour à Barcelone, s'adresser à l'Office des Voyages de la Dépêche, 42 *bis*, rue d'Alsace, Toulouse (Haute-Garonne).

27e Voyage d'études médicales. — Le 27e Voyage d'études médicales aura lieu dans la première quinzaine du mois de septembre 1934, sous le haut patronage du Ministère de la Santé publique et le patronage des organismes officiels du Thermo-Climatisme, et sous la direction scientifique du professeur Maurice Villaret, professeur d'hydrologie et de climatologie thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Necker ; du professeur Serr et du professeur d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de Médecine de Toulouse ; du professeur Giraud et du professeur d'hydrologie et de climatologie de la Faculté de Médecine de Montpellier, et du docteur Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Le 27e V. E. M. visitera les Gorges du Tarn, l'Aigoual, les Gorges de l'Hérault, Montpellier, les Corbières, la Montagne Noire, les Gorges de l'Aude, la Côte de Vermeil, et toutes les stations thermales et climatiques du Languedoc et de la partie orientale des Pyrénées, de Lamalou (Hérault) à Luchon (Haute-Garonne). Il comprendra également la visite de la République d'Andorre. La dislocation aura lieu à Toulouse.

Les conditions du voyage seront annoncées ultérieurement. Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle Machuré, 138, avenue des Champs-Elysées, Paris (8e).

RENSEIGNEMENTS

Un de nos confrères recommande tout particulièrement un de ses parents connaissant l'allemand, l'italien et le russe, à qui il désirerait voir confier une représentation de spécialités pharmaceutiques ou tout autre emploi paramédical. — Ecrire : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, Paris (VIe).

A LOUER pavillon 15 min. Paris (Est), 5.000, avec garage 5.500. Quartier neuf sans médecin. Conv. à Dr voul. s'établ., 4 p., cuis., s. de b. inst., eau, gaz, élec., t à l'ég., s.-sol, gr. jard., fruits. — Dauzat, 10, r. Villa Benoit, Villemonble.

LE VENDREDI 15 JUIN 1934

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, à l'adjudication sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes,* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1934.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi, et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au vendredi 1er juin 1934.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Iodarsenic du Dr GUIRAUD
(Goutte Paidophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Parmi les nombreux hypnotiques de la pharmacologie actuelle, le **Dial** *se classe au premier rang. Sans action nocive à dose normale, sur le cœur, le foie ou le rein, il permet la rééducation du sommeil. A procuré à la plupart des insomniques et agités un repos calme et réparateur*

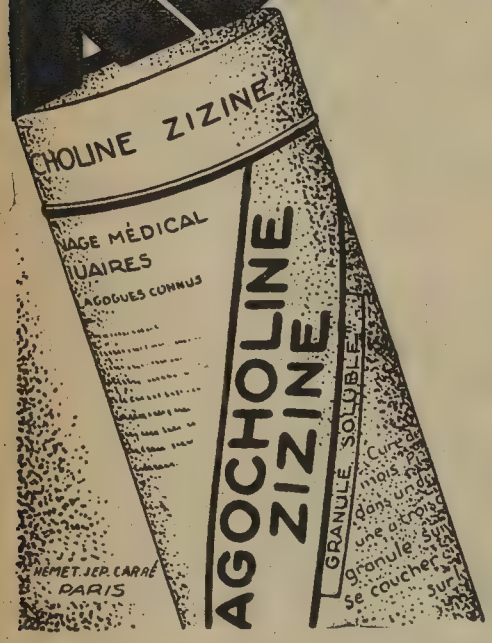
1 à 2 comprimés par jour

DIAL

Laboratoires Ciba O. Rolland
109-113, Boul.d de la Part-Dieu à Lyon

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit
} d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars :* GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

ŒUFS ET PATES DANS L'ALIMENTATION

Par P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

Les ALIMENTS doivent fournir à l'organisme les substances nécessaires à la *production de l'énergie vitale*, source de la chaleur, du travail musculaire et du travail intellectuel, à la *réparation des tissus* qui s'usent, et à l'*édification des tissus nouveaux*. Cette édification de tissus nouveaux se poursuit pendant toute la vie ; elle est particulièrement importante pendant la période de croissance staturale, qui débute avec la fécondation de l'œuf, se poursuit chez l'embryon, le fœtus, l'enfant, le jeune homme, et dont la terminaison marque le commencement de l'âge adulte.

La RATION ALIMENTAIRE doit donc comprendre, à tous les âges, une *ration d'entretien* et une *ration de travail* ; avant l'âge adulte, elle doit comprendre, en outre, une *ration de croissance*.

Sa COMPOSITION doit être telle que :

1° Elle ait une *valeur énergétique* convenable ;

2° Elle contienne, en proportions voulues, des *substances déterminées*.

Les SUBSTANCES ALIMENTAIRES principales sont : les *hydrates de carbone* ou *glucides*, les *graisses* ou *lipides*, les *albumines* ou *protides*.

Toutes ces substances sont *énergétiques*, c'est-à-dire peuvent fournir à l'organisme la chaleur et la force nécessaires à son fonctionnement. Conformément aux données de la *thermo-chimie*, on évalue leur valeur énergétique par le nombre de *calories* que dégage leur combustion. Dans l'organisme, en effet, les choses se passent comme si elles étaient brûlées plus ou moins complètement avec dégagement de chaleur. La chaleur dégagée par la combustion de 1 gramme de substance est, en chiffres ronds, de 4 calories pour les glucides et les protides, de 9 calories pour les lipides.

Théoriquement, d'après les lois de l'*isodynamie*, ces substances pourraient être substituées les unes aux autres pour l'établissement d'une ration énergétique. En fait, celle-ci doit contenir, en proportions convenables, des glucides, des lipides et des protides.

Chacune de ces substances possède une valeur fonctionnelle propre.

Les *glucides* et les *lipides* sont des aliments à *prédominance énergétique* ; les premiers sont plus particulièrement *dynamogènes*, les seconds plus particulièrement *thermogènes*.

Les *protides* diffèrent des deux autres parce qu'ils possèdent, en plus de leur *fonction énergétique*, des *propriétés plastiques* ou *histogénétiques* ; ils sont indispensables à l'édification des tissus. Il convient d'ailleurs de considérer non seulement leur quantité, mais encore leur qualité et celle-ci est liée à la présence ou à l'absence dans leur molécule de certains amino-acides indispensables à la nutrition.

En plus des substances plastiques et énergétiques, l'alimentation doit apporter à l'organisme des *sels minéraux*, des *vitamines*, de *l'eau*, etc. Mais je n'envisage pas ce côté du problème.

L'homme, qui est *omnivore*, trouve un choix varié d'aliments dans le *règne animal* et dans le *règne végétal*.

Chaque aliment demande une étude spéciale, car il a des avantages et des inconvénients.

Je m'occuperai des *œufs* et des *pâtes alimentaires*, qui ont connu des fortunes diverses, ont des partisans et des détracteurs. Je choisis ces aliments, parce qu'ils entrent dans les régimes dès que l'enfant sort de la période d'allaitement exclusif et sont utilisés pendant toute la vie ; qu'ils sont consommés par les individus bien portants comme par les malades ; qu'ils s'associent facilement et que leur association est éminemment favorable.

***

L'ŒUF DE POULE, le seul pratiquement utilisé pour l'alimentation, est composé du *blanc* ou *albumine* et du *jaune*.

Un œuf, qui, sans la coquille, pèse 50 grammes, contient 34 grammes de blanc et 16 grammes de jaune.

Ces deux substances sont très différentes.

Le blanc est constitué par de l'*eau*, des *sels* et des *substances protéiques*. Les 34 grammes d'un blanc d'œuf contiennent 30 grammes d'eau et 4 grammes de substances protéiques. Celles-ci sont l'*ovalbumine* et *l'ovoglobuline*, dans la constitution desquelles entrent des *acides aminés*, de la *lysine* et du *tryptophane*, notamment, indispensables à la croissance. Le blanc ne renferme pas de vitamines.

Le jaune a une composition beaucoup plus complexe que le blanc. Les 16 grammes d'un jaune d'œuf renferment approximativement : 5 grammes de *lipides* et 2 gr. 50 de *protides* ; celles-ci sont l'ovovitelline, riche en tryptophane, qui se rapproche des globulines et des nucléo-protéines. On trouve, en outre, 1 gramme de *lécithine*, du phosphore assimilable, du fer organique, des sels de sodium, de calcium et de magnésium.

Le jaune est très riche en *vitamine A*, liposoluble, indispensable à la croissance et à la nutrition de certains tissus, en *vitamine B*, antinévritique, qui joue un rôle dans la croissance et dans l'entretien de la vie, en *vitamine D*, antirachitique ; il contient aussi de la *vitamine G*, antipellagreuse. Les vitamines A et D résistent à la chaleur et à la dessication.

La couleur jaune est due au *carotène*, qui est probablement la provitamine A ou même la vitamine A.

Somme toute, l'œuf est un aliment *énergétique* et *plastique*. Un œuf dégage de 75 à 95 calories. Il contient les matériaux indispensables à la formation du sang, des muscles, des tissus nerveux, et les vitamines indispensables à la croissance et à la nutrition. C'est donc un aliment très précieux.

L'alimentation et l'hygiène de la poule ont une grande influence sur la *qualité* de l'œuf. La vie en plein air, l'alimentation avec des végétaux chlorophylliens augmentent la teneur en vitamines A et D. L'alimentation avec des poudres contenant de la viande et du poisson, avec des produits altérés, donne aux œufs un mauvais goût et même les rend toxiques ; elle favorise la production aux dépens de la qualité.

Après la ponte, l'œuf vieillit rapidement. Sa composition se modifie : au bout de trente jours, sa teneur en eau a diminué de 5 p. 100 (Armand Gautier). On a émis l'opinion qu'il cesse d'être vivant à partir du vingt-cinquième jour, époque à laquelle, étant couvé, il peut devenir un poulet.

Il convient donc de le *consommer aussi frais que possible*. L'idéal est l'*œuf du jour*.

Les PATES ALIMENTAIRES sont préparées avec de la *farine* ou mieux de la *semoule de blé dur*. En France, ce blé provient, en grande partie, de l'Afrique du Nord.

La *farine* est une poudre obtenue par la mouture des grains de blé ; on en sépare le son par le blutage.

La *semoule* se présente sous forme de petits grains obtenus par le broyage incomplet du blé séparé de son péricarpe.

On utilise le blé dur de préférence au blé tendre, parce qu'il est moins aqueux et contient plus de gluten et d'amidon. Or c'est le gluten qui donne à la farine triturée avec de l'eau la propriété de former une pâte liante.

La fabrication comprend plusieurs opérations qui s'effectuent par le passage successif du produit dans des machines appropriées :

1° Mélange de la semoule et de l'eau en proportions déterminées pour faire la *pâte ;*

2° *Pétrissage ;*

3° *Façonnage* en macaronis, nouilles, etc. ;

4° *Séchage* à une température douce, aux environs de 35°, pour déshydrater le produit et permettre sa conservation ; cette opération est délicate : trop sèches, les pâtes se fragmentent à la cuisson ; trop humides, elles se conservent mal.

La technique de la fabrication qui diffère suivant les maisons, le soin apporté dans la manipulation, la qualité des farines ou des semoules, la pureté de l'eau, les précautions prises pour la conservation soit en paquetage, soit en vrac, expliquent les différences que présentent les produits délivrés aux consommateurs.

La composition chimique des pâtes alimentaires diffère suivant celle des matières premières et le mode de fabrication.

Voici deux analyses, avec la valeur calorique :

	Macaroni (Lambling)	Nouilles (Alquier)
Eau	11,9 %	10,98 %
Cendres	»	4,68
Matières protéiques	10,9	12,82
— hydrocarbonées	75,6	70,78
— grasses	0,6	0,74
Calories	360	335

Les *matières hydrocarbonées* sont constituées par l'*amidon* du grain de blé.

Les *matières protéiques* sont représentées par le *gluten*. Celui-ci est formé par quatre corps azotés : la *gluten-caséine* ou *glutine*, véritable caséine végétale, la *gluten-fibrine* ou *zymome*, la *gliadine* et la *mucédine*. Il est accompagné par une albumine végétale, présentant des analogies avec l'albumine de l'œuf, qui est en petite quantité.

Les *matières grasses* sont formées de lécithines et d'autres composés azotés ou phosphorés.

Somme toute, les pâtes sont riches en *glucides* et, par suite, ont une grande valeur énergétique ; elles sont pauvres en *protides* et n'ont, en conséquence, que des propriétés plastiques ou histogénétiques faibles.

On fabrique soit des PATES SANS ŒUFS, celles dont il vient d'être question, et des PATES AUX ŒUFS.

Pour les raisons exposées ci-dessus, il faut, pour cette fabrication, utiliser des *œufs* frais, pondus par des poules bien portantes, bien nourries, vivant dans des conditions hygiéniques. Les œufs conservés et surtout les poudres d'œufs doivent être proscrits.

En général, les œufs sont ajoutés à la pâte pendant le premier temps de la fabrication ; le mélange doit être homogène. Ensuite on poursuit les opérations décrites.

On incorpore *trois œufs par kilogramme de pâte.*

L'addition des œufs aux pâtes augmente leur *valeur nutritive* et surtout apporte des *substances animales* qui manquent dans les pâtes sans œufs, des protides, des lipides, des lécithines, etc., enfin des vitamines.

*
* *

Les œufs et les pâtes font partie de l'ALIMENTATION DES SUJETS NORMAUX.

L'œuf a sa place, dans les menus, à côté des viandes, des poissons, du lait et des produits dérivés de ce dernier. C'est un excellent aliment ; il a un goût agréable, stimule l'appétit, est facile à assimiler et à digérer.

Pour les enfants, on commence, en général, l'usage de l'œuf entre 12 et 16 mois. On prescrit d'abord du jaune en petite quantité, puis, en quantités croissantes, un quart, un tiers, un demi, trois quarts, un entier. Ensuite, en principe à partir du 16e mois, on donne l'œuf complet.

Il n'y a aucune raison, quand l'enfant est bien portant, de retarder le premier œuf jusqu'à 2 ans.

Il convient toutefois de *ne pas abuser des œufs*. Il y a intérêt à ne pas en manger une trop grande quantité à la fois, ni à en manger tous les jours. Mais cette réserve n'est pas particulière à l'œuf ; elle s'applique à tous les aliments ; une des règles de l'hygiène alimentaire est la modération et la variété.

Un autre principe est d'*associer un aliment d'origine animale à un aliment d'origine végétale*. Un repas bien compris doit être mixte.

Une association excellente est celle de l'œuf et des farines. L'aliment ainsi constitué a une composition complexe ; il est à la fois énergétique et plastique, il contient nombre de substances utiles à l'organisme.

Pour le petit enfant, on incorpore le jaune d'œuf à une panade ou à une purée de pommes de terre. A partir du 16e mois, et à tous les âges, on donne l'œuf dans un gâteau de riz, de semoule ou de tapioca, on compose un menu d'œufs et de pâtes alimentaires ou on donne des pâtes aux œufs.

Les pâtes alimentaires doivent entrer dans les menus plusieurs fois par semaine. Elles réalisent une modalité importante de l'emploi des farineux pour les su-

jets de tous âges et constituent une ressource alimentaire précieuse. Il faut varier leur préparation pour éviter la satiété et stimuler l'appétit, indispensable à leur bonne digestion.

Il est certain que beaucoup de personnes, qui les mangent sans appétit, les digèrent lentement. A cet égard, l'œuf mélangé à la pâte en facilite la digestion, car il est un stimulant de l'appétit. Or l'appétit est lié à une sécrétion de suc gastrique, *suc d'appétit*, qui se produit immédiatement, avant celle que déclenche la présence des aliments dans l'estomac.

***

Pour certains malades, l'usage des œufs et des pâtes doit être discuté.

Je ne passerai pas en revue toutes les affections pour lesquelles la question se pose.

Je prendrai comme exemple le *syndrome colique fétide* (1), qui est très fréquent chez les enfants, à partir de la deuxième année, et à tous les âges.

Ce syndrome présente, comme *phénomène prédominant*, la fétidité et, parfois même, la putridité des selles. La mauvaise odeur est due à la formation dans le côlon de produits de putréfaction ; ceux-ci résultent de la désintégration des résidus azotés par des bactéries anaérobies protéolytiques.

Les facteurs étiologiques sont complexes. D'une façon générale, le syndrome colique fétide reconnaît pour causes, d'une part, une mauvaise hygiène alimentaire, abus de substances azotées d'origine animale (lait, viande, œuf), insuffisance des matières hydrocarbonées d'origine végétale ; d'autre part, des prédispositions individuelles, au premier rang desquelles se place l'hypohépatie et la déficience de la sécrétion biliaire.

Le *traitement de fond* (2) a pour objet de modifier la composition du milieu colique, trop riche en résidus azotés mal digérés, trop pauvre en résidus végétaux, trop alcalin, milieu où pullule une flore anaérobique putréfiante.

On obtient ce résultat par un traitement étiologique, pathogénique et symptomatique, dont les modalités sont différentes suivant les malades. D'une façon générale, ce traitement a pour base les *régimes antiputrides*.

Ces régimes ont été codifiés par Combe, de Lausanne. Ils consistent dans la suppression ou dans la restriction momentanée des aliments d'origine animale et dans la prescription d'un régime composé de farines riches en hydrates de carbone et de certains végétaux. Par la suite, on introduit dans le menu des aliments d'origine animale, convenablement choisis, à doses progressives et en prenant diverses précautions.

Les *farines* peuvent être utilisées sous toutes leurs formes : panades, potages, bouillies, pâtes, gâteaux.

Comme *aliments d'origine animale* on prescrit d'abord le lait, le babeurre, le kéfir, le yogourth, les fromages non fermentés tels que le Petit Suisse ; plus tard, l'œuf, la viande, le poisson.

Une règle importante, sur laquelle Combe a insisté, est que tout aliment animal doit être accompagné d'une forte proportion de farine ; celle-ci empêche les fermentations putrides. L'observation clinique, indépendamment de toute conception théorique, justifie cette pratique.

On discute sur l'opportunité de conseiller la viande et les œufs. Les avis sont partagés, notamment en ce qui concerne les œufs, qui nous intéressent seuls en ce moment.

J'estime que, plus ou moins tôt suivant les cas, on peut autoriser l'œuf à condition qu'il soit de bonne qualité, frais et incorporé à une panade, une bouillie, une purée de pommes de terre, une pâte alimentaire, du riz, de la semoule, du tapioca. Il convient, en outre, de commencer par de faibles doses, pour tâter la susceptibilité du malade.

C'est d'ailleurs l'opinion de Combe. Il écrit (1) : « Choisir, parmi les aliments azotés, de préférence, les œufs, comme étant moins putrescibles dans l'intestin. » Il les autorise avant de conseiller la viande ; celle-ci, d'après lui, est plus facilement putrescible. Il prescrit d'employer un jaune d'œuf pour la préparation des puddings ; un régime farineux sans viande comporte, d'après lui, un ou deux jaunes d'œufs, crus ou mollets, au déjeuner et au dîner.

Combe est donc loin de proscrire l'œuf. C'est cependant sur l'opinion, qu'on lui attribue à tort, que beaucoup de médecins l'interdisent. Cette interprétation tient sans doute à ce qu'il précise l'emploi des pâtes alimentaires sans œufs. Cette prescription ne paraît nullement justifiée ; les pâtes aux œufs peuvent être consommées, dès que l'œuf n'est plus contre-indiqué, à la condition que ces pâtes soient conformes aux règles indiquées ci-dessus.

Au sujet de l'œuf, d'ailleurs, il importe de considérer non seulement les putréfactions intestinales, mais encore l'*hypohépatie* et l'*anaphylaxie*. Ces divers états sont d'ailleurs souvent combinés.

Les régimes antiputrides sont également des régimes qui conviennent aux hépatiques et des régimes anti-anaphylactiques.

Toutefois certains sujets présentent soit une idiosyncrasie congénitale soit une anaphylaxie acquise pour l'œuf. Pour quelques-uns d'entre eux, des traces d'œuf sont un véritable poison. Il convient alors évidemment d'être très réservé dans l'emploi de l'œuf ; mais on peut souvent obtenir la désensibilisation par l'emploi des méthodes qui servent de base aux régimes antiputrides, en même temps qu'on prescrit les médications convenables.

***

Les œufs et les farines sont des aliments précieux, non seulement pour les personnes bien portantes, mais encore pour beaucoup de malades, qu'il s'agisse

(1) P. Nobécourt. Syndromes coliques des enfants. I. Le syndrome colique fétide, *Journal des Praticiens*, 16 juillet 1921 et *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil digestif et de l'abdomen*, Leçon XIV. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1934.

(2) P. Nobécourt. Syndromes coliques des enfants. III. Traitement, *Journal des Praticiens*, 24 septembre 1921 et *Clin. Méd.*, Leçon XVI.

(1) A. Combe. *L'auto-intoxication intestinale*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1907, p. 353.

d'enfants ou d'adultes. Leur association est particulièrement recommandable, car elle réalise un aliment complet possédant des propriétés nutritives qui font défaut pour chacun d'eux séparément. Cette association est très bien tolérée par la grande majorité des individus, à condition d'observer certaines règles d'hygiène alimentaire. Dans beaucoup de milieux, la crainte des œufs est une véritable phobie : elle n'est nullement justifiée, sauf dans quelques cas particuliers.

ASSEMBLÉE FRANCAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XIe Session, avril-mai 1934.)

Synthèse des conclusions départementales par le docteur Henri GODLEWSKI, *sur l'Etat actuel du rhumatisme articulaire aigu.*

Le Rhumatisme articulaire aigu est actuellement en décroissance marquée.

Il a surtout diminué de gravité depuis l'emploi du salicylate de soude (Lot), si bien que la forme à grand fracas tend à disparaître (Pas-de-Calais, Bouches-du-Rhône) et cette constatation s'oppose à celle de la fréquence grandissante des rhumatismes chroniques (Loiret, Dordogne).

On attache bien moins d'importance au rôle du froid et de l'humidité en dessus qu'en dessous de la Loire, où les refroidissements, l'influence des chambres froides, sans soleil, sont à peu près unanimement invoqués.

La plupart des médecins enregistrent l'influence saisonnière (apogée à la fin de l'hiver et au début du printemps, avec recrudescence d'été souvent signalée).

Il n'y a guère de différence de fréquence entre les sexes, mais gravité hospitalière plus marquée chez les hommes (Alpes-Maritimes). La première crise s'observe principalement entre cinq et vingt ans, moins souvent à l'âge adulte, rarement chez le vieillard.

Il n'est pas rare d'observer le rhumatisme familial (Cher) et l'on ne peut nier la prédisposition familiale héréditaire (Eure-et-Loir). Par contre, malgré les recherches les plus consciencieuses à l'occasion de nos assises, la notion de contagion familiale ne ressort que dans un nombre très restreint de cas. Celle d'épidémicité est parfois, mais rarement mentionnée en foyers de village, par les Côtes-du-Nord, le Maine-et-Loire, l'Hérault, les Bouches-du-Rhône, et dans ces foyers épidémiques, ce ne sont pas les membres d'une même famille qui sont atteints, ce sont les habitants d'une même maison ou d'un même quartier (Corse). D'ailleurs les médecins militaires qui ont apporté partout une collaboration effective très importante à nos assises ne trouvent nulle part actuellement de localisation de casernement pouvant mettre clairement en relief les notions de l'épidémicité, si bien que celle-ci apparaît, comme d'ailleurs Henri Grenet l'avait dit, restreinte et à nombre d'atteintes faible.

Nombreux sont ceux qui voient les complications cardiaques plus fréquentes que jadis (Alpes-Maritimes, Doubs). Certes la gravité immédiate est faible et la mortalité basse (Puy-de-Dôme, Dordogne, Nord, Loiret), mais au rhumatisme à grand fracas on oppose le rhumatisme cardiaque évolutif récidivant se terminant par la mort (Doubs, Hérault), et l'on voit plus souvent que jadis la maladie de Osler chez les anciens rhumatisants porteurs de lésions valvulaires (Gironde). L'on est d'accord pour souligner l'extrême importance des lésions cardiaques de l'enfant rhumatisant et l'on considère que la maladie rhumatismale, plus encore qu'articulaire est endocardique (Pyrénées-Orientales), si bien que la majorité des asystoliques des campagnes sont d'anciens rhumatisants dont le cœur a fléchi lentement, mais inexorablement (Eure-et-Loir).

Cependant bien des lésions (surtout l'insuffisance mitrale) restent compensées au cours de très longues vies. La guérison de l'endocardite de l'enfant, sans séquelle chez l'adulte, n'est pas impossible (Loiret, Meuse, Bouches-du-Rhône).

Partout les cliniciens ont insisté sur la fréquence :

1° *Des formes frustes* limitées à l'anémie, aux manifestations pleuro-pulmonaires pouvant égarer le diagnostic (Indre-et-Loire, Seine-et-Oise) ;

2° *Des formes cardiaques d'emblée*, le cœur étant touché après l'angine avant toute manifestation articulaire (Pas-de-Calais) ;

3° *Des formes localisées* (chez l'enfant forme cervicale avec torticolis), forme appendiculaire vue souvent par le chirurgien, très rarement on observe les formes cérébrales et typhoïdes.

L'*association morbide* la plus mentionnée est la chorée, soit primitivement sensible à la médication salicylée (Seine-et-Oise, Bouches-du-Rhône), soit alternant avec des crises articulaires (Indre-et-Loire, Maine-et-Loire).

Quant à la *nature tuberculeuse* de la maladie de Bouillaud, ses partisans voient le rhumatisme sur terrain tuberculeux, particulièrement en Vaucluse ; ils sont beaucoup moins nombreux que les dualistes qui ne voient aucune coexistence entre les deux maladies (Lot, Lot-et-Garonne, Cher, Alpes-Maritimes, Var, Puy-de-Dôme, Hérault, Gironde).

Il y a unanimité d'opinion provinciale sur l'efficacité du traitement. Le « salicylate est roi » (Loiret, Hérault). Il donne des « résultats merveilleux » (Charente) ; il est le « meilleur des médicaments », toujours et seul efficace (Alpes-Maritimes), « aussi spécifique que le mercure dans la syphilis et la quinine dans le paludisme » (Bouches-du-Rhône), à la condition d'utiliser un salicylate très pur, en solution alcaline étendue, à *doses filées*, jour et nuit, car « *le rhumatisme veille* ». L'accord se prolonge sur la continuité du traitement d'entretien, mais la médication exige de l'autorité de la part du médecin et de la confiance de la part du malade (Charente-Inférieure).

Si l'on admet bien que le salicylate doit être employé « vite et fort », il apparaît que les hautes doses d'attaque (20 à 25 gr.) sont surtout utilisées en médecine militaire et que dans la pratique courante civile cette posologie a peu d'écho, tant par suite de la difficulté de la faire accepter (Eure-et-Loir) que par crainte d'accidents.

D'une infinité d'observations apportées à nos assises, on peut conclure que la très grande majorité des cliniciens considèrent les doses de 8 à 12 grammes de salicylate buccal comme suffisantes à donner satisfaction (le salicylate intra-veineux étant employé par certains, mais par certains seulement ; il ne paraît pas à l'ensemble plus avantageux).

La voie rectale est employée avec profit par de vieux cliniciens (Lot).

Tous les autres traitements sont généralement utilisés en association avec la médication salicylée : le soufre, comme « heureux adjuvant » (Pas-de-Calais), les extraits thyroïdiens (vus déclanchant l'action du salicylate), la vaccinothérapie (dans les formes traînantes et résistantes), l'aurothérapie (mentionnée parfois avec satisfaction).

Quant à la prophylaxie, la plupart des médecins voyant l'angine comme la circonstance prémonitoire clinique la plus constante, préconisent comme préventif la reprise du traitement salicylé à la moindre manifestation rhino-pharyngée ainsi que l'utilité des soins spéciaux du laryngologiste et du stomatologiste.

Pour la prophylaxie sociale, des sections de l'*Assemblée* ont offert leur concours à la *Ligue du Rhumatisme* (Bouches-du-Rhône).

Conclusions des Assises nationales tenues le 6 mai 1934, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur l'Etat actuel du rhumatisme articulaire aigu, sous la présidence du professeur David Olmer *(de Marseille).*

Le rhumatisme articulaire aigu a, en France, son apogée à la fin de l'hiver et au début du printemps, avec recrudescences estivales et parfois automnales.

Les cas en séries s'observent spécialement dans l'armée chez les jeunes soldats ; l'épidémicité parfois signalée n'est confinée à aucun foyer domiciliaire, mais plutôt propre à un contingent.

Le rhumatisme aigu a été vu héréditaire sur plusieurs générations, mais la succession des cas familiaux, généralement espacés, n'évoque pas la notion de contagion.

Le rhumatisme aigu est actuellement en décroissance marquée. Les formes à grand fracas sont bien moins observées ; en revanche, on insiste sur les formes articulaires *atténuées*, sur le *rhumatisme fruste* (surtout chez l'enfant et l'adolescent), avec lésions cardiaques d'emblée, parfois évolutives. Le rhumatisme articulaire aigu paraît la forme arthropatique d'une maladie qui est à localisation cardiaque plus encore qu'articulaire.

Les *localisations anormales*, appendiculaires, cervicales (torticolis de l'enfant), sont enregistrées beaucoup plus que la forme cérébrale, vue comme exceptionnelle.

Les *Associations morbides* les plus mentionnées sont la chorée et la tuberculose. Sans présager de la nature tuberculeuse de la maladie de Bouillaud, le clinicien voit des cas typiques de celle-ci survenir chez des tuberculeux avérés et la médication salicylée pouvoir être efficace.

Le traitement. — Il y a pour ainsi dire unanimité à proclamer l'heureux effet du salicylate de soude. Utilisé « vite et fort », suffisamment prolongé et en cures d'entretien, le salicylate est capable d'assurer des résultats excellents. En clientèle, on considère les doses de 8 à 12 gr. comme maxima et suffisantes (chiffres très inférieurs à la posologie de certains services hospitaliers civils et surtout militaires). Le salicylate intraveineux est encore d'un usage restreint.

Prophylaxie. — Le médecin, considérant que l'angine est la circonstance prémonitoire la plus fréquente, conseille la médication salicylée, au moins chez les rhumatisants, dès le début d'une pharyngite ; considérant aussi que beaucoup d'asystoliques sont des rhumatisants, méconnus ou insuffisamment traités ou victimes de professions qu'ils ont ignorées contraires à leur état, requiert de diffuser les notions utiles, telles que s'y emploie la *Ligue du Rhumatisme.*

Au service de la personne humaine, conférences de déontologie médicale données à Lyon, aux infirmières et aux travailleuses sociales, par le Dr René Biot. — Un volume broché : 13 fr. — Editions Vulliez, à Joigny (Yonne).

L'hémo-vaccin (hémo-vaccinothérapie, selon la méthode du Dr Léon Michelet). — Chez l'auteur, 8, rue Gustave-Rouanet, Paris (18e).

La guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée. Traitement physiologique, curatif et prophylactique. Applications à la lèpre, par le Dr Paul Ferrier, 1 vol. in-8°, 2e édition, Robert Thoreau, imprimeur, La Charité-sur-Loire, 1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 27 avril 1934)

Thrombo-phlébite du sinus caverneux consécutive à un furoncle du nez. — MM. Aubertin et Sée. Thrombo-phlébite du sinus caverneux compliquée de méningite et de septicémie staphylococcique, mort en 9 jours. Furoncle du nez peu important, sans phénomènes inflammatoires et à peu près guéri au moment de la complication thrombosique. Il peut s'agir de la virulence du staphylocoque hémolytique à pouvoir pathogène très élevé.

Calculs à facettes du cholédoque après cholécystectomie. — M. Dufour. Ces calculs à facettes sont formés et comme moulés dans une ou plusieurs loges, siégeant soit à la terminaison du canal hépatique, soit à l'embouchure du cystique. Les centres de formation sont en communication directe et large avec la lumière des voies biliaires. Il faut chirurgicalement rechercher ces loges et extirper la vésicule au niveau du col.

Œdèmes pulmonaires épituberculeux (anatomie pathologique, nature, évolution). — MM. Caussade et Tardieu. Ces œdèmes sont étendus et localisés autour des foyers volumineux. Après une stagnation prolongée, les œdèmes deviennent granuleux, mais il n'y a ni leucocyte, ni globule rouge, ni micro-organisme. Leur nature tuberculeuse est prouvée par la constatation au stade initial de bacilles tuberculeux acido-résistants, et par l'inoculation positive. Ces œdèmes peuvent s'évacuer par les bronches ou les lymphatiques.

Un cas français de pellagre avec paraplégie. — MM. Guillain, Bertrand, Mollaret, Lereboullet. Lésions très étendues de sclérose combinée dans la moelle, atteignant surtout les cordons blancs : à la partie inférieure de la moelle atteinte surtout de la voie pyramidale, et des faisceaux de Gall dans les régions hautes. Pas de dégénérescence myélinique dans le tronc cérébral ni au niveau de l'encéphale : absence de lésions des cellules géantes de Betz décrites parfois dans la pellagre.

Un cas de sclérose en plaques à localisation initiale hypothalamo-pédonculaire. — MM. Guillain, Mollaret et Bertrand. Forme hypothalamo-pédonculaire de la sclérose en plaques. Diagnostic topographique primitif démontré anatomiquement : intégrité presque absolue de la moelle. Lésions maxima au niveau des hémisphères cérébraux où elles réalisent l'aspect leuco-encéphalique de la maladie de Schilder.

Tuberculose mortelle chez un enfant vacciné par le B.C.G. — M. Ravina. Femme ayant présenté, six mois après son accouchement, une pneumonie caséeuse à début brutal. L'enfant vacciné au B C G à la naissance a présenté à partir du 10e mois, des manifestations d'allure tuberculeuse : adénopathie trachéo-bronchique. Condensation pulmonaire du sommet droit, spina ventosa, gomme sous-cutanée. Mort au 22e mois par méningite.

Hyperlaxite cutanée et articulaire avec cicatrices atrophiques et pseudo-tumeurs molluscoïdes (syndrome d'Eblers-Danlos). — MM. Pommeau-Delille et Soulié. Fillette de 9 ans présentant une hyperélasticité cutanée, une hyperlaxité articulaire accentuée, des cicatrices atrophiques. Il

s'agit vraisemblablement d'une forme incomplète du syndrome décrit par Danlos.

Infections associées à B-paratyphiques et B. Eberthoïdes au cours d'une leucémie myéloïde. — MM. Troisier et Bariety. La pyélo-néphrite à paratyphique B était accompagnée d'un séro-diagnostic positif au paratyphique B à 1/500 ; terminaison par guérison. La septicémie à B-Eberthoïdes donna lieu à des phénomènes congestifs pulmonaires avec fièvre continue : hémo et uro-cultures positives.

Pyélo-néphrites aiguës à bacilles paratyphiques et à bacilles eberthoïdes. — MM. Troisier, Bariety, Lévy-Bruhl, Gabriel. Deux cas de pyélo-néphrites aiguës l'une au cours de l'appendicite, l'autre au cours de la grossesse. Dans le premier cas, l'uroculture montra une infection à paratyphique B, dans l'autre, on trouva dans les urines une salmonella que les auteurs proposent de nommer B eberthoïdes.

Signes physiques de la périviscérite sous-hépatique. — MM. Ferrabouc et Jude. Au cas de périviscérite sous-hépatique, il convient de retenir le signe de l'élévation douloureuse des bras, de la fixité de la douleur et les signes ressortissant aux modifications de la transmission par la masse abdominale des vibrations d'un diapason posé sur la paroi.

Emploi du virus vaccin antirabique dans le traitement de certaines algies.— MM. Haguenau, Cruveilher et Nicolau. Il convient de rejeter cette méthode dans les algies sympathiques, dans les névralgies au trijumeau, dans les douleurs du zona, dans les arthrites chroniques vertébrales et coxo-fémorales. Le virus vaccin peut réussir dans les migraines et les équivalents migraineux, dans les sciatiques et les douleurs du tabès.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 16 mars 1934)

A propos des fractures du col du fémur traitées par « l'impaction ». — M. Barbarin voit, dans cette méthode préconisée par Cotton (de Boston) en 1927, un excellent moyen d'obtenir un cal osseux, à condition de ne permettre la marche et même l'appui du membre sur le sol que lorsque les radiographies ont montré une recalcification complète. Cette période d'attente peut être longue (8, 12, 16 mois quelquefois).

Sur les greffes ankylosantes du rachis.— M. Lamy, après quelques remarques sur la technique opératoire et notamment sur le repérage des vertèbres lésées, déclare que les meilleurs succès par greffe sont obtenus sur des malades arrivés en fin d'évolution de leur mal de Pott. Puis, il discute les avantages et les inconvénients des greffons longs et des greffons courts. S'appuyant sur la physio-pathologie, il montre que le greffon court est suffisant et que, de plus, il permet des corrections de la gibbosité plus esthétiques que le greffon long.

M. C. Roederer. — Un repérage radiologique précis est absolument nécessaire, car les erreurs sont faciles et nombreuses. Chez l'adulte, on ne doit pas opérer tant que l'état général n'est pas très bon. L'abcès ni la fistule ne sont des contre-indications. Le problème de la paraplégie est plus complexe. Les cas de récidives sont donnés par des greffons fracturés et aussi par des greffons trop courts. Quant à l'enfant, les seules indications de l'intervention précoce pourraient être : la tendance à s'accentuer de la gibbosité pour les maux de Pott dorsaux supérieurs, surtout la paraplégie et enfin l'ankylose qui n'arrive pas à se réaliser. Chez les rhumatisants, les malades adipeux paraissent profiter davantage de la greffe que les maigres. Dans la scoliose, les indications sont : la scoliose douloureuse (résultat lent à obtenir) et la scoliose paralytique (qui a donné récemment à l'auteur un beau succès).

M. André Trèves n'étudie les greffes ankylosantes du rachis que dans le mal de Pott. Il est hostile à l'intervention chez l'enfant qui guérit admirablement par le traitement orthopédique, sans risques de mortalité opératoire ou de courbure ultérieure du greffon. Pour l'adulte, l'intervention précoce est la meilleure solution : greffon rigide dans les cas sans grosse gibbosité ; greffe de Delagenière dans les autres.

M. Barbarin ne pense pas qu'on puisse trouver des indications de la méthode des greffes ankylosantes du rachis dans la scoliose. Mais, il est partisan convaincu de la greffe par le procédé d'Albee dans tout mal de Pott en évolution (quand il n'y a pas de contre-indication opératoire) aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Il y voit le meilleur moyen d'obtenir plus vite et plus sûrement que par les moyens orthopédiques l'ankylose postérieure vertébrale, première étape de la guérison.

Contribution à l'étude des diverticules prostatiques. — M. Ehrepreis fait un rapport sur ce travail de M. Pierre Thévenard (de Paris).

Une observation de pneumo-péritoine par ulcère perforé de l'estomac. — M. Jean Lanos fait un rapport sur ce travail de M. Chevereau (d'Orléans).

Luxation ancienne du coude traitée par l'hémi-résection. Résultat cinq ans après l'opération. — M. Delivet.

Ascite chyliforme accompagnant un volvulus du grêle chez un nourrisson. — M. Weber.

Lithiase généralisée à toutes les voies biliaires. Symptomatologie longtemps très atténuée et sans rétention biliaire. — M. Thévenard.

A propos d'un cas de tétanie due à la sténose du pylore. — M. Moncany (de Corbeil).

Appareil de marche pour la convalescence des luxations congénitales de la hanche traitées par la méthode orthopédique. — M. Judet.

Anomalie de la branche droite de l'artère hépatique au cours d'une cholécystectomie. — M. Charles Buizard fait un rapport sur une communication du prof. Mirizzi (de Cordoba, Argentine) concernant une anomalie de la branche droite de l'artère hépatique observée par celui-ci au cours d'une cholécystectomie.

Les constipations. Diagnostic et traitement, d'après les conceptions actuelles, par M. Chiray, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Bichat, et R. Stieffel, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Plombières. Avec une note historique de Jean Vinchon, ancien chef de clinique psychiâtrique à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume de 158 pages. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 59). — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

La cabale, par Georges Lakhovsky. — 1 vol. in-8° de 220 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de zoologie et de biologie générales. II, REPRODUCTION. SEXUALITÉ. HÉRÉDITÉ (1), par G. BOHN, professeur à la Faculté des Sciences.

Rien de plus passionnant que les questions concernant la *reproduction*, la *sexualité* et l'*hérédité !* Rien, non plus, qui montre mieux les progrès accomplis ces dernières années, grâce à la mise en œuvre de méthodes nouvelles, au premier rang desquelles il faut placer celles qui se proposent de déterminer l'état physico-chimique des tissus vivants.

Considérez, par exemple, l'*œuf* et la *mécanique embryonnaire*. Il y a à peine un demi-siècle, rudimentaires étaient nos connaissances sur le sujet. Tous ceux qui s'intéressent aux idées générales savent aujourd'hui que les gonades, ou glandes reproductrices, donnent naissance à des gamètes, ou cellules reproductrices, cette lignée s'opposant, d'après Weissmann, à la lignée somatique, dont dérivent les cellules du reste de l'organisme. Ils n'ignorent rien des transformations subies par les gonocytes primaires pour aboutir à l'ovule d'une part, au spermatozoïde de l'autre, et dont les plus importantes, pour les gamètes femelles, sont d'ordre histologique : réduction de moitié du nombre des chromosomes des oocytes de premier ordre ; chimique, que met en évidence la réaction de Feulgen, physique : perturbations électriques, expliquant peut-être l'expulsion des globules polaires (Dalcq). Non moins compliquées, les phases de la spermatogénèse, avec la transformation des gonocytes en spermatogonies, spermatocytes, spermatides et, enfin, spermatozoïdes, tandis que le syncytium sertolien, chargé d'apporter à ceux-ci des matériaux nutritifs, et la glande interstitielle qui préside à l'apparition des caractères sexuels secondaires, dérivent de petites cellules épithéliales, distinctes des gonocytes, quoique tapissant, comme ceux-ci, la paroi des tubes séminifères. Ils se rendent compte de la complexité des phénomènes qui accompagnent la fécondation de l'ovule mûr à la périphérie duquel se groupent les spermatozoïdes, dont un seul est « admis » à pénétrer. Aussitôt, l'œuf s'entoure d'une membrane spéciale, son protoplasma s'organise de façon à dessiner, autour du centrosome, une étoile. Finalement, noyaux du spermatozoïde et de l'ovule fusionnent. Comme ce ne sont que des demi-noyaux, un noyau complet se trouve ainsi reconstitué. A ces sujets se rattachent les questions de la mono et de la polyspermie d'une part, de la parthénogénèse de l'autre. Pourquoi ne pénètre-t-il normalement qu'un spermatozoïde dans l'ovule ? Sans doute parce qu'aussitôt après la fécondation se produit une modification physico-chimique du cytoplasma ovulaire qui rend celui-ci réfractaire à l'introduction des spermatozoïdes. Pourquoi certains œufs peuvent-ils se développer sans avoir été fécondés ? Sans doute, en vertu de certaines conditions chimiques (Jacques Loeb, 1889), physiques (Y. Delage, Dalcq), ou biologiques : introduction, par piqûre (Bataillon, 1910), d'un globule blanc, chargé de remplacer le spermatozoïde, cet élément jadis considéré comme prédestiné.

Non moins curieuses, les transformations que subit l'œuf activé ! Il se divise un grand nombre de fois, et les cellules ainsi formées, ou blastomères, constituent l'embryon. Très variables sont les modes de segmentation selon le métabolisme de l'être, son genre de vie, son mode de locomotion. Deux surtout ont été étudiés : celui de l'œuf d'Oursin et celui de l'œuf de Grenouille : ils ont servi aux

(1) In-8 de 80 pages. — Paris, Hermann et Cie.

DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES _ HYPOSPHYXIES
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS
de la NUTRITION

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12e

DREVILL - grav.

embryologistes à jeter les bases d'une science nouvelle : la mécanique embryonnaire, d'après laquelle l'œuf serait, dès le début, « une mosaïque de potentialités », les diverses parties de l'embryon et, par suite, de l'être adulte, y étant représentées, comme le montrent diverses expériences : possibilité d'obtenir des monstres en détruisant un des premiers blastomères, en secouant l'œuf, production (Brachet) d'agénésies portant sur le système nerveux central par destruction de certaines parties de l'œuf (croissant gris). D'autres recherches du même auteur établissent l'existence d'organisateurs : vient-on à greffer, dans la paroi ventrale d'une gastrula, un lambeau emprunté à une région déterminée et comprenant à la fois de l'ectoderme et de l'entoderme, ce greffon exerce, sur le développement de la région greffée, une influence étrange : là où allait se former le ventre, il se forme du cerveau. Même séparé de son lien d'origine, il garde donc ses facultés d'induction sur les tissus voisins : il les active, il dirige leur développement, il l'organise, si l'on peut dire, à son idée.

A mesure que les êtres se perfectionnent, les cellules se spécialisent de façon à former, selon les cas, des épithéliums, du tissu conjonctif, des fibres musculaires, des éléments nerveux. Ces modifications peuvent être suivies d'heure en heure grâce à la culture des tissus, inventée par A. Carrel et par A. Fischer.

Point d'adulte cultivé que n'intéressent les problèmes concernant la *sexualité* et la *génétique* ? On sait que, dès la fécondation de l'œuf, le sexe est déterminé. Quel est l'agent de ce déterminisme ? Les chromosomes, dont chaque espèce possède un nombre fixe. Certains sont identiques dans les deux sexes, d'autres sont différents. Les premiers sont dits autosomes, les seconds hétérochromosomes, ou chromosomes sexuels parce que de la rencontre fortuite de l'ovule avec un spermatozoïde contenant telle ou telle variété d'hétérochromosome dépend le sexe. C'est ainsi que, dans l'espèce humaine, il y a 24 paires de chromosomes, dont une sexuelle, complète, chez la femme, et réduite, chez l'homme, à un seul élément. Au moment de la maturation, en raison de la division réductionnelle, l'ovule n'aura plus que la moitié de ses chromosomes : 23 auto et 1 hétéro chromosome. Et le spermatozoïde ? 23 ou 24, selon qu'il sera ou non pourvu d'un hétéro chromosome. Sa « rencontre » avec un ovule fera un œuf à 48 chromosomes dans le premier cas, à 47 dans le second. Ici garçon, là fille. Le sex-appeal, si cher aux romanciers contemporains, se réduit donc, en dernière analyse, d'une part aux sécrétions glandulaires des gonades, et, de l'autre, aux conflits chromosomiens d'un spermatozoïde « aveugle » et d'un ovule. Continuons nos citations littéraires. Depuis les malheurs d'un certain Corydon, chantés, il y a vingt siècles, par Virgile, il n'est que trop souvent question, aujourd'hui, d'inversion sexuelle. Qu'est-ce que l'inversion sexuelle aux yeux du biologiste ? Un phénomène physiologique dépendant, non seulement d'une disposition chromosomique, mais encore de causes extérieures : température, éclairage, traumatismes. Ainsi s'explique qu'au cours de son évolution, un individu se dépouille de son sexe pour finir par « embrasser » l'autre, selon la théorie de l'intersexualité due à R. Goldschmidt. Ainsi s'explique encore l'existence de superfemelles et de supermâles. Ainsi s'explique, enfin, l'hermaphrodisme, en puissance chez tous les êtres vivants, puisqu'il suffit d'un accident pour que le sexe « opprimé » prenne enfin le dessus.

Il n'est pas jusqu'à l'hérédité, considérée jadis comme une déesse aux arrêts mystérieux, qu'on n'ait tenté de codifier ; de ces efforts est née la *génétique*, aujourd'hui très prospère, et qui fait intervenir l'hérédité ici mendélienne, et là chromosomique.

Dans la première interviennent surtout les gamètes, « gardiens du patrimoine héréditaire », grâce auxquels les caractères dits allélomorphes, temporairement réunis dans le corps du métis, « divorcent » chez les descendants. N'y en a-t-il qu'un couple, l'un d'eux peut dominer l'autre qui s'efface, prend une allure récessive, comme en témoigne l'expérience classique du croisement entre souris blanches et souris grises (Cuénot). Y en a-t-il deux ou plus, les choses se compliquent ou se simplifient, comme on veut, les nombreuses combinaisons génotypiques, en rapport avec la conservation de l'espèce, se réduisant, de par l'existence de caractères, les uns dominants, les autres récessifs, à un petit nombre d'aspects phénotypiques.

La seconde — comme d'ailleurs nombre de phénomènes rangés dans la première — est d'origine chromosomique. Tels sont certains caractères morbides liés au sexe : albinisme, daltonisme, héméralopie progressive, certains caractères mendéliens, normaux ou pathologiques, observés chez l'homme, de même que la liaison, entre eux, de certains caractères. Telle est, surtout, la transmission par l'hérédité des caractères des parents, grâce à la segmentation des chromosomes en un certain nombre de territoires, les gènes, chargés chacun d'une propriété héréditaire, et à leur enjambement possible (crossing over), selon la célèbre théorie de Morgan, dont on devine toutes les applications à la médecine.

Si, enfin, la notion d'espèce est fondamentale en zoologie et en botanique, il est difficile de dire sur quelles données scientifiques elle repose. Quels critères choisir ? Morphologiques ? La conception de Cuvier, déjà combattue par Lamarck et par Geoffroy Saint-Hilaire, n'est plus aujourd'hui considérée comme suffisante. Cytologiques ? Ils ont surtout un intérêt théorique, les renseignements fournis par l'étude de l'équipement chromosomique étant souvent difficiles à interpréter. Physiologiques ? Les croisements ne peuvent être, a-t-on dit, féconds qu'entre individus appartenant à la même espèce, l'incompatibilité entre chromosomes étant d'autant plus grande que les espèces sont plus éloignées. Chimiques ? Ils possèdent, eux aussi, une grande importance, les espèces différant chimiquement les unes des autres. Sérologiques ? Qu'il s'agisse d'agglutination, de précipitation, d'hémolyse ou d'anaphylaxie, ils peuvent servir, non seulement au diagnostic des maladies, mais aussi à la recherche de la parenté des êtres vivants : animaux ou plantes.

Tels sont, aussi résumés que possible, les problèmes qu'aborde et que résout le professeur Bohn dans le second volume de ses belles *Leçons de Biologie et de Zoologie générales*, bien digne du précédent par la clarté toute latine de l'exposition, par l'aisance avec laquelle l'auteur se meut au milieu des questions les plus controversées, par la sérénité qu'il garde dans la discussion, par l'art consommé qu'il déploie pour rendre vivantes ces études de la vie. Remercions-le bien vivement de son magnifique effort, et demandons-lui de nous donner au plus tôt la fin de son ouvrage, si impatiemment attendue par les milieux scientifiques.

L. BABONNEIX.

Les avortées ou le droit de vivre, roman, par H. GONZALVE-MENUSIER. Un volume 266 pages. — Prix : 15 fr. — « Mercure Universel », Valentin Bresle, éditeur, 204, rue Solférino, Lille, et 3, cité Bergère, Paris (9e).

Cécile Airelle, pharmacienne, par Jules MAYOR, roman. Beau volume in-8 couronne. — Prix : 12 fr. — Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris (6e).

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.

EN GYNÉCOLOGIE

Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE

Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon. Paris

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { *Adultes :* 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / *Enfants :* 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT,
12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

NOTES POUR L'INTERNAT

PLAIES DES NERFS[1]

B. Symptômes secondaires. — 1° Les troubles moteurs et sensitifs se sont précisés ;

2° Les troubles vaso-moteurs et *trophiques* sont devenus manifestes.

En dehors des *atrophies musculaires*, les troubles trophiques peuvent porter sur tous les tissus. Ils sont plus fréquents après la section de certains nerfs (médian et cubital, sciatique profilé interne) — et à la suite d'accidents de névrite infectieuse surajoutée. Leur disparition est d'un bon pronostic.

On peut observer des lésions de la peau et des phanères glossy-skin, éruptions vésiculeuses, chute des poils, ongles écailleux, sécheresse de la peau, abaissement de la température locale.

Le tissu cellulaire peut être atteint : bosselures sous-cutanées.

Les os sont atteints d'une ostéite raréfiante, visible à la radiographie.

Il existe des arthropathies.

3° *Troubles électriques* : on recherchera la *réaction de dégénérescence*, qui consiste : *pour le nerf*, en une inexcitabilité faradique et galvanique ;

— *Pour les muscles* : inexcitabilité faradique, hyperexcitabilité galvanique.

Cette réaction a une grosse valeur pronostique. Tant qu'elle persiste, il n'y a pas de régénération nerveuse.

EVOLUTION

1° *Régénération.* — Cette régénération peut être spontanée, si la section a été incomplète ;

Ou secondaire à la suture nerveuse, surtout s'il s'agit d'une plaie du radial ou du sciatique profilé externe ;

— La sensibilité reparaît la première ;

— Les troubles trophiques et l'atrophie musculaire disparaissent ;

— Peu à peu la motilité revient.

2° *Pas de régénération nerveuse.* — La paralysie, l'anesthésie et les troubles trophiques persistent. Si la plaie a été infectée et a suppuré longtemps, on peut observer des accidents de névrite ascendante.

FORMES CLINIQUES

Nous ne nous arrêterons pas aux formes suivant le siège de la lésion et le nerf atteint. Mais nous aurons surtout en vue les trois grandes classes de symptômes correspondant à trois formes d'accidents :

1° *Syndrome d'interruption physiologique.* — Ici, les symptômes qui dominent sont :

— Les troubles moteurs accentués, avec perte complète du tonus musculaire, et réaction de dégénérescence complète ;

— Les troubles sensitifs très nets ;

— Et des troubles trophiques possibles.

Tous ces signes sont extrêmement fixes.

Ce syndrome s'observe dans les *sections complètes et le pseudo-névrome d'attrition.*

2° *Syndrome de compression.* — Rappelle beaucoup le précédent.

Mais la sensibilité profonde peut être en partie conservée. Les masses musculaires restent souvent sensibles à la pression. Il peut y avoir simple hypoesthésie dans le territoire sensitif. La réaction de dégénérescence n'est souvent qu'ébauchée.

Ce syndrome s'observe *dans les pseudo-névromes fibreux extra ou intra-nerveux.*

3° *Syndrome d'irritation.* — Ici, il y a prédominance très marquée des symptômes douloureux et des troubles trophiques.

La causalgie est extrêmement pénible et consiste en des accès paroxystiques de douleurs brûlantes le long du tronc nerveux.

Les troubles vaso-moteurs et trophiques sont intenses.

Les troubles moteurs sont peu marqués.

Ce syndrome s'observe dans les cas de névrite interstitielle avec induration simple du nerf et dans les cicatrices fibreuses périnerveuses.

DIAGNOSTIC

1° Aussitôt après l'accident, le diagnostic repose sur :

— Le siège de la blessure ;

— *Les troubles moteurs ;*

— La vérification opératoire.

2° Longtemps après le traumatisme, le diagnostic repose sur :

— L'atrophie musculaire ;

— Les attitudes vicieuses ;

— Les phénomènes d'anesthésie ;

— L'examen électrique, qui renseigne en outre sur le pronostic.

Et ainsi on éliminera facilement :

— Les impotences d'origine articulaire, musculaire, osseuse ;

— Un syndrome de Wolkmann au membre supérieur ;

— L'hystérie.

TRAITEMENT

Indications. — Il faut intervenir le plus tôt possible. Mais, si la lésion n'est que secondairement reconnue, on interviendra dès cicatrisation de la plaie.

On intervient :

— Pour les sections complètes, les sections partielles, les lésions accompagnées de douleur intense (causalgie) ;

— Pour corriger orthopédiquement les déformations articulaires et certaines impotences ;

— On peut être amené à intervenir pour réduire les troubles trophiques.

Technique. — 1° *Les sections nerveuses complètes relèvent : surtout de la suture nerveuse bout à bout, qui est le procédé de choix.* Pour cela, il faut avoir une plaie aseptique, suturer les extrémités nerveuses saines, les affronter sans traction, ni torsion. On se rappellera que le radial et le sciatique poplité externe sont les meilleurs nerfs au point de vue suture.

— Accessoirement, *de la greffe.*

2° *Les sections nerveuses incomplètes* relèvent aussi de la suture, avec parfois indication d'une résection de chéloïde nerveuse.

3° *Les englobements nerveux* seront traités par la neurolyse, qui a donné de bons résultats.

4° *Les syndromes douloureux* (causalgie) seront traités avant tout par la sympathectomie périartérielle.

5° *Certaines paralysies incurables* seront corrigées par des arthrodèses et des opérations tendineuses.

6° *Aux troubles trophiques très intenses*, on appliquera la reconstitution nerveuse et la sympathectomie périartérielle.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 35, p. 650.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens
NÉOLYSE et néolyse radioactive
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

SULFARSENOL
ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX
ARSENOS-SOLVANT
Adopté par les Hôpitaux
LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : Auteuil 26-62

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE
Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique
Phosphatée
Lithinée
Caféinée
Ne se délivrent qu'en cachets
THÉOSALVOSE
Cachets dosés
0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose
DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.
THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure
Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses
Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS
R. C., 2,16. Seine.

FARINES MALTÉES JAMMET

Régime des
Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets. JAMMET, rue de Miromesnil, 47, PARIS

PHANODORME

procure un sommeil paisible et réparateur suivi d'un réveil euphorique

non toxique, aucune action nocive sur l'appareil rénal ou respiratoire, ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20

BAYER

Renseignements et demandes d'échantillons :
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

« DÉPOT GÉNÉRAL : »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 19 MAI 1934. — N° 40.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La communication interventriculaire ou maladie de Roger, par M. S. THIEFFRY.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de thérapeutique.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les anciennes contributions, par M. J.-M. LE GOFF.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve de thérapeutique chirurgicale.* — MM. Meillère, 29 ; Sauvage, 28 ; Redon, 30 ; Reinhold, 28.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Deuxième épreuve théorique anonyme.* — Question donnée : « Lésions traumatiques obstétricales de la tête fœtale (boîte cranienne et son contenu). »

Epreuve clinique. — MM. Sureau, 30 ; Weill, 27 ; Suzor, 29 ; de Peretti della Rocca, 27.

Composition d'anatomie et de physiologie. — MM. Sureau, 25 ; Suzor, 24 ; Weill, 22 ; de Peretti della Rocca et Bidoire, 19.

Composition d'accouchement. — MM. Sureau et Suzor, 28 ; de Peretti della Rocca, 25 ; Weill, 20.

Classement des candidats : MM. Sureau, 83 ; Suzor, 81 ; admissibles ; de Peretti della Rocca, 71 ; Weill, 69.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Un concours pour la nomination de deux internes titulaires et deux internes provisoires aura lieu le mercredi 4 juillet 1934, à 10 h., salle de la bibliothèque, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Le registre d'inscription sera clos le 25 juin 1934.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat. — Epreuve de dissection.* — MM. Lazard, 29 ; Calvet, Judet, Leuret, Mutricy, 27 ; Barraya, Mialaret et Rousseau, 26 ; Roux, 25 ; Gasné, 23.

Sont déclarés admissibles : MM. Lazard, Calvet, Leuret, Mialaret et Judet.

— *Concours du prosectorat. — Epreuve écrite.* — Séance du 15 mai. — MM. Hepp, 30 ; Aboulker, 27 ; Rudler, 26 ; Dufour, 25.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur en 1934 :

Pour officier. — (Réserve.) MM. Diénot, Decoopman, Kelle, Menu, Guth, Dubois, Lenoble, Grynfeltt, Grenié, Piéry, Brunetière, Ducourthial, Hoummel, Weber, Cruchet, Blanchard, Lande, Louste, Trèves, Simonin, Mathieu, Bonhoure, Meynier, Morel, Béliard, Pinard, Hourtoulle, Fabre, Okinczyc, Plontz, Longuet, Boisson, Aubry, Houchard, Lhoste, Koun, Damond, Marque.

LA NOUVELLE DIRECTION DE L'INSTITUT PASTEUR. — Après plusieurs mois de méditations le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur vient de désigner le successeur d'Emile Roux. Comme on s'y attendait, c'est M. LOUIS MARTIN, sous-directeur de l'Institut Pasteur, qui a été choisi.

M. Louis Martin, ancien collaborateur de Roux, est trop connu pour qu'il soit nécessaire de s'étendre sur son œuvre. Il suffira de rappeler que lorsqu'il était encore interne des hôpitaux, en 1894, au Congrès de Budapest, il eut le grand honneur de voir son nom associé à celui de Roux, au sujet de la découverte du sérum antidiphtérique. Depuis, il n'a pas cessé d'être le collaborateur et le confident de son maître.

Comme Emile Roux, M. Louis Martin a une qualité domi-

VIN GIRARD

Iodo-tannique phosphaté

LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

nante : la simplicité. Originaire des montagnes du Velay, il possède ainsi que ses frères, M. Germain Martin, actuellement ministre des Finances, et M. Martin-Binachon, sénateur de la Haute-Loire, les vertus que l'on reconnaît aux Cévenols : la droiture et l'amour du travail. Il y ajoute la probité scientifique.

M. GASTON RAMON, à qui l'on doit tant de belles recherches et notamment la découverte des anatoxines, devient sous-directeur. On sait qu'il était le neveu d'Emile Roux.

Avec MM. Louis Martin et Gaston Ramon on peut être assuré que les grandes traditions léguées par Pasteur et Emile Roux seront dignement conservées.

61e Croisière de la « Revue Générale des Sciences », organisée sous le patronage de l'Association de la Presse Médicale Française, du 28 juillet au 19 août 1934, sur le *Foucauld*, des Chargeurs Réunis, dans les mers arctiques : Edimbourg, Féroë, Islande, Spitzberg, Norvège.

Prix : de 6.500 francs (cabine seule avec bain) à 4.000 fr. (cabine à deux) et au-dessous.

Une remise de 5 pour 100 sera faite aux membres du Corps médical, aux internes et externes et leurs familles, qui remettront leur inscription à l'Association de la Presse Médicale Française, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e).

Itinéraire : le *Foucauld* quittera Dunkerque le 28 juillet à minuit, et sera le lendemain au jour en vue des côtes anglaises, qu'il longera jusqu'à Lith, port d'Edimbourg. Une excursion est prévue dans la ville de Marie Stuart, permettant de visiter le château, la cathédrale Saint-Gilles, le Palais et l'Abbaye de Holy-Road, le Château de Craigmillar, la Chapelle de Roslin, et de voir de près le gigantesque pont sur le Forth. — Départ après le dîner, et arrivée le lendemain matin dans l'archipel des Féroë. — Escale à Torshavn et visite de la ville. Le bateau lèvera l'ancre à 17 heures, pour perdre les îles de vue à la nuit.

Le 3 août, arrivée en Islande et excursions aux geysers. — Pointant vers le Nord-Est, le *Foucauld* croisera les volcans éteints de Jan-Mayen, se dirigera vers les glaces flottantes, les « floos », qui bordent de plus ou moins loin, suivant les années, la calotte glacière du pôle, et atteindra, le 8 août, l'un des fjords les plus pittoresques du Swalbard (en allemand : Spitzbergen), la baie de La Madeleine, tout environnée de glaciers, et dont le fond est formé par la barrière d'un fleuve de glace, qui s'y déverse et s'y désagrège en petits icebergs aux formes tourmentées et bizarres. D'autres fjords de contours et d'aspects variés, dont le grand Ice Fjord, peuplés d'innombrables oiseaux, défileront successivement. En quittant le Swalbard, le *Foucauld* passera en vue d'une grande île désolée aux contours abrupts : l'Ile aux Ours, où souvent les effets de lumière sont des plus curieux.

Le 11 août, à 20 heures, après avoir doublé le Cap Nord, le *Foucauld* touchera à nouveau la terre ferme, et c'est alors que commencera la navigation côtière, très spéciale, des côtes norvégiennes, entre les îles et les fjords, coupée d'escales à Tromso, Narvik, Dingermunlen, Trondhjem, Kristiansund, Oye, Merok, Bergen, et agrémentée de jolies excursions dans la montagne, aux lacs et aux cascades ; de visites de monuments scandinaves où le bois souvent est le seul matériau dont disposait l'architecte, telle la petite église de Fantoff, joyau, joujou ou maquette, dont l'auteur a transposé sur sapin chevillé les premiers élans de nos cathédrales gothiques.

Retour à Dunkerque, le 19 août, à 22 heures, où le train spécial attendra les voyageurs pour Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'« Association de la Presse Médicale Française », 3, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e). Téléph. Littré 14-61.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ANCIENNES CONTRIBUTIONS

Nous rappelons à nos confrères qu'il est indispensable de surveiller la manière dont nos anciennes contributions sont calculées. (Voir à ce sujet la note sur le calcul de la patente, Herpin, *Gaz. Hôp.*, n° 37, 1934, p. 670.)

Le 25 avril dernier, le Préfet et le Secrétaire général de la Seine ont fait afficher sur les emplacements réservés ce qui suit :

AVIS AUX CONTRIBUABLES

« MM. les commissaires répartiteurs se tiendront dans les mairies à la disposition des contribuables tous les *mardis* et *vendredis*, de 13 à 16 heures, du 1er mai au 15 juillet 1934, pour recevoir leurs revendications et leur fournir tous les renseignements utiles sur les anciennes contributions directes, les taxes assimilées et les taxes municipales. »

Confrères contribuables, ne tardez pas à répondre à cet appel.

J.-M. LE GOFF.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mercredi 23 mai. — Jury : MM. Lemierre, président ; Lœper, Proust, Strohl. — M. RAISON. Etude de l'anthrax du rein. — M. CARBONELL. Etude des abcès du poumon consécutifs à des interventions abdominales. — M. KECHAWARZ. L'ulcéro-cancer de l'estomac. — M. PATRY. Etude des luxations sous-astragaliennes. — M. CHARLES (Alfred). De l'auscultation collective.

Jeudi 24 mai. — Jury : MM. Guillain, président ; Lenormant, Rathery, Fey. — M. CARDELLA. Le torticolis spasmodique au cours de la sclérose en plaques. — M. ROSENRAUCH. Les injections sous-cutanées de gaz carbonique et de gaz thermaux carboniques de Royat. — M. TARCHIANI. Traitement du cancer vésical par cystectomie partielle.

Samedi 26 mai. — Jury : MM. Achard, président ; Lereboullet, Maurice Villaret, Chabrol. — M. FRANÇOIS. Le système nerveux et les états de choc. — M. MARTIN. Les hématémèses d'origine pancréatique. — M. CROQUELOIS. Traitement abortif du phlegmon de la loge amygdalienne par le collargol intra-veineux. — M. GUERMANN. Introduction à l'étude du météorisme abdominal dans les cirrhoses du foie.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE

Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS

QUELQUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES
DAUSSE

Médications :

ANTIDIARRHÉIQUE — La **SALICAIRE** DAUSSE (*fluide*) - 3 à 5 grammes par jour.

ANTIFURONCULOSIQUE — L'**ANTIFURONCULEUX** DAUSSE - (Bardane stabilisée, Etain, Manganèse) 3 pilules matin, midi et soir.

ANTISPASMODIQUE — L'**INTRAIT de PASSIFLORE** (Intraits de Passiflore, de Valériane, Aubépine, Gelsémium) - 2 cuillerées à café par jour, 1/4 d'heure avant le repas de midi et du soir.

ANTITUBERCULEUSE — Les **CAMPHODAUSSE** injectables

a) **Strychniné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,20; Sulf.-Strych. 0,001)
1 ampoule par jour.

b) **Cholestériné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02)
1 ampoule tous les 2 ou 3 jours.

c) **Strychniné-Cholestériné**, *amp. 2 c. c.*
(Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02; Sulf.-Strychniné 1/2 millig.)

d) **Spartéiné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,20; Sulf.-Spartéine 0,04)
1 à 3 ampoules par jour.

HÉPATIQUE — **ARTICHAUT** (*pilules* DAUSSE) 4 à 6 par jour avant les repas — **HÉPATIQUE** *tisane* DAUSSE) 1 tasse à thé d'infusion le soir au coucher

NERVEUSE — Les Gouttes **ARSÉNOSTHÉNIQUES** DAUSSE
(Strychnine, Méthylarsinate, Extrait Cola, Extr. Quina)
XX gouttes = Sulf.-Strych. 0,001 ; Méthyl. 0,005.

Débuter par 10 gouttes à chaque repas, progresser jusqu'à l'apparition des symptômes de saturation ; on peut atteindre ainsi progressivement 100 et même 200 gouttes par repas. (Cette dernière dose 0,01 de Strychnine.

REVUE GENERALE

LA COMMUNICATION INTERVENTRICULAIRE OU MALADIE DE ROGER

Par M. STÉPHANE THIEFFRY,
Interne des hôpitaux de Paris.

C'est à Roger que revient le mérite d'avoir isolé une affection caractérisée cliniquement par un souffle systolique à siège spécial, et un frémissement, sans grands signes fonctionnels et à évolution longtemps bénigne.

Par la simple déduction, il arrivait à penser que tous les signes relevaient d'une malformation congénitale : une communication interventriculaire isolée.

En 1891, Legroux et Dupré sur les mêmes signes refaisaient ce même diagnostic, mais apportaient les premiers la confirmation anatomique à l'autopsie.

Pour certains auteurs, la Maladie individualisée en 1879 par le Médecin des Enfants Malades garde son entière autonomie anatomo-clinique et reste la plus fréquente des Cardiopathies congénitales.

D'autres au contraire la regardent comme une affection relativement rare, voire exceptionnelle.

D'une part, les anatomistes étudient le développement du cœur embryonnaire et arrivent à cette conclusion que, dans les cas les plus purs en apparence s'ajoute à la communication interventriculaire un rétrécissement de l'Infundibulum pulmonaire.

Les cliniciens, d'autre part, essaient d'interpréter les signes de l'auscultation. Malgré tous les progrès réalisés dans cette voie, les diagnostics qui paraissaient les plus solides sont souvent démentis par les constatations d'autopsie.

Les confrontations anatomo-cliniques semblent avoir incité nombre de pédiâtres et de cardiologues à une extrême prudence. « Sous des aspects faciles, les cardiopathies congénitales restent encore un des problèmes les plus ardus de la Cardiologie. »

Il était donc intéressant d'essayer de fixer ici les notions nouvelles et les discussions sur l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution de cette malformation. Il est nécessaire de rappeler brièvement auparavant le mode de cloisonnement du cœur fœtal.

***

On peut représenter le cœur à la troisième semaine de la vie intra-utérine comme un tube contractile vertical et droit. Sa partie moyenne mérite le nom de ventricule primitif, son extrémité céphalique constitue le bulbe artériel (bulbus cordis). Son extrémité caudale reçoit le sinus veineux et se renfle pour constituer l'oreillette primitive. Oreillette primitive et ventricule primitif sont séparés par le canal atrioventriculaire.

On assiste à une véritable plicature du tube cardiaque qui va prendre la forme d'un S couché. Le ventricule primitif se coude et se place horizontalement. Le sinus veineux remonte en haut et en arrière. L'oreillette se place au-dessus du ventricule. Le bulbe artériel reste dans l'ensemble vertical et semble se détacher de la partie antérieure et droite du ventricule primitif.

Dès lors nous retrouvons la forme générale extérieure du cœur.

Vont maintenant se produire les modifications intérieures : les cloisonnements.

On ne semble guère d'accord sur l'ordre de succession de ces cloisonnements. Très schématiquement nous adopterons la description suivante :

1° Une cloison médiane, le septum superius, partage en deux oreillettes droite et gauche l'oreillette primitive.

2° Le canal atrioventriculaire, aplati d'avant en arrière, présente deux lèvres antérieure et postérieure : les bourgeons endocardiques antérieur et postérieur de Schmidt. Ces deux lèvres vont s'unir en un septum intermedium et dès lors sont constitués les 2 orifices auriculo-ventriculaires. Le cloisonnement auriculaire est maintenant complet. Reste le cloisonnement ventriculaire.

3° Pour bien comprendre la genèse de la malformation étudiée, il faut se représenter à la face antérieure du ventricule primitif le bulbe artériel. Sa partie inférieure forme une véritable dépendance du ventricule : le bulbus cordis, cependant que de sa partie supérieure vont naître les deux gros troncs artériels : aorte et pulmonaire.

A la face cavitaire du ventricule, une épaisse cloison se forme : le septum inferius. Cette cloison s'accroît de bas en haut. Son bord supérieur s'unit en arrière au septum intermedium, mais reste libre en avant au niveau du bulbus cordis. Il faudra attendre le cloisonnement du bulbe artériel pour voir se terminer la séparation définitive des deux ventricules.

4° Le cloisonnement du bulbe est complexe. A sa partie supérieure, quatre bourrelets se sont formés ; ils donneront les valvules sigmoïdes. Au-dessus des valvules sigmoïdes, la lame spirale aorticopulmonaire va isoler les deux vaisseaux du pédicule artériel.

A sa partie inférieure, une cloison sagittale va apparaître aux dépens de deux bourrelets antérieur et postérieur.

Cette cloison ou septum aorticum va en quelque sorte descendre à la rencontre du septum inferius et se *souder* à ce dernier.

La séparation de l'Aorte et de l'Artère pulmonaire est déjà faite, quand il persiste encore entre les replis inférieurs du bulbe, le septum interventriculaire et le bourrelet endocardique antérieur, un pertuis qui fait communiquer les deux ventricules. Par une ultime prolifération de tous ces éléments s'achève la fermeture de la cloison interventriculaire. Commencée vers la fin du premier mois, elle se termine au début de la 8e semaine.

Pour élémentaires que soient ces notions embryologiques, elles permettent cependant un certain nombre de remarques intéressantes :

— La communication interventriculaire serait mieux dénommée communication interbulbaire puisque, selon les remarques de Keith, elle intéresse surtout les origines de l'Aorte et de l'Artère Pulmonaire.

— Le cloisonnement du bulbe joue, au cours de ces phénomènes compliqués, un rôle majeur. Un arrêt ou

une altération de son développement (quelle qu'en soit la cause) sera à l'origine de la communication interventriculaire, mais aussi d'une de ces nombreuses malformations de l'Infundibulum pulmonaire ou des valvules. Rokitansky, Keith mettant en lumière les anomalies de cloisonnement du bulbus cordis, expliquaient la fréquence des malformations complexes.

***

Voyons maintenant comment se présente la communication interventriculaire, tout en discutant, au point de vue anatomique, la fréquence de cette malformation dans le groupe des anomalies cardiaques.

L'absence totale de cloison interventriculaire réalisant une cavité ventriculaire unique coïncide très souvent avec l'agénésie de la cloison auriculaire. Cette malformation qui semble de prime abord incompatible avec la vie fut cependant rencontrée à l'autopsie de sujets âgés de seize, vingt et même vingt-quatre ans (observation de Sanger).

Le pertuis de la cloison interventriculaire siège rarement à la partie postérieure ou à la partie inférieure de celle-ci. (Il existe une seule observation de perforation en plein muscle.) C'est à sa partie supérieure qu'on la retrouve, en cette portion qui, nous l'avons vu, est obstruée tardivement par la prolifération de divers bourgeons. Il existe d'ailleurs normalement à la partie supérieure de la cloison interventriculaire un petit espace membraneux de 15 à 20 mm² triangulaire ou elliptique, de 1 mm. 1/2 à 2 mm. d'épaisseur formée par les endocardes et du tissu fibreux qui a reçu les noms de pars membranacea septi (Thurmann), undefended space (Peacock), espace d'Alvarenga.

Dans certains cas, la communication interventriculaire occupe exactement l'emplacement de cette pars membranacea (Peacock). D'autres fois, la communication lui est sous-jacente ; elle est limitée à sa partie postéro-inférieure par le tissu musculaire de la cloison, à sa partie supérieure par du tissu membraneux (Rokitansky).

Ce pertuis a des dimensions assez variables suivant les cas, de 3 à 15 mm. Il est arrondi ou semi-lunaire. Son orifice ventriculaire droit peut être plus large que le gauche.

Des communications extraordinaires se trouvent réalisées dans certaines observations : obturation par membrane flottante (Variot), communication interventriculaire double (Mac Intosch).

Les rapports immédiats du pertuis méritent d'être précisés :

— Il est très antérieur juste au contact de la valve sigmoïde droite de l'Aorte, rapport qui nous intéressera plus tard pour la discussion de certains souffles.

— Il répond à gauche à la cavité ventriculaire, à droite il est en rapport immédiat avec la valve tricuspidienne. Si on accepte les ingénieuses remarques de Géraudel, la pars membranacea est en contact avec la « chambre de chasse » du ventricule gauche, mais avec la « chambre de remplissage » du ventricule droit.

A lire les travaux des Anatomopathologistes, on est étonné de voir la rareté de la communication interventriculaire pure. La statistique d'Arthur Keith en donne seulement 9 cas sur 270 cœurs anormaux.

Nous ne ferons que rappeler brièvement ici certaines malformations peu communes qui accompagnent la communication interventriculaire. Telles sont les associations :

— Avec une sténose sous-aortique ou une véritable atrésie aortique ;

— Avec une transposition des gros vaisseaux et une communication interauriculaire comme dans le cas de Babonneix et Paisseau ;

— Avec un tronc artériel unique qui n'est en somme qu'un bulbus cordis non évolué ;

— Avec le canal artériel ;

— Avec des anomalies veineuses : la V. P. S. D. allait se jeter dans la veine cave supérieure dans l'observation de Gérard ;

— Avec des atrésies mitrale ou tricuspidienne ;

— D'autres fois, il y a en même temps que des malformations complexes une inversion viscérale.

Il serait fastidieux de multiplier ces observations de monstruosités « farces de la nature formatrice ».

Remarquons que, dans certains cas, la C. I. apparaît, oserait-on dire, comme providentielle : malgré une transposition des gros vaisseaux, elle permet une survie de 19 ans dans le cas de Charrin et Lenoir. Nous n'insisterons pas plus sur ces malformations complexes entraînant en règle une mort rapide.

Par contre, il faut mettre en premier plan la malformation de l'Infundibulum pulmonaire. Les Anatomistes (Keith, Letulle) n'hésitent pas à le reconnaître dans 80 à 90 % des cas. Sans nier l'existence d'une communication interventriculaire isolée, force est de rattacher à la Maladie de Roger les cas où l'Infundibulum pulmonaire est vicié *sans être rétréci*. C'est Laubry et Pezzi qui défendent avec vigueur cette dernière opinion.

Tous les degrés sont observés dans cette malformation, rétrécissement sous-infundibulaire ou canaliculaire ; s'y joint aussi le déjetement de l'orifice pulmonaire à droite : l'orifice aortique vient se placer à cheval sur la cloison interventriculaire répondant par 1/3 de sa lumière au ventricule droit (Trilogie de Falot).

En terminant cette étude anatomopathologique, il faut signaler le voisinage du système de conduction. C'est juste en arrière de l'undefended space que se trouve le nœud d'Aschoff Tawara. Le faisceau de His passe, dit Keith, à la partie supérieure du septum interventriculaire, voisinage à retenir pour la discussion de certaines bradycardies.

Enfin il est assez fréquent d'observer à l'endroit même de la communication et à son voisinage des altérations inflammatoires. En parler, c'est ouvrir la discussion pathogénique.

***

Nous n'insisterons pas outre mesure sur le chapitre de la Pathogénie, nous contentant de rappeler que c'est peut-être au sujet de la C. I. que s'affrontent avec le plus d'énergie les deux pathogénies embryogénique et infectieuse.

1° Après Meckel, Linder, Rokitansky, Keith, beaucoup d'auteurs modernes se rattachent à la théorie em-

bryogénique. Ce que nous avons dit plus haut de l'incorporation du bulbus cordis explique à leurs yeux l'inocclusion du septum interventriculaire. Rechercher la cause de cette viciation, c'est aborder le grave problème de l'hérédité tératologique. Il est en tout cas certain que, les faits d'hérédité de similitude cliniques et expérimentaux, les faits d'hérédité d'analogie familiers à tous les pédiâtres viennent plaider en faveur de cette théorie. Il est évident que dans certaines observations, on reste étonné de la multiplicité des malformations et à vrai dire, chez le malade de Grenet où s'associaient une brièveté congénitale du voile, un orteil bifide par phalangette sunuméraire, soudure des 4e et 5e métacarpiens, l'absence d'une vertèbre cervicale, la C. I. apparaît presque comme un épiphénomène.

2° Morgagni, Kreysig, Peacock, Cruveilhier avaient déjà parlé de l'origine infectieuse des malformations cardiaques, Lancereaux s'en est fait le champion irréductible, et Letulle s'appuyant sur l'anatomie comparée et l'anatomie pathologique humaine, prend nettement position. « Les malformations congénitales du cœur de l'homme reconnaissent une cause déterminante : les infections aiguës qui atteignent l'embryon dès les premiers jours de son développement. » Il insiste sur la coexistence de la malformation avec des lésions macroscopiques (taches blanchâtres et nacrées) et microscopiques : dislocation en touffes, en buissons des fibres myocardiques, véritable cirrhose myocardique qui semble avoir touché des fibres musculaires très jeunes. C'est au niveau du cœur droit que siègent électivement ces lésions et la persistance d'une communication septale peut sans doute être considérée comme une voie de dérivation nécessaire.

Nous ne reprendrons pas les objections apportées à cette théorie et si judicieusement discutées dans le livre de Laubry et Pezzi. Sans doute chacune de ces théories contient-elle une part de vérité et tout au moins peut-on s'arrêter momentanément à une théorie éclectique. Si l'infection ne joue pas toujours un rôle direct dans la pathogénie de la malformation, peut-être a-t-elle joué un rôle dans la « polarité » des éléments fécondants en déclenchant un trouble ontogénique.

C'est ainsi que la syphilis de 1re ou 2e génération jouerait un rôle important (Babonneix, Apert, Debré, Cambessedès, Grenet, Thèse de Louvet).

Le rôle de la tuberculose semble des plus douteux (Lancereaux).

Nous rappelons enfin que l'intoxication : alcoolisme, saturnisme, goutte, diabète, le traumatisme ont pu être invoqués tout à fait exceptionnellement et sans grandes preuves. La consanguinité est relevée dans quelques observations.

*
* *

Nous plaçant sur le terrain clinique, voyons si tout reste solide de la définition de Roger : de même qu'il a fallu élargir son cadre anatomique, ne doit-on pas en modifier les signes classiques, lui ajouter quelques signes en apparence paradoxaux, faire quelques réserves sur sa réputation de bénignité ?

Ce sont là des questions qui intéressent médecins d'adultes et pédiâtres puisque l'évolution en reste souvent très longue.

Mettons à part les cas où une infection, une fatigue hâtent l'évolution, provoquent des symptômes évocateurs d'emblée d'une affection cardiaque, on peut dire que la symptomatologie fonctionnelle de la C. I. reste pauvre.

A la faveur d'une auscultation systématique, on a pu en faire le diagnostic au premier jour (Roger), au 4e jour (Marfan). On a pu le reconnaître à l'examen de nourrissons qui ne prenaient pas de poids ou bien parce que des malformations multiples incitaient à rechercher au cœur une anomalie somatique de plus.

Dans la majorité des cas, tout signe fonctionnel manque. La capacité fonctionnelle ne semble en rien diminuée. La cyanose manque. Nous verrons plus loin les réserves nécessaires.

On va découvrir la lésion par hasard. Le sujet a tous les attributs de la bonne santé, accuse au maximum quelques palpitations ou algies précordiales.

A l'examen deux signes de premier plan : frémissement, souffle.

Frémissement cataire très intense, disait Roger dans l'observation princeps. On le retrouve ainsi décrit dans presque toutes les observations. Systolique, traduction tactile du souffle, il semble d'autant plus intense que le souffle paraît plus rude et plus superficiel. Il peut manquer alors que le souffle existe (surtout chez le nourrisson). Bard en a précisé minutieusement le siège. Dans l'ensemble, il est beaucoup plus localisé que le souffle. Son foyer subit un déplacement marqué suivant le décubitus : en dorsal extrémité interne des 3e et 4e espaces intercostaux gauches, en latéral droit bord droit du sternum, en latéral gauche région du mamelon. Pour cet auteur, aucun frémissement ne présente cette variabilité.

Dans la même communication à l'Académie des Sciences, Roger donnait comme caractéristiques « un souffle systolique ou mieux un bruissement dont le siège maximum n'est pas à la pointe du cœur, mais au tiers supérieur de la région précordiale, sur la ligne médiane, comme la cloison interventriculaire. Unique et très prolongé, il commence avec la systole. Il est fixe, sans propagation dans les gros vaisseaux... » On a pu depuis en préciser les caractères cliniques. Dans la plupart des observations, son siège reste rétrosternal et médiosternal ; entre les extrémités sternales des 3e espaces intercostaux droit et gauche, ou bien maximum à gauche, décalé d'autres fois au 3e espace intercostal droit ou à la 4e côte ou même (Burresi) à l'extrémité interne du 4e E. I. gauche. Son timbre est rude, rapeux, vibrant.

Les propagations du souffle ont été fort discutées et méritent d'être précisées. Roger lui donnait une propagation transversale vers la droite dépassant largement le sternum.

On a mis en valeur sa propagation xyphoïdienne et hépatique.

Doit-on opposer ces deux irradiations ? Il ne paraît pas et la différence semble tenir à l'état de dilatation du ventricule droit au siège de l'orifice, à sa dimension, à la forme du thorax. On peut concevoir que si le ventricule droit est encore tonique et se détache de la paroi au moment de la systole, la veine liquide

vient frapper la tricuspide : le souffle reste médian et se propage peu.

Au contraire, si on a affaire à un ventricule droit dilaté, largement en contact avec la paroi thoracique, et reposant largement sur le foie, la veine liquide frappe de haut en bas la paroi ventriculaire. Le souffle peut se propager nettement vers la région xyphoïdienne et hépatique.

Enfin une dernière propagation a été l'objet de nombreuses publications et a connu une fortune diverse. C'est l'irradiation vers les vaisseaux du cou. Laubry et Pezzi, en 1913, étudiant les souffles des maladies congénitales du cœur droit, pensent que cette propagation ne se rencontre que dans les C. I. associées à un rétrécissement pulmonaire. Le souffle perçu à la fosse susclaviculaire droite dans ces conditions semble bien dû à la C. I.

Discutant de sa production, ils rejettent l'origine artérielle (que Deutsch avait acceptée avant eux) et admettent au contraire la propagation du son par le système veineux.

Depuis cette date, on a pu mettre en doute toute la rigueur de ces affirmations. Laubry lui-même et ses élèves revenant tout récemment sur cette question, estiment actuellement que cette propagation s'observe parfois sans qu'on puisse trop s'aventurer sur le terrain pathogénique. L'intensité du souffle, l'étroitesse de la cage thoracique, les connexions étroites des cavités cardiaques et des vaisseaux du cou sont les facteurs intriqués de cette propagation d'ailleurs rare.

Frémissement et souffle systolique restent les symptômes de base de la C. I.

Deux autres ont été signalés :

— L'un très banal : l'accentuation du 2e bruit encore plus inconstant ici que dans les cardiovalvulites habituelles.

— L'autre au contraire va soulever des problèmes cliniques extrêmement intéressants : il s'agit du souffle diastolique de la Maladie de Roger.

Déjà signalé par Abbot qui le retrouvait dans 1/10 des cas, il est l'objet d'un travail de Bard. Souffle très doux, très faible et lointain, holodiastolique, remplaçant brusquement le souffle systolique et ayant le même siège que lui, se propageant peu et s'exagérant en décubitus gauche.

S'appuyant sur les caractères du pouls veineux observés dans ces cas (onde supplémentaire diastolique nette), Bard a attribué ce souffle au passage à travers le pertuis de la cloison d'une veine liquide allant du ventricule droit au ventricule gauche pendant la diastole.

D'autres auteurs ont discuté son interprétation graphique, rejeté sa conclusion et invoquent une insuffisance aortique concomitante. Laubry, en particulier sur des pièces anatomiques, vient de montrer la réalité de l'I. A. causée par le tiraillement de brides, l'inflammation aortique de voisinage. Ceci est à rapprocher de ce que ce même auteur a décrit au cours de certains rétrécissements mitraux.

***

Peut-on encore tirer quelques renseignements intéressants de l'examen clinique du malade ?

On a décrit les modifications d'intensité du souffle accentué ou diminué au cours de l'expiration forcée à glotte fermée.

L'absence du pouls paradoxal dans les mêmes conditions, signes qui semblent de maigre importance.

Est-on mieux renseigné par les examens complémentaires Radio, inscriptions graphiques, électrocardiogramme.

1° *Radiographie.* — On a décrit une silhouette radiologique de la Maladie de Roger : le cœur rond, par hypertrophie de ses 2 ventricules ; globuleux, il dépasse le sternum. Sa pointe est mousse, soulevée au-dessus du diaphragme. Le diamètre transverse est augmenté, l'arc moyen normal. C'est là un bon signe, mais inconstant. En fait, dans nombre d'observations, la silhouette cardiaque ne subit pas de déformation ou se voit discuter sur des nuances ou bien la dilatation est considérable mais porte sur le ventricule gauche.

2° *Phlébogramme.* — On en a étudié les modifications les plus minimes, mais en vérité, le tracé ne semble pas pouvoir donner des renseignements décisifs.

Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il existe quelques caractères communs à toutes les affections qui entraînent la stase de l'oreillette droite : exagération de l'onde *a* dite onde présystolique ou auriculaire qui est la manifestation de l'activité systolique de l'oreillette droite.

Inconstamment de petites ondulations intermédiaires entre le sommet de *c* (onde correspondant à la systole ventriculaire) et le pied de *v* (onde diastolique).

3° *Electrocardiogramme.* — Il donne des renseignements qui ne sont point négligeables. Tous tendent à mettre en évidence l'hypertrophie des cavités droites.

En dérivation I : l'électro paraît « renversé », S très accentué, R à peine marqué. C'est l'inverse en dérivation III.

Einthoven fait d'ailleurs remarquer que ces sujets gardent le tracé électrocardiographique du nouveau-né.

Stejfa très récemment dans un article très documenté essaie de formuler les renseignements donnés par l'électrocardiogramme : si l'examen clinique fait supposer une maladie congénitale et si l'électro est normal, on ne peut pas admettre le R. P. mais plutôt une maladie de Roger.

Enfin l'électro apportera des renseignements intéressants dans les formes avec bradycardie que nous allons voir plus loin.

***

Parmi les formes anormales de Maladie de Roger, trois semblent devoir être mises en valeur :

— Les formes silencieuses et à symptomatologie atténuée ;

— Les formes avec cyanose ;

— Les formes avec troubles du rythme.

1° On a observé des communications interventriculaires indiscutables sans souffle. Cette absence de souffle s'expliquant tantôt par l'étroitesse du pertuis qui s'oblitère quasi totalement au moment de la contrac-

tion ventriculaire, tantôt par l'énormité de la communication : il n'y a plus dans ces cas de veine liquide.

Gauthier et Megevand ont rapporté plusieurs observations de C. I. avec souffle très léger chez le nourrisson. Ces souffles qui, de surcroît, ne semblent pas authentifiés par un frémissement, risquent ou de passer inaperçus ou d'être interprétés comme des souffles anorganiques.

2° L'absence de cyanose n'est pas absolue. Il reste vrai dans l'ensemble que l'apparition de ce symptôme exige une malformation double. Cependant certaines observations bien étudiées prouvent indubitablement qu'on peut la rencontrer en l'absence de toute autre malformation et sans altération pulmonaire (Cestan et Trémolières, Variot, Florand et Grenier-Findlay Blair).

L'accès de cyanose et toutes les manifestations hématologiques qui en résultent peuvent évidemment être mis sur le compte d'un renversement du courant circulatoire. Le cas signalé par Bard où une cyanose transitoire apparaît au cours d'une crise de tachycardie paroxystique en semble une illustration frappante. Il semble cependant que dans certains cas elle peut être en rapport avec la stase périphérique, une modification vasculaire périphérique accompagnant la lésion cardiaque.

3° Les observations de C. I. avec troubles de rythme connues depuis longtemps ont été minutieusement analysées par l'inscription électrocardiographique.

La dissociation auriculoventriculaire existe à la naissance ou apparaît tardivement. Elle peut se signaler bruyamment par les phénomènes syncopaux ou épileptiques habituels, ou l'apparition paroxystique de la cyanose. A côté des bradycardies avec dissociation, l'électrocardiogramme a révélé des bradycardies totales avec allongement et instabilité de P. R.

Ces accidents s'expliquent sans doute par l'intimité anatomique du pertuis et du faisceau de His, mais il faut reconnaître qu'on a décrit des altérations congénitales isolées, du système de conduction. Marfan invoque ici une double malformation congénitale.

*
* *

Quand Roger fit le tableau de la communication interventriculaire, il insistait sur sa bénignité. Et c'était un grand mérite d'isoler une cardiopathie congénitale qui n'avait pas l'évolution rapidement fatale attribuée alors à toutes les malformations du cœur.

Une réaction s'est dessinée depuis et on a publié assez d'observations pour qu'on puisse dégager quelques grands traits de son tableau évolutif.

Tout de suite, mettons à part les C. I. associées à quelque autre monstruosité de pronostic immédiatement grave spina bifida, bec-de-lièvre, idiotie mongolienne.

Signalons aussi les observations classiques d'une tolérance surprenante : 63 ans chez le malade de Roger, 56 chez une malade de Potain qui avait mené à bien trois grossesses, 66 ans dans le cas de Roques, où le septum manquait complètement chez un homme de 23 ans qui avait travaillé jusque-là.

Ces cas ne semblent pas la règle : si dans l'enfance on en voit un certain nombre, la maladie devient fort rare à l'âge adulte et exceptionnelle chez les vieillards.

Plusieurs questions se posent :

— La guérison est-elle possible ?

— Quels sont les facteurs et l'allure de la décompensation ?

— Quelles sont les complications ?

1° Plusieurs auteurs ont cru pouvoir parler de guérison avec la croissance du petit malade, ils s'appuient sur la disparition des signes cliniques, l'absence de troubles évolutifs ; aucune vérification anatomique. Il faut certes faire les plus grandes réserves, étant donné qu'il existe des souffles extracardiaques de l'enfance, étant donné que le souffle peut disparaître sans fermeture du pertuis et la question n'est pas résolue. Il n'y a pas d'observation probante.

2° Si le lot des malades diminue au fur et à mesure qu'on examine des sujets plus âgés malgré la tendance naturelle à une compensation des lésions, c'est que : à chaque grande étape de la vie, vont pouvoir se dresser des obstacles insurmontables pour ces invalides du cœur.

Quelquefois nés avant terme, débiles, ils ont de la peine à franchir le cap du premier semestre qui sera la première période dangereuse de leur vie. Nourris au sein, ils se développent assez bien. Mais s'il faut recourir à l'allaitement artificiel, le danger commence d'hypothrepsie ou d'athrepsie. Qu'une bronchopneumonie les surprenne, très vite ils succombent.

L'enfance reste la période la plus heureuse de l'évolution et leur lésion, à cette époque, semble assez bien compensée. Cependant elle peut venir révéler son existence à l'occasion d'un épisode intercurrent : d'une coqueluche par exemple. On lui a attribué avec une certaine fréquence l'infantilisme type Lorrain.

La puberté semble pour quelques-uns une période redoutable.

Plus tard, la grossesse peut venir déclancher la décompensation. Il faut signaler qu'elle est souvent cependant bien tolérée. Par contre, toutes les affections pulmonaires qui vont réduire le champ d'hématose et encombrer le cœur droit seront autant de causes de défaillance. Il est classique de rappeler que la tuberculose pulmonaire sous toutes ses formes s'attaquerait à ces sujets avec prédilection et en triompherait avec facilité. Laubry et Pezzi sont loin de partager cette opinion.

Pendant toute la période de compensation, celle des signes classiques, rien n'attire l'attention. La cyanose en particulier est absente. Le passage du sang se fait de gauche à droite.

Qu'un obstacle survienne sur la circulation pulmonaire, que la tonicité du ventricule fléchisse, le courant du sang s'inverse : la cyanose s'installe temporaire ou définitive.

De cette perturbation peut venir témoigner un signe clinique : l'atténuation ou mieux la disparition du souffle de Roger, cependant que le 2e bruit pulmonaire paraît claqué, que s'affirment quelquefois les caractères plus hauts décrits du phlébogramme.

La cyanose définitive est le signe de mauvais aloi.

L'asystolie va progresser avec des intervalles d'équilibre précaire.

La mort peut encore être rapide ou même subite.

3° Un dernier élément doit entrer en ligne de compte, l'infection peut venir se greffer sur la cardiopathie congénitale comme sur toutes les malformations et à tous les âges de la vie, en modifier les signes classiques, en remanier l'évolution.

Endocardite aiguë dans quelques cas, infection rhumatismale ou même endocardite lente, n'épargnent pas la malformation. L'apparition d'un souffle diastolique doit en particulier pour certains auteurs faire prévoir une endocardite inflammatoire évolutive et apporte les plus sérieuses réserves.

*
* *

Le diagnostic de la C. I. peut donc se poser chez des enfants ou des adultes, apparemment bien portants ou cyanotiques.

Il repose essentiellement sur la discussion d'un souffle systolique et d'un frémissement. Comme toujours, la discussion se posera :

1° De l'organicité ;
2° De la congénitalité ;
3° De la variété.

I. La discussion de l'organicité n'est pas vaine. Si l'on veut bien se rappeler que l'aire du souffle est assez voisine de celle des souffles extracardiaques. Nous avons déjà vu que les souffles anorganiques sont assez fréquemment décrits au cours de l'enfance (Marfan, Blechmann). La variabilité de ces souffles systématiquement recherchés, l'absence constante de frémissement restent les points essentiels de leur histoire clinique.

Nous rangeons encore ici sous le signe de l'anorganicité les souffles qui peuvent s'entendre au cours de l'évolution de cette affection individualisée sous le nom d' « hypertrophie cardiaque essentielle ».

II. Le diagnostic d'organicité admis, une discussion se présente immédiatement : l'insuffisance mitrale pure. Pour peu que le siège du souffle mitral soit endapexion, ou « remonte » comme dans certaines observations, que le maximum du souffle soit difficile à préciser, on en est réduit aux finesses diagnostiques et l'étude du frémissement peut certes dans ces cas rendre un service énorme : il reste dans l'I. M. toujours localisé à la pointe, région du ventricule gauche en contact avec la paroi. Un argument peut encore jouer : l'absence de tout antécédent rhumatismal même sous une de ces formes atténuées qui sont l'apanage de l'enfance. Enfin nous avons vu que les procédés d'exploration moderne peuvent donner quelques indications.

En raison du souffle diastolique et du syndrome périphérique, un diagnostic peut se poser (certes non classique), celui d'une insuffisance aortique.

III. Une fois écartée l'insuffisance mitrale, quand se présente à l'esprit l'hypothèse d'une malformation congénitale, on doit encore éliminer l'insuffisance tricuspidienne, le rétrécissement aortique.

1° On sait que l'histoire de l'insuffisance tricuspidienne se résume presque tout entière dans l'insuffisance fonctionnelle. En réalité, c'est au cours de ces insuffisances droites, d'allure si spéciale, qu'on peut entendre son souffle xyphoïdo hépatique, doux, filé, intermittent. On sait d'ailleurs toutes les discussions qui se sont élevées et sur la fréquence et sur l'existence de cette variété d'insuffisance. En tout cas, étant donné le caractère exceptionnel de l'I. T. organique, ce diagnostic ne se pose qu'à une période de décompensation.

2° Si on se rappelle la symptomatologie des anomalies aortiques, le diagnostic en est des plus faciles. Et c'est vrai dans la plupart des cas : souffle et frémissement ont leur maximum à droite du sternum, propagation sans discontinuité dans la carotide. En fait, l'énorme caractère de diffusion de ces signes a permis des erreurs de diagnostic. Comme on l'a dit récemment : avec la notion d'un double souffle systolodiastolique, on est en droit de poser un dernier problème, la persistance du canal artériel.

3° Arrive le clinicien au diagnostic de l'altération bulboseptale que le départ peut être difficile à faire entre la « C. I. pure », le rétrécissement pulmonaire et l'association de ces deux affections.

Certes la « Maladie de Roger » gardera pour elle sa tolérance, le siège rétrosternal et la propagation transversale de son souffle.

La sténose pulmonaire pure est-elle aussi longtemps exempte de signes fonctionnels. Son souffle et son frémissement sont plus hauts (2e espace) plus à gauche, son irradiation ascendante et dorsale.

Avec l'association de ces deux anomalies, la cyanose est presque constante, le souffle assez semblable au précédent, sans qu'on puisse catégoriquement tabler sur les irradiations décrites.

Il est évidemment des cas où le diagnostic de Maladie de Roger reste simple.

Il est des cas simples en apparence où on est étonné des vérifications d'autopsie.

Il est enfin des cas complexes où on n'arrive même en s'aidant de tous les examens spécialisés qu'à un diagnostic de probabilité. On peut encore dire aujourd'hui comme Barré en 1900 : « Le diagnostic de ces malades est difficile et il est rare que l'autopsie ne réserve pas quelque surprise au clinicien. »

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des traités de pathologie :

Abbott. *Osler's Modern Med.*, vol. IV, p. 323-426.
Achard. *Monde méd.*, 1er août 1933.
Anderodias et Gandy. *Bul. Soc. obst. et gyn.*, 1920, XIII, p. 515.
Apert, Cambessèdes, Debré. *Bul. Soc. péd. Paris*, 17 juin 1930.
Audibert-Raybaud, *Paris méd.*, 29 avril 1933.
Barbier, Lebée et Mouquin. *Soc. péd.*, 17 janv. 1922.
Bard. *Arch. Maladie du Cœur*, 1918.
Bartet. *Arc. méd. et pharm. nav.*, 1911, XCV, p. 265-280.
Billet et de Laroche. *Arch. méd. et pharm. mil.*, 1910, LVI, p. 245.
Boldero et Bedford. *The Lancet.*, 11 oct. 1924.
Blechmann. *Nourrisson*, nov. 1922, p. 361.
Branca. *Précis d'embryologie.*
Mme Bromberger-Walde. *Thèse*, 1922.
Caranfillian. *Pédiatrie pratique, Lille*, 1908, p. 204.
Carpentier. *Br. Journ. of children Dis.*, août, sept., oct. 1909.
Cayrel. *Norm. med.*, 1919-1920, p. 169.

Cherfils. *Bul. et Mém. soc. rad. médecine de France*, 1925, XIII, p. 95.

Combes, Berthier, Aillaud. *Marseille méd.*, 15 mai 1930, p. 136.

Comby. *Presse méd.*, 1er juillet 1931.

Damade et Chenut. *Journées de méd.*, Bordeaux, 1920, p. 144.

Debré et Dupuy. *S. Hôpitaux Paris*, 1909.

Debré, Cordey et Olivier. *Bul. et mém. soc. méd. hôpit. de Paris*, 1923, XLVII, p. 1742.

Delépine et Bosc. *Journées S. méd. de Lille*, 1904, p. 253-255.

Einthoven. *Electro dans Maladie du Cœur.*

Etienne, *S. M. Nancy*, 9 juillet 1913.

Findlay Blair Martin. *Glasgow Med. Journ.*, juill. 1916.

Florand et Grenier. *Soc. anatom.*, 12 nov. 1921.

Gauthier. *Thèse Genève*, 1932.

Gautier et Megevand. *Nourrisson*, 1923, p. 93.

Gonnet et Morel. *Bul. soc. obst. et gynécol.*, Paris, 1925, XIV, p. 70.

S.-W. Griffith. *Lancet*, 9 janv. 1915.

Halipré. *Bul. Ac. méd.*, 9 avril 1929.

Haret. *Bul. et Mém. soc. rad. Médecine de France*, oct. 1931.

Hugonot, Coumel et Amelin. *S. M. H. Lyon*, 21 déc. 1931 ; — *Lyon méd.*, 3 janv. 1932.

Keith. *Lancet*, 7-14-21 août 1909.

Lampart. *Arch. of Dis. in children*, août 1929.

Laubry et Pezzi. *Traité Mal. Congén. du Cœur*, 1921.

Laubry, Routier et Soulié. *Revue de méd.*, juill. 1933.

Laubry et Pezzi. *Arch. Mal. du Cœur*, 1913 ; — *Arch. Mal. du Cœur*, 1920.

Lenoble. *Acad. de méd.*, juin et juillet 1917.

Leech *Am. Journ. of disc. of children*, janv. 1930.

Leenhardt, Reverdy et Balmes. *Arch. Soc. sc. méd. et biol. de Montpellier*, sept. 1928.

Letulle. *Traité am. pathol.*, t. I, p. 637 ; — *Presse méd.*, 6 juin 1914.

Letulle et Chaussé, *S. M. H. P.*, 25 juin 1914.

Louvet. *Th. de Paris*, 1929.

Mac Culloch. *Am. Journ. of Dis of Clid.*, juill. 1916.

Mac Intosh. *Ann. of. cl. méd.*, mars 1926.

Marais. *Soc. anat.*, 20 mars 1920.

Marfan. *Arch. mal. enfant*, 1898, p. 173.

Marquézy, Rouget et Boussoulade. *Soc. péd.*, 19 avril 1932.

Masselot Poign and. *Soc. sc. méd.*, Tunis, 13 juin 1930.

May et Couder. *Soc. méd. hôp.*, 6 fév. 1933.

Megevand. *Bul. soc. péd. Paris*, 1922, p. 150.

Mouquin et Jouvel. *Bul. méd.*, 22 fév. 1930.

Muller. *Deut. arch. of klin. med.*, 1920, p. 133.

Nobécourt. *Cl. méd. des enfants*, leçon XVII, p. 283.

Perrin et Malot. *Paris méd.*, 26 oct. 1918.

Plesch. *Berlin. Klin. Woch.*, 1er mars 1909.

Rouvière. In *Nouveau traité méd.*, f. X, t. II.

Richardière et Huber. *Bul. Soc. péd. Paris*, 1912, XLV, p. 29-31.

Roque, Morenas et Dechaume. *Lyon méd.*, 28 juin 1926.

Spitzer. *Wien Klin. Woch.*, 43, 1921.

Stattford Mac Lean. *Journ. am. méd. ass.*, 1er mai 1920.

Stejfa. *Arch. maladie du cœur*, 1931.

Turquety. *Conc. méd.*, N° 27, 7 juill. 1929.

Variot et Cailhan. *S. M. H.*, 26 janv. 1923.

Weber. *Brit. Journ. of Children Dis.*, juin 1918.

Weiss. *Med. cl. nord-amér.*, juill. 1926.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul^d Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie!!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 30 avril 1934)

Recherches sur l'autolyse. Les autolyses spécifiques. — M. E. Wollmann.

Etude des protéides du sérum par la filtration sur desmembranes de porosité graduée. — M. Pierre Grabar.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 15 mai 1934)

M. le président fait part du décès de M. William H. Welch, de Baltimore, associé étranger depuis 1921.

Un cas de paludisme autochtone au voisinage de Maison-Blanche. — Le professeur Marchoux présente une note de MM. René Martin, Chassigneux et Rouëssé, qui ont observé un cas de paludisme autochtone chez une femme habitant au voisinage de l'asile de Maison-Blanche, où sont hospitalisés les paralytiques généraux traités ou ayant été soignés antérieurement par la malariathérapie. Contrairement à ce qu'on avait soutenu autrefois, la transmission du paludisme d'inoculation par les anophèles étant expérimentalement possible, cette observation semble montrer les dangers qu'il y a à placer dans des hospices ruraux, des paralytiques généraux impaludés.

Note sur l'action d'un nouveau complexe calco-magnésien sur la tension oculaire. Essai de traitement médical dans 13 cas de glaucome. — MM. Paul Viard et Jean-Gallois ont pu, par des injections intraveineuses d'un complexe formé de chlorure de calcium et d'hyposulfite de magnésium, obtenir, dans leurs premiers essais de traitement portant sur 13 cas de glaucome de diverses natures, un abaissement souvent marqué et durable de la tension oculaire ; les cas les plus favorablement influencés semblent être les glaucomes chroniques simples ; la médication n'a paru avoir que peu d'action sur des glaucomes tels que les glaucomes hémorragiques, à grosses lésions vasculaires ; une fois, le traitement a dû être interrompu à cause d'une aggravation de l'hypertension locale. Dans un cas, l'emploi de la pilocarpine a pu être suspendu 15 jours sans inconvénient.

Ce complexe a paru avoir une action double : action primaire par vaso-dilatation du réseau capillaire rétinien, à l'exclusion de toute vasodilatation artériolaire appréciable, et sans abaissement de la tension artérielle générale ; action secondaire, prolongeant l'action du médicament, et due à des modifications probables de l'équilibre acido-basique du sang agissant vraisemblablement, par acidification, sur l'état du vitré. A cause de cela, cette thérapeutique semble plus complète et d'effet moins fugace que des médications purement vaso-dilatatrices : en particulier, elle semble éviter cette dissociation fâcheuse observée par les auteurs, au cours d'expérimentations antérieures avec une substance à vaso-dilatation artériolaire, où l'amélioration des signes subjectifs contrastait avec l'aggravation de l'hypertension oculaire.

Ces premières données permettent de penser que la médication calco-magnésienne réalise, au moins, un bon traitement d'appoint dans les formes de glaucome les plus habituelles.

Essais d'immunisation par inhalation contre la diphtérie et le tétanos. — M. Silberschmidt (de Zurich). Les expériences de l'auteur montrent qu'il est possible d'immuniser les animaux contre la toxine et contre des cultures virulentes de bacilles diphtériques et tétaniques au moyen d'inhalations répétées d'anatoxine ou de sérum antitoxique.

Le fait que l'inhalation d'anatoxine ou de sérum antitoxique est facile — au moyen de fines pulvérisations — que, dans certains cas, elle peut seconder l'injection ou même être substituée à celle-ci, permet de songer à une introduction dans la pratique médicale.

Les injections intraveineuses d'alcool à 30 p. 100 dans le traitement du Barbiturisme aigu.— MM. Carrière, Huriez et Willoquet, poursuivant les recherches qui sont en cours de publication dans la *Gazette des Hôpitaux*, apportent une observation d'intoxication barbiturique et alcoolique dans laquelle l'action de l'alcool semble avoir joué un rôle favorable. Les expériences poursuivies par les auteurs montrent que les injections intraveineuses d'alcool n'offrent pas les inconvénients de la strychnothérapie, qui peut être désastreuse dans le cas d'une erreur de diagnostic.

La voie intraveineuse est indispensable pour agir vite. Il faut faire des injections de 30 centimètres cubes d'alcool à 30 p. 100 et les répéter d'heure en heure.

La crise sanguine après hémorragie. — M. Bar communique une note de M. Th. Théodoridès sur le « mécanisme de la crise sanguine » qui se produit au début d'une réparation du sang, consécutive à une hémorragie importante ou à toute autre cause. Elle est caractérisée par l'anisocytose, la polychromasie, la réticulocytose, la réaction normoblastique, la leucocytose réparatrice et la plaquettose.

Tous ces phénomènes sont contemporains et de courte durée. Cette crise sanguine est provoquée par le phénomène purement physique suivant : la brusque augmentation de la pression intra-osseuse due principalement à la prolifération des cellules du tissu hématopoiétique de la moelle des os.

Election d'un membre libre. — Classement des candidats : en première ligne, M. Lasnet, en seconde ligne *ex aequo*, et par ordre alphabétique : MM. Armand-Delille, Bouquet, Kling, Lepape et Meige. Au premier tour de scrutin, M. Lasnet est élu par 62 voix contre 20 à M. Meige, 2 à M. Kling, 1 à M. Bouquet et 1 à M. Lepape.

M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales Lasnet est actuellement inspecteur général des services d'hygiène de l'Afrique du Nord. Il est grand-croix de la Légion d'honneur.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(séance du 11 avril 1934)

La sous-consommation du pain et l'humidité exagérée de la mie. — M. Paul Bruère fait un rapprochement entre la *sous-consommation du pain et l'humidité exagérée de la mie du pain frais*, qui devrait tomber sous le coup de la loi du 1er août 1905, sur la répression des fraudes, au même titre que le mouillage du vin, du lait et en général de toute denrée à laquelle on fait subir une augmentation de poids pour accroître le rendement.

L'emploi abusif des améliorants biologiques est la conséquence du taux d'extraction trop faible des farines, imposé actuellement pour des raisons d'ordre économique discutables, ou pour satisfaire les goûts d'un public mal éduqué au point de vue des exigences alimentaires.

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS — LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS-15e

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

Action d'une cure iodée sur la cholestérinémie. — MM. Henri CHAUCHARD et Jean OLLIVIER ont observé une chute du cholestérol sanguin, pouvant aller de 3,88 à 1,86 et se maintenant à ce taux voisin de la normale.

Parallèlement, ils ont observé une amélioration de l'état général des sujets.

Nouvelles recherches sur les préparations de soufre injectable. — M. Louis BORY, poursuivant ses recherches dont l'huile soufrée fut le point initial, a expérimenté successivement dans le but d'éviter les effets pyrétogènes et douloureux du soufre (lorsqu'on ne veut pas utiliser les premiers) :

1° Une solution de « Noir Vidal » produit tinctorial soufré, difficile à dissoudre et à purifier ;

2° Des extraits glycérinés de Barégines ou des claso-barégines obtenus par ébullition dans l'HCl et neutralisation par la soude ;

3° Des huiles contenant 5 à 10 p. 100 de thiophène ou des éthers du thiophène ;

4° Des solutions huileuses à 2 p. 100 de déhydroparathiotoluidine.

Ses préférences sont pour ces deux derniers produits (huiles au thiophène à 10 p. 100 et huiles au parathiotoluidine à 1 et 2 p. 100) indolores, non toxiques et actifs.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE L'HYPNO-ANALGÉSIE (1)

Par le docteur P. LONJON.

L'expérimentation et la clinique ont montré que l'allonal est dépourvu de toute action nocive sur les principaux appareils et que l'on peut, sans aucune crainte, en poursuivre l'usage dans tous les cas d'algies de quelque nature qu'elles soient, principalement en stomatologie où ce médicament permet de combattre à la fois l'élément douleur et l'élément appréhension : un comprimé une demi-heure avant l'intervention permet un acte opératoire facile ; un à deux comprimés, dans les heures qui suivent, donnent le calme, le repos et le sommeil.

LIVRES NOUVEAUX

Une nouvelle syphilis nerveuse. Ses formes cliniquement inapparentes (2), par Paul RAVAUT, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A côté de la syphilis nerveuse classique que nous diagnostiquons par ses signes cliniques, existent d'autres formes cachées, inapparentes cliniquement, dont la connaissance ne nous est révélée que par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.

Ces atteintes étaient complètement ignorées avant 1900, époque à laquelle MM. Widal et Ravaut, en créant le cytodiagnostic, rendirent possible cette étude ; dès ce moment, M. Ravaut s'y est consacré et l'a poursuivie pendant plus de trente ans ; les faits l'ont amené à une conception nouvelle de la syphilis nerveuse, qu'il expose dans ce volume.

Il étudie successivement l'*historique*, les *signes biologiques* de ces syphilis nerveuses invisibles, *leurs rapports avec les lésions anatomiques* dont ils sont l'expression, *leurs formes biologiques, leur diagnostic*. Les trois derniers chapitres sont des plus importants par les déductions pratiques qu'ils comportent ; en effet, s'appuyant sur ses longues observations, l'auteur démontre que les signes biologiques précèdent, dans la plupart des cas, les signes cliniques ; aussi cette syphilis nerveuse inapparente commande-t-elle le *diagnostic et le traitement précoces*, la *prophylaxie* de la neurosyphilis et en grande partie sa pathogénie.

Tous ces faits reposent sur des observations longtemps suivies, et l'auteur n'a pas craint de les résumer sous forme de graphiques d'une rigueur presque mathématique. De plus, leur exactitude a déjà reçu de multiples confirmations tant en France qu'à l'étranger et sert maintenant de base au traitement précoce de la syphilis nerveuse par les nouvelles méthodes thérapeutiques préconisées par l'école de Wagner-Jauregg.

Présentée avec le scrupule scientifique désirable, cette œuvre n'a rien de théorique, mais elle est d'une portée essentiellement pratique, aussi s'adresse-t-elle au praticien, aussi bien neurologue que syphiligraphe.

En suivant les directives données par l'auteur, *il est permis d'espérer que les faits exposés dans ce volume contribueront à faire disparaître dans l'avenir cette redoutable localisation du virus syphilitique.* L. G.

Pour comprendre nos systèmes nerveux (1), par le Dr Louis CHAUVOIS. Préface du professeur D'ARSONVAL, de *l'Institut*.

Mon excellent confrère le Dr Chauvois veut bien m'envoyer son nouveau livre de vulgarisation médicale. J'emploie le mot de vulgarisation dans sa meilleure acception. Chauvois, d'une façon très originale et très personnelle, arrive en effet à réaliser des schémas scientifiques exacts, clairs, vraiment à la portée de tous. Il fait ainsi une œuvre utile et bien française.

Après nous avoir donné récemment « la Machine humaine expliquée par la Machine automobile » et « la Circulation du sang, schéma nouveau »..., je ne cite que deux exemples ; il aborde aujourd'hui le système nerveux. Et il nous donne un excellent livre, sur lequel M. d'Arsonval a pu écrire les lignes suivantes :

« ...Pour être compris de tous, il faut toujours procéder du connu à l'inconnu. C'est ce qu'a fait le Dr Chauvois, suivant en cela l'exemple donné, il y a tantôt trente ans, par mon cher Georges Claude, dans son célèbre volume : *L'électricité à la portée de tout le monde*. Le cas de Chauvois est peut-être encore plus complexe car, pour ne pas dérailler quand on explique la mécanique humaine, il faut être à la fois physiologiste et physicien comme lui...

Avec une singulière perspicacité d'observation, Chauvois a pu saisir, jusque dans les « équipements électriques » dont se pare la Machine automobile, d'ingénieuses « images » qui simplifient, même pour les initiés, la compréhension de ces difficiles problèmes.

Comme l'eût fait mon ami Gley, je ne peux donc qu'encourager l'auteur dans son œuvre de vulgarisation et lui souhaiter tout le succès que méritent ses efforts intelligents. »

— Le livre du Dr Chauvois est luxueusement présenté par l'éditeur M. Vigot. Il aura un succès mérité.

F. L. S.

(1) *Concours méd.*, Paris, n° 48, nov. 1932.

(2) Un volume de 200 pages avec 3 planches hors texte en couleurs. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 raisin illustré de 25 figures originales de l'auteur. — Prix : 25 fr. — Paris 1934, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.839, Se.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en GÉLULES
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 23 MAI 1934. — N° 41.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement actuel du barbiturisme aigu. Recherches expérimentales sur l'antidotisme gardénal-coramine et gardénal-alcool, par M. le professeur G. Carrière, MM. Cl. Huriez et P. Willoquet.

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Formes cliniques des pneumonies à pneumocoques.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Clermont-Ferrand. — Un concours sur titres aura lieu le 16 août 1934, à 8 h., à l'Hôtel-Dieu, pour la désignation d'un médecin résident qui sera affecté à l'hôpital-sanatorium Sabourin.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 31 juillet inclus, délai de rigueur.

Pour tous renseignements relatifs, tant aux conditions du concours qu'aux conditions de la fonction que sera appelé à remplir ce praticien, s'adresser, soit au secrétariat général des hospices, 4, rue des Vieillards, Clermont-Ferrand, soit au bureau de M. le directeur de l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 18 mai. — MM. Aboulker, 19; Hepp, Vuillième et Rudler, 18; Palmer, 17 ; Baumann, 16 ; Dufour, 15.

LÉGION D'HONNEUR. — Guerre. — Sont inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur en 1934 :

Pour chevalier. (Réserve.) — MM. Moreau, Bertier, Parrot, Voron, Rendu, Bouvier, Bonnet, Laure, Riché, Gomand, Longin, Gauthier, Arnoux, Pellanda, Hauger-Gounouilhou, Klein (E.-J.), Klein (S.), Piollenc, Carof, Sibille, Haas, Audebert, Lefèvre, Granier, Legrain, Pétel, Legras, Glais, Gelly, Lepage, Moreau, Lapouble, Berny, Sarvonat, Sire, Delaunay, Richard, Graillon, Riou de Kérangal, Jobard, Ainé, Claverie, Clappier, Rebattu, Roussel, Polliot, Texier, Chartier, Genet, Rothureau, Tinel, Sabatier, Sigwalt, Gillot, Duclos, Gaillemin, Maille, Monin, Le Maignan de Kérangat, Fleurot, Faure, Dognon, Vanhaecke, Gosselin, Trifaud, Marquez, Rouvière, Torné, Koechlin, Dechaux, de Montval, Legros, Bézier, Perrin, Licourt, Moiroud, de Barbier de la Serre, Nové, Goulfier, Didier, Jumon, Vian, Leroy, Nouel, Huet, Pillot, Molines, Gourgand, Touzery, Jacotot, Deluen, Ledoux, Pouget, Thomas, Le Portz, Cambon, Desvaux de Lyl, Calvaing, Ribérolles, Langlet, Doré, Clogne, Culot, Fraudet, Lerouge, Saint-Girons, Bousrez, Chabrol, Darcissac, Bernard, Robillard, Lacroix, Soulé, de Bony de Lavergne, Lefranc, Pesqué, Fillol, Colleville, Baverey, Buchholz, Baumgartner, Villatte, Gueit, Bavelaër, Prunier, Grandpierre, Jacquet, Magrou, Carrieu, Roux, Bonnet, Schnepp, Fonce, Goulven, Lantier, Lew, Michaud, Le Mitouard, Niort, Amyot, Gauthier, Clercq, Fournier, Delgrange, Francon, Talent, Delage, Dardy, Wannieuwenhuyse, Santy, Dumont, Delord, Echilley, Peaud, Kuss, Delord, Mercier, Rihouëy, Noël, Besnier, Leroy, Fanton d'Andon, Versepuech, Vitou, Cruchet, Delahaye, Corrèges, David, Jaupart, Arama, Rogé, Rousseau, Foucault, Franck de Préaumont, Estager, Aucher, Leroy, Tach, Lefebvre, Blanchard, Fleury, Le Barazer, Gay, Joseph, Ranty, Quintéro, François, Boivin, Cau, Montalègre, Guilhamon, Saugues, Maupetit, Pellier, André, Courrier, Damagnez, Wallon, Trouette, Hézard, Deruppé, Collot, Boullard, Dupechez, Houllier, Wilmoth, Laurent, Laburthe-Tolra, Usse, Cénac, Troin, Pailler, Fassy, Lafourcade-Cortina, Sanseigne, de Rougemont, Vasselle, Micheleau, Bitterlin, Amor, Langeron, Hédon, Grézillier, Grimaud, Escalier, Tournier, Leclercq, Bobillier, Mérat, Chavany, Aubry, Arlet, Tournier, Polonowsky, Raymond, Mourgeon, Pingat, Pucheu, Roy, Schaeffer, Comet, Leblanc, Authelain, Besson, Lavezzari,

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Sabot, Amblard, Giraud, Parmentier, Audebert, Duval, Mourgue, Allauzen, Lelong, Marsotti, Favreau, Meurdrac, Hartglas, Coudert, Engelhard, Desarnaults, Desbruères, Banzet, Bidet, Coste, Turpin, Zuccarelli, Barrier, Cassaigneau, Verneau, Crama, Ollivier.

(Troupes coloniales. Réserve.) M. Petrault.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or a été décernée à M. le docteur Guichard, à Caen, pour maladie très grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A PARIS. — Les chaires de :

Maladies et épidémies des armées et bactériologie ;

Hygiène et prophylaxie ;

Médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale ;

Radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie, seront vacantes à la date du 1er novembre 1934 à l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires, dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, modifié notamment par les décrets des 25 janvier et 11 février 1932.

LES CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES. — Il est créé une croix dite Croix des services militaires volontaires, destinée à récompenser les services accomplis par les officiers, sous-officiers, caporaux et brigadiers-chefs de réserve, dans les écoles de perfectionnement organisées à leur intention et, éventuellement, au cours de périodes d'instruction volontaires.

La Croix des services militaires volontaires comporte trois classes : croix de 1re classe ; croix de 2e classe ; croix de 3e classe.

Le modèle de la croix est le suivant :

Croix à 4 branches, laurée, portant à l'avers l'effigie de la République française et la légende « République française », au revers la devise « Services militaires volontaires ». Son module est de 37 millimètres.

La croix de 1re classe est en or, celle de 2e classe en argent, celle de 3e classe en bronze.

Le ruban de 37 millimètres de largeur est bleu outremer, partagé par une bande médiane rouge foncé du tiers de la largeur.

Le ruban des croix de 1re et 2e classe sera agrémenté d'un liseré blanc de 2 millimètres et celui de la croix de 1re classe sera orné d'une rosette des mêmes couleurs que celles dudit ruban.

Les nominations sont faites par le ministre de la Guerre. Elles ont lieu exclusivement à l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet.

LA LUTTE CONTRE LA FIÈVRE JAUNE. — Une mission d'une durée de trois mois, en Afrique occidentale française, est confiée à M. le docteur Laigret, de l'Institut Pasteur de Tunis, en vue d'étudier les modalités pratiques d'application d'un procédé de vaccination contre la fièvre jaune.

HUITIÈME BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — En présence du ministre de la Santé, M. Louis Marin, et organisé par la Société F. E. M. au profit des veuves et orphelins du Corps médical, le huitième Bal de la médecine française a obtenu le plus franc succès. Dans les salons de l'Hôtel Continental, se pressait une foule nombreuse, médecins et étudiants étant venus en grand nombre participer à cette fête de bienfaisance définitivement classée comme un des grands événements mondains de la saison. D'excellents artistes prêtèrent leur concours : Dauvia, Robert Quinault et son ballet, Lily Laskine, Félix Paquet, etc. Servi par des jeunes filles en robes fleuries, sous la direction du docteur Edouard de Pomiane et de Mme Henri Labbé, le souper fut un véritable régal. D'autres attractions encore : le défilé des mannequins de la maison Charlotte Appert, la chiromancienne Blanche Orion, des enveloppes surprises, etc. Et, jusqu'à l'aube, couples jeunes et vieux dansèrent pour le plus grand profit des infortunés du Corps médical.

COURS SUR LES MALADIES DE L'ŒSOPHAGE. — Le docteur Jean Guisez recommencera son cours théorique et pratique d'œsophagoscopie et maladies de l'œsophage le mardi 19 juin, à 5 h.

Inscription sans frais à la clinique-maison de santé, 15, rue de Chanaleilles (rue Vaneau).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Edmond Koening (de Paris), Georges Moitier (de Meaux), Gaëtan Avinier, ophtalmologiste des hôpitaux de Grenoble; Robert Henry, ancien interne des hôpitaux de Paris (1907), décédé à Paris, 9, rue de la Bienfaisance; et de M. le médecin général inspecteur Emile Calmette, grand officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 83 ans. Il était le frère d'Albert Calmette, décédé l'an dernier.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT DES INSOMNIES (1)

Par le docteur AUBERT.

C'est une excellente revue générale de la médication hypnotique que l'on peut rapprocher utilement des deux mises au point antérieurement parues dans la même revue (cf. Dr Trouette, p. 585, et Dr de la Barrière, p. 749). L'auteur étudie successivement les sédatifs genre sédobrol, les hypnotiques proprement dits, tels que le somnifène, l'allonal, les barbituriques, les hypnotiques analgésiques forts ou narcotiques, tels que la morphine, l'opium, le pantopon, et il conclut en donnant la préférence à l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid, hypnotique doux, qui semble réaliser le médicament le plus sûr des insomnies légères et de l'anxiété moyenne ; à l'appui de son travail, l'auteur cite un certain nombre d'observations particulièrement démonstratives de l'activité et aussi de l'innocuité de cet hypnogène susceptible de rendre de très appréciables services en pratique courante.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 28, juillet 1931, p. 429.

Vente Palais, Paris, 6 juin 1934.

1e **PROPRIÉTÉ** à **Asnières**, 56, rue du Bac. Mais. d'hab. jard. et dép. 2060 m., **lib. de loc.** M. à pr. 250.000 f.

2e **TERRAIN** à **Asnières**, 54, r. du Bac, 285 m. 58. M. à p. 100.000 f. facilité réunir.

3e **TERRAIN** à **Asnières**, r. Pierre Durand et Sadi-Carnot, **av. constr. commencées.**, 673 m. 35. M. à p. 150 000 f.

4e **TERRAIN** à **Gennevilliers**, rue Jules Dumien, 4.405 m. av. garag. M. à p. 200.000 f. tous lib. de loc. S'ad. Me Gaston LOT, av., 34, r. du Mt-Thabor; Baratte, not., Paris.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

Iodarsenic DU Dr GUIRAUD (Goutte Paludéenne)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Millard, Paris (16e)

NÉVROSES INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

SPIROCHÉTOSES
ET PARASITOSES
INTESTINALES
HELMINTHIASES

DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES CATARRHALES

Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

ACTION ANTIPARASITAIRE, ANTISEPTIQUE
ET ANTIFERMENTESCIBLE

FAIBLE TOXICITÉ MALGRÉ LA TENEUR
ÉLEVÉE DU STOVARSOL EN ARSENIC

PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

ADMINISTRATION FACILE

COMPRIMÉS :
à 0 gram. 25
à 0 gram. 05
à 0 gram. 01

Société Parisienne d'Expansion Chimique ○ SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple, 86 - Paris-3e

tonique
"roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant
complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS

LE TRAITEMENT ACTUEL DU BARBITURISME AIGU [1]

Recherches expérimentales sur l'antidotisme gardénal-coramine et gardénal-alcool.

PAR MM.

G. CARRIÈRE, Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

CLAUDE HURIEZ, Chef de clinique médicale

et P. WILLOQUET.

Travail de la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur à Lille.

Le rôle favorable de la diethylamide de l'acide pyridine B carbonique ou coramine dans la thérapeutique moderne des intoxications à allure comateuse, comme celles par le gaz d'éclairage, l'oxyde de carbone, les anesthésies rectales avec doses exagérées d'avertine, a incité certains auteurs comme Sigismond Bloch, Ramond, Flandin... à rechercher les effets possibles de la coramine dans le traitement des intoxications par les barbituriques.

Sigismond Bloch rapporte dans un article récent du Journal de médecine de Paris, sept observations de barbiturisme aigu guéries par la coramine.

L'auteur, après avoir relaté cette série remarquable, insiste sur la posologie de la coramine à utiliser au cours de semblables intoxications.

Quand on injecte trop timidement, on a des échecs ou des demi-échecs évitables avec les doses efficaces qu'il précise de la sorte : « Cette dose efficace varie suivant le sujet (son sexe, sa taille, sa corpulence), la dose du toxique absorbé et la gravité des symptômes présentés, entre deux et quinze centimètres cubes administrés par voie intra-veineuse. On est allé plus loin encore, jusqu'à 30 cc., mais nous avouons n'avoir aucune expérience de ces doses excessives auxquelles il nous paraît qu'on ne puisse être autorisé à recourir qu'en plusieurs fois, et en présence de cas désespérés. Il est d'ailleurs infiniment probable que telle dose de coramine qui serait nocive chez un sujet normal pourra être au contraire salutaire chez un intoxiqué par les stupéfiants, en raison de l'antagonisme physiologique entre la coramine et le toxique ».

Les laboratoires Ciba, à la suite de cette publication et d'expérimentation, estiment qu'en thérapeutique humaine on peut adopter à priori la ligne de conduite suivante :

« a) *Sujet dans le coma d'origine inconnue.* Injection de 3 cc. de Coramine, à répéter toutes les deux heures.

« b) *Sujet dans le coma par intoxication barbiturique à dose inconnue.* Injection de 3 cc. de Coramine intraveineuse ; si pas d'effet, à nouveau 5 cc. une demi-heure après ; si pas d'effet, 10 cc. une demi-heure après ; si pas d'effet encore, 20 cc. une demi-heure après.

« c) *Sujet dans le coma après absorption d'une dose faible de barbituriques.* Débuter par 3 cc. à renouveler toutes les deux heures s'il y a lieu.

« d) *Sujet dans le coma après absorption d'une dose forte de barbituriques.* Débuter par 10 cc. intraveineux, si pas d'effet 10 cc., encore 10 minutes après et continuer comme dans le deuxième cas envisagé.

« Il suffit souvent, en effet, chez les intoxiqués par les barbituriques, de faire une injection d'une dose de 3 à 10 cc. de Coramine, suivant le degré de sommeil ou d'obnubilation présenté par le malade (par voie veineuse si le coma est profond), pour obtenir en très peu de temps le réveil du sujet. Dire qu'il est alors guéri n'est pas tout à fait exact, non plus qu'il ne l'est avec la strychnine. Il est en réalité sous l'influence de deux toxiques (et cela surtout lorsqu'il s'agit de la strychnine), se neutralisant ; il faut qu'il les élimine avant que d'être guéri.

« Nous croyons donc que l'antagonisme barbituriques-Coramine est plus intéressant en clinique que celui de la strychnine, et ensuite parce qu'il est tout de même moins dangereux (il n'est même pas dangereux du tout) d'injecter de la Coramine que de la strychnine. Cette dernière, chez certains sujets, peut être très mal tolérée et si par malheur le diagnostic est inexact, qu'il ne s'agisse point d'un coma barbiturique, mais d'autre cause, c'est la mort pour le malade, alors qu'avec la Coramine, il n'y a pratiquement, nous le répétons, aucun danger.

« De plus, lorsqu'on se trouve en présence d'un intoxiqué depuis plusieurs heures dans le coma, alors que le barbiturique est plus ou moins fixé sur les centres bulbaires, la Coramine là encore agit électivement en raison de son action stimulobulbaire. *Très maniable*, elle ne fait courir aucun danger au malade et peut être administrée à doses progressivement croissantes jusqu'à obtention d'un résultat. »

Nous n'avons pas eu l'occasion de traiter en clinique des intoxications barbituriques par la coramine. Mais au cours de nos recherches expérimentales sur l'antidotisme strychnine-gardénal et alcool-gardénal, nous avons voulu faire quelques recherches comparatives sur l'antidotisme coramine-gardénal.

Le tableau ci-contre comporte le résumé des observations que nous commenterons de la sorte :

a) *Le Chien III* de 2 kgs 500 est intoxiqué par 1 cc. 5 de gardénal injectable (soit 0 gr. 30) et présente une heure après un coma complet. Il reçoit alors, à intervalle d'une heure, cinq injections intra-musculaires de 1/2 cc. de coramine. A la sixième heure de l'intoxication, le coma cesse, l'animal se réveille, mange avec avidité, répond à l'appel, mais la démarche est fortement ébrieuse. A la huitième heure tout est revenu à la normale.

b) *Vingt-quatre* heures après la première intoxication barbiturique, ce même *chien III* reçoit une nouvelle injection de 0 gr. 30 de gardénal : l'animal ne présente pas de coma, répond à l'appel, ne se déplace pas durant quelques heures, puis à la cinquième heure il ne reste plus de traces de cette deuxième intoxication barbiturique, qui n'a été traitée par aucune injection nouvelle de *Coramine*.

c) *Le lapin XV* de 3 kgs est intoxiqué par une injection de 2 cc. = 0 gr. 40 de gardénal. Il est dans le coma l'heure suivante et reçoit durant six heures une injection intra-musculaire, chaque heure, de 1/2 cc. de Coramine.

Dès la quatrième injection, l'animal réagit à chaque piqûre. A la sixième, il se déplace, légèrement parésié encore du train postérieur. Il est complètement guéri à la fin de la journée.

Le lapin XVI de 2 kgs 400, intoxiqué par 0 gr. 50 de gardénal, entre en coma à la quarante-cinquième

(1) Cf. *Gaz. des hôpit.* Revue générale du 28 avril 1934 sur le barbiturisme aigu, et le numéro du 2 mai 1934 sur la strychnothérapie du barbiturisme aigu, par les mêmes auteurs.

minute. On prend un électrocardiogramme initial à partir de la quatorzième heure, il reçoit chaque heure une injection intra-musculaire de un cc. de Coramine et à la septième, le réveil est obtenu. Les tracés électrocardiographiques pris au cours et à la fin de cette thérapeutique ne décèlent qu'une très légère accélération du rythme sans aucun trouble de conduction. A la vingt-quatrième heure, le lapin se déplace normalement.

d) Tout à fait analogue est l'observation du lapin XVII, de 2 kgs 450, intoxiqué par 0,50 de gardénal, mais soumis à la quatorzième heure à des injections intraveineuses de un cc. de Coramine. Les piqûres sont suivies d'une petite réaction. A la cinquième, le lapin se réveille, mais il ne peut être considéré comme tout à fait normal qu'à la vingt-quatrième heure.

Animaux barbiturisés traités par la coramine.

Animal.	Gardénal par Kg.	Coramine par Kg.	Mode.	Coma.	Evolution.
Chien III (1re ph).....	0.12	1cc	I.M	5 h.	guérison
Lapin XV.....	0.13	1cc2		6 h.	guérison
Lapin XVII.....	0.20	2cc8	I.V	18 h.	guérison
Lapin XVI.....	0.21	2cc9	I.M	19 h.	guérison
Chien III (2e ph).....	0.24	1cc	I.M	5 h.	guérison
Lapin XVIII.....	0.19	4cc4 solucamphre I. V + carbogine		19 h.	guérison

1° La première expérience sur le chien III et l'observation du lapin XV concernent des intoxications par doses mortelles (0,12 et 0,13 par kg) de gardénal, mais non par des doses fatales. Nous avons eu deux guérisons, en injectant dès le début du coma, 1 cc. et 1 cc. 2 de coramine par kilogramme et par voie intramusculaire.

Même si les guérisons eussent pu être obtenues sans injections de coramine, on ne peut qu'être frappé de la brièveté du coma : cinq à six heures, alors que tous les autres animaux témoins ou traités par la strychnine étaient plongés, pour des doses équivalentes de gardénal, plus de vingt-quatre heures dans le coma.

2° Mais les lapins XVII et XVI offrent des constatations bien plus intéressantes :

Il s'agit d'animaux intoxiqués par des doses fatales (0,20 et 0,21 par kg.) de gardénal, qui ne sont traités qu'à la quatorzième heure de leur coma, par des injections de Coramine, intramusculaires pour l'un, intraveineuses pour l'autre et qui sont tirés du coma en six et sept heures, par 2 cc. 8 et 2 cc. 9 de Coramine par kilogramme.

Enfin, chez l'un d'eux, trois électrocardiogrammes montrent l'intégrité du fonctionnement cardiaque durant toute la thérapeutique.

3° Quant à la deuxième expérience du chien III, elle vaut d'être soulignée.

L'animal qui avait guéri en cinq heures d'un coma dû à une dose mortelle, mais non fatale, de gardénal est soumis dans les vingt-quatre heures à une deuxième injection mortelle de gardénal.

Mais cette fois, alors que la première dose n'est sûrement pas complètement éliminée, il n'entre plus en coma barbiturique, alors qu'aucun témoin ne reste éveillé avec 0,12 de gardénal par kilogramme. C'est donc sans doute l'effet de la Coramine injectée la veille qui protège l'animal du coma.

Nous avons pu vérifier cet effet prolongé de la Coramine sur les lapins précédents qui, après plusieurs jours de repos, soumis à de nouvelles intoxications par des doses de gardénal amenant toujours le sommeil en moins d'une heure, restaient cinq à six heures, avant d'entrer dans le coma.

Nous tenons à rapprocher de ces recherches sur la coramine au cours du barbiturisme expérimental aigu une observation, qui n'a que la valeur d'une constatation isolée sur l'action des injections de solucamphre intraveineux combinées à des inhalations de carbogène.

La grande analogie que nous avions constatée entre les lésions anatomo-pathologiques du barbiturisme aigu et celles des intoxications par l'oxyde de carbone nous a incités à essayer la méthode de Cot dans les intoxications par le gardénal.

Le lapin XVIII reçut une dose fatale de gardénal (0,19 par kilogramme) et ne fut traité qu'à la onzième heure par des injections intraveineuses de solucamphre (1/2 cc. par kilogramme) toutes les heures avec inhalations de carbogène consécutives.

Dès la quatrième heure, chaque tentative thérapeutique était suivie de quelques mouvements, d'une plus grande amplitude de la respiration, et le réveil était obtenu à la septième heure.

Nous poursuivons l'étude de cette association sur une série d'animaux.

ALCOOLISME ET BARBITURISME

Rôle des injections intraveineuses d'alcool dans la thérapeutique du Barbiturisme

Une observation toute récente nous a fait rechercher le rôle favorable possible de l'alcool dans des intoxications barbituriques aiguës.

Une jeune femme de 23 ans absorbe 5 grs de véronal et pour hâter l'issue fatale avale un flacon de 100 cc. d'alcool à 95°.

Elle présente un état d'agitation considérable durant plusieurs heures et c'est dans cet état qu'elle est amenée à l'hôpital, alors qu'elle essayait de se trancher à coups de rasoir les vaisseaux du poignet.

Elle s'assoupit vers la cinquième heure de l'intoxication et sort de son sommeil à la dixième heure, en proie de nouveau à une agitation assez vive.

L'évolution de ce cas fut par la suite favorable spontanément.

Il s'agissait d'une intoxication par une dose moyenne de véronal, qui n'est pas toujours mortelle, mais qui habituellement même dans les cas favorables s'accompagne rapidement d'un coma durant au moins 24 heures.

Ce cas nous avait frappés et nous étions décidés à rechercher expérimentalement s'il n'y avait pas un rôle favorable de l'alcool au cours du barbiturisme aigu, quand nous avons vu dans la thèse de Le Loupp, parue peu après, une autre observation « d'évolution

simultanée chez un malade d'une intoxication barbiturique aiguë et d'une intoxication alcoolique.

Il s'agissait d'un homme de 38 ans, qui avait ingéré deux tubes de comprimés à 0 gr. 10 de gardénal, partie dans du cidre mouseux, partie dans du porto et cinq ou six verres de calvados.

L'état de délire, d'excitation et de stupeur dure vingt heures et le malade entre dans un sommeil tranquille qui se prolonge pendant trente-six heures. Le malade guérit complètement sans qu'aucun phénomène organique se soit manifesté.

Pour Leloupp « l'évolution de ces deux intoxications a paru modifier assez nettement les symptômes de chacune d'elles ».

Tout s'est passé comme si l'action excitante de l'alcool avait d'abord dominé le tableau clinique, l'action soporifique du barbiturate n'ayant pu se manifester que secondairement.

Par ailleurs, à la lecture des observations d'intoxications barbituriques aiguës, on est frappé de voir que les alcooliques invétérés, dont les émonctoires et le parenchyme hépatique notamment sont altérés, supportent mieux que des sujets antérieurement normaux des doses même élevées de barbituriques.

Une constatation inverse avait été faite bien antérieurement. Dans sa thèse, Quenee, élève de Ramond, insistait dès 1930, sur les heureux effets des injections de somnifène au cours du délirium tremens. Deux observations de la thèse de Leloupp confirment ces rapports entre l'alcoolisme chronique et les barbituriques.

Ces deux ordres de faits témoignent donc d'un certain antidotisme, ou tout au moins antagonisme, entre les effets des barbituriques et de l'alcool.

Partant de ces constatations empiriques et symptomatiques, nous avons voulu préciser expérimentalement cet antagonisme.

Evidemment, il ne fallait pas songer à la voie digestive pour l'introduction de l'alcool chez un animal intoxiqué par les barbituriques et d'autre part nous voulions employer une voie de pénétration de l'alcool plus rapide.

Les injections intraveineuses de l'alcool sont utilisées actuellement dans des circonstances diverses, mais surtout dans le traitement des suppurations broncho-pulmonaires.

Récemment, Gurfinkiel de Clermont-Ferrand (*Gaz. Hôp.*, n° 21, 14 mars 1934) a tenté de préciser les effets généraux de ces injections et l'on peut retenir de son expérimentation sur le lapin que les doses de 1 cc. d'alcool à 30 % par kg. d'animal, sont parfaitement supportées en injections intraveineuses.

Nous avons d'abord recherché si ces injections intraveineuses d'alcool à 30° pouvaient avoir un rôle protégeant contre l'installation du coma barbiturique.

a) Le lapin XI reçoit à 11 heures une injection de 2 cc. d'alcool à 30 %, dans la veine marginale de l'oreille. Puis cinq minutes après nous lui injectons 1 cc. 5 de la solution de gardénal Spécia, soit 0 gr. 30 pour 2 kg. 200. Le lapin reste deux heures dans un état quasi normal, allant et venant, et ce n'est qu'à treize heures qu'il entre dans un coma léger, d'où on peut le tirer par quelques excitations fortes.

Il y a une première constatation à faire immédiatement. Les dix-huit lapins qui ont servi à nos recherches, pour des doses de gardénal dépassant 0 gr. 12 par kilogr. présentaient en moins de vingt minutes un coma profond.

b) Mais nous avons voulu rechercher surtout l'effet des injections intraveineuses d'alcool au cours du coma barbiturique constitué.

Le tableau ci-joint résume notre expérimentation sur un lot de quatre lapins.

Nous soulignons ici les faits dominants :

1. Le lapin XI, dont le coma n'était apparu qu'à la deuxième heure à la suite d'une injection préalable d'alcool, est soumis ensuite à des injections intraveineuses de 2 cc. d'alcool à 30 % de la troisième à la huitième heure, toutes les heures.

Animaux barbiturisés traités par l'alcool à 30 % en injections intraveineuses.

Animal.	Gardénal par Kg.	Alcool à 30 % intraveineux.	Coma.	Evolution.
Lapin XIII	0.125	3cc6	16 h.	guérison
Lapin XII	0.13	3cc2	17 h.	guérison
Lapin XI (1re ph.)	0.14	7cc2	5 h.	guérison
Lapin XIV	0.14	4cc6	6 h.	guérison
Lapin XI (2e ph.)	0.32	14cc5	33 h.	guérison

Dès la troisième injection, la réaction à chaque injection est vive et à la huitième heure, le lapin est redevenu tout à fait normal.

Pour mettre la méthode à l'épreuve, nous avons soumis le lendemain le même lapin à une nouvelle injection de 2 cc. de gardénal (0,40), et nous avons constaté cette fois l'installation du coma en trente-cinq minutes.

L'animal reçoit alors toutes les heures, durant cinq heures, une injection intraveineuse de 2 cc. d'alcool qui amène le réveil à la dernière piqûre.

Trois injections le lendemain matin amènent un retour complet à la normale.

2. Les observations des lapins XII, XIII et XIV sont des plus simples et démonstratives.

Ces trois lapins, d'environ 3 kgs, reçoivent une injection intramusculaire de 0,40 de gardénal, amenant en moins d'une heure un coma extrêmement profond.

Les lapins XII et XIII reçoivent à la deuxième heure, 2 cc. d'alcool intraveineux, puis ne sont plus traités qu'à la seizième heure. Quatre injections d'alcool font cesser le coma et le retour à la normale persiste les jours suivants.

Le lapin XIV est tiré du coma par sept injections de 2 cc. d'alcool faites d'heure en heure, dès l'installation du coma.

Les constatations prennent surtout toute leur valeur en raison de l'existence des deux témoins lapins et de deux chiens témoins, soumis à des injections analogues de gardénal présentant un coma profond avant la fin de la première heure, et dont un succombe sans traitement et un deuxième malgré une thérapeutique strychnée habituelle et intensive.

Nous croyons donc pouvoir avancer que les injections intraveineuses d'alcool sont capables de retarder l'installation du coma barbiturique, ce qui est rarement d'un intérêt pratique, mais surtout que le coma barbiturique expérimental est très rapidement influencé (guérison en 5 à 10 heures), par des injections intraveineuses d'alcool à 30 %, à raison d'un centimètre cube par kilog d'animal et ce toutes les heures. Cette constatation excessivement nette faite chez quatre lapins, dont l'un fut soumis deux fois en vingt-six heures à des doses mortelles de gardénal et fut deux fois tiré d'affaire en quelques heures par l'alcoolisation intraveineuse, cette constatation nous semble des plus intéressantes au point de vue de la thérapeutique des intoxications barbituriques aiguës.

Evidemment il ne faut pas se hâter de conclure de l'expérimentation à l'application clinique et nous n'avons encore pu appliquer qu'une fois ces données à des intoxications humaines.

Le 13 avril 1934, alors que ce travail était sous presse, une femme de 22 ans est amenée à 13 h., à la clinique dans un coma léger, dont la nature nous est affirmée par l'entourage : la malade avait ingéré le matin 30 comprimés de gardénal à 5 centigrammes. Nous avons pratiqué une injection intraveineuse de 20 cc. d'alcool à 30 % toutes les heures et à la quatrième injection la malade était complètement réveillée.

Evidemment, il ne s'agit que d'un cas isolé et même d'une intoxication barbiturique légère.

Mais si nous le rapprochons des expérimentations empiriques de certains intoxiqués, rappelées au début de ce chapitre, en raison de la netteté des données expérimentales, nous croyons que la méthode vaut d'être appliquée chez l'homme.

Elle sera tout au moins sans danger, puisqu'au cours des suppurations pulmonaires des doses de 30 et 50 cc. d'alcool à 30 %, sont parfaitement tolérées, et que l'observation ultérieure du cas précité a tout au moins montré que 80 cc. d'alcool à 30 % endoveineux étaient parfaitement tolérés et ne troublaient en rien le fonctionnement hépatorénal.

Elle n'offrira pas les inconvénients de la strychnothérapie intensive, qui peut être désastreuse dans les cas où le doute d'intoxication barbiturique à la base fait place à l'erreur si facile de diagnostic.

La voie intraveineuse est indispensable pour agir vite, d'autre part c'est la seule qui évite partiellement le rôle si complexe du foie devant l'alcool. Certes l'alcool injecté doit subir au niveau du réseau pulmonaire une grande déperdition respiratoire.

Cela oblige à des injections répétées d'heure en heure.

La posologie humaine reste à fixer par l'étude de quelques cas : nous basant sur nos données expérimentales, nous injecterions au moins 30 cc. d'alcool à 30 % intraveineux toutes les heures jusqu'à réaction nette.

D'explications enfin à cet antagonisme barbituriques alcool, nous ne pouvons ni ne voulons en formuler avant des recherches plus complètes qui sont en cours. Comme pour tous les antagonismes pharmacodynamiques, nous ne croyons pas qu'il y ait pour reprendre la comparaison de Le Loupp, de processus chimique comparable à la neutralisation de l'acide chlorhydrique par la soude, mais qu'il s'agit d'une action biologique beaucoup plus complexe et que la notion d'antidotisme ne doive pas forcément impliquer l'idée d'une neutralisation.

Etude comparative du rôle des injections de strychnine, de coramine et d'alcool dans le traitement du Barbiturisme aigu

Nous avons cru qu'il serait intéressant après l'étude de ces trois antidotismes, de comparer les résultats obtenus chez l'animal, au cours de vingt-quatre expériences.

Le tableau suivant est le résumé très schématique de nos constatations, classées d'après les doses croissantes de gardénal utilisées.

1. Si nous étudions d'abord les treize premiers cas, qui correspondent à des doses de gardénal inférieures à 0,18, nous précisons tout de suite qu'il s'agit de doses mortelles, mais non forcément fatales, puisque des trois témoins, un est mort (lapin X) et deux ont survécu (lapins I et VII).

Animaux.	Gardénal par Kg.	Strychnine par Kg.	Coramine par Kg.	Alcool à 30 % par Kg.	Coma.	Tétanos.	Evolution.
Lapin I (1re exp.)	0.08	—	—	—	42 h.	—	guérison
Chien II	0.10	3mmg25	—	—	21 h.	++	guérison
Chien I (1re exp.)	0.10	1mmg1	—	—	17 h. 1/2	+	guérison
Lapin X	0.11	—	—	—	37 h.	—	*mort*
Chien III (1re exp.)	0.12	—	1cc	—	5 h.	—	guérison
Lapin XIII	0.125	—	—	3cc6	16 h.	—	guérison
Lapin XII	0.13	—	—	3cc2	17 h.	—	guérison
Lapin XV	0.13	—	1cc2	—	6 h.	—	guérison
Lapin VII	0.14	1mmg85	—	—	46 h.	—	guérison
Lapin V	0.14	3mmg4	—	—	75 h.	++	*mort*
Lapin XI	0.14	—	—	7cc2	5 h.	—	guérison
Lapin XIV	0.14	—	—	4cc6	6 h.	—	guérison
Lapin VI	0.18	—	—	—	20 h.	—	guérison
Lapin XVIII	0.19	—	4cc4 I. V.	—	19 h.	—	guérison
			Solucamphre+carbogène				
Lapin VIII	0.20	—	—	—	80 h.	—	*mort*
Lapin III	0.20	7mmg	—	—	46 h.	+	guérison
Lapin XVII	0.20	—	2cc8	—	18 h.	—	guérison
Lapin XVI	0.21	—	2cc9	—	19 h.	—	guérison
Chien I (2e exp.)	0.22	2mmg4	—	—	65 h.	+	*mort*
Lapin II	0.23	—	—	—	3 h.	—	*mort*
Chien III (2e exp.)	0.24	—	1cc	—	5 h.	—	guérison
Lapin IV	0.25	13mmg5	—	—	28 h.	+	*mort*
Lapin I (2e exp.)	0.30	—	—	—	81 h.	—	*mort*
Lapin XI (2e exp.)	0.32	—	—	14cc5	33 h.	—	guérison

a) Quatre animaux de ce lot ont été soumis à la strychnothérapie intensive dès le début du coma barbiturique : les chiens I et II ont guéri, ayant reçu 1 mmg. et 3 mmg. 2 de strychnine par kg., après des comas de 17 et 21 heures. Le lapin VII a guéri après injection de 1 mmg. 85 par kg. en 46 heures, mais le lapin V est mort malgré 3 mmg. 4 de strychnine par kg., après un coma de 75 heures.

b) Deux lapins ont été traités par la coramine, dès le début du coma, à raison de 1 cc. et 1 cc. 2 par kg. et en cinq et six heures, le coma prenait fin.

c) Quatre lapins ont reçu des injections d'alcool à 30 % par voie intraveineuse.

Deux dès l'apparition du coma et des doses de 3 cc. 6 et 3 cc. 2 d'alcool par kg. ont amené la guérison en seize et dix-sept heures ; deux ne furent traités qu'à la quatorzième heure, et des doses de 7 cc. 2 et 4 cc. 6 d'alcool par kg. firent céder le coma en cinq et six heures.

Dans ce lot, il faut bien reconnaître que l'alcool intraveineux et la coramine ont donné de meilleurs résultats que la strychnine et surtout une cessation beaucoup plus rapide du coma, sans provoquer d'accidents dus à la toxicité de l'antidote alors que nous avons observé du tétanos chez tous nos lapins traités par la strychnine.

II. Envisageons le deuxième lot de onze animaux, ayant reçu des doses fatales de gardénal.

a) En effet, les trois témoins barbiturisés et non traités sont morts, au bout de trois, quatre-vingt et quatre-vingt-une heures.

b) Deux lapins et un chien intoxiqués aussi profondément, ont été soumis à la strychnothérapie et nous n'avons pu enregistrer qu'un succès et deux morts.

La guérison fut obtenue chez le lapin III en vingt heures, avec 7 mmg. de strychnine par kg.

Le chien I mourut à la soixante-cinquième heure, bien qu'il ait reçu 2 mmg. 4 (près de quatre fois la dose mortelle) de strychnine par kg. Enfin, le lapin IV mourut à la vingt-huitième heure, malgré 13 mmg. 5 de strychnine par kg. Jamais les deux derniers lapins ne furent tirés du coma malgré l'apparition de crises tétaniformes.

c) Deux lapins et un chien du même lot furent traités par la coramine, avec guérison dans les trois cas en cinq heures, dix-huit heures et dix-neuf heures, par des doses de 2 cc., 2 cc. 8, 2 cc. 9 de coramine par kg. Nous rapprochons de ces trois observations le cas du lapin XVIII, guéri en dix-neuf heures, par des inhalations de carbogène et 4 cc. 4 de solucamphre par kg.

d) Enfin le lapin XI, intoxiqué par trois fois à une dose mortelle de gardénal, fut guéri en trente-trois heures par des injections d'alcool à 30 %, à raison de 14 cc. 5 par kg.

La supériorité des deux dernières méthodes paraît importante du point de vue expérimental ; elles ne nous ont procuré aucun échec, alors que la strychnothérapie ne sauvait qu'un animal sur trois.

Enfin, les guérisons furent bien plus rapides et ne s'accompagnèrent d'aucun accident toxique dû à l'antidote, que ce fût la coramine ou l'alcool.

TRAITEMENT ACTUEL DU BARBITURISME AIGU

Nous voudrions, dans les quelques pages qui vont suivre, non plus discuter du point de vue théorique les diverses thérapeutiques du barbiturisme, mais brosser rapidement le tableau de la conduite à tenir devant un pareil coma.

Les indications sont triples, comme dans toute intoxication :

a) Viser à éliminer la plus grande quantité possible de toxique : *thérapeutique soustractive.*

b) Eviter les accidents circulatoires, asphyxiques... en un mot la *thérapeutique adjuvante.*

c). Utiliser les antidotismes pharmacodynamiques, *thérapeutique neutralisante*, bien que ce mot fasse préjuger de la nature d'un mécanisme qui nous échappe.

I. VISER A ÉLIMINER LA PLUS GRANDE QUANTITÉ POSSIBLE DE TOXIQUE. THÉRAPEUTIQUE SOUSTRACTIVE. — *a*) Quand l'intoxication est assez récente, tout au moins ne dépassant pas dix heures, provoquer *l'évacuation gastrique* par la prise d'ipéca (souvent impossible) ou mieux par l'injection d'un demi ou d'un centimètre cube d'une solution d'*apomorphine* au centième.

On peut toujours pratiquer aussi un *lavage d'estomac* avec une solution très étendue de permanganate de potasse, conseillée par Bickel et Katzenelbogen (Genève), ou en le faisant suivre de l'introduction de *charbon activé*, en solution aqueuse.

b) Quand l'intoxication est plus tardive, *sonder la vessie* et favoriser l'élimination du toxique par des *injections sous-cutanées ou intra-rectales de sérum glucosé.*

c) *La saignée copieuse* de 500 à 600 cc. est utile d'après Tardieu, même pratiquée tardivement, après quarante-huit heures de coma, suivie ou non de transfusion.

d) Quant à la *ponction lombaire*, conseillée par Ortner, avec réinjection de liquide albumineux, elle n'apparaît pas toujours sans dangers, ainsi qu'en témoigne l'observation de Bernard et Leroux où elle faillit tuer l'intoxiqué.

Et cependant Ph. Pagniez, Plichet et Salles proposent « le drainage spinal partiel » qui consiste à soustraire le plus possible de liquide céphalo-rachidien à l'intoxiqué et à faciliter le renouvellement de ce dernier par injection intraveineuse d'eau distillée. Ce mode de désintoxication n'a pas encore été assez étudié pour qu'on puisse se faire une opinion sur la valeur de ce procédé.

II. Eviter toutes les complications, ces « accidents fortuits » qui, pour Ide, menacent le malade jusqu'à la neutralisation de son barbiturique :

a) Ces malades doivent être demi-assis et on doit fréquemment changer leur position pour éviter la congestion pulmonaire hypostatique.

Les voies respiratoires supérieures seront désinfectées pour empêcher tout processus infectieux pulmonaire.

b) On combattra *l'effondrement tensionnel* par des injections de caféine, d'huile camphrée, de spartéine.

Babonneix et Huber insistent sur la valeur des injections intra-musculaires *d'adrénaline* (ils ont donné jusqu'à 7 milligrammes par vingt-quatre heures).

Le *sérum glucosé hypertonique* a donné à Isaac Georges un succès inespéré, chez un agonisant.

c) *L'asphyxie* est fréquemment à redouter, et en effet, le barbiturisme produit bien des lésions comparables à l'intoxication oxycarbonée. Huber conseille systématiquement *les injections répétées d'oxygène sous la peau.*

Nous avons vu les heureux effets sur un animal de laboratoire barbiturisé de la méthode de Cot : *inhalation de carbogène et injections intraveineuses d'huile camphrée ou de solucamphre.*

Quelquefois, cette asphyxie revêt le type œdémateux, et Bariety a rapporté un succès au cours d'un coma barbiturique compliqué d'œdème pulmonaire subaigu et d'asphyxie, grâce à une saignée abondante et à une injection d'ouabaïne intraveineuse, suivies de guérison.

III. Ces deux phases du traitement constituent ce que Madame Bertrand-Fontaine appelle le traitement adjuvant, mais elle ne dissimule pas leur importance.

Elles représentèrent, jusqu'il y a six mois, tout ce qu'on pouvait opposer, d'ailleurs non sans succès, au barbiturisme aigu.

Mais le traitement de fond depuis six mois consiste à opposer au barbiturisme un *antidote*.

a) L'antidote le plus utilisé fut et est encore la *strychnine*. Nous ne reviendrons pas sur la valeur que nous croyons pouvoir attribuer aux bases expérimentales et à l'application thérapeutique de l'antagonisme barbiturique-strychnine.

Mais si nous nous rangeons bien volontiers à côté de ceux qui proclament qu'il faut frapper « vite, fort et longtemps », nous croyons surtout qu'il faut encore rester prudents, car l'antagonisme des deux toxiques ne joue pas toujours et l'on ne peut prévoir les cas défavorables.

Frapper vite : tout le monde est d'accord pour injecter de la strychnine dès qu'on observe un coma barbiturique.

Frapper fort : la voie intraveineuse est de beaucoup la plus rapide. Mais combien injecter de strychnine la première fois ? Au lieu de la dose d'un centigramme conseillée par Ide, nombreux sont ceux qui recommandent d'injecter trois à quatre centigrammes d'emblée. Nous croyons que malgré la grande tolérance dont témoignent souvent les barbiturisés pour la strychnine, il ne faut pas dépasser le centigramme par injection. On pourra déjà observer parfois des crises tétaniformes, rares mais qui ne sont pas vraiment sans dangers.

Frapper longtemps : toutes les demi-heures ou toutes les heures, suivant l'intensité du coma, on renouvellera cette injection intraveineuse de un centigramme.

On se basera sur les réactions consécutives aux piqûres pour poursuivre à la même cadence, ou à intervalles plus espacés la strychnothérapie.

Mais de même qu'on a abandonné les doses journalières de 600, 800, 1.000 cc. de sérum dans le traitement de la diphtérie, de même il n'y a pas intérêt, croyons-nous, à utiliser des chiffres records de strychnine.

Il ne doit pas y avoir de règle fixe de posologie, en cette matière, mais si l'on admet avec Harvier que la dose mortelle de strychnine est en moyenne de quatre centigrammes, si l'on se rappelle qu'expérimentalement une dose quatre fois mortelle de strychnine combat assez souvent une intoxication liée à la prise de trois fois la dose mortelle de barbiturique, on ne voit pas beaucoup l'intérêt de doses totales de strychnine dépassant 25, 30 centigrammes chez l'adulte.

L'antagonisme barbiturique-strychnine n'est pas aussi régulier et constant qu'on le crut au début de son application thérapeutique. Quand il ne joue pas au trentième centigramme, il n'y a plus beaucoup d'espoir de pouvoir l'utiliser.

b) Et c'est pourquoi d'autres antidotismes valent d'être essayés.

Après la lecture des observations cliniques de Sigismond Bloch, après notre expérimentation sur le lapin et le chien, nous utiliserions volontiers dans le barbiturisme aigu, les injections de *coramine*, comme association à la strychnothérapie, et même isolément.

Devant de tels comas, nous injecterions immédiatement 3 et 5 cc. de coramine intraveineuse en renouvelant l'injection d'heure en heure jusqu'à atteindre 20 et 30 cc.

c) Sans avoir pu jusqu'à maintenant appliquer la méthode à l'humain, nous n'hésiterions pas enfin à essayer un antidotisme qui nous a paru avoir des bases expérimentales aussi valables, à savoir les *injections intraveineuses d'alcool* à 30 %, à raison de 30 cc. par injection, chaque heure, sans dépasser un total de 200 cc.

Qu'on ne nous fasse pas dire, ni que la strychnine ne vaut pas d'être utilisée dans le barbiturisme aigu, ni que la coramine ou l'alcool guérirait tous les cas d'intoxication par les dérivés de la malonylurée.

Nous estimons d'abord que la strychnothérapie a rendu et rendra des services, mais qu'elle a ses insuccès et ses échecs.

Par ailleurs, nous ne conclurons pas d'expériences favorables avec la coramine et l'alcool à l'utilisation pratique exclusive de ces deux antidotes des barbituriques.

Les années futures enregistreront sûrement des échecs de ces nouveaux antidotismes, comme nous déplorons ceux de la strychnine. Mais il ne s'agit pas de panacées, il s'agit de thérapeutiques dont les observations ultérieures préciseront les limites et les indications.

Conclusions de la revue générale et des recherches expérimentales sur le Barbiturisme aigu

Après avoir brossé un état actuel du tableau clinique du Barbiturisme aigu, après avoir insisté sur les éléments cliniques, sur les examens complémentaires (formule sanguine, syndrome urinaire, dosage humoral des barbituriques), qui permettent parfois de prévoir la gravité d'un coma barbiturique, nous avons voulu, à l'aide de l'expérimentation, préciser l'anatomie pathologique de ces intoxications (1).

Nous avons pu montrer le caractère général et profond de ces lésions, avec la progression des trois stades d'hyperhémie diffuse initiale et persistante, de surcharge graisseuse non seulement hépatique, mais encore dans tous les endothéliums vasculaires myocardiques et cérébraux, enfin de foyers infectieux terminaux, hormis l'infection pulmonaire parfois précoce.

Mais si les lésions cérébrales diffuses, faites de multiples foyers d'hémorragie et de désintégration nerveuse répondent bien à l'allure clinique des manifestations cliniques, au coma barbiturique, nous avons montré que cette intoxication touchait tous les parenchymes, aussi bien le poumon (foyer congestif, œdémateux, infectieux) que le cœur, et surtout lésait les grands émonctoires causant *une tubulo-néphrite aiguë* allant de la simple tuméfaction des épithéliums à leur désintégration et à la cylindrurie jusqu'à la nécrose insulaire, causant enfin une *atteinte hépatique* dont

(1) Carrière-Hurez et Willoquet. Les lésions du Barbiturisme aigu, *Paris Med.*, mai 1934.

les trois degrés sont la congestion, la dégénérescence, l'hépatite insulaire.

Nous avons montré chez l'animal que de semblables lésions s'observaient dans le barbiturisme mortel, malgré l'introduction précoce de doses massives de strychnine.

Et à l'hypothèse de deux poisons ne touchant aucun mécanisme essentiel des cellules, nous avons dû avancer que les barbituriques tuaient, surtout en lésant le système nerveux, mais encore en faisant dégénérer tous les protoplasmes.

Il nous fallait reprendre les bases expérimentales de l'antidotisme barbiturique-strychnine. Nous avons sur l'animal constaté la tolérance avec laquelle les barbiturisés supportent fréquemment la strychnine, mais *nous avons dû préciser que cette action n'était ni constante, ni régulière*, que même de fortes doses de strychnine n'amenaient pas ce réveil immédiat qui caractériserait une neutralisation.

A côté de ces succès, nous avons chez l'animal eu des échecs, malgré une strychnothérapie précoce et intense. Nous avons surtout dû enregistrer le *cumul quasi constant de signes d'intoxication strychnique et barbiturique.*

L'étude du cœur dans le barbiturisme traité ou non par la strychnothérapie nous a permis d'avancer la valeur *d'un électro-pronostic* au cours des intoxications barbituriques. L'examen d'une centaine de tracés chez l'animal nous a montré *l'intensité des troubles de conduction* dans le barbiturisme isolé et surtout dans les cas traités par la strychnine.

Une étude comparative des cas humains de barbiturisme avant et après la mise en œuvre de la strychnothérapie a mis en évidence quelques cas où les injections de strychnine avaient transformé la situation et avaient guéri. Mais aussi, cette analyse des cas récents a montré l'inconstance, l'irrégularité de l'action de la strychnine, a malheureusement introduit des *réserves sur la constance de l'antidotisme gardénal-strychnine.*

Plus qu'à des équations de doses de toxique et d'antidote à opposer, il nous semble qu'il faut retenir surtout la notion de susceptibilité extraordinairement variable suivant les sujets, aux barbituriques et à la strychnine.

Plutôt que d'engager une course à l'utilisation de chiffres records de strychnine, il faut surveiller au cours de la strychnothérapie les réactions propres à

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

SCILLARÈNE

"SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARDIO-RÉNAL POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS. — DIURÉTIQUE GÉNÉRAL
DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES 1/2 à 1 par jour. | GOUTTES XX, 2 à 8 fois par jour. | COMPRIMÉS 2 à 8 par jour. | SUPPOSITOIRES 1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e. B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

chaque malade, pour éviter le cumul, non sans dangers, de signes de barbiturisme et de tétanos strychnique.

Nous avons étudié expérimentalement le rôle des *injections de coramine* dans le barbiturisme et nous avons eu chez l'animal des résultats constants et aussi brillants que ceux rapportés par Sigismond Bloch chez l'humain. Nous continuons à expérimenter la méthode de Cot, des injections d'huile camphrée combinée à des inhalations de carbogène, qui nous semble intéressante.

Enfin, partant de constatations cliniques empiriques, nous avons été amenés à étudier les propriétés des injections *intraveineuses d'alcool* à 30 % qui nous ont donné chez l'animal des résultats constants et favorables, que nous utiliserons à l'avenir chez l'homme.

Chaque acte thérapeutiuqe étant passible d'échecs, nous croyons que le traitement du barbiturisme aigu doit profiter de toutes les acquisitions récentes, sans se résumer au développement exagéré de l'une d'entre elles :

1) *La thérapeutique soustractive* (évacuation gastrique, saignée, activation de la diurèse par des injections de sérum glucosé-ponction lombaire) garde toutes ses indications dans les cas traités précocement, et même après la dixième heure d'intoxication.

2) *La thérapeutique adjuvante* a fait ses preuves avant la mise en jeu des antidotismes : elle évite les complications pulmonaires si fréquentes, elle combat la chute tensionnelle (par l'adrénaline, le sérum glucosé), elle entrave l'asphyxie (huile camphrée, solucamphre, carbogène).

En un mot, elle est indispensable au succès.

3) *La thérapeutique dite de neutralisation*, toute récente, n'est pas la panacée annoncée par certains. Mais elle vaut d'être utilisée comme une arme de plus, peut-être la meilleure.

La strychnothérapie sera donc précoce, intensive, prolongée, mais malgré tout prudente.

L'avenir nous dira si les *injections intraveineuses de coramine et d'alcool* à 30 % peuvent aussi améliorer le pronostic du barbiturisme aigu, comme le suggère l'expérimentation. Mais on ne passera de l'expérience à l'application thérapeutique qu'après des vérifications et des tâtonnements multiples.

Le « on ne peut plus mourir d'intoxications par les barbituriques » a fait naître un grand enthousiasme, dangereux d'ailleurs, puisque certains « trouvent magnifique cette perspective de la narcose chirurgicale de l'avenir. Le malade, dûment plongé dans le coma barbiturique, est subitement réveillé, frais et dispos par une dose une ou plusieurs fois mortelle de strychnine ».

Il est plus raisonnable de ne demander à ces actions pharmacodynamiques que ce qu'elles peuvent nous donner : et c'est déjà fort bien qu'elles aient permis d'améliorer beaucoup la thérapeutique du barbiturisme aigu.

— Pour la bibliographie, et tout autre détail, consulter la monographie suivante : CARRIÈRE-HURIEZ-WILLOQUET. *Le Barbiturisme aigu et les antidotismes gardénal* (strychnine-coramine-alcool). — Un vol. 164 pages et 34 pages de tracés et tableaux hors texte. — En vente : 30 fr. — Imp. A. Durant, 43, rue d'Artois, Lille.

LIVRES NOUVEAUX

Problèmes théoriques et pratiques de la transfusion sanguine. Indications, groupes sanguins, accidents, technique, organisation, hémothérapie, phylactotransfusion, immunotransfusion (1), par A. TZANCK, médecin des hôpitaux de Paris.

Il importe moins de découvrir chaque jour des indications nouvelles de la transfusion sanguine, que de bien préciser celles qui existent.

C'est le but que l'auteur s'est tracé dans ce livre qui contient, à l'usage du praticien, les règles de la transfusion sanguine telles qu'elles découlent de nos connaissances actuelles et de sa propre expérience.

Les indications. — Elles sont nombreuses dans les hémorragies, dans les maladies du sang, pour le traitement de certaines anuries, dans les hépatites, dans certains états paralytiques, en pratique obstétricale, chez le nourrisson, etc.

Pour chaque cas, l'auteur envisage les données fournies par la physiologie, l'expérimentation et la clinique, avant de déterminer la conduite à tenir.

Les groupes sanguins. — On conçoit l'intérêt qui s'attache à la découverte d'un examen de laboratoire capable de faire reconnaître à l'avance les compatibilités et les incompatibilités sanguines, d'où l'importance des recherches relatives à l'iso-agglutination dont la détermination permet précisément d'éviter la presque totalité des accidents.

Les accidents. — Ils sont rares, mais pour la plupart imputables à des erreurs de technique, des défauts d'appréciation, des fautes manifestes commises.

Les techniques. — L'auteur expose à grands traits les différentes techniques proposées, les différentes instrumentations usuelles avec lesquelles un bon technicien peut faire d'excellentes interventions, mais une instrumentation qu'il indique lui sert de type pour la description minutieuse de sa technique.

Bases physiologiques de la transfusion pour hémorragies. — Conduite à tenir. — Des notions sont exposées par l'auteur, qui interviennent journellement lors de la pratique de la transfusion et déterminent la ligne de conduite à tenir lors des hémorragies : quantités de sang à transfuser, moment de l'intervention, répétition des transfusions, tout est subordonné à ces bases physiologiques.

Organisation de la transfusion sanguine. — La transfusion pour hémorragies doit être effectuée à temps, en quantité suffisante, ce qui implique une organisation qui seule peut fournir dans un délai voulu des données préalablement étudiées. Les problèmes relatifs à cette organisation sont passés en revue.

Hémothérapie. — Les indications de la transfusion en dehors de l'hémorragie sont nombreuses. A part quelques indications, la plupart des maladies dans lesquelles on utilise l'hémothérapie concernent des affections constitutionnelles que l'on appelle précisément des maladies de sensibilisation, l'auto-hémothérapie étant considérée comme le mode de désensibilisation le plus courant.

Immuno-transfusion et phylacto-transfusion. — Il s'agit de l'utilisation de la transfusion pour le traitement des maladies infectieuses. L'analyse peut distinguer sous cette appellation unique des données très différentes.

Problèmes divers. — Réinjection globulaire. Rôle antitoxique illusoire de la saignée. Transfusion du sang de cadavre à l'homme. L. G.

(1) In-8 de 212 pages avec 34 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

SULFUREUX POUILLET

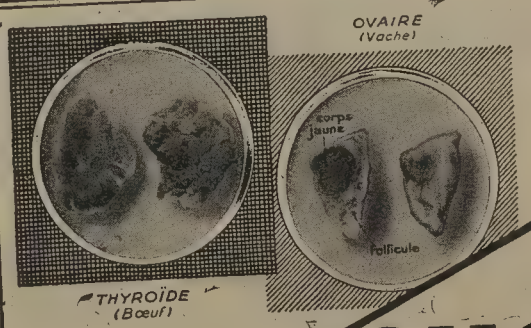
EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 3 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE



CHOAY

OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : *SYNCRINES*
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets - Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées

LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PNEUMONIES A PNEUMOCOQUES

I. De toutes les maladies infectieuses, la pneumonie lobaire franche aiguë à pneumocoques est celle qui présente l'*évolution cyclique* la plus remarquable, dans sa forme typique : la pneumonie de l'adulte sain. Chez l'adulte sain, en effet, nous devons insister sur la *fixité remarquable* du tableau clinique et sa terminaison par une *crise particulièrement nette.*

Ce qui n'empêche pas, en face d'une pneumonie franche, de *toujours craindre des complications possibles :* hépatisation grise, complications pleurales, collapsus cardiaque. Mais, dans la règle, les formes cliniques de la pneumonie de l'adulte sain ne sont que des *variantes* et les *complications tiennent surtout au terrain.*

II. Le rôle du terrain est primordial en effet :

1° La pneumonie du *taré* est une pneumonie *compliquée ;* en particulier, c'est chez *l'alcoolique* que l'on voit l'*hépatisation grise, l'ictère grave.*

2° La pneumonie du *vieillard* se complique souvent de *myocardite.*

3° La forme de l'*enfant* est bien particulière et *bénigne.*

III. Les pneumonies *septicémiques* rentrent dans un cadre particulier : les formes graves de la pneumonie sont de véritables septicémies tenant à la *virulence* spéciale du pneumocoque ; c'est au cours de ces formes intenses que l'on observe les *localisations métastatiques pneumoniques.*

I. La pneumonie de l'adulte sain. — En trois jours, la maladie passe par trois phases distinctes :

Premier jour : phase d'*engouement* avec le minimum de signes physiques ;

Deuxième jour : l'*herpès* apparaît ; on entend des *râles crépitants.*

Troisième jour : le *bloc pneumonique :* matité, *souffle* tubaire, *crachats* rouillés.

Il est classique de distinguer une période de début et une période d'état.

A. PHASE DE DÉBUT. — Le début est *brusque, soudain ;* il est marqué par :

a) S. G. — Un frisson *intense, unique, prolongé,* une fièvre *subite à 40°.*

b) S.F. — Un point de côté violent, sous-mamelonnaire, une dyspnée.

c) S. P. — Peu de signes physiques : submatité, respiration rude, à une base.

B) PHASE D'ÉTAT. — a) L'état général est atteint, *faciès* vultueux avec rougeur de la *pommette* du côté atteint ; un signe important : l'*herpès labial ;* les travaux récents ont montré l'association fréquente des manifestations du *virus herpétique* avec la pneumonie. La température à 40 est en *plateau ;* le pouls est accéléré mais bien frappé ; il y a oligurie.

b) Le point de côté s'atténue ; polypnée avec quelques accès de toux ; toux sèche d'abord, puis ramenant une expectoration muco-purulente assez banale qui, au troisième jour, devient caractéristique : crachats *rouillés, épais, visqueux, collants, peu abondants.* Il est bon de toujours faire un examen bactériologique : présence de *nombreux pneumocoques,* pathogènes, diplocoques capsulés en flamme de bougie, prenant le Gram. Pas d'autres germes.

c) Les signes physiques montrent un *foyer d'hépatisation de la base ;* augmentation des vibrations thoraciques ; *matité franche,* nette ; abolition de la respiration ; des *râles crépitants* pathognomoniques, fins et secs, à la fin de l'inspiration, égaux entre eux et régulièrement espacés, qui entourent en couronne le *souffle tubaire ;* celui-ci apparaît vers le troisième jour ; il est rude, superficiel ; d'abord localisé et intense, il devient plus diffus et moins net. Compléter par la recherche de la bronchophonie et de la pectoriloquie.

Devant ce tableau clinique :

1° On institue le *traitement antipneumonique classique :* diète hydrique, enveloppements, toniques...

2° On va *surveiller :* le cœur, le pouls et la tension artérielle, — le foie (volume et sensibilité, coloration des conjonctives, urobilinurie...), — le taux des urines, — la modification des signes physiques (lame liquide..)

3° *Attendre la défervescence.*

EVOLUTION. — C'est du septième au neuvième jour que vont se produire les phénomènes critiques :

1° *Vers le septième jour :* la *précrise survient ;* elle est caractérisée par une *recrudescence des signes fonctionnels et généraux* sans modifications des signes physiques ; le malade est anxieux, agité, quelquefois même il présente du délire. Il n'est pas rare de noter à nouveau de l'herpès labial « *herpès critique* » ; on peut voir un peu de cyanose, la dyspnée est intense ; la température dépasse souvent 40° ; le pouls est très rapide, inégal, avec parfois quelques irrégularités. Il est indiqué, à ce moment, de soutenir particulièrement l'état général du malade.

2° La précrise précède de quelques heures la crise proprement dite, et *la crise* se produit le plus souvent dans la *nuit qui suit.*

Schématiquement, on peut distinguer trois crises « décalées » : clinique, urinaire et sanguine. Brusquement, le malade légèrement abattu et asthénie, tranquille, ressent une sensation de bien-être, il est couvert de sueurs, apyrétique ; la température est tombée en quelques heures de 40-41 à 37 ; ces phénomènes brutaux inquiètent souvent l'entourage. Parallèlement le pouls se ralentit, la tension artérielle s'abaisse. La langue est humide. La gêne respiratoire devient presque nulle. Le malade insomnique depuis quelques jours peut dormir. Le lendemain matin, les urines sont d'abord plus abondantes et foncées, puis claires et très abondantes : l'étude précise de la crise urinaire a montré qu'il se produisait une crise toxique (avec diminution de la toxicité urinaire), une crise de polyurie foncée (acide urique et urée), une crise de polyurie claire (décharge chlorurée). La crise hématologique commence tôt : on sait que pendant la période d'état, il existe une leucocytose légère avec anémie peu marquée. A la *précrise,* exagération nette de la *leucocytose* avec dans certains cas, poussées globulaires et hématoblastiques, d'ailleurs assez variables (Hayem-Laubry). Au moment de la *crise, leucopénie. Après* la crise, *éosinophilie.*

(à suivre.)

Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement, par G. CANUYT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et P. DAULL, chef de clinique O. R. L. à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un volume de 138 pages avec 35 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 65). — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE GASSETTE.

LIPOÏDES H.I

EXTRAITS ÉTHÉRO-ALCOOLIQUES IMPUTRESCIBLES ET PURIFIÉS DES ORGANES.

GYNOCRINOL

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

Hypoovaries, Ménopauses naturelle et opératoire, Stérilité, Sénilité, etc.

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE.

Fatigues cérébrales, Sénilité précoce, Stérilité, Ménopause masculine, Asthénies, etc..

ADRÉNOL TOTAL

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE SANS ADRÉNALINE

Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde, Convalescences, Asthénies des hypertendus, etc.

R. Jouffroy

POSOLOGIE:
6 à 9 pilules par jour.

LABORATOIRE ISCOVESCO - 107, rue des Dames, PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hrs.

LITT. ÉCH^m — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

Granules de CATILLON

à 0,001 Extrait Titré de

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**.

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 26 MAI 1934. — N° 42.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
La radiologie en 1933, par MM. Louis Delherm et P. Thoyer-Rozat.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Questions fiscales. Centimes additionnels, par M. A. Herpin.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux (deuxième concours de nomination). — Séance du 14 mai. — MM. Kourilsky, 19; Marie, 18,18; Dreyfus, 17,54; de Brun du Bois-Noir, 18,09.

Séance du 18 mai. — MM. Dreyfus et de Brun du Bois-Noir, 20; Kourilsky et Marie, 19.

Classement : MM. de Brun du Bois-Noir, 38,09; Kourilsky, 38; Dreyfus, 37,54; Marie, 37,18.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Médecine opératoire.* — Séance du 17 mai. — Question donnée : « Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter. Désarticulation de l'épaule. »

MM. Suzor, 18; Sureau, 19.

Consultation écrite sur malade. — Séance du 18 mai. — MM. Sureau, 20; Suzor, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de médecine de Nancy entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté.

Prix Alexis Vautrin. — Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. — Premier prix, 3.000 fr.; deuxième prix, 1.000 fr.

Prix Joseph Rohmer. — Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. — Prix, 3.000 fr.

Prix Grand'Eury Fricot. — Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. — Prix, 1.650 fr.

Prix Ritter. — Mémoire sur un travail original de chimie médicale fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy. — Prix : 500 fr.

Prix Heydenreich-Parisot (chirurgie). — Concours entre les étudiants de la Faculté de médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). — Travail original sur un sujet de chirurgie. — Prix, 500 fr.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine avant le 1er juillet 1934.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Edouard Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Colonies. — *Au grade de chevalier.* (Au titre indigène.) — M. Mamadou-Doukoure, aide-médecin principal de 1re classe en A. O. F.; M. Ranaïvo, médecin à Tananarive.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'argent est décernée à MM. les docteurs Fabre (de Paris), Lallemand (de Château-Thierry), Campion (de Chalon-sur-Saône), Hambert et Montalhuc (de Versailles), Lavaux (de Beauvais), Petit (de Privas).

MÉDAILLE DU PROFESSEUR NOVÉ-JOSSERAND. — La remise de la médaille offerte au professeur Nové-Josserand par ses élèves et ses amis aura lieu à Lyon le lundi 2 juillet, à 16 h. 1/2, à la Faculté de médecine, à l'occasion des Journées orthopédiques de Lyon.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. — Les Assises nationales sur les *habitudes alimentaires régionales, carence et pléthore*, auront lieu le dimanche 1er juillet 1934, à l'Hôtel-Dieu de Paris (amphithéâtre Trousseau), de 9 h. à midi, sous la présidence de M. le professeur Rathery.

La réunion sera suivie d'un grand banquet aux Champs-Elysées, jardins Laurent, 41, avenue Gabriel, à 12 h. 45.

Souscription au banquet et à la plaquette commémorative, 60 fr. ; à la plaquette seule, 15 fr.

S'inscrire avant le 25 juin auprès du trésorier, M. le docteur Doury, 4, rue de la Muette, C. C. postal, Paris 1006-02.

MÉDECINS ET ÉTUDIANTS ÉTRANGERS. — Le Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, après avoir étudié et examiné la situation faite aux étrangers et particulièrement aux israélites allemands arrivés en France en 1933, vient d'émettre un vœu demandant : l'application des mesures prévues par le décret Herriot de 1928; l'obligation d'être citoyen français pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine; un décret identique rendu par le ministère de la Santé publique.

L'Association a décidé de mener ultérieurement toute action nécessaire pour le vote d'une loi qui réservera le doctorat en médecine d'Etat aux seuls citoyens français.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pol Vassal, ancien interne des hôpitaux de Paris (1890).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES.

Centimes additionnels.

Tous les ans, à cette époque, les contribuables reçoivent leurs feuilles d'impositions, et un rite immuable s'accomplit : un de nos édiles se dévoue pour demander des explications au sujet de l'augmentation constatée de la cote mobilière ; tous les ans, le Préfet de la Seine répond que cette augmentation est une conséquence inéluctable de la qualité même de cet impôt, dont il explique, par la même occasion, à nos conseillers qui l'ignorent probablement, le mode d'établissement. Cependant, bien que répétée, cette explication ne constitue pas une justification et n'inspire pas davantage à nos édiles les mesures nécessaires.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler, à notre tour, ce mode d'établissement qui est assez compliqué et donne des résultats assez extravagants.

Deux opérations sont nécessaires : la première consiste à établir le montant de la somme à payer, la seconde à répartir ce montant.

On prend ce qu'on appelle les principaux réels de 1917, c'est-à-dire la somme que rapportait à l'Etat, en 1917, la contribution mobilière ; on l'augmente du montant des valeurs locatives que représentent les constructions nouvelles dans la commune (loi du 19 juillet 1925, art. 2). On applique ensuite au chiffre ainsi obtenu le nombre des centimes votés par l'assemblée locale, à Paris 7,44 ; on le multiplie donc par 7,44, et on a ainsi la somme à répartir, qu'on appelle contingent.

Ensuite, dans chaque quartier, le contrôleur des contributions directes, assisté de répartiteurs, détermine la valeur locative proportionnelle pour chaque local occupé par un contribuable. Ce loyer est fictif : à Paris, c'est le prix qui aurait été payé en 1914 multiplié par le coefficient 1,5.

On divise le contingent, établi par la première opération, par la somme des valeurs locatives de la commune : on a ainsi ce qu'on appelle le « centime-le-franc ».

Pour établir la cote mobilière individuelle, on multiplie chaque valeur locative proportionnelle, établie comme il est indiqué plus haut, par le centime-le-franc.

Cette méthode aboutit donc, en pratique, à faire payer la contribution mobilière des locaux vides par ceux qui sont bien obligés d'en occuper, et ainsi le principal fictif, pour Paris, étant passé de 33.334.074 fr. 04, en 1933, à 34 millions 687.028 fr. 19, en 1934, le montant global à percevoir s'est accru de 10.137.685 fr. 45.

C'est ainsi que, d'année en année, nos charges augmentent, suivant la progression du centime-le-franc qui a évolué lui-même ainsi qu'il suit :

1930	1931	1932	1933	1934
0,22863	0,232725	0,244096	0,257773	0,270815

Pour l'année en cours, l'augmentation sur les locaux occupés est de 5,05 p. 100 ; mais elle est plus élevée proportionnellement pour tout contribuable qui a soit obtenu une diminution de son loyer, soit pris un appartement plus modeste pour diminuer ses charges.

Les réponses du Préfet de la Seine satisfont pleinement nos conseillers, car il semblerait d'après elles qu'ils n'ont aucune responsabilité dans ces augmentations successives. Ce n'est cependant pas le cas, car il y a une clef à ce système dont ne paraissent se soucier ni eux, ni l'administration : c'est le montant des centimes.

Si, en effet, ils peuvent demeurer sans changement dans les périodes de stabilité, d'occupation normale des immeubles, il n'est point justifié de les conserver au même taux alors que de nombreux locaux sont vides, qu'une crise économique sans précédent sévit, et qu'ainsi le rendement de cet impôt se trouve augmenté et cela aux dépens de chaque contribuable.

Il serait temps que nos conseillers municipaux et généraux voulussent bien suivre l'exemple d'économie que leur donne l'Etat, et diminuer ces centimes.

Et, comme nous sommes des contribuables, il nous appartient de le leur faire savoir.

A. HERPIN.

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2e

Névralgies
Névrites
BROMÉINE MONTAGU

Iodarsenic du Dr GUIRAUD
(Goutte Pédiophile)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18e)

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

Gravidostyl

Sérum de jument gravide

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE
du Dr Roussel

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE
ENFANTS PRÉMATURÉS
DÉFICIENCES HORMONALES

Boîte de **6 FLACONS-AMPOULES** de **10cc** – PRIX : **35f**

POSOLOGIE : **1 à 3 FLACONS-AMPOULES** PAR JOUR
par voie buccale, rectale ou hypodermique

Échantillons :
LABORATOIRES DU **Dr ROUSSEL**
97, Rue de Vaugirard – PARIS (6e)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1933

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT

CHEF DU SERVICE CENTRAL D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE LA PITIÉ — CHEF ADJOINT

OS, CRANE, ARTICULATIONS

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde : étude radiologique (radiographie et ventriculographie) (M. David. *Th. de Paris*, 1933, Vigot, édit.) — Les lésions radiologiques des méningiomes de la petite aile sont de trois ordres : modifications générales du crâne, modifications locales du crâne, calcifications.

Les modifications générales du crâne relevant de l'hypertension intracranienne sont banales et n'ont aucune valeur localisatrice.

Les modifications locales peuvent siéger :

Sur la petite aile : elles consistent en érosion ou en hyperostose. Les érosions bilatérales sont dues à l'hypertension intracranienne et sans valeur : l'érosion unilatérale (homo ou contralatérale) peut s'observer en dehors du méningiome de la petite aile. L'hyperostose localisée ou généralisée homolatérale possède une grande valeur étiologique.

Dans la région du ptérion : elles consistent en formations ostéogéniques, pertuis osseux et sillons vasculaires : ces lésions ont une grande signification quand elles sont associées et asymétriques.

Au niveau de la selle turcique, les altérations de la selle n'ont de valeur topographique que lorsqu'elles sont unilatérales.

Les calcifications s'observent dans 20 % des cas : souvent minimes, elles infiltrent parfois toute la masse humorale : elles contribuent alors au diagnostic étiologique en montrant que la tumeur siège à cheval sur la petite aile du sphénoïde.

Ces différents signes radiologiques qui ne sont réellement bien mis en évidence que par les radiographies stéréoscopiques du crâne prises sous des incidences déterminées, ont permis à l'auteur d'établir un diagnostic précis dans un tiers des cas. Il est fréquemment nécessaire de contrôler par la ventriculographie les renseignements fournis par la radiographie après confrontation avec la clinique.

Cf. — Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde. Etude radiologique. (M. David et Stuhl. *Journ. de radiol.*, avril 1933.)

De quelques signes radiologiques d'affections intra-crâniennes. (C.-W. Schwartz (New-York). *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, fév. 1933.)

La ventriculographie. (Cl. Vincent, David et Puech. *XIIIe réunion neurologique internationale annuelle*, Paris, la Salpêtrière, 30 mai 1933.) — La ventriculographie qui, depuis son apparition, a puissamment contribué au diagnostic et à la localisation des tumeurs cérébrales, a des indications et des contre-indications précises.

Les auteurs font une ventriculographie :

1° Lorsque, malgré un diagnostic de certitude d'une tumeur, sa localisation reste incertaine ou impossible ;

2° Pour confirmer un diagnostic clinique probable de non-tumeur.

Par contre, ils estiment inutile ou dangereux de pratiquer une ventriculographie quand il n'y a cliniquement ou radiographiquement aucun doute sur l'existence d'une tumeur ou que l'état du malade risque d'être aggravé par l'injection d'air.

Avec une technique rigoureuse, les accidents sont très rares ; nuls lorsqu'il n'y a pas de tumeur, ils seront d'autant plus évitables dans les autres cas que l'intervention aura été effectuée le plus tôt possible après la ventriculographie.

Dans le présent rapport, les auteurs, après avoir décrit les signes fournis par la ventriculographie dans les tumeurs du 3e ventricule, passent en revue les renseignements qu'elle peut apporter dans certains cas de pseudo-tumeurs et en particulier dans la méningite séreuse (ventricules très petits), dans les encéphalites chroniques (reflux de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens), dans les hydropisies ventriculaires chroniques de l'adulte sans tumeur (dilatation très marquée des ventricules, y compris le 3e et parfois le 4e), dans les arachnoïdites.

Cf. — Le radiodiagnostic des tumeurs cérébrales. (P. Delmas-Marsalet. *Arch. d'El. méd.*, janv. 1933.)

Le repérage ventriculaire. (Laruelle. *Revue neurol.*, fév. 1933.)

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. (Cl. Vincent, Mlle Rappoport, H. Berdet. *XIIIe réunion neurologique internationale annuelle*, Paris, la Salpêtrière, 30 mai 1933.) — Cette méthode (imaginée par Dandy), consiste à injecter, après ponction lombaire, une certaine quantité d'air en vue de rendre visibles simultanément les ventricules cérébraux et les espaces sous-arachnoïdiens. Avec une bonne technique, il n'y a pas d'accidents sérieux, mais les réactions (céphalée plus ou moins vive, pâleur, vomissements) sont la règle.

L'encéphalographie est contre-indiquée chez les malades qui présentent une hypertension intracranienne manifeste.

On met nettement en évidence par ce procédé, outre les ventricules, les différentes citernes et les lacs sylviens : ce sont les modifications du volume et de la visibilité des espaces sous-arachnoïdiens, associées ou non à des variations dans la dimension des ventricules qui permettent l'étude de l'encéphale et de ses enveloppes (atrophie ischémique, par pression, atrophie primitive par lésion vasculaire, symphyses arachnoïdiennes).

C'est surtout dans les épilepsies essentielles ou traumatiques, dans les céphalées post-traumatiques, dans les encéphalopathies de l'enfance, que l'encéphalographie est susceptible d'apporter à la clinique un précieux adjuvant.

Outre son utilité au point de vue du diagnostic, l'encéphalographie présente également un incontestable inté-

* *

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

rêt thérapeutique, en particulier dans certains troubles post-commotionnels (céphalée, vertiges, états convulsifs) et dans les encéphalopathies de l'enfance avec crises convulsives rebelles. Par contre, l'épilepsie essentielle est moins heureusement influencée par ce procédé.

La spondylolyse : ses causes et ses conséquences (la scoliose par spondylolyse). (C. RŒDERER et P. GLORIEUX. *Presse médicale*, 7 octobre 1933.) — Les auteurs définissent la spondylolyse : une solution de continuité dans l'arc vertébral postérieur, passant entre l'apophyse articulaire supérieure et l'apophyse articulaire inférieure : cette déhiscence peut être uni ou bilatérale.

Quelle que soit son étiologie (anomalie ou lésion traumatique), elle constitue une affection capable de retentissements importants sur la statique vertébrale (spondylolysthésis et surtout scoliose).

C'est à la radiographie qu'il appartient de mettre en évidence cette affection : rarement visible sur les épreuves de profil, quelquefois sur les clichés de face, elle l'est toujours sur les radiographies prises de trois-quarts. La spondylolyse se présente alors moins comme une solution de continuité vraie, que sous l'apparence d'un défaut de concordance dans la trabéculation : la radiographie stéréoscopique permet souvent de mieux objectiver cet aspect.

Quelquefois congénitale, fréquemment en relation avec une ostéopathie, elle est le plus souvent d'origine traumatique et consécutive dans ces cas à un brusque mouvement d'extension de la colonne entraînant une rupture au niveau de l'isthme interarticulaire.

Cf. — Notions générales sur le diagnostic et l'évolution des fractures et entorses du rachis. (P. GLORIEUX (Bruges). *Soc. de radiol. méd. de France*, oct. 1933.)

Les angiomes vertébraux. (MOREL-KAHN et STUHL. *Pratique médicale française*, juillet 1933.) — Les angiomes vertébraux constituent une affection, dont le diagnostic rarement porté en clinique est surtout fait par l'examen radiologique.

L'aspect radiologique paraît répondre étroitement à l'aspect anatomo-pathologique : la vertèbre atteinte paraît décalcifiée dans son ensemble et la clarté du corps vertébral contraste avec l'opacité des bords dont la régularité est conservée.

En outre, le corps vertébral présente un aspect réticulo-aréolaire en mie de pain tout à fait spécial : un lacis trabéculaire d'épaisseur variable paraît limiter dans ses mailles une infinité de petites vacuoles ; l'entrecroisement des mailles donne des images plus denses et la vertèbre prend un aspect tigré. Parfois existe une perte de substance nette qui peut donner naissance à des sillons.

Le diagnostic est surtout à faire avec la tuberculose centro-somatique dont les destructions osseuses sont généralement plus importantes et ne s'accompagnent pas de la fine trabéculation que l'on voit dans l'angiomatose. Les ostéoporoses du type Paget ou Recklinghausen peuvent égarer également le diagnostic, mais elles présentent généralement un aspect ouaté, feutré, épaissi à la périphérie des corps vertébraux. Les tumeurs à cellules géantes déforment la vertèbre et ne donnent pas la trabéculation caractéristique de l'angiome vertébral. Enfin, un des principaux caractères différentiels de cette affection réside dans la fixité, dans le temps, des images radiologiques.

Cf. — Angiomes osseux vertébral et céphalique : images radiologiques et traitement radiothérapique. (STUHL. *Bull. de la Soc. Franç. d'électrothérapie*, mai 1933.)

Présentation d'un cliché de vertèbre angiomateuse. (C. RŒDERER et KAUFMANN-BYL. *Soc. de radiol. méd. de France*, avril 1933.)

Un cas d'hémangiome de la colonne vertébrale avec une brève revue de la littérature. (ZARÉ MOSSESSIAN. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1933.)

POUMONS

Recherches sur la radiographie normale et pathologique du larynx. (L. BALDENWECK et R. GAUILLARD. *Journ. de radiol*, juillet 1933.) — L'étude des lésions du larynx par les Rayons X nécessite avant tout une parfaite connaissance de l'aspect radiologique normal de cet organe, pour permettre l'interprétation des images anormales.

Il faut avant tout connaître les possibilités d'ossification des cartilages laryngés en particulier du thyroïde et du cricoïde, ossifications très variables, surtout suivant l'âge; sur l'ombre du larynx tranchent des zones claires importantes pour le diagnostic (en particulier la navette ventriculaire) dont la limite supérieure correspond à la région des bandes et la limite inférieure à la région des cordes vocales inférieures.

Il est possible avec ces données de contrôler l'envahissement de la cavité ventriculaire par le processus néoplasique.

On peut constater également la présence de clartés anormales et irrégulières dues à des destructions cartilagineuses plus ou moins étendues.

Les auteurs rapportent enfin un cas de traumatisme laryngé où les radiographies successives ont permis de suivre le processus de guérison accompagné dans ce cas d'une calcification accélérée des cartilages.

Cf.— Radiographies du larynx. (BALDENWECK et GAUILLARD. *Soc. de radiol.*, mars 1933.)

Contribution à l'étude du radio-diagnostic des tumeurs malignes du larynx et de l'hypopharynx. (R. MATHEY-CORNAT. 1re *réunion des médecins électro-radiologistes de langue française*, Paris, 11 oct. 1933.)

Radiokymographie et tuberculose pulmonaire. (M. LARDÉ. *Th. de Paris*, 1933, Jouve, édit.). — La radiokymographie, méthode nouvelle (utilisée journellement dans le service du Dr Delherm, à la Pitié), permettant d'inscrire la cinématique de certains organes mobiles, peut être appliquée avec fruit au poumon. Outre qu'elle permet l'étude de la physiologie du poumon, cette méthode trouve des applications très importantes dans la tuberculose pulmonaire et, en particulier, dans :

a) L'étude et l'enregistrement graphique de la motilité du moignon pulmonaire après collapsothérapie, et des lésions incluses dans ce moignon au cours du pneumothorax thérapeutique. Ces renseignements aident à juger de l'efficacité d'un collapsus, à doser la compression, à expliquer ou à prévoir une évolution persistante ou une bilatéralisation possible.

b) Le contrôle de l'efficacité de la phrénicectomie pour l'immobilisation des cavernes isolées : les cavernes du lobe supérieur en particulier, étant reconnues par avance (sur le radiokymogramme) peu mobiles, parce que ne subissant pas l'influence des mouvements diaphragmatiques, ne peuvent bénéficier de la phrénicectomie.

c) Après une thoracoplastie, la méthode kymographique peut aussi inscrire les mouvements résiduels de l'hémithorax effondré et des lésions ainsi traitées.

Cf. — Premières applications cliniques de la radiokymographie dans la tuberculose pulmonaire. (Léon BERNARD et DELHERM avec la collaboration de PELLISSIER, FISCHGOLD et SILBERMAN. *Acad. de méd.*, 2 mai 1933.)

La radiokymographie en pratique phtisiologique. (Léon

AMIDAL **Poudre, Comprimés, Cachets, Dragées** Une à deux cuillerées à soupe ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour.	Entérites aiguës ou chroniques. Entérocolites. — Dysenteries. Toutes les diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ **Ergostérol irradié — Vitamine D** **(Extrait concentré de vitamines A. B. et C.)** Une cuillerée à café avant chacun des trois repas.	Carence et pré-carence. Troubles de la croissance. Rachitisme. Déminéralisation.
GENESERINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux à trois granules ou dragées ou XX gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. — Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.
GENATROPINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule injectable par jour.	Hyperchlorhydrie. Spasmes digestifs. — Vomissements. Coliques. — Diarrhée.
GENOSCOPOLAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Quatre à huit granules ou quarante à quatre-vingts gouttes par jour, en 2 ou 3 reprises. Une ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GENHYOSCYAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 ou 3 fois par jour entre les repas de préférence. Une ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements et syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GENOSTRYCHNINE **POLONOVSKI & NITZBERG** ou **Ampoules, Gouttes, Granules** **GENOSTHÉNIQUES** (Cacodylate de Génostrychnine et de Génésérine.) *Deux granules* ou XX gouttes à chacun des 3 repas. Une ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Anémie. Neurasthénie. Surmenage. Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE **POLONOVSKI & NITZBERG** en comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 par jour) ou ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs. 4 Ctgrs de Génomorphine = 1 Ctgr de Morphine.	La douleur. L'anxiété. — L'agitation. Les dyspnées spasmodiques. La démorphinisation.

LABORATOIRE DES PRODUITS " AMIDO "
A. BEAUGONIN, *Pharmacien*, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

TOPHOL
Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

INDICATIONS
Goutte aiguë et chronique - Rhumatisme articulaire aigu - Arthrites fébriles et déformantes Névralgies (Sciatique, intercostale) - Lumbago.

POSOLOGIE
1 à 8 cachets ou comprimés de 0 gr. 50 par jour.

Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, rue Condillac, 3, Grenoble (Isère).

Bernard, Pellissier et Silberman. *Presse méd.*, 20 déc. 1933.)

Le diagnostic d'adhérences pleurales au moyen de procédés radiokymographiques. (G. von der Weth. *Deut. méd. Woch.*, 2 juin 1933.)

Mouvement des côtes et du diaphragme par l'image radiologique (application de la méthode kymographique). (Dahm. *Fortsch. a. d. Geb. d. Roentg.* N° 47, mars 1933.)

Abrégé de la nouvelle technique radiokymographique. (Delherm, Thoyer-Rozat, Codet, Fischgold. *Sc. de radiol.*, avril 1933.)

Les lobes accessoires de la base pulmonaire (lobes cardiaques). (R. Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon. *Soc. de radiol.*, nov. 1933.) — Les nombreuses publications sur le lobe azygos ont attiré l'attention sur les lobes accessoires, dont les plus fréquents sont les lobes cardiaques : leur territoire dépend d'une bronche spéciale, la bronche cardiaque, ce qui contribue à leur donner au point de vue pathologique une individualité véritable. Ils existent fréquemment des deux côtés, mais le lobe droit est souvent seul visible, le gauche étant en partie ou en totalité masqué par le cœur : leur aspect est celui d'un cône à sommet hilaire et à base diaphragmatique (marquant souvent son empreinte sur la coupole). Il ne faut pas les confondre avec les ligaments phréno-péricardiques ni prendre pour une adhérence pleurale le point de départ de leur scissure.

Ils sont importants à connaître au point de vue pathologique pour permettre d'établir un diagnostic différentiel, entre les affections de la plèvre médiastine ou diaphragmatique et celles du lobe cardiaque fréquemment atteint d'un processus congestif aigu ou de lobite tuberculeuse accompagnée ou non de scissurite. Les unes et les autres sont susceptibles de donner une ombre triangulaire para-médiastine, dont la difficulté d'interprétation sera fréquemment délicate.

Cf. — Les plans scissuraux du poumon et leurs rapports médiastino-diaphragmatiques : étude anatomo-radiologique. (R. Grandgérard et P. Weber. *Journ. de radiol.*, déc. 1933.)

Etude radiologique du lobe cardiaque et de la scissure supplémentaire qu'il engendre : lobite et scissurite cardiaque. (J. Jalet. *Journ. de radiol.*, déc. 1933, et *Soc. de radiol.*, avril 1933.)

Les caractères radiologiques des lobes accessoires de la base. (Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon. *Soc. d'Etudes Scient. sur la tuberculose*, 10 juin 1933.)

Le lobe inférieur accessoire pulmonaire : sa signification en radiodiagnostic. (F. Fleischner. *Fortsch. a. d. Geb. d. Roentg.*, n° 6, 1933.)

Le lobe inférieur accessoire du poumon. (Rigler et Ericksen (Minneapolis). *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, mars 1933.)

La tuberculose des ganglions bronchiques : formes anatomo-radiologiques. (Ch. Lestocquoy. *Monde Méd.*, 1er janv. 1933.) — Cliniquement muette dans la majorité des cas, la tuberculose des ganglions bronchiques ne se révèle que par l'examen radiologique. Il est donc important de bien connaître quelles en sont les principales localisations ganglionnaires.

Les masses ganglionnaires juxta-trachéales droites (les plus fréquentes) projettent leur ombre arrondie, à contours nets, sur le bord droit du sternum ; parfois moins volumineuses, elles se contentent de refouler la veine cave, dont l'ombre épaisse se dessine sous forme d'une bande d'ombre parasternale.

Les ganglions latéro-trachéaux gauches donnent généralement lieu à un élargissement de l'ombre de l'arc aortique chez l'enfant ; ce signe est fréquemment lié à la déviation de la trachée vers la droite.

La localisation hilaire droite est fréquemment observée : le hile droit déborde nettement la projection de l'aire cardiaque et les ganglions nombreux qui se développent dans les angles de division des bronches sont généralement bien visibles à condition d'avoir une bonne radiographie.

Les ganglions hilaires gauches, lorsqu'ils sont peu développés, restent souvent masqués par le cœur ; leur visibilité en dehors du bord gauche témoigne d'une importante adénopathie.

Les ganglions médiastinaux constituent une localisation très importante, qui ne peut être mise en évidence d'une façon indubitable que par une radiographie prise rigoureusement de profil en inspiration forcée, les simples positions obliques donnant toujours lieu à des causes d'erreur.

Cf. — Aspects radiologiques et types évolutifs de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques. (Armand-Delille et Lestocquoy. *Presse Méd.*, 18 févr. 1933.)

L'aspect radiologique des lésions tuberculeuses de primo-infection chez le nourrisson. (M. Lamy. *Bull. de la Soc. des Méd. des Disp. de l'O.P.H.S.*, 1er juin 1933.)

Contribution de la radiokymographie au diagnostic des tumeurs du médiastin. (Bonte. *Th. de Lille*, 1933.) — La kymographie, en inscrivant sur le film radiographique les battements cardio-vasculaires, permet de distinguer presque à coup sûr les tumeurs pulsatiles des tumeurs non pulsatiles, et d'identifier ainsi dans la plupart des cas les anévrismes de l'aorte des tumeurs du médiastin. On peut même, par ce procédé, dissocier des images qui, sur le cliché ordinaire, restent confondues du fait qu'elles présentent une opacité sensiblement analogue, mais dont les contours réciproques apparaissent sur le kymogramme grâce à leurs crochets propres.

Le caractère de ces crochets ainsi que leur localisation dans le temps permettent de les identifier et de préciser à quel organe ils appartiennent ; les crochets sont la signature qu'inscrivent les cavités et les vaisseaux sur leurs bords.

Il en résulte, au point de vue thérapeutique, des données extrêmement intéressantes, qui ont permis dans bien des cas d'instituer à coup sûr un traitement dont le résultat a confirmé l'exactitude du diagnostic.

Cf. — La radiokymographie : aperçus cliniques dans les affections cardio-vasculaires. (Delherm, Thoyer-Rozat, Codet et Fischgold. *Paris Méd.*, 4 févr. 1933.)

Rôle du radiodiagnostic systématique dans la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. (Mme Appell-Duclaux et Charles. *Soc. Franç. d'Electrothér. et de Radiol.*, juill. 1933.) — Si c'est un devoir pour une société de soigner les malades, c'en est un plus grand encore et plus profitable de préserver directement les individus bien portants.

Les auteurs, après avoir passé en revue les différents moyens utilisés jusqu'à présent en France pour la lutte contre la tuberculose, et exposé leur conception du dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire par l'examen radiologique systématique (inspirée par les travaux antérieurs de Delherm et Thoyer-Rozat), montrent avec de nombreux exemples puisés en France et à l'étranger, la simplicité et l'efficacité d'une telle méthode : simplicité, parce qu'elle comporte avant tout un examen radioscopique de triage — complété dans les cas douteux par une radiographie de contrôle — donnant lieu à l'établissement d'une fiche radiologique individuelle ; efficacité, car appliquée à l'école d'abord pour tous les enfants, aux groupes sociaux ensuite (universités, grandes écoles, armée, police, grandes administrations, banques, grands magasins, chemins de fer, as-

LA MÉDICATION BROMURÉE
DE CHOIX

LE TRIBROMURE
du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ au GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 38.923
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

PEPTONATE DE FER ROBIN
Gouttes - Vin - Élixir
ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ
R. C. 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique
PHYTO-SPLÉNOL
Granulés ou Dragées
J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS VIe

sociations sportives, etc., etc.), elle finirait par toucher la grande majorité et peu à peu, faisant tache d'huile, la presque totalité des individus ; ainsi, le mal se trouverait enrayé dès son apparition.

Technique de la radiographie pulmonaire. — La Société d'Electro-Radiologie de l'Est, filiale de la Société de Radiologie médicale de France, avait mis à l'ordre du jour de sa séance du 27 novembre 1932 la question de la technique de la radiographie pulmonaire, et 21 communications ont été faites sur cet intéressant sujet. Comme il est impossible de les analyser toutes ici, nous renvoyons le lecteur que cette question intéresse :

Au n° 2 (février 1933) du *Journal de Radiologie et d'Electrologie ;*

Au numéro spécial du *Bulletin de la Société de Radiologie Médicale de France*, paru en février 1933 et qui publie *in extenso* les communications et discussions de cette séance.

CŒUR. VAISSEAUX

Sur la détermination du point G et sur la radiographie du cœur en systole et en diastole. (L. Delherm, P. Thoyer-Rozat et H. Fischgold. *Soc. de Radiol*, janv. 1933.) — C'est grâce à la méthode radiokymographique — introduite en France et perfectionnée par les auteurs — que l'on peut avec précision déterminer le point G pendant la révolution cardiaque et établir du même coup très exactement les dimensions de l'aire cardiaque en diastole et en systole. Ainsi se trouvent établies les variations de la capacité diastolique et systolique en un point précis de la silhouette cardiaque ; on obtient de la sorte une véritable courbe radiographique de la révolution cardiaque, qui a l'avantage, sur les autres méthodes d'inscription, d'être pure de toute déformation artificielle, parce que, n'utilisant aucun relai mécanique, elle se trouve dénuée de toute inertie.

La méthode radiokymographique est donc susceptible d'apporter une contribution des plus intéressantes aux problèmes de physiologie cardio-vasculaire.

Cf. — L'inscription radiologique de la révolution cardiaque. (Delherm, Thoyer-Rozat et Fischgold. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, 7 févr. 1933.)

Le point G étudié par les nouvelles méthodes de radiologie cardiaque. (R. Lamy, *Th. de Paris*, 1933, Le François, édit.)

La radiographie du cœur en systole et en diastole. (Cottenot. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 12 mai 1933.)

L'image radiologique du cœur en systole et en diastole (Cottenot. *Soc. de Radiol.*, janv. 1933.)

Recherches expérimentales sur la forme des cavités droites du cœur en systole et en diastole. (Ravina, Cottenot et Goyer. *Presse Méd.*, 12 juill. 1933.)

Etude sur les courbes radiokymographiques de la révolution cardiaque. (L. Delherm, E. Bordet, Thoyer-Rozat, Fischgold. *Arch. des Mal. du Cœur*, nov. 1933.) — L'étude des courbes radiokymographiques montre que, malgré la complexité apparente des mouvements du cœur, les pulsations propres des parois peuvent être exactement objectivées ; on obtient ainsi par un procédé unique, sur le même film, les renseignements de la cardiographie, de la phlébographie et de la sphymographie.

Par un perfectionnement de technique, les auteurs ont pu *étaler* ces courbes qui, lues horizontalement, traduisent, par leurs sommets positifs ou négatifs, les mouvements de retrait ou d'expansion des parois.

Les courbes normales affectent soit un type pur, soit un type complexe (type artériel pour l'oreillette gauche, type par entraînement ventriculaire et type ventriculaire essentiel pour le bord droit.

La radiokymographie permet d'objectiver toutes les arythmies, avec cet avantage sur l'électrocardiographie que la hauteur des sommets correspond à l'amplitude réelle des oscillations des parois.

L'*extrasystolie* s'apprécie par l'irrégularité des espacements diastoliques. La *fibrillation* se reconnaît à l'absence de tout sommet auriculaire ; le *flutter* se traduit par une fine trémulation des parois auriculaires se propageant aux ventricules, aux artères et jusqu'à la veine cave.

Dans les cardiopathies, les renseignements apportés par la radiokymographie ont paru généralement plus complets et plus précis que ceux fournis jusqu'à présent par la cardiographie.

Cf. — L'étude fonctionnelle du cœur par la radiokymographie. (H. Fischgold. *Th. de Paris*, 1933, Baillière, édit.)

La kymographie. (Ducuing. *Soc. de Radiol.*, juill. 1933.)

La radiokymographie : aperçu clinique dans les affections cardio-vasculaires. (Delherm, Thoyer-Rozat, Codet, Fischgold. *Paris Méd.*, 4 févr. 1933.)

Les applications de la kymographie au diagnostic des affections du cœur. (O. Schilling. *Fortsch. a. d. Geb. d. Roentg.*, mars 1933.)

Etude sur le déroulement aortique. (Routier et Heim de Balsac. *Soc. de Radiol.*, janv. 1933.) — L'étude radiologique de l'aorte thoracique impose l'examen sous différentes incidences obliques antérieures gauches, qui permettent de suivre le trajet de la boucle aortique dans sa presque totalité.

On peut ainsi bien observer le *déroulement aortique*, dont l'image radiologique correspond à un certain état anatomique de l'aorte, toujours pathologique même chez le vieillard, où il traduit un état scléro-athéromateux du vaisseau.

Cette donnée morphologique du déroulement aortique est de grande valeur, puisqu'elle permet d'affirmer un état pathologique ; toutefois, elle ne permet pas d'en caractériser l'étiologie.

Cf. — Etude sur les aortes déroulées et sinueuses. (Routier et Heim de Balsac. *Soc. de Radiol.*, mai 1933.)

Indications et résultats de l'artériographie dans les artérites. (René Leriche, René Fontaine et Ph. Frieh. *Presse Méd.*, 12 juillet 1933.) — La technique en est simple : ponction artérielle par piqûre transcutanée suivie d'une injection de thorotrast qui est absolument sans danger.

Cette méthode trouve dans les artérites un champ d'application très vaste : elle renseigne sur le siège et l'étendue des oblitérations, sur l'état anatomique des parois vasculaires et sur la richesse de la circulation collatérale.

Elle permet de faire le diagnostic différentiel entre la maladie de Buerger (vaisseaux régulièrement diminués de calibre) et l'artérite du type athéromateux (artères sinueuses, élargies, irrégulières) ; entre la maladie de Raynaud véritable et les artérites oblitérantes.

Enfin, dans les anévrismes artériels, l'artériographie montre la disposition exacte du sac et de ses collatérales ; elle témoigne de sa perméabilité ou de son obstruction par thrombose secondaire.

Elle apporte une précision très utile pour la thérapeutique chirurgicale des oblitérations artérielles.

Cf. — Angiographies de veines et d'artères. (Cottenot et Ravina. *Soc. de Radiol.*, 9 mai 1933.)

Observations sur l'angiopneumographie. (Conti et Costa (Turin). *Presse Méd.*, 10 mai 1933.)

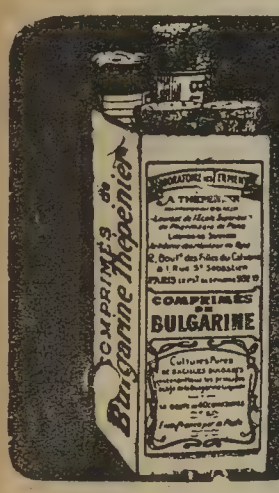
La ventriculographie cardiaque expérimentale. (H. Reboul et M. Racine. *Presse Méd.*, 10 mai 1933.)

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

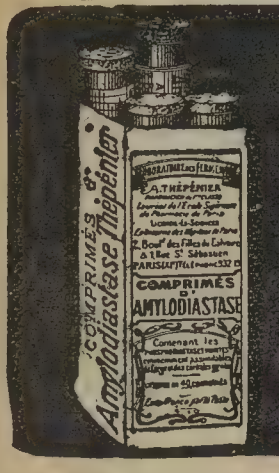
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854. Seine.

Etude radiologique de la circulation coronarienne. (Marquès et Strouzer. *Soc. de Radiol.*, oct. 1933.)

L'artériographie en série. (Reynaldo dos Santos (Lisbonne). *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 4 janv. 1933.)

TUBE DIGESTIF

Technique de l'exploration radiologique de la muqueuse du gros intestin. (Ledoux-Lebard et Garcia Calderon. Rapport à la première réunion des Méd. Electro-Radiologistes de langue française, Paris, 11 oct. 1933, *in extenso* dans *Journ. de Radiol.*, août 1933.) — Ce nouveau mode d'exploration en couche mince de la muqueuse colique complète, par les images d'évacuation partielle qu'il donne, l'examen classique du gros intestin par lavement baryté, qui ne fournit que des images de réplétion.

Après évacuation rigoureuse du côlon, procéder d'abord soit à la réplétion classique par lavement opaque, soit à l'opacification en lumière collabée.

Faire ensuite évacuer le côlon aussi complètement que possible pour qu'il ne reste plus qu'une couche mince du liquide opaque tapissant le relief de la muqueuse colique.

Procéder enfin à une distension par insufflation modérée du côlon.

Bien que le sulfate de baryum crémeux permette quelquefois d'obtenir d'excellents résultats, il y a intérêt cependant à utiliser des solutions colloïdales dérivées du thorium, dont l'adhérence pelliculaire est meilleure.

Cette technique, quoique délicate, mérite cependant d'être plus fréquemment employée qu'elle ne l'a été jusqu'à présent, en raison des très intéressants renseignements qu'elle est susceptible de fournir, malgré la difficulté d'interprétation des images obtenues.

Cf. — Résultats cliniques de l'exploration radiologique du relief interne du gros intestin. (Gilbert et Kadrnka (Genève). Rapport à la première réunion annuelle des Electr.-Radiol. de langue française, Paris, 11 oct. 1933, in *Journ. de Radiol.*, août 1933.)

Observations radiologiques des mouvements propres des plis de la muqueuse au niveau du gros intestin. (S. Kadrnka et H. Audéoud. *Presse Méd.*, 7 oct. 1933.)

Aspect radiologique et considérations critiques de quelques cas de tuberculose colique. (Maingot et Sarasin. *Première réunion ann. des Electr.-Radiol. de langue française*, Paris, 11 oct. 1933.)

Les solutions colloïdales dans l'examen de la muqueuse du gros intestin. Leur valeur et la technique de leur emploi. (R. Sarasin. *Journ. de Radiol.*, févr. 1933.)

A propos de deux techniques cholécystographiques nouvelles. (Nemours-Auguste. *Soc. de Radiol.*, 14 févr. 1933.) — *Technique d'Antonucci : cholécystographie rapide* (voie intraveineuse) : basée sur l'absorption plus facile du tétraiode par le foie en présence de glucose, cette méthode permet d'obtenir une opacification rapide de la vésicule, à condition de faire au préalable, à jeun, une injection de 125 cc. d'une solution de glucose à 40 p. 100 ; l'injection de tétraiode est faite ensuite ; la vésicule peut être déjà opacifiée une demi-heure après ; elle l'est le plus souvent à la deuxième ou à la troisième heure.

Technique de Sandström : doses fractionnées par voie buccale. Au lieu de faire absorber le tétraiode en une seule fois la veille de l'examen, on le fait prendre en trois fois, l'avant-veille au soir, la veille au matin et la veille au soir : chacune des prises n'est que de 3 gr. environ de tétraiode ; on obtient ainsi une meilleure imprégnation de la vésicule, du fait de la répétition des prises et de la plus grande quantité de produit absorbé (inoffensif cependant, grâce à l'étalement des doses).

Cette dernière méthode est un intéressant perfectionnement de la cholécystographie *per os*.

Cf. — Valeur de la cholécystographie orale par administration de doses fractionnées (méthode de Sandström). (L. Sechehaye et S. Kadrnka. *Presse Méd.*, 20 déc. 1933.)

Sur l'interprétation du cholécystogramme négatif. (Paul Buisson. *Presse Méd.*, 6 sept. 1933.)

Etude de l'évacuation réflexe de la vésicule biliaire. (Nemours-Auguste. *Presse Méd.*, 12 juill. 1933.)

La cholécystographie rapide : procédé d'Antonucci. (Santy et Colson. *Soc. de Chir. de Lyon*, 29 juin 1933.)

Les faux calculs biliaires en radiologie. (Chiray et Lomon. *Presse Méd.*, 18 févr. 1933.) — Alors que certains calculs des voies biliaires sont fréquemment invisibles d'emblée à un premier examen radiologique et demandent, pour être mis en évidence, toute une série d'explorations délicates auxquelles il ne faut jamais négliger d'avoir recours, il existe par contre, dans un assez grand nombre de cas, de fausses images de calculs biliaires (calculs du rein, calcifications ganglionnaires, calcifications costales, présence dans l'intestin de corps étrangers opaques, de produits médicamenteux, etc.) qu'il faut bien connaître et avoir toujours présentes à l'esprit pour ne pas risquer de porter hâtivement un diagnostic erroné et qui se trouverait du reste fréquemment en désaccord avec les signes fournis par l'examen clinique.

Cf. — Du diagnostic des taches et particulièrement des ombres calculeuses de la région sous-hépatique. (Lepennetier et Nadal. *Journ. de Radiol.*, janv. 1933.)

Diagnostic radiologique de la lithiase biliaire. (R. Gilbert. *Journ. de Radiol.*, janv. 1933.)

La radiographie des voies salivaires après injection de substances opaques (sialographie) (J. Jacobovici et S. Jianu. *Journ. de Radiol.*, sept. 1933.) — Les auteurs utilisent une technique simple, qui consiste, après cathétérisme de l'orifice d'excrétion de la glande à examiner, à injecter doucement une certaine quantité de liquide opaque (lipiodol, néo-iodipine). L'obstruction des canaux, leur déviation, leur compression sont ainsi bien mises en évidence.

On peut également étudier par ce procédé la glande elle-même et déterminer si une tumeur à leur niveau intéresse en totalité ou en partie le tissu glandulaire.

Les périviscérites digestives essentielles : syndrome radiologique. (Baumel. *Soc. de Radiol.*, févr. 1933.) — Laissant de côté les périviscérites réactionnelles qui accompagnent toute inflammation aiguë ou chronique des viscères abdominaux, l'auteur étudie les nombreux cas de périviscérite qui représentent un syndrome anatomo-clinique de cause inconnue, ressortissant d'une modification de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif, dont l'aboutissant est un trouble du transit gastro-intestinal avec toutes ses conséquences locales et générales.

La technique est celle du repas opaque suivi de six heures en six heures et complété au besoin par un lavement baryté pour l'étude morphologique du côlon.

Les symptômes le plus couramment observés sont :

Au point de vue morphologique, des déplacements d'organes, des déformations par traction, des adhérences, des accolements plus ou moins dissociables, des modifications de calibre, des empâtements à la palpation.

Au point de vue fonctionnel, des retards de transit, des stases localisées en un ou plusieurs segments du tube di-

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉÏNE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

gestif avec dilatation plus ou moins marquée de ces segments.

Cf. — Le diagnostic de périviscérite est-il d'ordre radiologique ? (PORCHER. *Arch. des Mal. du tube digestif et de la nutrition*, avril 1933.)

Péritonite encapsulante et sténose du duodénum. (Ch. LENORMANT. *Presse Méd.*, 26 août 1933.)

Séméiologie radiologique des kystes hydatiques du foie. (J. DIDIÉE. *Paris Méd.*, 4 févr. 1933.) — En attendant que les récentes méthodes d'hépatographie — dont la mise au point reste encore à faire — nous apportent sur l'état anatomo-pathologique intime du foie des données fécondes, l'exploration radiologique du foie par les méthodes classiques est déjà susceptible de fournir des renseignements précieux sur les dimensions de l'organe et sur ses déformations.

Les signes radiologiques sont basés sur :

Les aspects d'opacités propres : rares malheureusement, car ils deviennent alors pathognomoniques, ils résultent de dépôts calcaires dans les parois du kyste, qui se trouve ainsi parfaitement dessiné et objectivé sur le film radiographique (les causes d'erreur sont, dans ce cas, très limitées).

Les aspects d'altération de dimension ou de forme. Suivant le siège du kyste on aura affaire soit à une augmentation de volume massive du foie, mais sans caractères propres (kyste central), soit à des déformations caractéristiques des contours (kystes périphériques), variables suivant la localisation *au dôme diaphragmatique* droit (les plus faciles à déceler à cause de l'image caractéristique « en brioche »), *au lobe droit* (tumeur de l'hypocondre droit en continuité avec le foie et refoulant le côlon en bas et en dedans), *au lobe gauche* (déformation extrinsèque — souvent difficile à différencier — de l'image gastrique).

Les aspects de clartés anormales, qui sont donnés par la présence de gaz avec image hydro-aérique facile à reconnaître mais qui n'est pas nécessairement caractéristique de pneumo-kyste et peut être due également à un abcès sous-phrénique ou à un pneumo-cholécyste, et dont le diagnostic différentiel est souvent difficile.

Difficultés et incertitudes du diagnostic d'ulcère duodénal. (Ch. JACQUELIN et P. CHÊNE. *Presse Méd.*, 18 mars 1933.) — La concordance de signes cliniques bien caractérisés avec une image radiologique typique assure incontestablement le diagnostic d'ulcère duodénal.

Mais cette concordance n'existe pas toujours, et les signes cliniques et radiologiques sont loin d'imposer aussi fréquemment qu'on peut le croire une certitude d'ulcère.

Il faudra donc se contenter très souvent d'une symptomatologie radiologique de simple présomption, surtout lorsqu'elle sera étayée par un faisceau de signes cliniques suffisants.

Cf. — Quelques considérations sur le diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux. (V. PASCHETTA. *Soc. de Radiol.*, 21 mai 1933.)

La technique radiographique dans l'examen duodénal. (GUNSETT, SICHEL et MOUTON. *Soc. de Radiol.*, oct. 1933.)

Technique radiographique dans l'examen duodénal. (LEDOUX-LEBARD et GARCIA CALDERON. *Soc. de Radiol.*, 14 févr. 1933.)

De la nécessité d'examiner toujours le duodénum le malade étant debout et couché. (JACOTOT et DE BERTRAND-PIBRAC. *Soc. de Radiol.*, 7 juin 1933.)

SYSTEME GENITO-URINAIRE

L'urographie intraveineuse. (H. REBOUL. *Presse Méd.*, 18 nov. 1933.) — L'urographie intraveineuse (après injection lente de 25 cmc. de ténébryl à 45 p. 100) est un procédé d'application aisée, rapide, indolore, absolument sans danger, et n'ayant comme contre-indication que les insuffisances hépatiques manifestes.

Cette méthode qui, avec une technique rigoureuse, donne 80 p. 100 de bons clichés, devrait se substituer à la radiographie simple dans les cas douteux ou difficiles (hématuries ou pyurie rénales sans calculs visibles, cystite suspecte, tumeur de l'hypocondre à localisation incertaine) et permettrait aux spécialistes de préciser un diagnostic souvent délicat.

Cf. — A propos du radio-diagnostic de tuberculose rénale : remarques sur les indications de la pyélographie rétrograde et de la pyélographie par voie intraveineuse. (K. HUTTER. *Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgen.*, janv. 1933.)

Sur la valeur diagnostique de la pyélographie dans les tumeurs solides et liquides rénales, juxta-rénales et para-rénales et plus particulièrement dans les kystes hydatiques du rein. M. IMBERT. *Th. d'Alger*, Carbonnel, édit.)

Diagnostic urologique par urosélectan. (René IMBERT (Montpellier). *Soc. de Radiol.*, févr. 1933.)

La cystographie. (L. LEMAITRE. *Cahiers de Radiologie*, 1er oct. 1933.) — La cystographie par injection intravésicale de collargol à 10 p. 100 est un procédé d'investigation facile et absolument sans danger, indispensable dans certains cas de pathologie vésicale (diverticule, tumeurs vésicales non explorables par la cystoscopie), utile dans quelques affections ou anomalies, intéressante dans d'autres. Sous la réserve d'une collaboration étroite de l'urologue et du radiologiste, qui permet de préciser ses indications et d'interpréter ses résultats, elle apporte au clinicien des données très intéressantes, dont la valeur apparaît parfois capitale dans le choix de la thérapeutique.

Cf. — Cystographie au collothior. (P. TRUCHOT. *Soc. de Radiol.*, mai 1933.)

Etude radiographique de la glande mammaire. (LEDOUX-LEBARD, GARCIA CALDERON et ESPAILLAT. *Soc. de Radiol.*, mai 1933.) — Avec une technique très précise, on peut obtenir des images dont les contrastes et la richesse de détail permettent une étude intéressante de la glande mammaire.

Le sein normal donne un aspect grisaillé homogène du parenchyme glandulaire entouré du dessin réticulé du tissu conjonctif périglandulaire.

La mammite chronique kystique se traduit par une augmentation de volume du tissu glandulaire, qui apparaît parsemé de zones claires à contours nets (kystes).

Les tumeurs bénignes (solides ou liquides) se différencient facilement en raison de leurs contours nets et de leur opacité homogène.

Les tumeurs malignes se reconnaissent à leurs contours mal délimités, irréguliers, avec prolongements opaques dans n'importe quelle direction, mais souvent entre la tumeur et le mamelon (envahissement des canaux galactophores, mamelon rétracté) : le tissu cellulaire rétro-mammaire et le pectoral sont souvent envahis alors qu'ils sont toujours respectés dans les tumeurs bénignes ou dans les mammites.

Cette méthode, qui peut rendre de très grands services dans le diagnostic, se montre également utile pour suivre la marche des tumeurs inopérables et juger ainsi de l'efficacité du traitement radiothérapique institué.

Cf. — Contribution à l'étude radiographique du sein normal et pathologique. (A. ESPAILLAT. *Th. de Paris*, 1933, Arnette, édit.)

Données radiologiques sur les manifestations mammaires. (J.-H. SOCKWOOD. *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, 2 févr. 1933.)

RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie de la granulomatose maligne. (GILBERT et SLUYS. *Journ. de Radiol.*, mars 1933.) — La roentgenthérapie est le traitement de choix de la granulomatose maligne, en raison de la très grande radio-sensibilité du tissu granulomateux, dont la destruction rapide est généralement suivie d'une réaction fibro-constructive.

Il est indispensable, pour arriver à détruire tout le tissu granulomateux, d'avoir recours à la radiothérapie pénétrante et d'irradier largement les lésions apparentes.

La dose totale optima doit être de 750 à 1.200 *r internationaux* pour les adénopathies périphériques, et de 4.000 à 5.000 *r* pour les localisations profondes, à raison de 1.000 à 1.200 *r* par porte d'entrée. Les séances seront quotidiennes et n'excéderont pas 200 *r*. La dose sera étalée sur 10 à 15 jours pour chaque localisation et, si possible, de 4 à 5 semaines pour la durée totale du traitement.

La conduite de l'irradiation sera guidée par la fièvre, les troubles fonctionnels, la formule sanguine, l'état général du malade ; ces symptômes ont également une grande valeur pour le dépistage des récidives ou des complications.

En cas de récidive certaine, mais sans localisation nette, on aura recours soit à la roentgenthérapie totale en champs séparés, soit à la téléroentgenthérapie.

Le traitement par les rayons X de la granulomatose maligne permet un prolongement notable de survie, à condition qu'il soit appliqué avec méthode et que la technique d'irradiation soit correcte.

Cf. — Traitement par les radiations de la lymphogranulomatose maligne. (S. LABORDE et NEMOURS-AUGUSTE. *Soc. de Radiol.*, 14 mars 1933.)

Quelques notions récentes sur le traitement de la lymphogranulomatose. (MOREL-KAHN. *Presse Méd.*, 2 août 1933.)

Roentgenthérapie du lymphoblastome (maladie de Hodgkin). (Mc ALPIN et R. GOLDEN (New-York). *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, janv. 1933.)

Rayons X et inflammation. (SOLOMON, GIBERT et JAUDEL. *Soc. de Radiol.*, 14 févr. 1933.) — Les phénomènes inflammatoires qui furent longtemps considérés comme une contre-indication à la radiothérapie sont justiciables au contraire d'applications de rayons X correctement dosés.

Les auteurs ont eu de fréquentes occasions d'utiliser cette méthode et en rapportent quelques cas typiques. En se servant d'un rayonnement moyennement pénétrant émis sous 130 kw., filtré par 10 mm. Al ou 0,5 Cu, il suffit, dans la majorité des cas, d'une seule application de 500 *r*, quelquefois de deux et rarement de trois, pour assister à une évolution favorable des phénomènes inflammatoires : s'il n'y a pas encore début de suppuration, l'inflammation peut tourner court ; si l'abcédation est déjà amorcée, il y a accélération du processus, qui aboutit à une collection facile à inciser et à évacuer : ceci pour les phénomènes inflammatoires superficiels, mais il y a tout lieu de supposer que la méthode doit pouvoir être étendue aux affections profondes.

Le mode d'action de cette intéressante thérapeutique reste encore à l'étude, et plusieurs mécanismes (action destructive, action de défense, etc.) ont été invoqués, mais les résultats cliniques sont suffisants pour permettre de l'utiliser dès maintenant avec succès.

Cf. — Traitement radiothérapique des affections inflammatoires pelviennes en gynécologie. (DANIEL. *Soc. de Radiol.*, juin 1933.)

Radiothérapie des inflammations. (JAUDEL. *Soc. d'Electroth. et de Radiol.*, juin 1933.)

Radiothérapie des affections inflammatoires. (A. PLICHET. *Presse Méd.*, 4 mars 1933.)

Le fibrome utérin : chirurgie, rayons X ou radium ? (G. DUPEYRAC. *Marseille Méd.*, 5 juin 1933.) — En dehors de certaines considérations qui commandent impérieusement l'exérèse chirurgicale (fibromes sous-péritonéaux, fibromes en voie de dégénérescence, fibromes compliqués de kyste de l'ovaire, fibromes avec mortification gangréneuse, fibromes calcifiés), la radiothérapie constitue le traitement de choix du fibrome utérin ; son action, dans les conditions de technique actuelle, est certaine et elle a sur la chirurgie (dont les risques sont indéniables) l'avantage d'une innocuité absolue.

Après avoir pendant plusieurs années utilisé surtout la curiethérapie, l'auteur a presque uniquement recours maintenant à la roentgenthérapie, dont les résultats sont au moins aussi satisfaisants. Sa méthode est basée sur l'emploi des rayons pénétrants (200.000 volts) filtrés sur 0,5 Cu et administrés par deux champs (antérieur sus-pubien et postérieur sacré), à la dose de 500 R par séance et à raison de deux séances par semaine jusqu'à un total de 3.000 à 4.000 R par champ. C'est la technique couramment utilisée en France depuis quelques années. Elle a l'avantage d'être parfaitement supportée par les malades, dont la ménopause artificielle est ainsi obtenue aux environs du troisième mois après le début du traitement. Entre temps, les hémorragies ont peu à peu diminué et le volume du fibrome s'est réduit au point de disparaître parfois complètement. Le mode d'action des rayons X est double : d'une part ils agissent sur les ovaires en réalisant une véritable castration sèche, et d'autre part ils ont une action directe sur les cellules dont sont formés les fibro-myomes.

Cf. — Remarques à propos de 647 cas de fibromes traités par les radiations. (AMALRIC. *Soc. de Radiol.*, juin 1933.)

Les indications thérapeutiques tirées de l'examen clinique dans les fibro-myomes de l'utérus. (ROQUEJOFFRE et TOURNANT. *Avenir Méd.*, sept. 1933.)

Quelques considérations sur la technique d'irradiation des fibromes. (A. NICOLLE. *Monde Méd.*, 1er sept. 1933.)

La radiothérapie de l'hypophyse curatrice des troubles fonctionnels de la ménopause. (HUET. *Soc. de Radiol.*, juill. 1933.)

Sur un mode nouveau de traitement des fibromes utérins. (DAUSSET. *Soc. de Radiol.*, juin 1933.)

L'avenir des fibro-myomes de l'utérus après radiothérapie. (J.-A. CORSCADEU (New-York). *Amer. Journ. of Roentg. and Radioth.*, avril 1933.)

Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes Basedowiens ? (J. BELOT et L. DELHERM. *Presse Méd.*, 14 juin 1933.) — Il ne faut pas mettre en opposition chirurgie et radiothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow ; l'une et l'autre ont leurs indications et leurs contre-indications respectives, leurs avantages et leurs inconvénients, mais on ne peut nier que la radiothérapie utilisée depuis plus de 30 ans et dont la technique est actuellement parfaitement au point, donne, entre les mains d'un radiologiste expérimenté, d'excellents et durables résultats, allant fréquemment jusqu'à la guérison totale. Les symptômes subjectifs (vertiges, tremblement, nervosité) sont

modifiés les premiers ; peu à peu s'amendent les troubles digestifs et le sujet reprend de l'appétit et du poids. La tachycardie s'atténue ensuite et le métabolisme tend à se rapprocher de la normale : la diminution du volume du cou est généralement lente et progressive ; l'exophtalmie se modifie en dernier lieu.

La lenteur des résultats obtenus par la radiothérapie ne doit pas constituer une critique de la méthode ; il est en effet préférable — sauf dans les cas graves qui sont du ressort de la chirurgie — de ne pas brusquer ces malades instables et de rechercher une action plus douce et plus lente. La radiothérapie offre l'avantage en outre de ne pas changer les conditions d'existence des malades pendant toute la durée du traitement et de ne présenter aucun danger sérieux.

Cf. — Valeur du traitement de la maladie de Graves-Basedow. (J. BELOT et LÉDINE. *Ann. de Méd.*, avril 1933.)

L'électro-radiothérapie doit-elle être éliminée du traitement de la maladie de Graves-Basedow ? (L. DELHERM. *Méd Intern.*)

Radiothérapie dorso-lombaire dans le traitement de la maladie de Basedow (DELHERM et MOREL-KAHN. *Soc. de Radiol.*, 13 juin 1933.)

Résultats obtenus dans le traitement de la maladie de Basedow par l'irradiation de la région surrénale. (ZIMMERN, CHAVANY, BRUNET. *Soc. de Radiol.*, 13 juin 1933.)

Comment traiter le goitre exophtalmique ou maladie de Graves-Basedow ? (MOREL-KAHN. *Cahiers de Radiol.*, oct. 1933.)

Talalgie et radiothérapie. (DIDIÉE. *Soc. Française d'Electroth. et de Radiol.*). — Quelle que soit la pathogénie de la talalgie (gonococcie, épine sous-calcanéenne, ostéophytes), la radiothérapie occupe dans la gamme des différents agents physiothérapiques une place de choix dans le traitement de cette douloureuse affection.

Traitée généralement par l'application des Rayons X *loco dolenti*, la talalgie bénéficie également de l'irradiation à distance, sur des zones électives de la peau, en particulier aux carrefours vasculaires. L'auteur a utilisé un rayonnement moyennement pénétrant, filtré sur 15 m/m d'Al., à raison de deux séances hebdomadaires de 200 R. prises à concurrence de 2.000 R.

Les régions irradiées ont été tantôt les plis inguinaux, tantôt les creux poplités. La guérison a été obtenue dans 4 cas sur 6 malades traités.

L'action obtenue dans ces cas est vraisemblablement d'ordre sympathique réflexe.

Cf. — Talalgies traitées par la radiothérapie. (LE GOFF. *Soc. Franç. d'Electroth. et de Radiol.*, déc. 1933.)

Théorie et pratique de la téléradiothérapie. (R. IMBERT. *Soc. de Radiol.*, janv. 1933.) — De nombreux travaux récents ont montré que les localisations multiples de certaines affections, — comme la maladie de Hodgkin par exemple — sont justiciables d'une irradiation générale du corps, associée ou non aux irradiations locales dirigées successivement sur tel ou tel territoire ganglionnaire. Cette irradiation générale, appelée téléradiothérapie parce qu'elle nécessite l'éloignement de l'ampoule pour permettre de couvrir toute la surface du tronc, a pour avantage de traiter en même temps l'ensemble du tissu lymphoïde, et de pouvoir ainsi plus sûrement atteindre et détruire les éléments pathologiques qu'il renferme. Du fait de l'éloignement de l'ampoule, les doses données sont relativement minimes : il faut du reste éviter des irradiations trop prolongées qui donne-

raient des phénomènes de choc en raison des grandes surfaces irradiées et des résorptions importantes qui s'ensuivraient.

La téléradiothérapie en agissant ainsi sur toutes les localisations, même sur celles que n'a pu déceler la clinique ou la radiographie, permet d'obtenir des résultats beaucoup plus constants et beaucoup plus durables, non seulement dans la lympho-granulomatose mais encore dans les leucémies lymphoïdes et myéloïdes.

Cf. — Technique de télérœntgenthérapie. Application au traitement de quelques affections du système réticulo-endothélial. (L. Mallet et J. Pulsford. *Soc. de Radiol.*, mars 1933.)

Le traitement radiothérapique de l'acné juvénile. (J. Belot. *Paris méd.*, 4 février 1933.) — Parmi les différentes variétés de cette affection gênante et douloureuse, c'est l'acné pustuleuse vraie, avec papulo-pustules parfois volumineuses, agglomérées, à base violacée et à pointe blanche purulente, qui est le plus justiciable de la radiothérapie ; celle-ci a une action antiphlogistique sur les follicules et produit une résorption rapide des infiltrats d'origine inflammatoire.

Dans les autres formes d'acné, la radiothérapie n'agit guère que sur la sécrétion séborrhéique qu'elle diminue.

La technique d'irradiation qui donne les meilleurs résultats est celle qui utilise des doses faibles (70 *r*) et espacées hebdomadaires d'un rayonnement moyennement pénétrant (80 à 100 kilovolts), à peine filtré (1/10 de millimètre d'Al), quand les manifestations acnéiques sont très superficielles, davantage (2 à 3 millimètres d'Al) quand l'acné est profonde et très infiltrée : la dose à donner dans ces cas est de 144 *r*.

Les malades doivent être surveillés très attentivement, pour éviter les accidents cutanés.

Bien appliquée, la radiothérapie donne parfois des résultats étonnants et les guérisons définitives sont obtenues dans 60 p. 100 des cas.

Cf. — Le traitement radiothérapique de l'acné juvénile. (Et. Boltanski, *Presse méd.*, 5 avril 1933.)

Angine de poitrine et radiothérapie. (M. Joly. Presse *méd.*, 27 sept. 1933.) — L'action des Rayons X sur le sympathique est actuellement assez bien définie pour justifier son emploi dans les cas d'angor pectoris qui, n'étant pas liés à des troubles lésionnels cardio-artériels, sont assimilables aux spasmes artériels du syndrome de Raynaud ou aux artérites des membres inférieurs. La technique consistera donc en irradiations modérées (300 R.) espacées, dirigées sur le plexus cardiaque, avec un rayonnement modérément pénétrant (150.000 volts) filtré sur 5 millimètres d'Al ; on utilisera deux champs de 12 × 12 ; un antérieur centré sur la deuxième pièce sternale, un postérieur sur la quatrième vertèbre dorsale : commencer par le champ dorsal et alterner ensuite en faisant une séance tous les cinq jours : ne pas dépasser d'abord quatre séances. Si les premières séances donnent lieu à une recrudescence des crises (ne pas s'inquiéter cependant si cette réaction est limitée uniquement à la 1re séance), il est préférable d'abandonner le traitement : en cas d'amélioration nette, refaire une nouvelle série de quatre séances après trois semaines de repos.

Les rémissions ainsi obtenues sont parfois très appréciables.

Cf. — Les traitements actuels de l'angine de poitrine (Barrieu (Royat). *Echos de la médecine*, 15 avril 1933.)

Les traitements actuels des arthrites chroniques de la hanche. (Dausset. *Notes prat. d'actualité médicale*, mars 1933.) — Contre cette affection rebelle et souvent désarmante, parce que généralement diagnostiquée trop tardivement, la radiothérapie associée ou non à d'autres thérapeutiques a donné fréquemment de bons résultats et il serait à souhaiter qu'on l'utilise plus souvent, car elle est, en tout cas, absolument inoffensive.

La radiothérapie de l'arthrite chronique de la hanche a d'autant plus de chances de succès qu'elle sera instituée plus précocement, car l'effet de la radiothérapie est beaucoup plus souvent d'arrêter leur processus évolutif, que de faire régresser les lésions installées ; ce sont donc les arthrites au début qu'il faut traiter pour les stabiliser, sans attendre les délabrements importants des vieilles arthrites contre lesquelles on ne peut plus rien faire.

La technique consiste à administrer des doses importantes (jusqu'à 9.000 R par trois portes d'entrée) d'un rayonnement pénétrant (170 à 190.000 volts) et filtré sur 0,5 à 1 m/m de cuivre.

Cf. — Le traitement radiothérapique des arthrites chroniques. (Erckleutz. *Deut. med. Woch.*, 24 mars 1933.)

Effets de la radiothérapie fonctionnelle neuro-endocrinienne dans les coxarthries. (Desplats et Dupas. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 fév. 1933.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 7 mai 1934)

Rôle de la structure des tissus dans leur échauffement par ondes courtes. — M. Jellineck.

L'équilibre lipido-protéidique dans le sérum des malades atteints d'affections cutanées ou de troubles lipémiques. — MM. A. et R. Sartory, J. Meyer et J. Cuéni.

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 22 mai 1934)

M. le Président fait part du décès de M. Gallardo (de Buenos-Aires). Il était depuis 1927, correspondant étranger dans la 4e division (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

Rapport. — M. Siredey lit son rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

Les résultats de la sérothérapie antistreptococcique (sérum de H. Vincent) dans 136 cas de septicémie à streptocoques. — M. H. Vincent. — « Depuis mes premières publications (1929) sur l'action thérapeutique d'un nouveau sérum antistreptococcique préparé suivant ma méthode, le nombre des cas de septicémie à streptocoques vérifiés par l'hémoculture et dans lesquels il a été utilisé, s'est beaucoup multiplié.

Pour apprécier la mesure réelle de l'activité du sérum, le meilleur critérium est donné par son emploi dans les formes considérées comme habituellement mortelles de la streptococcie, savoir la septicémie, d'une part et, d'autre part, la méningite suppurée à streptocoques.

Le nombre des cas de septicémie traités par le nouveau sérum est actuellement de 136 ; celui des méningites à streptocoques est de 8.

Les septicémies dans lesquelles le sérum a été mis en œuvre reconnaissent les voies de pénétration habituelles : peau, muqueuses buccale, naso-pharyngée, otitique, génitale, pulmonaire, etc... Dans un cas, il y a eu inoculation par la voie veineuse (donneur de sang).

Avant d'exposer les résultats de la sérothérapie, je rappellerai la nécessité d'un diagnostic exact, car le sérum est évidemment sans action sur les infections à entérocoque, à staphylocoque, à *Streptococcus mucosus* qui est une race de pneumocoques, etc...

Dans la septicémie confirmée, le sérum antistreptococcique doit être injecté à la dose quotidienne de 100 cc. ou davantage, surtout pendant les premiers jours. Ce traitement doit être précoce. On doit même injecter le sérum sans attendre la réponse du laboratoire, quand il y a présomption de septicémie à streptocoques. Dans certains services hospitaliers d'accouchements (Ecalle), de chirurgie (fractures du crâne, Mandillon, Larget et Lamare), en oto-laryngologie, le sérum est même injecté préventivement chez les malades suspects, et avec les résultats les plus favorables.

La seule détermination infectieuse dans laquelle le sérum ait été inactif est l'endocardite lente maligne, comme je l'ai signalé à diverses reprises. Mais ce même sérum a amené la guérison de 7 cas sur 8 de septicémie compliquée d'endocardite caractérisée. Une fois, les signes d'insuffisance mitrale ont persisté, mais la malade était bactériologiquement guérie.

D'autre part, la sérothérapie des septicémiques doit être poursuivie sans défaillance, aussi longtemps que persistent les signes d'infection. Lorsque la défervescence s'est produite (généralement du 6e au 11e jour, quand le malade doit guérir), on injectera encore 30 cc. puis 20 cc. pendant 4 ou 5 jours pour consolider la guérison.

Transfusion du sang normal chez les septicémiques présentant une hypoglobulie et un déficit alexique marqués. Il est au moins inutile d'associer au sérum spécifique, antitoxique et antimicrobien, d'autres médications biologiques (vaccins, etc...), antiseptiques ou chimiques. Les injections de térébenthine ont fréquemment aggravé l'état des malades ou retardé leur guérison.

Le traitement précoce amène une guérison plus prompte et plus sûre, bien que cette guérison ait été obtenue (notamment dans la septicémie puerpérale) chez des malades traités au 15e et même au 20e jour de leur septicémie : mais dans ces cas, la guérison est beaucoup plus rare.

Dans la statistique générale ci-après, on a fait entrer non seulement tous les décès observés chez les malades normalement traités, mais encore ceux qui n'ont reçu leur sérum qu'à la dernière phase de la maladie ou même *in extremis* ; il en est de même des malades n'ayant reçu qu'une quantité très insuffisante de sérum, ou de ceux qui sont morts de complications étrangères au streptocoque.

Enfin, il sera noté qu'aucune des observations cliniques ayant servi de base à cette étude ne m'est personnelle. Toutes ont été publiées ou m'ont été adressées par leurs auteurs.

Parmi les malades traités et guéris, un grand nombre ont offert des symptômes ou des complications d'une très haute gravité : pneumonie double, broncho-pneumonie, pleurésie suppurée, arthrite suppurée d'une grande articulation, méningite, méningo-encéphalite, abcès cérébral, phlegmon de l'orbite, abcès gangréneux multiples avec phlébite de trois membres, érysipèle généralisé avec pleurésie double, myocardite, endocardite aiguë (6 cas) ; péritonite généralisée suppurée à streptocoques, néphrite hémorragique, etc...

Le résultat général de l'emploi du sérum antistreptococcique chez les malades atteints de *septicémie à streptocoques*, est le suivant :

Nombre des malades traités par le sérum	136
Nombre des guérisons	111
Nombre des décès	25

Le pourcentage des guérisons et des décès s'établit, en conséquence, comme il suit :

Guérisons	81,62 p. 100
Décès	18,38 p. 100

Le nombre des *méningites ou méningo-encéphalites à streptocoques* (traumatismes craniens, infection de l'oreille moyenne) traitées par le sérum a été, comme il a été dit, de 8 avec 7 guérisons, soit un pourcentage égal à 87,5 p. 100) ».

Le réflexe oculo-cardiaque, enregistré par la radiokymographie. — MM. Delherm, E. Bordet, P. Thoyer-Rozat et Fischgold. Note présentée par M. Vaquez. En examinant le sujet normal debout, après repérage radioscopique, en apnée, les auteurs ont inscrit, sur le film radiographique, les modifications du ventricule gauche pendant la compression des globes oculaires. Celle-ci débute en même temps que l'inscription radiokymographique et ne dure pas plus de 3 secondes, tandis que le film se déroule pendant 8 secondes.

Dans ces conditions, l'inscription radiologique permet l'étude des fonctions inotrope (contractilité) et tonotrope (tonicité) du muscle cardiaque.

L'excitation du vague produit un effet antitonique diastolique, qui favorise, dans la plupart des cas, l'augmentation de la puissance contractile.

La radiokymographie du réflexe oculo-cardiaque permet donc de constater chez l'homme « la loi du cœur », étudiée expérimentalement par Starling.

Elle démontre également l'existence du résidu post-systolique, dont il devient possible d'étudier les variations.

La fièvre typhoïde à Paris en 1933. — M. Tanon étudie la situation sanitaire de Paris et du département de la Seine au point de vue de la fièvre typhoïde. Depuis 3 ans, le nombre des cas diminuait régulièrement. Il était de 1324 en 1931 ; de 1251 en 1932 et en 1933, de 473 jusqu'au mois de novembre. A ce moment, une recrudescence se produisit qui porta le nombre des atteints à 363 en un mois, chiffre qu'on n'avait plus eu depuis 10 ans, car en novembre 1926, on n'avait compté que 340 cas. Malgré cette recrudescence, on n'a enregistré que 922 cas en 1933 (mois de décembre compris).

En effet, vers le milieu de novembre, les médecins en ville et les médecins des hôpitaux signalèrent une augmentation régulière et rapide ; le chiffre des déclarations à la Préfecture s'éleva brusquement à 5-9 par jour, au lieu de 2-3 ; des enquêtes furent prescrites et faites par les médecins inspecteurs des épidémies. Elles montrèrent que quatre foyers étaient en voie de développement ; un dans le 15e arrondissement ; un dans le 11e ; un dans le 16e et un à Boulogne, où le directeur du bureau d'hygiène, le Dr Bezançon, relevait quelques cas dus vraisemblablement à l'ingestion de coquillages. Dans tous ces foyers, aucune cause nette ne rendait compte de tous les cas.

Puis la maladie apparut un peu partout, en banlieue et à Paris. De nouvelles recherches faites par les médecins inspecteurs des épidémies et auxquelles voulurent bien collaborer les médecins traitants, les médecins des hôpitaux, ainsi que les directeurs des bureaux d'hygiène de banlieue convoqués à cet effet à la Préfecture de police, firent res-

sortir que l'épidémie ne pouvait être rattachée à une cause alimentaire. Les laits analysés par le laboratoire des épidémies étaient sains ; les huîtres ne pouvaient être mises en cause que dans un cinquième des cas à peine ; encore fut-il reconnu qu'il s'agissait alors de mollusques en provenance de parcs non surveillés, et apportés, à Paris, en automobile, échappant à toute surveillance. Par ailleurs, quelques huîtres furent reconnues souillées au cours de leur conservation par des pratiques condamnables, comme l'arrosage avec de l'eau de Seine, ou de l'eau de ruisseau — pratique contre laquelle un arrêté du préfet de police avec sanctions fut immédiatement pris. En dehors de cette cause, il semble que la recrudescence ait été due surtout à l'ignorance ou à l'insouciance de la population, qui, au moment des grandes gelées, s'est alimentée en eau potable, aux robinets d'eau de Seine, qui existent encore dans certains immeubles anciens, ou en eaux de puits qui sont nombreux dans la banlieue.

Il en résulte que devant ces dangers de réapparition de la fièvre typhoïde dont les occasions de contagion sont si nombreuses, il convient de recommander une fois de plus la vaccination antityphoïdique.

Actuellement, la situation est redevenue bonne, et depuis le mois de janvier, le nombre des cas n'excède pas 1 ou 2 par jour pour Paris et la banlieue, c'est-à-dire pour une population de 7 millions d'habitants.

Effets de l'abus des compétitions sportives, de l'insuffisance alimentaire et du défaut de sommeil sur les adolescents. — M. Boigey a attiré l'attention sur les inconvénients très sérieux que présente l'abus des compétitions sportives chez les adolescents qui abordent les épreuves édictées par le Code olympique. Ce Code a été élaboré pour réglementer les rencontres où se mesurent les athlètes les plus puissants. Il n'a point été fait pour régler les exercices et les jeux des adolescents.

Il a ensuite montré qu'en raison des difficultés actuelles d'ordre économique, le régime alimentaire des élèves pensionnaires dans certains établissements d'enseignement secondaire est trop souvent carencé en aliments hydro-carbonés, de sorte qu'il ne peut fournir à la fois aux dépenses d'entretien et à celles d'accroissement. Cette carence a de funestes effets sur le développement des jeunes organismes.

Il a enfin demandé que le sommeil des élèves, surtout dans les classes où on prépare pour les grands concours, soit respecté. Le dommage causé à l'organisme des adolescents par l'insuffisance de durée du repos nocturne est très grand. Cette insuffisance compromet au premier chef l'équilibre nerveux et diminue l'aptitude des adolescents au travail intellectuel.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 21 avril 1934)

Sur la régulation de la calcémie chez le chien. Influence de la rate. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et E. Azérad, poursuivant leurs recherches sur la régulation de la calcémie, ont étudié l'influence de la rate sur le phénomène de la réascension calcique après injection d'oxalate de sodium. Ils ont comparé les courbes obtenues chez les chiens normaux et chez les chiens, dont la rate était exclue. Ils ont constaté les faits suivants :

1° L'augmentation des globules rouges due à la splénocontraction consécutive à l'injection d'oxalate fait défaut chez les animaux privés de leur rate ;

2° De même, la réascension calcique est beaucoup moins accentuée chez ces animaux.

Les auteurs en concluent que la rate joue un certain rôle, mais non exclusif, dans le phénomène étudié.

De la signification et des conditions d'apparition d'effets de lutéinisation d'ovaire de souris impubère après injection d'extrait d'urine de femme ménopausique. — MM. N. Fiessinger et R. Moricard, étudiant sur l'ovaire de souris impubère l'action d'extraits urinaires correspondant à 15 et 100 cm³ d'urine de femmes ménopausiques, ont pu obtenir dans 4 cas sur 8 des effets de lutéinisation de l'ovaire. On sait que pour des doses correspondant à 2,5 cm³ d'urine, cet effet de lutéinisation est pratiquement spécifique de l'état de grossesse chez la femme. La disparition complète de la fonction ovarienne s'accompagne d'une élimination d'hormone produisant le développement folliculaire et la transformation lutéinique. Ceci plaide contre l'hypothèse de Zondek qui admet que le cycle génital est sous la dépendance de 2 hormones : une produisant le développement folliculaire, une autre produisant la lutéinisation et secrétée périodiquement par l'hypophyse au moment de la formation du corps jaune.

Les faits observés sont plutôt en faveur de l'hypothèse de Courrier, Aron et Evans qui admettent que l'hormone antéhypophysaire à action génitale produit à la fois le développement folliculaire et la transformation lutéinique.

Effet pur et massif de maturation folliculaire chez la souris impubère après injection d'extrait d'urine de femmes atteintes de cancer de l'utérus. — MM. N. Fiessinger et R. Moricard. L'étude d'urine d'une femme, en traitement radiothérapique, atteinte de cancer de l'utérus, a permis de constater dans un cas une apparition d'effet de lutéinisation d'ovaire de souris pour des doses d'extrait correspondant à 2,5 cm³ d'urine. Un mois après la fin du traitement, l'effet de lutéinisation n'était plus obtenu qu'avec des doses correspondant à 100 cm³ d'urine.

L'étude des urines d'un groupe de malades a permis de rencontrer un extrait qui s'est montré capable de produire seulement la maturation folliculaire. Cet extrait a été, aux doses actives sur le souriceau femelle, inactif sur le souriceau mâle. Cet extrait, secondairement purifié, s'est montré actif à des doses variant entre 15 cm³ et 200 cm³. On a pu ainsi obtenir un effet pur et massif de maturation folliculaire sans transformation lutéinique (30 follicules mûrs par champ sur une tranche de section ovarienne).

Il s'agit peut-être là de l'hormone de maturation folliculaire d'Aschheim, ou bien d'une forme « dégradée » d'élimination urinaire de l'hormone antéhypophysaire unique produisant à la fois le développement folliculaire et la transformation lutéinique, ou enfin d'un corps éliminé par le tissu néoplasique et possédant une action hormonale.

Rôle respectif du renflement carotidien et du glomus carotidien dans la sensibilité du sinus carotidien aux excitants mécaniques et aux excitants chimiques. — MM. Lucien Camus, Henri Bénard et Félix-Pierre Merklen ont pu réaliser chez le chien une énervation basse de la région sino-carotidienne, supprimant l'innervation de la bifurcation carotidienne et du renflement sinusal, respectant les connexions vasculo-nerveuses du corpuscule carotidien. Ils ont constaté, comme Heymans, que cette énervation basse supprime la sensibilité du sinus aux variations de pression endo-sinusale, tout en laissant subsister l'action stimulante respiratoire réflexe du cyanure de potassium.

Le corpuscule carotidien joue donc un rôle important, peut-être même exclusif, dans la sensibilité chimique du sinus, tandis que sa sensibilité mécanique est localisée à la bifurcation carotidienne et au renflement sinusal.

Analyse chronaximétrique de l'antagonisme entre les barbiturates et la strychnine sur le système nerveux central. — M. et Mme A. Chauchard, mesurant sur le cerveau de la grenouille l'action successive des barbiturates (gardénal,

véronal, évipan), et de la strychnine montrent que, sur un même animal, la chronaxie, augmentée par les barbiturates, est diminuée par la strychnine jusqu'au retour à la valeur initiale et le réveil succède à la torpeur. Parfois l'effet est dépassé ; la chronaxie descend très au-dessous de cette valeur et l'on voit apparaître des convulsions strychniques calmées par une application de barbiturate. Ces effets opposés sur l'excitabilité permettent d'expliquer le mécanisme de l'action antagoniste réciproque des deux sortes de substances sur le système nerveux.

Etiologie et pathogénie du chalazion. — M. Jean Levaditi conclut de ses recherches histologiques et expérimentales que : le chalazion est un granulome constitué par des éléments cellulaires qui font penser à une phagocytose de la graisse sécrétée par les glandes de Meibomius ; l'injection de cire d'abeille détermine chez le lapin et le cobaye une réaction cellulaire du même type que celle du chalazion ; une injection de cire dans la paupière d'un singe, au contact des glandes de Meibomius provoque une lésion identique au chalazion. Le chalazion peut donc être, de ce fait, dénommé « *granulome stéatophagique* », puisqu'il est sinon provoqué, du moins entretenu par un processus phagocytaire de la graisse que sécrètent les glandes de Meibomius.

Influence de la lécithine en solution colloïdale sur l'action hémolysante des saponines. — MM. B.-S. Levin et I. Magat montrent que l'addition d'une lécithine en solution colloïdale réduit fortement le pouvoir hémolytique de la saponine après une certaine période d'attente. La quantité de lécithine additionnée par rapport à la saponine exerce une influence importante dans ce phénomène. Avec des faibles doses de saponine, la lécithine montre encore une action inhibitrice au 1/1.000.000e ; d'autre part, l'hémolyse est presque mille fois retardée avec la lécithine en fortes doses. Non seulement les cholestérines, mais aussi les phosphatides (lécithines) ont donc une certaine affinité avec les saponines, et que le pouvoir anti-hémolytique des lécithines vis-à-vis des saponines peut dans certaines conditions égaler le pouvoir antihémolytique des cholestérines.

Sur la présence de bacilles de Koch dans le sang de sujets atteints de la maladie de Nicolas et Favre. — MM. A. Saenz, M. Pinard, L. Costil et A. Fiehrer, parmi un grand nombre de cas étudiés, chez trois malades atteintes de formes cliniques différentes de la maladie de Nicolas et Favre, avec Frei positif, ont réussi à déceler le bacille de Koch dans le sang par inoculation au cobaye. Dans le premier cas, la recherche de la bacillémie au moyen de l'inoculation au cobaye se révéla plus sensible que la méthode de culture. Il est intéressant de constater que chez des sujets atteints d'une maladie définie spécifique à ultravirus, quelques bacilles provenant de lésions latentes de tuberculose peuvent pénétrer dans le courant circulatoire à l'occasion d'une cause intercurrente quelconque et être décelés par inoculation au cobaye. Depuis longtemps, on connaît les relations qui existent entre la maladie de Hodgkin et la tuberculose. Dans cette entité morbide, le bacille ne joue qu'un rôle d'association. Il paraît logique de donner à ces faits la même signification que pour la maladie de Hodgkin. Il est curieux que dans une maladie produite par un ultravirus à localisations mésodermiques, on puisse faire pareilles constatations.

Les milieux vaccinés dans l'étude des streptocoques. — M. F. Nitti, en partant des streptocoques isolés des expectorations d'asthmatiques, a préparé deux milieux vaccinés : le milieu J et le milieu L. La plupart des streptocoques d'asthmatiques et de bronchitiques chroniques ne se développent pas dans ces deux milieux. Par contre, des souches venant de sujets atteints d'une septicémie ou d'une infection grave d'origine streptococcique poussent dans le milieu J, tandis que le milieu L ne présente aucune trace de culture. L'auteur se propose de continuer les recherches, dans l'espoir de pouvoir donner une classification simple et rationnelle des streptocoques.

Régimes alimentaires, croissance et immunité antidiphtérique chez le cobaye. — M. R. Richou. Les cobayes soumis à un régime composé de foin, d'avoine, de son et d'eau, ou bien de foin et de pain mouillé, meurent rapidement. Le régime comprenant du foin, du pain et des betteraves ne se montre guère favorable à la croissance rapide du cobaye. Au contraire, le régime composé de foin, d'avoine, de son et de betterave permet une croissance rapide et régulière, qui ne semble guère accrue par l'addition journalière au régime de petites quantités d'huile de foie de morue.

Compte tenu de la variabilité de l'immunité chez les animaux, les régimes alimentaires ne semblent pas influencer, chez le cobaye, l'immunité antidiphtérique due à l'anatoxine spécifique. L'addition au régime de petites quantités d'huile de foie de morue ne se montre pas plus opérante.

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 avril 1934) :

Etude d'une souche d'ultravirus tuberculeux isolée d'un ganglion de lymphagranulome malin. — MM. A. Dufourt et J. Brun contestent que la lymphagranulomatose maligne soit provoquée par l'ultravirus tuberculeux. Une souche d'ultra virus tuberculeux a été extraite d'un ganglion lymphogranulomateux. Cette souche cultivée sur milieu de Lowenstein a donné une micro-culture qui s'est montrée incapable de déterminer la moindre modification des ganglions des cobayes auxquels elle avait été inoculée. Elle s'est comportée chez eux suivant le type éphémère curable ou labile de l'infection par l'ultravirus décrite par F. Arloing et A. Dufourt (Académie de Médecine, 30 novembre 1926).

Conditions de morphogenèse des efflorescences minérales. — M. T. Kofman. Reprenant les recherches de Stéphane Leduc, l'auteur s'est surtout attaché à l'étude du développement du bout terminal de la plante artificielle, quand celle-ci se trouve au contact de deux phases liquides de constitution différente. Dans ces conditions, il se développe rapidement une production gélatiniforme désignée pour faire image sous le nom de fleur. L'étude de la morphogenèse de cette fleur montre qu'elle peut, dans une certaine mesure, caractériser le milieu où elle prend naissance. C'est ainsi que dans l'eau distillée pure ou faiblement ionisée, cette fleur prend d'une façon remarquablement constante, l'aspect d'un sphéroïde. Avec des solutions acides, nous assistons à la transformation de cette figure vers une portion de calotte à concavité supérieure. Avec des solutions alcalines, la fleur, tout en conservant sa forme de boule, tend vers une diminution progressive de son volume. Avec une solution non électrolyte comme le glucose, la forme de la fleur est caractérisée par un cylindroïde à axe vertical. Suivant le degré de la dilution du liquide superposé, les variations de la concentration moléculaire transforment ce cylindroïde vers un conoïde ou un sphéroïde.

Ainsi, partant d'une même matière plastique, le mésomorphisme de cette efflorescence minérale nous permet aussi d'étudier les éléments qui conditionnent le dynamisme morphologique et d'en suivre les variations.

LIVRES NOUVEAUX

Pour vivre cent ans, ou l'art de prolonger ses jours (1), par le docteur A. GUÉNIOT, Membre et ancien Président de l'Académie de Médecine.

Préface de l'auteur. — Dès sa publication, dans les premiers jours de l'année 1931, cet ouvrage reçut un tel accueil que, malgré le haut chiffre de son tirage, les exemplaires en furent rapidement épuisés. Une seconde édition d'égale importance et sans modification de texte touchait à sa fin quand j'entrepris de publier cette troisième en l'augmentant d'une vingtaine de pages nouvelles.

Du texte primitif, je n'ai rien retranché ; mais, pour le compléter ou l'éclairer sur certains points, j'ai cru bon d'y faire de brèves additions, que l'on trouvera disséminées dans divers chapitres, et dont la plus importante est relative aux *démangeaisons* et aux *crampes* qui affectent les vieillards.

Ce livre me valut de recevoir une abondante et flatteuse correspondance émanant des régions les plus diverses de la France et de l'étranger. Des vues personnelles, parfois intéressantes, m'ont été ainsi communiquées. Pressantant qu'à les connaître le lecteur trouverait à la fois plaisir et profit, j'en ai groupé à la fin du volume une dizaine d'extraits, sous cette rubrique : *La pensée des autres.*

C'est en ma 102e année que je publie cette 3e édition. Je lui souhaite le même succès que celui des précédentes, et d'inspirer à ses lecteurs un confiant espoir de prolonger leurs jours.

Dr A. GUÉNIOT.

Tuberculose cutanée et tuberculides (2), par J. NICOLAS, professeur de clinique des maladies cutanées et vénériennes à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin de l'Antiquaille, et J. GATÉ, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin de l'Antiquaille.

Ce nouveau volume de la Bibliothèque de la Tuberculose est conçu de la façon suivante :

Dans les *Préliminaires*, l'étude du bacille de Koch, de ses caractères microscopiques et culturaux, de ses propriétés biologiques, de son action pathogène, est rapidement esquissée.

Dans la *première partie*, « Généralités sur les tuberculoses cutanées et les tuberculides », sont longuement envisagés l'historique, l'étiologie et la pathogénie générales de la tuberculose cutanée (allergie, phénomène de Koch, réactions à la tuberculine, réinfection et surinfection, voies de pénétration du bacille, différentes races de bacilles, tuberculose filtrante, septicémie tuberculeuse atténuée, réactions de l'organisme, hérédité, terrain, etc...), ainsi que l'anatomie pathologique générale.

La *deuxième partie* est consacrée aux formes anatomo-cliniques de la tuberculose cutanée, chaque forme comportant l'historique, l'étiologie et la pathogénie, la symptomatologie, les formes cliniques, l'anatomie pathologique, le pronostic. Dans cette partie sont étudiés longuement la tuberculose ulcéreuse, les gommes et le scrofuloderme, la tuberculose verruqueuse, la tuberculose fongueuse lymphangitique et les lymphangites tuberculeuses, le lupus tuberculeux.

La *troisième partie* concerne les tuberculides cutanées. A la suite d'un chapitre de généralités sont envisagés le lupus érythémateux, les tuberculides papulo-nécrotiques, les tuberculides lichénoïdes (lichen scrofulosorum), les sarcoïdes, les tuberculides érythémateuses, le lupus pernio.

Dans une *quatrième partie* sont rapidement étudiées les dermatoses, dont les rapports avec la tuberculose ont été suspectés sans être définitivement établis.

Une *cinquième partie* traite du diagnostic général de la tuberculose cutanée et des tuberculides (critères cliniques, anatomo-pathologiques, biologiques).

La *sixième partie* concerne le pronostic général de la tuberculose cutanée et des tuberculides.

La *septième partie*, enfin, est consacrée à la thérapeutique : moyens thérapeutiques de tous ordres et indications thérapeutiques suivant les diverses formes anatomo-cliniques, tant de la tuberculose cutanée que des tuberculides.

Une très importante bibliographie et une abondante illustration (74 figures) complètent cet ouvrage, qui constitue pour le dermatologiste une mise au point actuelle de l'importante et complexe question de la tuberculose cutanée et des tuberculides.

L. G.

L'évolution de la lutte contre la syphilis. Un bilan de 25 ans (1), par Louis SPILLMANN, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, médecin chef du centre régional antivénérien de Nancy.

La lutte contre la syphilis est de plus en plus à l'ordre du jour. C'est une maladie très grave par ses conséquences individuelles, familiales et sociales, mais c'est une maladie que nous pouvons combattre parce que nous possédons contre elle des armes puissantes. Nos procédés de diagnostic, de contrôle, de dépistage et de traitement se perfectionnent sans cesse. Si la syphilis n'était plus uniquement considérée sur le plan « vénérien », si elle perdait son caractère de maladie « honteuse », si elle pouvait être attaquée partout à visage découvert, elle ne tarderait pas à disparaître.

La lutte contre la syphilis s'est profondément modifiée dans le cours des vingt-cinq dernières années. On se contentait autrefois de soigner des malades afin de les guérir le mieux possible et afin d'essayer d'atténuer les conséquences de leur mal pour la descendance ; on cherche aujourd'hui à dépister des contagieux pour les stériliser et pour les empêcher de transmettre autour d'eux leur infection.

L'auteur de ce livre a pris part de façon active à la lutte antisyphilitique avant, pendant et après la guerre dans une région où les œuvres de préservation sociale ont pris un développement très remarquable. Il a pensé qu'il pouvait être utile de mettre les résultats obtenus en présence de l'effort accompli. L'examen au jour le jour de ce bilan de vingt-cinq ans lui a permis de montrer comment il était possible de modifier l'opinion publique, de transformer les habitudes et de détruire les préjugés.

Les différents chapitres de ce livre constituent l'histoire de la prophylaxie de la syphilis à notre époque. C'est d'abord un rappel de souvenirs déjà lointains lorsque les syphilitiques étaient parqués dans les coins les plus obscurs des plus vieux hôpitaux ; c'est ensuite l'étude des organisations réalisées pendant la guerre, dans une région et dans une armée ; c'est enfin l'organisation progressive et systématique de la lutte dans le cadre départemental. On trouvera dans ce livre tout ce qui concerne le fonctionne-

(1) Troisième édition revue. In-16 de 230 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 484 pages avec 74 figures dans le texte. — Prix : 80 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) Un volume de 292 pages avec figures en hors texte — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

ment des dispensaires antisyphilitiques, l'éducation sexuelle et l'éducation antivénérienne de la jeunesse, l'organisation de la prophylaxie dans les milieux ouvriers, la propagande éducative, la création du certificat sanitaire prénuptial, l'organisation du service social, etc.

En terminant, l'auteur trace un parallèle entre la syphilis d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Après avoir relevé les erreurs qui peuvent être commises au cours du diagnostic et du traitement, après avoir signalé l'utilité d'un enseignement syphiligraphique complet pour tous les étudiants en médecine, il précise l'orientation nouvelle qu'il a donnée depuis quelques années à la lutte contre la syphilis et qui a pour base le dépistage des foyers de contamination. Cette nouvelle façon de comprendre la prophylaxie antisyphilitique autorise tous les espoirs. La syphilis combattue sur le terrain épidémiologique est une maladie qui doit disparaître.

L. G.

CONGRÈS

Réunion médicale d'études de Nancy (samedi 2 juin 1934). — La réunion aura lieu à l'amphithéâtre de la Clinique de Dermatologie, Hôpital Fournier, quai de la Bataille, à 16 heures.

Deux conférences d'une demi-heure : « La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire ». — Professeur Perrin : *Les indications, la collapsothérapie. Le pneumothorax classique.* — Professeur agrégé Simonin : *Les obstacles au pneumothorax. Comment y remédier? (Exploration pleurale et méthodes adjuvantes de collapsothérapie.)*

Ces conférences seront suivies de démonstrations à l'Hôpital-Sanatorium Villemin, rue de Nabécor, par MM. Perrin et Simonin.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé.— Ce Congrès se tiendra à Aix-les-Bains (Savoie), du 28 juin au 1er juillet 1934 ; il est organisé par la ville d'Aix-les-Bains, avec le concours de la Société médicale d'Aix-les-Bains.

Bureau du Congrès. — Président : M. le professeur Fernand Bezançon, membre de l'Académie de Médecine, président de la Ligue française contre le Rhumatisme ; Secrétaire général : docteur M.-P. Weil, médecin des Hôpitaux de Paris ; Trésorier : docteur P. Dussuel, Syndicat d'Initiative, Aix-les-Bains. — Compte chèque postal Lyon 609-08.

Rapports — I. *Généralités, étiologie, pathogénie.* — Les limites du rhumatisme chronique ; la notion de polyarthrite symétrique progressive : professeur Bezançon et docteur M.-P. Weil (Paris). — Le traitement des rhumatismes dans l'histoire thermale d'Aix-les-Bains : professeur agrégé Chabrol (Paris). — Les facteurs endocriniens : professeur Mouriquand (Lyon). — Les troubles du métabolisme : professeur Lœper (Paris). — Les facteurs infectieux : docteur F. Coste (Paris), docteur J. Forestier (Aix-les-Bains). — Les facteurs vasculo-nerveux et sympathiques : docteurs E. May, Mlle de Jammet, M. Braillon (Paris). — Les facteurs de terrain et les troubles humoraux et l'allergie : professeur Roch et docteur E. Martin (Genève).

II. *Symptômes et diagnostic.* — Les aspects anatomiques : docteur F. Bach (Londres). — Les aspects radiologiques : docteur G. Scott (Londres). — Les aspects cliniques (professeur agrégé Abrami, docteur Parlier (Paris). — Les éléments de diagnostic : professeur Maranon (Madrid). — Les éléments de pronostic : docteur Weissenbach (Paris), docteur F. Françon (Aix-les-Bains). — Le sang et les humeurs : professeur G. Kahlmeter (Stockholm).

III. *Thérapeutique.* — Physiothérapie : professeur Gunzburg (Bruxelles). — Crénothérapie : professeur Giraud et professeur agrégé Puech (Montpellier). — Chirurgie : professeur Leriche (Lyon). — Principes d'orthopédie : professeur Mathieu et docteur Ducroquet (Paris). — Orthopédie et appareillages : docteur Loring Swaim (Boston). — Vaccinothérapie : Sir William Willcox (Londres). — Régimes, chimiothérapie, protéinothérapie : professeur Rathery et docteur J. Lacapère (Paris).

Comité de presse : docteur Devraigne (Paris).

Communications. — Des communications pourront être faites par les membres titulaires, avec l'agrément du Bureau de la Conférence. Le titre et un résumé des communications devront être envoyés au Trésorier de la Conférence avant le 1er juin ; le texte, dactylographié, devra être remis au Bureau aussitôt après la séance ; il ne devra pas dépasser quatre pages de quarante lignes de cinquante-quatre lettres.

Programme. — Séance d'ouverture de la Conférence : lundi 28 juin, à 18 h. 30. — Séances réservées à l'exposé et à la discussion des rapports : les matinées des 29, 30 juin et du 1er juillet. — Excursions en auto-cars : les après-midi des 29 et 30 juin. — Visite du nouvel établissement thermal et des diverses organisations thérapeutiques de la station : après les excursions en auto-cars. — Représentation de gala au Grand Cercle : 29 juin au soir. — Banquet organisé par la municipalité d'Aix-les-Bains : 30 juin au soir.

Conditions d'adhésion. — Sont admis comme membres titulaires de la Conférence, les médecins français et étrangers.

L'adhésion à la Conférence comporte :

1° Le droit aux deux volumes : Rapports et Communications ; 2° les frais de séjour dans les hôtels du jeudi 28 juin après-midi au dimanche 1er juillet après-midi ; 3° deux excursions en auto-cars ; 4° l'assistance au banquet du 30 juin ; 5° le droit au demi-tarif en chemin de fer (réseaux français).

Le prix forfaitaire est fixé, pour les membres titulaires, à : hôtels de tout premier ordre, 350 fr.; hôtels de premier ordre, 250 fr.

Tout membre titulaire aura le droit d'être accompagné par un ou plusieurs membres de sa famille (femme ou enfant), en l'inscrivant comme membre associé.

Le prix forfaitaire est fixé, pour les membres associés, à : hôtels de tout premier ordre, 300 fr. ; hôtels de premier ordre, 200 fr.

Les internes en médecine des villes de Faculté bénéficieront d'un tarif forfaitaire spécial de 150 fr.

Les membres associés et les internes ne reçoivent pas les volumes de rapports et communications.

Parmi les membres associés, seules les femmes et filles mineures non mariées des membres titulaires peuvent, d'après les règlements des réseaux, bénéficier du demi-tarif en chemin de fer.

Inscriptions. — Pour s'inscrire, on est prié d'envoyer, avec le montant de la cotisation, sa carte de visite. Prière d'indiquer la catégorie des hôtels et, le cas échéant, les noms et prénoms des membres associés, avec leur degré de parenté. Pour les demi-tarifs, indiquer la gare de départ et, éventuellement, l'itinéraire, avec les gares de changement de réseau.

Adresser toute la correspondance et les cotisations au docteur P. Dussuel, Syndicat d'Initiative, Aix-les-Bains (Savoie). — Compte chèque postal Lyon 609-08.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation
Pas d'Accoutumance
Pas toxique
Agit vite

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 30 MAI 1934. — N° 43.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La cellulite est une réaction conjonctivo-lymphatique, par M. L. Alquier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie. — Société de pédiatrie. — Société de neurologie. — Société des chirurgiens de Paris.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La patente, par M. Foveau de Courmelles.
Les étudiants et médecins étrangers.
CHRONIQUE
Les premiers latins au Groënland.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques des pneumonies à pneumocoques (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique double.* — Séance du 19 mai. — MM. Sureau, 25 ; Suzor, 29.

Classement : MM. Sureau, 147; Suzor, 146.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL BROUSSE. — Un concours sur titres est ouvert en vue de la nomination d'un médecin en chef à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif.

Peuvent seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une faculté française, Français ou naturalisés Français et domiciliés dans le département de la Seine.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 11 juin 1934 inclus, de 10 à 12 h. et de 15 à 17 h., à la direction des Affaires départementales, 3e bureau (annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 227).

— Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hospice Paul Brousse et à l'Institut du cancer et éventuellement la désignation d'internes provisoires s'ouvrira le 28 juin 1934.

Pourront prendre part au concours :

1° Les élèves externes des hôpitaux de Paris;

2° Les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Les candidats ne devront pas avoir dépassé l'âge de 27 ans révolus au 1er octobre de l'année 1934. Toutefois, cette limite d'âge sera prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étrangers seront admis à concourir.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Lobau, escalier A, 2e étage, pièce 227, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 24 mai au 8 juin 1934.

Tous renseignements concernant les nature et épreuves du concours et la situation des internes à l'hospice Paul Brousse sont dès à présent fournis en s'adressant au service de l'Assistance départementale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Prix Saintour.* — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1934, est le suivant : « Cycle de la vitamine C. »

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, de 14 à 16 h., jusqu'au 15 octobre 1934, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

La valeur du prix Saintour 1934 est de 6.000 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin général Albert Clarac, du cadre de réserve des troupes coloniales, décédé à Paris, à 80 ans.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

CHRONIQUE

LES PREMIERS LATINS AU GROENLAND. — *Conférence du commandant Jean Charcot aux Voix latines.* — La section des Voix latines de l'Umfia ou Union médicale latine, dont le président-fondateur est notre vieil ami le docteur Dartigues, nous a permis d'entendre le 16 mai, à l'Institut océanographique, une magnifique conférence par le commandant Charcot, sous la présidence du professeur J.-L. Faure, membre de l'Académie de médecine, qui lui-même a donné une si belle relation de sa croisière au Groënland.

Pour justifier une conférence à l'Umfia, le docteur Charcot lui donnait pour titre : « Les latins au Groënland oriental ». Bien rares sont nos compatriotes qui ont contribué à la connaissance de cette partie de la grande île polaire. De Blosseville en 1833, le duc d'Orléans en 1905, le *Pourquoi-Pas* sept fois depuis 1925 et la mission de l'année polaire commandée par le lieutenant de vaisseau Hubert en 1932-1933.

Le conférencier considère que la meilleure façon de se rendre compte comment les Latins travaillent au Groënland est d'embarquer avec lui sur le *Pourquoi-Pas* pour la suivre dans sa dernière campagne de 1933. Une suite ininterrompue de projections permet de visiter le Scoresby-Sund où on retrouve la mission française et d'apprécier les méthodes de colonisation du Danemark. Des équipes sont conduites dans divers endroits du Scoresby-Sund où elles se livrent à de beaux travaux scientifiques. Puis le *Pourquoi-Pas* explore la côte de Blosseville découverte il y a cent ans par notre compatriote ; on rencontre des ours blancs et pour la première fois des Latins débarquent sur cette terre qui n'avait pu être abordée que deux fois en cent ans par les Danois. L'histoire se mêle aux anecdotes, et on est tout étonné, après avoir vécu avec les Esquimaux, après s'être faufilé entre les icebergs et les banquises dans la brume et parfois le mauvais temps, de se retrouver sain et sauf sans avoir couru de grands dangers en rade de Brest.

La conférence a été encadrée entre une présentation originale et humoristique du conférencier, par le docteur Dartigues, président de l'Umfia, et les remerciements du professeur J.-L. Faure qui fut le compagnon de Charcot au Groënland.

L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PATENTE (1)

La patente est ce lourd impôt sur la profession pris maintenant exclusivement par les villes aussi âpres que l'Etat, et où souvent il double et dépasse le loyer !

Il y a quelques années, les avocats avaient alerté les médecins et tenu à la Faculté de Médecine une grande assemblée présidée par le sénateur Dr Dudouyt. Puis, Me Sarran, à la Confédération des Travailleurs intellectuels C. T. I. nous y avait soumis un projet dispensant de la patente les débutants. Déjà les avocats pendant 3 à 5 ans en sont dispensés, alors que les médecins la paient dès leur installation et pendant tout le temps qu'ils exerceront. Nous connaissons de vieux confrères exerçant à la campagne, pour vivre, à 80 ans et plus, faisant encore parfois leurs courses à bicyclette : ils ont élevé une nombreuse famille et n'ont pas fait fortune. Ils vivotent, avec quelques clients, et paient patente. On ne peut même soigner gratuitement sans la payer, à moins de n'être que salarié ou fonctionnaire, ce à quoi l'on paraît tendre singulièrement.

Mais voici qu'on reparle de « l'impôt sur le travail », comme disait Huchard.

Le mouvement actuel ne vient pas des professions libérales qui semblent bien apathiques, dit la revue « Franche-Comté de Montbéliard », organe des syndicats médicaux du Doubs et pays voisins ; il vient des professions commerciales et industrielles. Aussi, je me demande si ce ne serait pas le moment de faire chorus et d'avoir ainsi plus de chances de réussir. Je pose la question à nos syndicats.

L'Hygiène sociale du 25 avril 1934, montre à quoi se réduisent nos prétendues fraudes fiscales et le déficit du budget de la plupart des praticiens, — et la patente en est cause pour une grande part. Elle oblige souvent à prendre un petit appartement, où la famille du médecin s'entasse pour ne pas payer un lourd loyer et une patente proportionnelle. (On a beau accuser les propriétaires qui ont une aussi mauvaise presse que les médecins, et ce n'est pas peu dire, en général, ils n'en peuvent mais, ce sont eux qui souffrent du coefficient de la vie pour eux si inférieur aux réalités.)

Encore, dans cette réunion médico-juridique dont je parlais en commençant, n'osait-on demander la suppression totale de la patente, mais sa localisation au logis professionnel ; que l'appartement familial, le séjour des siens à la campagne pour l'hygiène des enfants, n'en fussent pas grevés !

On encourage singulièrement les familles nombreuses, l'hygiène, dont on parle tant (il est vrai que tant de gens confondent la parole et l'action !)

Il faudrait donc, croyons-nous, pendant que la patente est remise sur la sellette, par des gens « conscients et organisés » qui ont déjà obtenu tant de choses, propriété commerciale, réductions de loyers, — agir aussi contre cette inique patente ! Ne serait-ce pas, si j'ose ainsi parler, « l'instant, le moment » !

Dr FOVEAU DE COURMELLES.

(1) Voir sur la patente, *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 37, p. 670, et n° 40, p. 726.

LES ÉTUDIANTS ET MÉDECINS ÉTRANGERS

Le Comité de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, après avoir étudié la situation faite par la loi Armbruster aux étrangers, et spécialement aux israélites allemands réfugiés en France, décide :

A. De réclamer l'application des mesures prévues par le décret Herriot de 1928 (*obligation d'être citoyen français pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine*) ;

Soit que ce décret soit maintenu et appliqué, soit qu'un nouveau décret analogue soit rendu par le Ministre de l'Education Nationale ;

B. Et ultérieurement de mener toute action nécessaire, d'accord avec les syndicats médicaux et M. le sénateur Armbruster, pour le vote d'une loi qui réservera désormais le doctorat en médecine d'Etat aux seuls citoyens français.

(*Communiqué.*) *Le Président :* R. DUPUIS.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

Iodarsenic ou Dr GUIRAUD
(Goutte Parisienne)
TOUS ÉTATS GANGLIONNAIRES - LYMPHATISME - MALADIES CUTANÉES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

DEUX PRODUITS POUR LA TROUSSE D'URGENCE

CORAMINE

Toni-cardiaque injectable

permet d'agir avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps en présence de toute indication urgente :

Collapsus graves.
Etats de choc.
Défaillance cardiaque aiguë.
Etats asphyxiques.
Etats infectieux.
Accès d'asthme.

(Injections sous-cutanées, intra-veineuses et intra-cardiaques.)

CIBALGINE

Analgésique sans opium

Calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

Coliques hépatiques.
« néphrétiques.
Douleurs fulgurantes des tabétiques.
Hémoptysies.
Névralgies, sciatiques, etc...

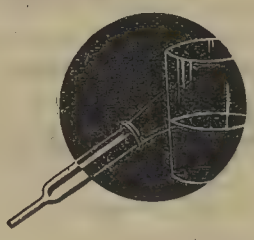
(Injections sous-cutanées ou intra-musculaires)

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

ADOVERNE

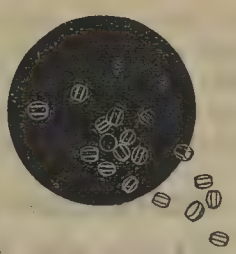
GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES DE L'ADONIS VERNALIS
ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE ÉTALONNÉE

GOUTTES



ROCHE

GRANULES



PROPRIÉTÉS

CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE
NEURO-SÉDATIVE DIURÉTIQUE

ÉCHANTILLONS ET DOCUMENTS SCIENTIFIQUES
10, RUE CRILLON - PARIS

PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

LA CELLULITE EST UNE RÉACTION CONJONCTIVO-LYMPHATIQUE

Par M. L. ALQUIER.

Les innombrables écrits qui ont, aujourd'hui, vulgarisé la cellulite n'apportent, à son sujet, que des notions imprécises et incomplètes. A ce maigre bilan, l'étude clinique peut ajouter beaucoup : elle précise les caractères des éléments qui constituent la cellulite ; et ses variations permettent de soupçonner sa signification physio-pathologique.

I. Les notions définitivement acquises. — Elles sont dues au palper méthodique du tissu conjonctif. Dans le tissu cellulaire sous-cutané, on s'accorde à soulever le tégument en un large pli que les doigts font rouler pour y rechercher les masses consistantes et mal limitées qui, sous forme de placards, nodosités, grains ou filaments caractérisent la cellulite. Sous l'action des doigts, la cellulite s'irrite et s'indure, ou bien s'assoupit et se résout ; elle peut alors disparaître sans laisser la moindre trace.

En profondeur, le bout des doigts fouillant les chairs par des mouvements de circumduction, la cellulite se retrouve, avec les mêmes caractères, en tous les points du corps occupés par le tissu conjonctif.

Toujours pathologique, elle est commune aux infections et intoxications les plus diverses. A tout âge, peu de sujets en paraissent exempts ; de nombreux troubles morbides sont liés à la cellulite et varient avec elle, ce qui rend nécessaire sa recherche et son traitement.

La cellulite est distincte de l'adipose, des lésions inflammatoires aiguës ou subaiguës, enfin des œdèmes qui distendent passivement le tissu conjonctif, puis se résorbent sur place. Qu'il s'agisse des gros œdèmes cardio-rénaux, du cou proconsulaire des angines hypertoxiques, des œdèmes congestifs sériques ou autres, le tissu conjonctif y apparaît mou, sans réaction. Dans la stase lymphatique, l'œdème blanc de l'entorse ou de certains rhumatismes, enfin dans les bouffissures du type Quincke apparaissent des inégalités de consistance, des bosselures, enfin une tendance au gonflement des ganglions lymphatiques, qui rapprochent plus ou moins de la cellulite les œdèmes de cette seconde catégorie.

Enfin, la cellulite semble intégrée au tissu conjonctif, comme le serait une hyperproduction irrégulière de la substance collagène ; il s'agit, non plus d'un œdème, mais d'un infiltrat qui appartient à l'inflammation éteinte ou atténuée, résulte des affections hépato-digestives plus que des dysendocrinies, enfin représente, avec certains troubles viscéraux, l'une des caractéristiques de l'arthritisme.

L'étude anatomique de la cellulite a été reprise, récemment, sur biopsies. Dans sa Thèse (Lyon, 1929) Lagèze décrit quatre stades évolutifs : 1° Vaso-dilatation congestive, qui peut passer inaperçue ; 2° Phase exsudative. A la vaso-dilatation s'ajoute un exsudat, presque uniquement plasmatique, sans diapédèse (inondation séreuse de Renaut, sans cellules inflammatoires), labile et disparaissant souvent lors des manipulations. Il dissocie les travées conjonctives et s'infiltre entre les faisceaux connectifs du tissu cellulaire. Cliniquement, il se traduit par la crépitation fine, si particulière aux infiltrats récents.

3° Phase d'organisation donnant l'impression d'un « véritable phénomène du métamorphisme de Nageotte. Il se produit une collagénisation progressive de la fibrine exsudée, sans intervention de cellules inflammatoires »... « L'exsudat peut, en effet, se résorber complètement, ainsi qu'en témoigne la disparition de certains infiltrats douloureux, ou leurs modifications par le massage. »

4° Phase ultime, fibreuse, cicatricielle, avec endo et péri-artérite.

De l'aveu même de leurs auteurs, ces constatations n'expliquent pas la cellulite. Elles répondent à l'infiltrat intégré au tissu conjonctif qui représente le terrain cellulitique, non les variations continuelles de consistance et de volume, qui ne concordent pas toujours avec celles de la vaso-motricité. Seule, l'étude clinique peut faire comprendre des phénomènes fonctionnels, susceptibles d'une régression complète.

II. Etude clinique des éléments qui constituent la cellulite. — La cellulite aiguë peut être réalisée par une injection hypodermique irritante. La boule d'œdème, qui distendait le tissu conjonctif est brusquement morcelée par la crispation des tissus qui la divise en masses inégales, plus ou moins dures, fixées sur place, tant que persiste la rétraction tissulaire. Dès que celle-ci s'efface, spontanément ou sous l'influence de pressions ou de tiraillements doux, la boule d'œdème se reforme, souple, homogène, diffusant vers les voies du drainage lymphatique régional.

Si la crispation tissulaire continue, l'injection laisse après elle une nodosité capable de persister indéfiniment, puis de céder à la physiothérapie de détente. Toute cause irritante réveille une crise de crispation aiguë, douloureuse, et réflexogène pour l'ensemble des réactions vago-sympathiques.

Ceci permet de comprendre les modalités et allures cliniques de la cellulite, ainsi que la place qu'elle occupe parmi les réactions du tissu conjonctif.

Tout choc morbide a sa répercussion humorale, lymphatique autant que sanguine, et, comme corollaire, des réactions de la vaso-motricité et de la rétractilité tissulaire ; ces deux ordres de réactions se font simultanément mais sans règle absolue de concordance ou de priorité, et conservent entre elles une certaine autonomie. Leurs modalités, ainsi que les variations du tissu conjonctif, et surtout celles de la lymphe qui l'imbibe et infiltre ses interstices, déterminent les aspects cliniques si variés des réactions conjonctivo-vasculaires que l'on peut résumer comme suit :

A. *Chocs morbides aigus.* — Ils déterminent l'une ou l'autre des réactions suivantes :

1° *Œdèmes hypertoxiques* rapides et mous, grâce à l'inhibition de la rétractilité dont le retour indique une amélioration des réactions défensives de l'organisme.

2° *Congestion exsudative* donnant un œdème chaud que la rétraction peut indurer.

3° *Œdème blanc*, rapide, considérable, comme celui de l'entorse, des poussées fluxionnaires rhumatismales. Rétractions parcellaires, inégalement réparties, prédominantes aux confins de l'œdème, où apparaissent les masses cellulitiques.

4° *Syndrome localisé* sous forme de petits infiltrats en grains, qu'indure la crispation. C'est ce qu'on trouve comme substratum d'une infinité de points douloureux des viscéralgies ou des rhumatismes. Ainsi s'expliquent les algies cellulitiques avec leur cortège de troubles neuro-végétatifs. Tout est calmé par la détente de la crispation qui amène l'effacement des masses cellulitiques. Le syndrome se reproduit si la crispation reparaît, étreignant soit un infiltrat lymphatique, soit une suffusion sanguine ou de synovie, soit un corps étranger, un tophus goutteux, un nodule fibreux, voire une pièce squelettique, bref, tout ce qui peut former obstacle au libre jeu de la rétraction tissulaire et irriter l'innervation locale.

5° *Rétraction sans infiltrat :* émotive a frigore ou toxi-infectieuse. Elle plaque la peau sur les plans profonds sans douleur, si rien, dans les parties molles, ne s'oppose à la crispation. Mais, celle-ci, réflexe vago-sympathique, n'est pas un phénomène isolé ; son exaspération s'accompagne de celle de tous les autres réflexes vago-sympathiques : sueur, horripilation, crise vaso-motrice, spasmes viscéraux, agitation, angoisse, etc. Le meilleur moyen de calmer tous ces troubles est la détente des crispations et celle-ci se trouve, de ce fait, à la base de la physiothérapie réflexogène dont les directives ont été exposées dans ce journal (9 décembre 1933, p. 1773).

6° *Inflammation*. Si l'irritation est fugace ou atténuée, ou hypertoxique, tout se borne à l'une des réactions précédentes. Dès que les signes de l'inflammation deviennent nets, tout s'efface devant elle. Mais, après amélioration suffisante, la rétraction reparaît, et, avec elle, la cellulite, aussi évidente, avec les mêmes caractères, sur les reliquats de l'adéno-lymphangite et des synovites, que dans le tissu conjonctif interstitiel.

B. *Troubles humoraux chroniques*. — La répétition de petits chocs ou un état morbide insensiblement progressif aboutissent aux réactions conjonctivo-lymphatiques dites arthritiques, variables d'un sujet à l'autre, comme chez le même sujet, à deux moments différents.

Dans des chairs atones, l'infiltrat s'accumule en obésités parfois monstrueuses, souvent creusées de profonds sillons dus à la rétraction. Ailleurs, celle-ci tend uniformément les chairs qui semblent injectées de suif, dures, collées les unes aux autres, sans détails anatomiques. Ou bien existent de grosses masses cellulitiques : traînées en coulées de bougie suivant la direction des troncs lymphatiques, avec ganglions engorgés, indurés, ou masses dures, mal limitées, dont les types sont tous représentés dans les rhumatismes chroniques des parties molles. Souvent, la stase lymphatique détermine une bouffissure en poche, immédiatement sous-jacente à un barrage interrompant la circulation lymphatique : cicatrice perpendiculaire à l'axe d'un membre ou engorgement lymphatique.

A chaque recrudescence de l'irritation causale, éclate un choc humoral qui, à l'état chronique, ajoute une poussée aiguë sous l'une de ses formes.

Ainsi donc, la cellulite n'est qu'un incident de la conflagration entre la rétraction tissulaire et l'infiltrat qu'elle étreint, mais c'est à cet incident que sont dus les troubles les plus pénibles, douleurs, crampes, troubles neuro-végétatifs. L'étude des conditions qui commandent les variations de la cellulite est donc capitale en pratique médicale.

III. **Variations de la cellulite.** — Elles portent sur l'infiltrat et sur la rétractilité.

Infiltrat. — Toute poussée nouvelle indique une recrudescence morbide, et la localisation des bouffissures peut aider à repérer un foyer d'infection latente.

La résorption se fait bien moins sur place, comme cela aurait lieu pour un œdème, que par voie lymphatique. Des traînées d'engorgement lymphatique persistent, comme séquelles de l'adéno-lymphangite éteinte, ou cet engorgement empêche la résorption de l'infiltrat accumulé dans le tissu conjonctif.

Remarque importante : de grosses adénopathies superficielles gênent la circulation lymphatique beaucoup moins que l'engorgement des ganglions profonds. S'ils sont rétractés, les ganglions engorgés, petits, en grains de plomb, masqués par l'enraidissement des tissus voisins, sont méconnus si les doigts ne savent pas réaliser les détentes nécessaires. Pour apprécier l'importance de l'engorgement lymphatique, il faut savoir et pratiquer la physiothérapie réflexogène. Elle apprend que : si l'engorgement lymphatique existe, c'est lui qu'il faut avant tout traiter. Souvent, des infiltrats considérables que tout traitement direct ne fait qu'irriter, disparaissent d'eux-mêmes, dès que le drainage lymphatique redevient perméable.

On cherche, parfois, à dissoudre la cellulite par des injections modificatrices ou anesthésiantes. Certains vaccins y parviennent ; souvent les injections ne font qu'augmenter crispations et infiltrat. Il est bien préférable de faire absorber vaccins, sérums ou autres modificateurs par la peau ou les muqueuses. Nous reviendrons sur cette médication, pleine d'intérêt.

Rétractilité. — Dépendant de l'innervation végétative, elle réagit, comme la vaso-motricité, aux émotions, intempéries, et à toutes les causes d'irritation. Entre les deux réflexes existent des discordances qui attestent leur dualité. Tous deux s'influencent réciproquement, mais c'est en s'adressant à la rétractilité qu'on a le maximum d'action sur l'ensemble des réflexes végétatifs, et, en particulier, sur la vaso-motricité.

Le jeu du réflexe rétractile est donc l'essentiel de la physiothérapie réflexogène. Celle-ci, évitant toute irritation, recherche la détente tissulaire à l'aide d'excitations cutanéo-muqueuses. L'épanouissement des chairs se produit aux points rétractés, surtout s'ils sont mis en tension adéquate par contraction musculaire, position d'élongation ou en y posant la main qui, enregistrant la détente, la conduit et en règle l'intensité, comme nous l'indiquons (*loc. cit.*).

Tout ce qui atteint l'innervation végétative, modifie la rétractilité tissulaire. Il n'est pas d'affection nerveuse qui épargne le système vago-sympathique, et l'étude des réactions conjonctivo-lymphatiques apporte à la neurologie de précieux éclaircissements sur les contractures, crampes, spasmes de torsion, rétractions, douleurs, troubles neuro-végétatifs.

La réflectivité tendineuse subit aussi l'influence de la rétractilité tissulaire ; les déviations squelettiques lui sont, dans une mesure variable d'un cas à un autre, attribuables.

La rétraction tissulaire est, pour la circulation lymphatique, ce qu'est la vaso-motricité pour la circulation sanguine. L'afflux, dans les veines sous-clavières, de lymphe pathologique est modéré, soit par l'inhibition du tonus tissulaire, qui se laisse passivement distendre, soit par son exagération, qui le crispe sur les lymphatiques engorgés ou sur les infiltrats. A ceux-ci, la rétraction oppose des barrages derrière lesquels s'accumule l'œdème de stase lymphatique, ou bien elle fixe sur place l'infiltrat qu'elle étreint de toutes parts pour lui donner l'aspect connu sous le nom de cellulite.

Alors se produit un cercle vicieux : la cellulite, irritant l'innervation vago-sympathique, provoque de nouvelles crispations tissulaires. Celles-ci gênent la circulation lymphatique dans tout un membre, si elles se produisent aux ceintures pelvienne et scapulo-thoracique. Ainsi s'expliquent ces différences de réflectivité végétative, et ce que les homéopathes appellent la latéralité droite ou gauche. La crispation profonde des creux sus et sous-claviculaires ralentit l'ensemble de la circulation lymphatique, immédiatement améliorée par la détente de ces crispations et par la gymnastique du peaucier cervical, qui exerce un véritable brassage du tissu cellulaire cervico-thoracique. Lors des infiltrats périviscéraux, le barrage rétractile médiastino-sous-hépatique donne lieu à un syndrome spécial, sa levée soulage immédiatement les malades.

L'utilité de cette action frénatrice exercée par la rétraction tissulaire est démontrée par les petits chocs septiques ou d'ordre hémoclasique, si fréquemment observés dans les heures qui suivent une mobilisation excessive des infiltrats interstitiels. Souvent, alors, on assiste à de véritables crises de crispation cellulitique succédant, par exemple, à des applications de diathermie mal réglées.

En résumé :

Toute irritation peut modifier les réactions conjonctivo-lymphatiques, et provoquer des bouffissures et infiltrats. Si la rétractilité tissulaire est inhibée, le tissu conjonctif se laisse distendre en un œdème mou; la crispation tissulaire, ou bien oppose des barrages derrière lesquels s'accumule l'infiltrat, ou bien étreint et morcelle celui-ci en masses cellulitiques qui gênent par leur présence et irritent les parties nerveuses qu'elles contiennent. La cellulite n'est donc qu'un incident, au cours de réactions neuro-tissulaires d'un intérêt plus général.

L'asthénie. Syndrome. Maladie. Diagnostic. Traitement, par R. BENON. In-8°, 236 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, M. Vigné.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1934)

Variations post-opératoires de la calcémie. — M. GRÉGOIRE rapporte un travail de MM. Menegaux, Guillaumin et Pergola, qui ont constaté une hypocalcémie transitoire après toute intervention. Elle s'accompagne d'ailleurs de beaucoup d'autres modifications du sérum, telles que l'hypophosphatémie.

M. FREDET rappelle les erreurs de dosage toujours possibles, et dit qu'il faut se montrer très prudent dans les conclusions.

Perforations utérines au cours du curettage. — M. VIANNAY apporte deux observations. Dans un cas avec lésions intestinales, la résection avec hystérectomie entraîna la mort du malade. Une autre fois, l'hystérectomie vaginale a amené la guérison. En cas de petite perforation au cours d'un curettage bien conduit, l'auteur estime qu'il suffit de mettre de la glace sur le ventre et de ne pas faire d'injection intra-utérine.

M. BASSET estime nécessaire, même lorsque la perforation n'est que douteuse, de faire une laparotomie. C'est elle seule qui permet de faire exactement le bilan des lésions et de les traiter utilement. Il est possible de suturer la perforation, lorsqu'elle est petite, sur un utérus non infecté.

M. J.-L. FAURE, dans trois cas de perforation au cours de curettage fait par lui-même, s'est contenté de laisser de la glace sur le ventre et a guéri ses malades. Si la perforation est faite par un opérateur inconnu, il convient de faire la laparotomie. Si la perforation est petite, faire une suture ou même simplement mettre un drainage à la Mikulicz. Si la perforation siège sur un utérus infecté, sans gros signes de réaction péritonéale, faire l'hystérectomie vaginale ; sinon faire l'hystérectomie abdominale totale suivie de drainage à la Mikulicz.

M. AUVRAY dit que toutes les perforations observées par lui ont guéri sans intervention, par simple application de glace sur l'abdomen.

M. BROCQ, sans nier des succès possibles de l'abstention, est partisan de la laparotomie exploratrice systématique.

MM. HUET et MONDOR sont partisans de la laparotomie systématique, qui seule peut permettre de traiter à temps des lésions qui risqueraient autrement de rester méconnues.

Artériographie dans les anévrismes. — M. DOS SANTOS (de Lisbonne) montre, à l'aide de l'artériographie, tout l'intérêt qu'il y a à respecter au maximum toutes les collatérales, et donc à ne pas pratiquer l'extirpation de la poche anévrismale, mais à faire l'endoanévrismorraphie.

Dyschondroplasie d'Ollier. — MM. RICHARD, ROEDERER et DUPUIS ont observé deux cas de cette affection rare. Ils ont pu pratiquer une biopsie qui a révélé l'existence de tissu chondromateux.

Résection du moignon pylorique. — M. Raoul MONOD a, après gastrectomie qui avait laissé des douleurs, guéri définitivement son malade par l'extirpation du moignon pylorique.

Chondrome vertébral. — M. PETIT-DUTAILLIS fit le diagnostic radiologique par l'existence concomitante de

nombreuses exostoses ostéogéniques. L'ablation de la partie postérieure de la tumeur après laminectomie a amené la rétrocession presque complète de la paraplégie.

(séance du 9 mai 1934)

Branchiomes. — M. Chevassu oppose des branchiomes malins, véritables cancers, et des branchiomes mixtes peu ou pas malins. Les cas de M. Truffert ne semblent pas rentrer dans ces catégories.

Artériectomies. — M. Proust, après accident d'automobile, a observé un cas de rupture de l'artère poplitée. Après artériectomie étendue, le membre se réchauffe.

Flexion permanente du pouce. — MM. Sorrel et Benoit, dans un cas de camptodactylie, ont observé une nodosité tendineuse et une mobilité anormale du sésamoïde interne du pouce qu'ils ont réséqué. Bon résultat. M. Sorrel estime que le pouce à ressort est le premier temps de la camptodactylie.

M. Mouchet a observé un index à ressort chez l'enfant, et chez l'adulte quatre cas de pouce à ressort.

Artériographies. — MM. Bazy et Reboul présentent d'intéressants clichés d'artériographie pris au cours d'affections articulaires et osseuses.

Artériographies pour lésions vasculaires. — M. Quénu, avec clichés à l'appui, montre l'intérêt de l'artériographie au cours de certaines artérites. Elle permet de préciser parfois le niveau auquel il convient de pratiquer l'amputation.

M. Métivet a observé un cas de nécrose isolée du soléaire dans une pièce d'amputation et conclut que l'artériographie peut tromper.

M. Brocq croit les renseignements fournis par l'artériographie supérieurs à ceux fournis par l'oscillométrie.

M. Sorrel rappelle qu'en un cas où l'artériographie indiquait une oblitération de la tibiale postérieure, il obtint la cessation des douleurs par résection de cette seule artère.

Perforation utérine au cours du curettage. — M. Quénu, au cours d'une dilatation utérine, vit une bougie de Hégar disparaître aux trois quarts. On découvrit une petite plaie et on pratiqua une hystérectomie. Guérison. Mais J. Quénu estime que cette malade aurait guéri spontanément. Dans quatre autres cas, opérés par d'autres chirurgiens, l'auteur a trouvé dans un cas de l'eau de Javel dans le ventre, dans un autre l'épiploon sortait du cal, dans le troisième, la malade guérit spontanément, dans le quatrième, l'hystérectomie la sauva. La gravité vient de la méconnaissance de la perforation.

M. Richard a vu après curettage exécuté par un autre praticien une perforation non seulement de l'utérus, mais encore d'une grossesse extra-utérine.

M. Sauvé n'intervient que lorsque la perforation est certaine.

M. Gaudart d'Allaines a observé des cas de perforations sous-péritonéales, constatées après ouverture du ligament large. Il s'agit moins de perforation dans ces cas que de l'éclatement d'un tissu friable lors de la dilatation de l'isthme. Mieux vaut intervenir pour éviter la cellulite sous-péritonéale.

M. René Bloch a observé trois cas de perforation, guéris sans intervention.

Présentation de malades :

Arthrite déformante de la hanche. — M. Cunéo présente un beau cas de résection arthroplastique de la hanche.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 24 avril 1934)

Ostéomalacie chez un nourrisson de moins d'un an. Ablation de deux parathyroïdes. Amélioration considérable. — M. Jean Levesque présente un nourrisson atteint d'ostéomalacie confirmée radiologiquement et prédominant à la colonne vertébrale. L'hypercalcémie atteignant 138 milligrammes, les résultats de l'interférométrie et la mesure des chronaxies qui sont diminuées de moitié permirent d'affirmer son origine parathyroïdienne.

L'ablation de deux glandules parathyroïdiennes fut suivie, au bout de 40 jours, du retour de la calcémie au taux de 94 milligrammes et d'un remaniement complet du système osseux.

Syndrome adiposo-génital avec débilité intellectuelle et troubles graves du caractère. — M. G. Heuyer et Mme Roudinesco présentent un malade atteint de syndrome adiposo-génital typique avec débilité intellectuelle et troubles du caractère. La radiographie montre une lésion de la région hypophysaire. L'origine neurologique de ce syndrome ne semble pas douteuse ; toutefois, la diminution du métabolisme basal et les résultats de l'interférométrie montrent des symptômes de déséquilibre endocrinien dont la nature est difficile à préciser.

Sur un cas d'ostéomalacie héréditaire. — MM. Lesné, Cl. Launay et Gilbrin rapportent l'observation d'une famille polonaise où la mère et un fils sont ostéomalaciques. Les déformations se sont, dans les deux cas, constituées dans la seconde enfance ; elles ont été fixées dans la suite par la recalcification partielle des os. La calcémie est normale et on ne trouve aucun signe de dysparathyroïdie ; on pourrait plutôt penser à une « ostéopathie par carence ».

Abcès gangréneux du poumon. — M. Armand-Delille présente une enfant de 9 ans qui lui a été envoyée par M. Milhit dans un état de cachexie ayant fait penser un instant à une tuberculose pulmonaire évolutive, bien que les cutiréactions et les examens de crachats aient donné des résultats négatifs. Il s'agissait d'un abcès gangréneux du poumon, qui guérit à la suite de plusieurs vomiques et d'une injection intra-trachéale de lipiodol.

Emphysème sous-cutané généralisé chez un enfant de un an. — M. Armand-Delille. (Présentation de malade.)

Polyarthrite chronique ankylosante améliorée par parathyroïdectomie. — MM. Ombrédanne et Fèvre ont observé chez deux fillettes de 14 et 5 ans deux cas de polyarthrite chronique ankylosante, pour lesquels ils ont fait une parathyroïdectomie. Le premier cas fut suivi d'une amélioration considérable ; celle-ci fut moins nette dans le second.

Kala-azar méditerranéen guéri par la médication stibiée intra-veineuse. — MM. P.-P. Lévy, P. Jacquet et Jean de Manet rapportent l'histoire d'un nourrisson chez qui débuta, à l'âge de 9 mois, un kala-azar méditerranéen, caractérisé au début par une fièvre irrégulière bientôt suivie d'hypersplénomégalie et d'anémie extrême. Le diagnostic fut confirmé par la constatation de leishmanias dans la rate.

L'état resta alarmant pendant trois mois ; des transfusions de sang maternel permirent de passer la période critique de l'anémie et, après échec relatif du traitement stibié par voie intramusculaire, deux cures intenses par voie intra-veineuse amenèrent la guérison.

Endocardite chez deux frères atteints d'érythème polymorphe. — MM. Hallé et Derome montrent que l'érythème polymorphe peut, dans certains cas, se compliquer d'endocardite ; ils ont même observé dans un cas une évolution mortelle.

Broncho-aspiration chez l'enfant. MM. A. Bloch et Soulas insistent sur l'intérêt de la broncho-aspiration dans certaines affections telles que les laryngites sous-glottiques, les abcès du poumon, les bronchectasies.

Sténose hypertrophique du pylore chez un hémogénique. — MM. Rocher et Pouyanne (de Bordeaux) ont observé une sténose du pylore chez un nourrisson reconnu hémophile dès les premiers jours de la vie à l'occasion d'une injection médicamenteuse. L'opération fut néanmoins possible, grâce à des transfusions sanguines répétées avant et après l'intervention. La guérison survint sans incidents.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 12 avril 1934)

Gliome kystique du cervelet chez une petite fille de cinq ans. Opération. Guérison. Considérations physiologiques et histologiques. — MM. Alajouanine, de Martel, Ch. Oberling et J. Guillaume présentent une petite fille de cinq ans, qui a subi, il y a dix mois, l'ablation d'un volumineux astrocytome kystique du cervelet.

Les céphalées, les symptômes cérébello-vestibulaires n'étaient apparus que six mois avant l'opération ; mais, depuis l'âge de dix-huit mois, cet enfant présentait des troubles digestifs, en particulier des vomissements périodiques.

Malgré son jeune âge, cet enfant supporta parfaitement bien l'opération.

Actuellement, son activité est normale et, indépendamment d'une très légère hypotonie statique et segmentaire droite, l'examen neurologique est entièrement négatif.

Les auteurs insistent plus spécialement sur la valeur séméiologique du syndrome digestif déterminé par les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, sur les modalités de régression des divers éléments du syndrome cérébello-vestibulaire dans les cas de gliomes kystiques du cervelet qu'ils ont suivis après les interventions, enfin sur la nature de la tumeur de cette malade, qui, comme le montre l'examen histologique, s'est développée aux dépens d'une gliose méningo-encéphalitique qu'on peut attribuer à une malformation embryonnaire.

A propos du syndrome d'Adie. — M. J. Barré (de Strasbourg) rapporte un nouveau cas de syndrome d'Adie, à propos duquel la confusion possible avec le tabès doit être plus spécialement à envisager.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui accusait un trouble de la vue au moment du passage de l'obscurité à la lumière. Les pupilles étaient inégales, la gauche en mydriase très marquée. Les réflexes, tant à la lumière qu'à la convergence, étaient amples, mais la contraction aussi bien que la décontraction étaient très lentes, et cela aussi bien du côté gauche que du côté droit ; le réflexe consensuel était également troublé. L'altération pupillaire n'était donc pas unilatérale comme dans la description d'Adie. De plus, tous les réflexes tendineux étaient abolis. Par contre, le liquide céphalo-rachidien était normal, et le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Les phénomènes pathologiques se seraient constitués après des fourmillements des membres inférieurs, du sein gauche et de l'hémiface gauche avec larmoiement, ce qui, joint à l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, est en faveur du rôle joué par le sympathique dans le mécanisme.

MM. Chavany, Baudouin font des réserves sur l'origine syphilitique possible de semblables syndromes.

Syringomyélie et syndrome ventriculaire à répétition. — MM. J. Lhermitte et E. Beaujard ont vu, chez un homme de vingt-sept ans, plusieurs fois blessé, apparaître, à la suite d'une vaccination antityphoïdique, un syndrome d'hypertension cérébrale, qui se renouvela à trois reprises et fut suivi du développement d'une syringomyélie cervicale. La radiothérapie, poursuivie assidûment, n'amena qu'un très médiocre résultat. Cet insuccès relatif s'explique parce qu'il s'agit ici de la forme hydrocéphalique de la syringomyélie de Schlesinger, dans laquelle les lésions spinales sont tout autres que dans la syringomyélie gliomateuse, puisqu'il s'agit, ainsi que Lhermitte et Gilbert Robin l'ont observé, d'une épendymite à la fois cérébrale et spinale.

Les premiers accidents apparurent chez ce malade à la suite d'une vaccination antityphique ; on peut se demander s'il existe une relation étiologique entre l'injection de T.A.B. et l'apparition du syndrome ventriculaire.

M. Guillain a observé, avec M. Rouquès, une syringomyélie chez un homme de trente-cinq ans, qui avait été vacciné deux ans auparavant contre la fièvre typhique, et qui avait présenté, aussitôt après la vaccination, une névrite brachiale, de l'atrophie musculaire et des troubles de sensibilité objective de la main.

M. Alajouanine a vu se développer un syndrome de poliomyélite antérieure aiguë aussitôt après une vaccination antityphique.

M. Petit-Dutaillis suggère que la myélotomie, opération très bénigne, pourrait être indiquée dans un cas de ce genre.

Syndrome sensitif cortical méconnu. — M. Alajouanine présente un ancien blessé de guerre, qui avait été trépané dans la région pariétale gauche, en 1918, pour extraction d'un éclat d'obus. La monoplégie brachiale droite, qui avait été immédiate, a régressé assez rapidement, et le malade ne présente plus, depuis longtemps, aucun trouble paralytique. Cependant, il accuse toujours une impotence du membre supérieur, que les conseils de réforme n'ont jamais consenti à reconnaître. En réalité, il existe des troubles de la notion de position et de perception stéréognosique, avec élargissement des cercles de Weber et diminution de la sensibilité vibratoire sur les trois derniers doigts et sur l'éminence hypothénar de la main droite. Ces troubles justifient l'impotence.

Lorsque le malade a les bras tendus devant lui, les mains et les doigts dans le prolongement des bras, on voit ses trois derniers doigts du côté droit s'infléchir peu à peu vers la paume de la main, ce que les auteurs attribuent au trouble de la notion de position.

MM. Dufour, Thiers attribuent ce dernier symptôme à un reliquat de paralysie motrice. M. André Thomas incrimine, comme M. Alajouanine, les troubles de sensibilité, mais il remarque, chez le malade, des syncinésies dans les mouvements des doigts.

M. Decourt a observé un cas analogue, dont il rapporte l'histoire.

Paraplégie avec syndrome de Brown-Séquard, consécutif à un zona sacré. — MM. Alajouanine et Thurel présentent un malade qui, huit jours après un zona sacré du côté gauche, a été pris de névralgies de la région, pendant un mois. Puis apparurent des troubles de sensibilité objective dans la région sacrée, de la constipation avec troubles de la sensibilité ano-sphinctérienne, de la rétention d'urines, enfin de l'ataxie des membres inférieurs par troubles des sensibilités profondes. Quelques jours plus tard, se développa une paraplégie spasmodique, prédominant du côté gauche, avec troubles de sensibilité objective prédominant du côté droit, et atrophie du quadriceps. Actuellement les troubles sont en voie de régression très nette. Les auteurs pensent que la paraplégie à évolution extensive est due à la propagation du virus zostérien dans la moelle épinière, plutôt qu'à une affection distincte qui aurait débuté par un zona symptomatique.

MM. Lhermitte, André Thomas discutent la pathogénie du processus.

Volumineux méningiome de la région pariéto-temporale droite chez une petite fille de neuf ans. Opération. Guérison. — MM. T. de Martel et J. Guillaume présentent une petite fille de neuf ans, chez laquelle ils ont pratiqué, il y a un mois, l'ablation d'un méningiome de 230 grammes développé dans la région pariéto-temporale droite.

La localisation ne put être établie que par ventriculographie, cette tumeur ne déterminant malgré son volume aucun syndrome focal d'ordre neuro-ophtalmologique.

Les auteurs insistent sur la rareté des méningiomes chez l'enfant, et sur le résultat opératoire obtenu malgré le volume de la lésion.

Astrocytome kystique du cervelet. — M. Oberling projette les coupes d'une tumeur du cervelet enlevée par M. de Martel chez un jeune malade, âgé de cinq ans, que lui avait confié M. Alajouanine. Il s'agit d'un astrocytome développé sur une malformation congénitale.

Les lésions cérébro-spinales de l'encéphalite morbilleuse. — MM. L. Babonneix, J. Lhermitte et J.-O. Trelles présentent l'étude histologique d'un cas d'encéphalite survenu au cours de la rougeole. On constate des lésions diffuses caractérisées par la prolifération de la névroglie périvasculaire, la dégénérescence en aires des neurones et des fibres myéliniques, des altérations vasculaires. Trois faits méritent d'être soulignés : les altérations profondes de l'olive bulbaire, la dégénération méta-chromatique des cellules gliales, les lésions poliomyélitiques. Le processus histologique s'accuse par un double caractère : dégénératif sur les neurones et la névroglie, inflammatoire sur le réseau vasculaire.

Les auteurs insistent sur la ressemblance anatomique de l'encéphalomyélite post-éruptive avec la neuromyélite optique.

Les plaques séniles du diencéphale. — MM. J. Lhermitte et J.-O. Trelles. La lésion connue sous le nom de « plaque sénile » est d'observation commune dans le cortex cérébral ; les auteurs rapportent un cas où, chez une femme de quatre-vingt-huit ans, les plaques se montraient d'une extrême abondance dans l'infundibulum, le tuber et les parois du IIIe ventricule. Les éléments des noyaux végétatifs étant respectés, cette altération n'avait entraîné, pendant la vie, aucun trouble grave.

Un cas d'encéphalite pseudo-tumorale. — M. J. Barré (de Strasbourg) relate l'observation d'un homme qui présentait un syndrome de tumeur cérébrale bien caractérisé : céphalées violentes sans vomissements, stase papillaire bilatérale, hypertension du liquide céphalo-rachidien avec dissociation albumino-cytologique, hémiparésie droite sans signe d'irritation. La ventriculographie ne permettait pas d'injecter le ventricule droit.

Le malade ayant refusé catégoriquement l'intervention, on eut la surprise de voir disparaître peu à peu tous les symptômes. Le liquide céphalo-rachidien est redevenu normal, et la ventriculographie permet d'injecter les deux ventricules. La guérison apparente se maintient depuis six mois.

MM. Dereux (de Lille), Alajouanine rapportent des observations analogues.

M. Chavany fait remarquer la rareté relative de telles observations ; il n'est pas rare de voir se développer secondairement une tumeur dans de tels cas.

Sur le signe d'Argyll-Robertson. — MM. Haguenau et Ledoux-Lebard, à propos de deux observations qu'ils rapportent, montrent qu'il ne faut pas confondre perte du réflexe photomoteur et signe d'Argyll-Robertson, et qu'en particulier, le myosis est un élément essentiel du signe. Cette notion, qui n'a pas été perdue de vue par les auteurs anglo-saxons, n'est pas classique en France. Dans la plupart des observations où le signe d'Argyll-Robertson a été signalé, en dehors de la syphilis, il ne s'agissait pas en réalité du véritable signe d'Argyll-Robertson tel qu'il a été décrit par cet auteur.

A ce propos, les auteurs rappellent les caractères essentiels donnés par Argyll-Robertson à sa pupille. Ils montrent aussi que l'association avec un syndrome de Claude Bernard-Horner peut tromper en créant du myosis par excitation sympathique directe.

On ne tient pas toujours assez grand compte de ces faits lorsque l'on décrit des signes d'Argyll-Robertson non syphilitiques dans de multiples affections, ramollissements, tumeurs, traumatismes, etc. Or, si l'on parle du véritable signe d'Argyll-Robertson qui s'accompagne, en particulier, toujours de myosis, il semble que l'on puisse se rattacher aux conclusions déjà anciennes de Babinski et Charpentier, et considérer le signe d'Argyll-Robertson comme presque pathognomonique de la syphilis ; il conserve une valeur étiologique de premier ordre.

MM. Guillain, Baudouin, Alajouanine, Garcin discutent la conception émise par M. Haguenau, et la valeur des troubles pupillaires qui échappent à la définition originaire, très précise et très étroite, d'Argyll-Robertson lui-même.

Les méninges péri-hypophysaires. Leurs rapports avec l'hypophyse. — MM. G. Roussy et M. Mosinger ont repris l'étude embryologique des méninges péri-hypophysaires. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° A la constitution de l'espace péri-hypophysaire intra-sellaire, concourent le périoste, le tissu sous-dure-mérien, le réseau de subdivision de la dure-mère et le feuillet pie-mérien de la méninge molle ;

2° La dure-mère se continue directement, dans la région hypophysaire, avec la couche pie-mérienne (sous nerveuse) de la méninge molle. La région hypophysaire semble donc un lieu d'élection pour l'étude embryogénétique des méninges ;

3° La *pars tuberalis* est une formation intrapie-mérienne ;

4° Le tissu conjonctif intra-hypophysaire se continue directement avec le tissu pie-mérien et avec le tissu péri-hypophysaire intra-sellaire ;

5° Aux stades embryologiques étudiés, il n'y a pas d'espace arachnoïdien péri-hypophysaire à proprement parler, mais le réseau arachnoïdien s'insère directement sur la

le Compral

calme la douleur quelle qu'en soit la cause...

INNOCUITÉ ABSOLUE
TOUJOURS BIEN TOLÉRÉ
PAS D'EFFETS HYPNOTIQUES
NE RENFERME : NI TOXIQUES
NI STUPÉFIANTS, NI ALCALOÏDES

En boîtes de 10 comprimés à 0 gr. 50

LABORATOIRES **LOBRU**
26, rue Vauquelin, PARIS (5e)

NESTLÉ

FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inaltérable, complètement assimilable, soigneusement malté à l'avance.

Ste NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

couche fibrillaire continué qui constitue la limite supérieure du réseau péri-hypophysaire ;

6° La capsule fibreuse de l'hypophyse se différencie secondairement aux dépens du tissu péri-hypophysaire, et par conséquent la pie-mère prend part à sa constitution ;

7° Certaines travées cellulaires du lobe intermédiaire accompagnent la branche intermédio-hypophysaire du sinus de Brander jusque dans l'espace péri-hypophysaire.

Chorée fibrillaire de Morvan. — M. POROT (d'Alger) apporte une observation ancienne, mais inédite, de cette affection.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1934)

Sur les greffes ankylosantes du rachis. — M. MASMONTEIL insiste sur le rôle biologique du greffon. L'action mécanique de la greffe ne peut suffire à expliquer les modifications rapides des tissus malades observés après l'ostéosynthèse : abcès disparus en quelques jours, fistules guéries en quelques semaines. Aussi, cette opération excellente voit chaque jour ses indications s'élargir : fractures de la colonne vertébrale, spondylarthrites douloureuses, scolioses douloureuses.

Lithiase d'un calice diverticulaire. Néphrotomie et oblitération de la poche avec du tissu graisseux. — MM. LAVENANT et FELL (d'Aberdeen).

Volumineux calcul de l'urèthre bulbaire. M. V. PLANSON.

Fracture sous-trochantérienne du fémur. — M. V. PLANSON.

La vertèbre d'ivoire. Un cas amélioré par la greffe d'Albee. — M. Raphaël MASSART.

Rétention d'urine, persistant depuis seize mois chez une jeune fille. Guérison par résection du nerf présacré. — MM. BURGEAT, THÉVENARD et MIRAULT.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE FORME PRATIQUE DE MÉDICATION BROMURÉE LE SÉDOBROL (1)

Par le docteur PEYRUS.

Les indications du sédobrol sont multiples et l'on sait combien il est efficace dans les affections du tube digestif, de l'appareil respiratoire, dans les maladies nerveuses et mentales, dans les affections de l'appareil génito-urinaire et aussi dans tous les cas où l'on pense à de l'hypernervosité, aussi bien chez les adultes que chez les vieillards et les enfants : le sédobrol est toujours admirablement accepté et même il est pris avec gourmandise. Dans les dyspepsies nerveuses, dans les syndromes solaires, dans l'éréthisme cardiaque, dans les dyspnées, les toux réflexes, les spasmes de la glotte, la coqueluche, il rend de multiples services aux médecins praticiens aussi bien en médecine générale qu'en pédiatrie et en gynécologie, car il faut bien savoir que les femmes enceintes, par exemple, peuvent, sans aucun danger, prendre du sédobrol, même lorsqu'elles présentent de l'albumine, puisque les tablettes sont à base d'extrait de bouillon végétal concentré achloruré, mais bromuré.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 52, déc. 1932.

LIVRES NOUVEAUX

La lutte internationale contre le cancer (1), par Jacques BANDALINE. Préface de MM. Justin GODARD et G. ROUSSY.

Cet ouvrage est indispensable à tous ceux qui s'intéressent au cancer, il donne ce que 64 Etats ont fait contre le cancer et leurs acquisitions dans le domaine scientifique et social.

Extrait de la table des matières. — I. La conception cancérologique à travers les siècles et la lutte contre le cancer en France.

II. Organisation de la lutte contre le cancer dans les divers pays : Allemagne, Angleterre, Argentine, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chili, Colombie, Cuba, Danemark, etc...

III. Annexe donnant la liste des institutions cancéreuses, des personnes s'occupant du cancer, des ligues contre le cancer, des départements d'hygiène, des journaux de 51 pays.

L. G.

Formulaire gynécologique du praticien (2), 2e édition revue, corrigée et augmentée, par G. JEANNENEY, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des Hôpitaux, et Marc ROSSET, assistant au Centre du Cancer de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Le succès remporté par la première édition de cet ouvrage montre combien le praticien s'intéresse à la gynécologie. Tout en tenant compte des progrès réalisés dans ces derniers mois, cette édition a conservé son caractère essentiellement *pratique*.

Facile à consulter, ce livre permettra au praticien d'établir rapidement un diagnostic et de prescrire un traitement. Il contient, en effet, *deux parties :* l'une expose les moyens par lesquels le médecin, partant d'un symptôme, arrive par un *interrogatoire* et un *examen méthodiques* à poser le *diagnostic*. L'autre, de beaucoup la plus importante, est un véritable *consultaire :* elle expose, d'abord, les indications et les techniques générales : physiothérapie, diathermie, radiothérapie, curiethérapie, vaccinothérapie, transfusion pratique ; plusieurs de ces chapitres sont entièrement nouveaux et très clairement présentés. Puis les auteurs passent en revue les *différentes maladies de l'appareil génital*, précisent les signes essentiels et formulent, pour chaque cas, l'ordonnance (traitement général et local) que le praticien pourra rédiger à son bureau. Signalons entre autres, le traitement du rebelle prurit vulvaire, des vaginites, de toutes les formes de métrites, souvent si décevantes, des cancers utérins (technique que les auteurs ont pu contrôler au Centre anticancéreux du Sud-Ouest).

A une époque où on ne saurait trop économiser le temps, cet ouvrage rendra des services, non seulement au médecin, mais même au spécialiste d'une part, et d'autre part à l'étudiant stagiaire dans un service de spécialité ou de chirurgie générale.

Conçu dans un style clair, présenté sous une forme précise et quasi schématique, il met au point d'excellente façon tout ce qu'il est indispensable de connaître en gynécologie.

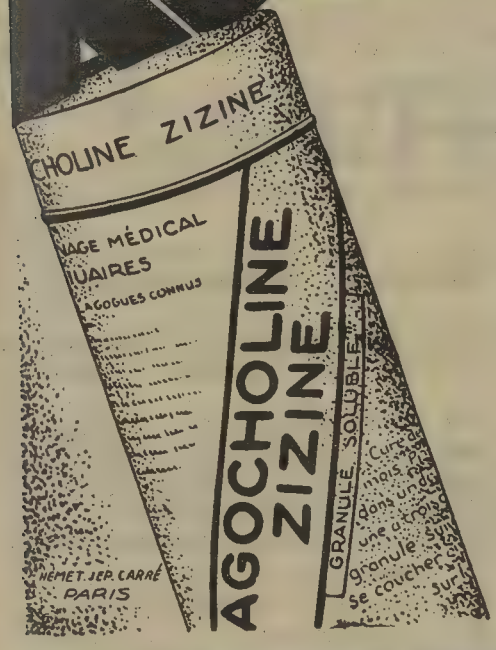
L. G.

(1) In-8 de 950 pages avec 46 figures. — Prix : 135 fr. — Paris, N. Maloine.

(2) In-8 de 220 pages avec 29 figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PNEUMONIES A PNEUMOCOQUES [1]

Les jours suivants : a) *S. G.* — La convalescence est rapide et franche ; l'apyrexie est la règle ; bradycardie ; l'appétit redevient normal.

b) *S. F.* — La dyspnée est nulle ; la toux facile et rare ne ramène que quelques crachats muco-purulents d'aspect banal.

c) *S. Ph.* — La matité est moins franche, moins étendue : le souffle s'atténue, puis disparaît. On trouve encore des râles, mais ils sont inégaux, irrégulièrement espacés, assez humides, s'entendent aux deux temps de la respiration ; ce sont des sous-crépitants, appelés « *crépitants de retour* ».

Il est toujours bon de *surveiller un pneumonique pendant* 10 *à* 15 *jours.*

Des *complications* peuvent survenir : elles doivent toujours faire *réserver le pronostic.*

1° *La défervescence a lieu.* — a) *Elle est normale :* mais survient vers le 10e ou 15e jour une complication *métapneumonique* avec point de côté, dyspnée, fièvre d'allure variable et altération de l'état général.

Ce peut être une pleurésie *interlobaire.*

Un *abcès du poumon.*

L'examen de l'expectoration, l'évolution clinique et l'étude radiologique feront le diagnostic et permettront de poser de façon précoce les indications thérapeutiques.

Une pleurésie de la grande cavité, ou enkystée d'un autre type, sont moins fréquentes.

b) Elle est *inquiétante :* état dépressif très accentué, refroidissement des extrémités avec cyanose, effondrement de la tension artérielle, polypnée, assourdissement des bruits cardiaques, pouls filant..., c'est le tableau du « *collapsus pneumonique* » qui peut tourner court avec la thérapeutique ou aboutir rapidement à la mort.

2° *La défervescence n'a pas lieu.* — a) Vérifier si l'on n'a pas affaire à une pneumonie bâtarde ; surtout penser à l'*hépatisation grise classique :* si elle se voit chez l'adulte sain, elle est surtout fréquente chez l'adulte taré ; nous la décrirons plus loin.

b) Il s'agit d'une complication *parapneumonique* pleurale ou pulmonaire de même type que les métapneumoniques.

En résumé : *la pneumonie de l'adulte sain, franche, cyclique, bénigne dans la règle, peut donner lieu à des complications imprévisibles et par là même faire poser un pronostic prudent* et *faire surveiller le malade guéri pendant plusieurs jours.*

Formes cliniques de la pneumonie de l'adulte sain. — 1° Pneumonie *abortive,* bénigne ;

2° Pneumonie *prolongée,* rare « pneumonies chroniques » ;

3° Pneumonies *doubles,* souvent graves ;

4° Pneumonie *migratrice* à un ou plusieurs foyers ;

5° Pneumonie *centrale,* centrifuge, « silencieuse » ;

6° Pneumonie *bilieuse,* avec troubles gastro-intestinaux et subictère ;

7° *Pleuropneumonie* avec mince lame de liquide séro-fibrineux.

II. **La pneumonie suivant le terrain.** — 1° Pneumonie de l'ADULTE TARÉ : c'est une pneumonie grave, c'est une *pneumonie du sommet,* le plus souvent.

Début. — Rapide, seulement.

Etat. — S. G. — L'atteinte de l'état général est profonde.

S. F. — Les troubles fonctionnels sont peu intenses.

S. Ph. — Sont atypiques, sous-crépitants dans l'aisselle.

Evolution. — *Grave.* La mort pouvant survenir par collapsus, ou complications, après défervescence peu nette, on note l'apparition d'*hépatisation grise* ou de *septicémie pneumococcique.*

α *Pneumonie du diabétique,* très *insidieuse,* elle a l'aspect de la *phase* pneumonique d'une gangrène pulmonaire, provoque l'acidose et le coma.

β) *Pneumonie du cardiaque* se présente comme une apoplexie pulmonaire, provoque l'asystolie, *aggrave* l'insuffisance cardiaque.

γ *Pneumonie du tuberculeux.* Avec dyspnée vive, cyanose accentuée, défaillance cardiaque précoce.

δ) *Pneumonie de l'alcoolique.* On doit y insister ; suivant le degré d'éthylisme, on aura des tableaux cliniques différents.

a) *Alcoolisme léger.* — Les troubles nerveux sont plus importants que normalement, et le *délire* fait son apparition.

b) *Alcoolisme grave.* — La pneumonie est masquée par le *delirium tremens ;* délire et tremblement dominent la scène.

1° Le *délire,* avec *hallucinations* ou fausses perceptions (*illusions*). Les hallucinations sont surtout *visuelles,* parfois sensitives ou auditives ; elles sont *pénibles, terrifiantes, très mobiles, professionnelles ; zoopsie.* Le délire est *logique, non systématisé* et c'est un *délire d'action :* le malade se débat, veut s'échapper.

L'intelligence et la mémoire sont voilées.

La sensibilité générale diminuée.

2° Le *tremblement* est surtout intense aux extrémités : le faciès hagard, le corps couvert de sueurs, le malade présente des *trémulations* des mains et des pieds, trémulations rapides qui peuvent s'accentuer et aller jusqu'à un *frémissement généralisé.*

Devant ce tableau de *delirium tremens,* il ne faut pas méconnaître la pneumonie ; une telle agitation rend l'examen difficile.

Trois signes doivent y faire penser :

1° La *fièvre ;*

2° L'*insomnie ;*

3° L'*herpès.*

Signes qui coexistent souvent avec un gros foie et du *subictère.*

L'évolution de la pneumonie de l'alcoolique est *grave :* mort fréquente par :

1° HÉPATISATION GRISE ; il n'y a pas de défervescence. Vers le 9e jour :

Signes généraux : l'état général s'altère ; faciès terreux, abattement, asthénie, langue sèche, température irrégulière ; pouls petit ; le cœur a des bruits sourds ; il est souvent arythmique.

Signes fonctionnels : la dyspnée est assez vive, peu de toux, mais,

Signes particuliers : les crachats deviennent jaune sale ou sanglants, noirâtres, jus de pruneaux, purulents ; de gros râles humides s'entendent au niveau du foyer pneumonique et la mort survient plus ou moins rapidement.

2° ICTÈRE GRAVE. — Le foie gros est douloureux ; subictère et urobilinurie ; hémorragies diverses cutanées, muqueuses ou viscérales ; mort rapide.

En somme, la pneumonie de l'adulte taré est toujours grave. (*à suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1934, n° 41, p. 754.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

A. GUERBET & Cie PHARmiens
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22 Rue du Landy St Ouen près Paris

R. C., 225.781 B

CURE DE DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURETIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 191 RUE DROUOT-PARIS

LA BASE BIOLOGIQUE
DE LA RÉSISTANCE AUX

TUBERCULOSES

Biocholine

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C. POUR INJECTIONS SOUS CUTANÉES

D'après les travaux du Professeur J. CARLES et du Docteur F. LEURET. (Communication à l'Académie de Médecine - 16 Février 1930.)

Une injection tous les 2 jours. Produit chimiquement pur; Aucune toxicité; Injections indolores.

SEULE PRÉPARATION SOUS LE CONTROLE PHYSIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES AUTEURS.

LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (7e)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 2 JUIN 1934. — N° 44.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

MÉMOIRES ORIGINAUX
Education physique et sports dans la médecine moderne. Le « code du praticien », par M. Rochu-Méry.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
CHRONIQUE
Bagnoles-de-l'Orne à trois heures de Paris, par F. L. S.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Sont nommés chirurgiens des hôpitaux : MM. les docteurs Meillère et Redon.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique anonyme.* — Séance du 25 mai. — Questions données : « Rapports du tronc du nerf récurrent gauche. — Les épithéliomas de l'amygdale palatine. Signes, diagnostic et traitement. »

Notes obtenues par les candidats aux épreuves théorique et clinique :

MM. Guillon, 22 + 18 = 40; Lallemant, 30 + 19 = 49; Lemariey, 27 + 15 = 42; Lemoyne, 22 + 16 = 38; Lévy, 24 + 17 = 41; Maduro, 28 + 19 = 47; Rémy-Néris, 26 + 19 = 45.

Sont déclarés admissibles : MM. les docteurs Lallemant, 49 points; Maduro, 47; Rémy-Néris, 45.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nice. — Un concours pour six places d'internes titulaires en médecine et en chirurgie aura lieu le 15 octobre 1934, à 8 h. 30 du matin, aux hospices civils. Les candidats devront se faire inscrire au moins quinze jours avant la date fixée pour le concours.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices.

— Saint-Denis. — Un concours sur titres pour la nomination d'une sage-femme en chef de la Maternité est ouvert à l'hôpital de Saint-Denis.

Le délai d'inscription des candidates prendra fin le vendredi 15 juin 1934, à midi.

Les demandes d'inscription devront être adressées au directeur de l'hôpital et accompagnées d'une note biographique indiquant les titres des candidates.

La sage-femme en chef de la Maternité est nommée par la Commission administrative et recrutée parmi les sages-femmes de 1re classe de la Faculté de médecine de Paris. Elle doit être de nationalité française. Il lui est formellement interdit de faire de la clientèle en ville. Elle est logée, chauffée et éclairée gratuitement dans l'établissement. Traitement de début : 18.624 fr.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au directeur de l'hôpital-hospice de Saint-Denis, 7 *bis*, rue du Fort-de-l'Est.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de physiologie.* — Séance du 28 mai. — MM. Hepp et Vuillième, 19; Baumann, 18; Aboulker, Dufour, Palmer et Rudler, 17.

Epreuve de chirurgie. — Séance du 29 mai. — MM. Rudler, 19; Dufour, 18; Aboulker, Baumann, Hepp et Vuillième, 17; Palmer, 16.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 31 mai. — MM. Dufour, 30; Vuillième, 29; Hepp et Palmer, 28; Rudler, 25; Aboulker et Baumann, 24.

— M. le professeur Putti, directeur de l'Institut orthopédique de l'Université de Bologne, fera le mardi 5 juin, à 18 h., au petit amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur : *Vingt ans d'expérience d'arthroplastie.*

INSTITUT PASTEUR. — Il est créé, à l'Institut Pasteur, un conseil scientifique auprès du directeur, conseil présidé par

COQUELUCHES

AQUINTOL MIALHE

M. Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, et dont font partie MM. G. Bertrand et Mesnil, membres de l'Institut et de l'Académie de médecine; Nicolle, professeur au Collège de France, prix Nobel; Yersin, directeur des Instituts Pasteur d'Indochine, et Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène de Strasbourg. D'autres personnalités pourront être adjointes ultérieurement à ce conseil.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Requet, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône), en remplacement de M. le docteur Lautier, décédé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INFANTILE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST. — Nous apprenons la fondation de la Société de médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Cette nouvelle Société, qui se réunira à l'hôpital de Bordeaux le deuxième mercredi des mois de novembre, janvier, mars et juin, groupera sur un terrain scientifique et amical les spécialistes de la médecine des enfants du Sud-Ouest. Son bureau est ainsi composé : docteur Rocaz, président; professeur Cruchet, vice-président; docteur Boisserie-Lacroix, secrétaire; docteur Clarac, trésorier; docteur Fiot, secrétaire des séances.

RÉGLEMENTATION DU PRIX DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES. — Le ministre des Pensions et le ministre des Finances ont pris un arrêté ainsi conçu :

ARTICLE PREMIER. — Le prix des produits pharmaceutiques à fournir au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est, à compter du 1er juin 1934, établi ainsi qu'il suit :

1° Le prix des fournitures pharmaceutiques ne pourra pas être plus élevé que celui appliqué par les pharmaciens à la clientèle ordinaire de leur officine ;

2° D'autre part, en tout état de cause, ce prix ne pourra pas être supérieur à celui marqué au tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France diminué de :

15 p. 100 dans les communes au-dessous de 10.000 habitants ;

20 p. 100 dans les communes à partir de 10.000 habitants;

25 p. 100 à Paris et dans le département de la Seine;

3° Sur le montant des mémoires établis comme il vient d'être dit aux deux paragraphes précédents, une réduction sera en outre appliquée de :

5 p. 100 sur les mémoires de 301 à 3.000 fr.;

10 p. 100 sur les mémoires de plus de 3.000 fr.

ART. 2. — Le tarif de l'Association générale des syndicats pharmaceutiques de France, dont il est fait état à l'article premier, est celui existant au 1er mai 1934, aucune augmentation de ce tarif ne pouvant désormais s'appliquer aux fournitures de l'article 64 sans l'assentiment préalable du ministre des Pensions.

SANATORIUMS PUBLICS. — Le *Journal officiel* du 27 mai 1934 publie, p. 5 220, un avis de concours pour un poste de médecin directeur du sanatorium public de Seyssuel (Isère). Traitement de 39.000 à 52 000 fr., plus des avantages en nature. Adresser les demandes avant le 25 juin au ministère de la Santé publique (direction de l'Hygiène et de l'Assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

CONFÉRENCE. — L'Association internationale des médecins contre la guerre (section française) organise le mardi 5 juin 1934, à 21 h., au Palais de la Mutualité, 24, rue Saint-Victor, sous la présidence du professeur Langevin, une conférence sur le sujet suivant : « Peut-on protéger la population civile contre la guerre aéro-chimique? »

LES TRANSFORMATIONS DE BOURBONNE-LES-BAINS. — L'établissement thermal de Bourbonne-les-Bains est ouvert depuis le 1er mai. Un effort considérable vient d'être entrepris pour rénover tous les services balnéaires qui offriront cette année-ci le plus large confort aux hôtes de la station. Les premières classes sont entièrement refaites sur un plan nouveau adapté aux exigences modernes; les deuxièmes classes ont été transportées dans les anciennes premières classes remises à neuf. Des piscines individuelles ont été créées partout, des services nouveaux ont été mis au point permettant l'usage de toutes les ressources thérapeutiques des eaux de Bourbonne.

Ce renouveau de l'une de nos plus anciennes et de nos plus agissantes stations thermales permet d'espérer une plus large utilisation des bienfaits de ses sources chlorurées sodiques chaudes dont les effets sont connus depuis des siècles sur le tissu osseux, les articulations, les rhumatismes, la douleur, les paralysies. L'on doit rendre hommage aux efforts qui ont été entrepris pour transformer ainsi cet antique domaine thermal, pour le mettre au niveau de nos stations les mieux outillées.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Denance, ancien externe des hôpitaux de Paris, beau-frère du docteur Georges Desvignes et oncle de M. Pierre Desvignes, interne des hôpitaux de Paris. Nous adressons à nos confrères l'expression de notre très sincère sympathie.

— On annonce la mort du professeur de Lothinière Harwood, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de langue française de Montréal et professeur de clinique gynécologique. Les médecins français partageront de tout cœur le deuil de leurs amis canadiens.

RENSEIGNEMENTS

A LOUER 7 gr. pièces, 1 vest., s. de b., 2 cab. toil., 2 ch. dom., 2 cav. gr. balcon midi, chauff. app. 144, bd Saint-Germain.

Fds de Cce de fabon et vte d' **INSTRUMENTS** de chirurgie 114, Bd St-Germain, M. à p. (p. ét. b.), 10.000 fr. Cons. 5 000 fr. Adj. 14 Juin, 15 h. Ét. VIDECOQ, not., 16, r. de Liége. S'ad. Rempler, ad. 10, r. M. Le Prince

CRÉANCE commerciale s'élevant à 131 062 fr. 50. Mise à pr. 50.000f (p. ét. b.) cons. : 5.000f esp. Adj. Et. VIDECOQ, not., 16, r. de Liége, 15 Juin 1934, à 15 h. 30 pr. S'y ad. et à M. OMNÈS, synd., 48, rue M. le-Prince.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE **MANGAÏNE** DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS

Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS.2e

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.*

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTS DANS LA MÉDECINE MODERNE LE « CODE DU PRATICIEN »

Par M. ROCHU-MÉRY,

Médecin assistant des hôpitaux de Paris.

Tout évolue. La médecine n'échappe pas à cette règle commune. A côté de la médecine courante, curative, individuelle, il faut faire la place de la médecine préventive, sociale. Alors qu'elle n'intervenait qu'en cas de maladie, il lui faut, maintenant, prévoir et prévenir et s'occuper des gens bien portants ou, du moins, considérés comme tels.

Ce n'est pas exagérer le rôle individuel et social du médecin que de vouloir le faire intervenir alors qu'il pourrait sembler n'avoir que faire. Ne considérons plus en lui seulement le « guérisseur », mais encore et surtout le « conseiller technique », grâce auquel chacun de nous peut et doit conserver et renforcer son « capital-santé », bien le plus précieux de tous.

Puériculture. Education physique de l'adolescent. Culture physique de l'adulte. — Triade logique et obligatoire.

Dès sa naissance, l'être humain, moins favorisé d'ailleurs que bien des animaux, ne peut, seul, suffire à son développement : à la mère, aux parents en incombent le soin et la responsabilité. L'utilité et la valeur considérable de l'aide médicale, en vue du développement physique du premier âge, n'est certes pas à démontrer. Nul n'ignore les bienfaits de la puériculture, telle qu'elle est de plus en plus pratiquée couramment, en clientèle, dans les consultations hospitalières ou les œuvres de protection de l'enfance. Grâce à l'éducation des jeunes filles et femmes, à qui sont inculquées les notions essentielles d'un « élevage » rationnel de l'enfant et avec la collaboration du médecin, peut ainsi être exercé et généralisé un contrôle suivi des fonctions organiques et du développement de l'enfant ; une « fiche », mentionnant les pesées successives, les observations appropriées, constitue un élément essentiel de la puériculture.

Et ensuite ? Grâce, peut-on dire, aux nombreuses maladies infantiles, un contrôle, relatif, s'exerce par la force des choses. Il est, avouons-le, fort incomplet. Le médecin, surtout maintenant, n'est appelé qu'à l'occasion d'un malaise persistant, d'un état fébrile, et encore. Entre temps, ce n'est qu'à de rares occasions qu'on pense à demander avis ou conseil au point de vue de l'état général. Or, pouvons-nous prétendre que, dans la longue période de croissance, qui comprend la jeunesse et l'adolescence pour arriver à l'âge adulte complet, le développement physique de l'individu va se faire dorénavant d'une façon presque automatique et fatale, alors que les facultés intellectuelles doivent être éduquées et le sont de façon quelque peu intensive ? Ce serait méconnaître les multiples éléments : hérédité, incidents pathologiques, conditions sociales enfin, susceptibles de nuire à l'équilibre des forces vitales, à la santé en un mot. Et cependant, à en juger aux actes, c'est ce que l'on semblerait croire généralement. Quant à l'adulte, il « se tue », disait déjà Sénèque, à moins que, plus souvent encore, par insouciance, ignorance ou nonchalance, il ne « se laisse tuer », sans défense.

Il peut et doit en être autrement.

L'éducation physique de l'adolescent, la culture physique de l'adulte ne sont que le corollaire, la suite normale de la puériculture, avec laquelle elles doivent former un « tout », seul susceptible de faire de nous des individus vraiment sains, bien portants.

Mais, dira-t-on, comment en imposer la pratique et surtout le contrôle par le médecin ?

Les prétextes, nous les avons, les moyens, nous les possédons.

Déjà, de plus en plus accentués de nos jours, l'engouement des uns, le snobisme des autres, pour les pratiques physiques et sportives nous les fournissent tout naturellement. Mieux encore. La crainte de la souffrance, la peur d'une mort prématurée sont, pour beaucoup, des mobiles particulièrement efficaces sur l'esprit humain et que nous devons exploiter. On ne saurait trop, par une judicieuse vulgarisation, faire comprendre à chacun qu'il dépend de nous-mêmes de pouvoir y échapper, que la maladie n'est pas un mal fatal, que le « terrain est tout », que ce n'est pas tant le taudis, qui « fait le lit » de la tuberculose, que cet ensemble de tendances, de prédispositions, héréditaires ou acquises, contre lequel on peut agir efficacement en temps voulu, par la « culture physique », que, bientôt, pour le cancer, il nous sera démontré que là aussi le terrain est essentiel, qu'enfin, si le danger est en nous-mêmes, c'est « par nous-mêmes, en nous-mêmes » que doit s'organiser la défense.

Or, que faut-il ? Utiliser les forces, dont la nature même a doté l'organisme, constituer un terrain, fort et résistant, sur lequel la maladie ne puisse avoir de prise.

Comment ? La vie, c'est le mouvement. Le mouvement, l'exercice sont un besoin instinctif. L'exercice dirigé, dosé scientifiquement, c'est l'éducation, la culture physique de l'être humain, qui en se proposant le développement du corps, l'équilibre des fonctions organiques, l'harmonie des formes, le perfectionnement de l'individu, lui assurent enfin la santé.

Le « code » du praticien. — Notre supériorité sur les Anciens ne réside certes pas dans la réalisation de l'idéal de culture physique de l'individu et la prééminence des races modernes. Les conditions sociales de nos jours et les circonstances ne s'y prêtent pas. Par contre, les progrès de la Physiologie nous permettent de mieux interpréter les effets de l'exercice et de le mieux doser, suivant l'âge et le sexe des individus.

Naturellement, la physiologie de la culture physique et des sports est, avant tout, du domaine de la médecine.

Comme Président du Comité médical de la plus importante Fédération de Sociétés d'Education physique et de Préparation au service militaire et comme membre de la Commission médicale du Comité national des Sports, nous sommes, à ce titre, fréquem-

ment sollicité, par des confrères de grandes et petites villes, à leur préciser les possibilités pratiques dans cette branche nouvelle de la médecine moderne.

Nombreux sont ceux qui ont une certaine appréhension, nullement justifiée, sur leur compétence, en ces matières, qui n'en comportent pas de spéciale. Certes, quelques connaissances « sportologiques » et, encore mieux, une pratique, personnelle, des exercices physiques et des sports peuvent faciliter l'appréciation plus exacte, dans certains cas. Mais il est indéniable que tout praticien, avec ses connaissances anatomiques et surtout physiologiques et son jugement clinique, est à même de juger et de prendre toutes décisions utiles et mieux que quiconque.

Quelques directives, quelques précisions de détail, en vue, seulement, d'une unité d'action et de contrôle peuvent paraître indiquées et désirables et justifier ce « code du praticien », réclamé, par beaucoup de médecins, ainsi que par des dirigeants de Sociétés d'Education physique et sportive.

Gymnastique et Sports. — La gymnastique est la « grammaire » de l'éducation et de la culture physiques. Les sports en sont les « exercices, récréatifs, d'application ».

La gymnastique n'est, en résumé, que de l'empirisme, mis en pratique, de façon méthodique. Elle a en vue, par des mouvements d'assouplissement, d'extension, de détente, d'amplitude variable, de modalité spéciale, de favoriser le développement des organes, la force musculaire en particulier et l'harmonie des diverses fonctions organiques.

Plusieurs méthodes sont en présence. Toutes ont leur valeur. Age, sexe, tempérament, sans omettre les conditions sociales, sont autant d'éléments à envisager et réclamant un choix judicieux.

Leçon de gymnastique ou d'éducation physique ? — Jadis le terme de « gymnastique », seul, communément employé, servait à désigner tous exercices, pratiqués, individuellement ou en groupes, dans un « gymnase » le plus souvent, en vue d'un développement, méthodique, physique de l'individu. De nos jours semble prévaloir l'expression d' « éducation physique », qui engloberait toutes modalités de mouvements, destinés à aider et parfaire la croissance, le développement et la culture physique.

Quoi qu'il en soit, les moyens employés sont analogues et le but à atteindre identique. Leçon de gymnastique ou d'éducation physique doit être codifiée et strictement méthodique. Chaque leçon doit comporter un certain nombre de mouvements, judicieusement choisis, dans leur succession, leur progression, leur action appropriée sur les différentes parties du corps et sur les diverses fonctions organiques, ainsi qu'il est aisé de s'en rendre compte par cet exemple :

1. — Bras horizontaux, mains à la poitrine. Flexion et extension des membres supérieurs, avec flexion des membres inférieurs.

2. — Elévation latérale et verticale des bras et flexion des membres inférieurs.

3. — Mains aux hanches. Elévation de la cuisse et extension de la jambe gauches, la pointe du pied en extension.

En position. Même mouvement à droite.

4. — Elévation verticale des bras. Flexion et extension du tronc, en touchant le sol, avec les mains.

5. — Bras horizontaux et latéraux, fente arrière. Gauche, droite.

6. — Flexion du tronc, avec flexion du bras opposé.

7. — Bras latéraux. Croisement des bras, simple, double.

8. — Décubitus dorsal. Décrire cercles de grandeur croissante, avec membres inférieurs.

Même position. Abduction et adduction des membres inférieurs.

9. — Mouvements respiratoires.

Repos.

Reprise de la suite de la leçon...

Gymnastique respiratoire. — Une mention spéciale doit être faite sur cet exercice, fondamental, de régularisation, de détente, de repos, dont l'action, nullement limitée à la fonction respiratoire, se fait sentir, efficacement, sur le métabolisme général.

Tout exercice, quel qu'il soit : gymnastique de chambre, marche, course, etc., doit être, systématiquement, suivi et entrecoupé d'exercices respiratoires, rationnellement pratiqués.

Gymnastique de chambre. — Il importe d'éviter tous ces exercices, complexes et facilement fatigants, comme en décrivent, avec tant d'abondance, maints traités. Avant tout, s'impose la pratique, méthodique, strictement régulière, quotidienne : point capital.

Que faire faire ? Tout simplement, des mouvements de flexion, extension, circumduction de la tête, du cou, du tronc et des membres, à un rythme modéré, combinés avec des exercices respiratoires ; une pause courte entre chaque mouvement ; une durée d'une quinzaine de minutes, environ, jusqu'à léger essoufflement ou moiteur ; consécutivement, frictions rapides, avec linge sec imbibé d'alcool étendu d'eau, du tronc et des membres, en finissant par les plis des coudes et des jarrets.

Quand ? Au lever, toujours. Avant le coucher, le plus souvent possible. Dans ces conditions, on ne saurait donc invoquer le manque de temps, alors qu'il ne s'agirait que de nonchalance.

On a en outre, chez les adultes, trop de tendance à ne considérer ces banales pratiques de gymnastique que comme un moyen de « se faire maigrir » et à s'appliquer alors à s'adonner exclusivement à certains exercices, susceptibles d'être néfastes, tel celui, qui consiste, étant étendu, à se relever, par le seul effort musculaire abdominal, en vue de « faire tomber le ventre » :particulièrement dangereux par ses répercussions sur un foie ou un médiastin engorgés ou sur des organes abdominaux ptosés ou déplacés. Comment mieux démontrer la nécessité d'un conseil médical, même pour des exercices parfaitement simples et naturels, en apparence ? Ne doit-on pas, à partir de 45 ans, recommander de se lever sans brusquerie, pour passer de la position couchée à la station debout (Boigey) ?

Les exercices de gymnastique de chambre, à mains nues, sont, il faut l'avouer, quelque peu fastidieux, aussi les jeunes gens, les sédentaires, les fatigués ont-ils toujours de la peine à s'y astreindre de façon suivie. En conséquence, on a imaginé l'usage d'appareils simples, portatifs. Poids additionnels : haltères, massues en bois, ces dernières préférables, surtout pour les enfants et les femmes, ou résistances : dénommés couramment exercisers. Mais il convient de ne pas utiliser, systématiquement et exclusivement, ces procédés, qui tendent à accroître, de façon anormale le travail musculaire, surtout des membres supérieurs, aux dépens des membres inférieurs.

La gymnastique aux agrès. — « Cours supérieur » de notre « grammaire » d'éducation physique, elle participe de la gymnastique de chambre et de plein air, selon les moyens matériels dont on dispose. La gymnastique aux

agrès utilise les appareils les plus variés : mobiles, comme les cordes, le trapèze ou immobiles, telles les barres fixes, parallèles. Appareils de suspension pour la mise en travail des fléchisseurs, pour les premiers, tandis que les derniers, appareils d'appui, font jouer surtout les extenseurs, en particulier des membres supérieurs.

La gymnastique aux agrès a pour but de faire acquérir au sujet certaines qualités essentielles de force, d'adresse, de résistance, en même temps que de discipline.

La gymnastique de plein air. — Individuelle ou en groupe, elle surajoute à l'effet des exercices physiques en eux-mêmes, l'action éminemment vivifiante de l'air et de la luminosité de l'atmosphère. On ne saurait trop en recommander la pratique, toutes les fois que les possibilités matérielles le permettent.

Ici, la question du « nu », ou tout au moins du torse nu, pour l'exercice physique, se pose de plus en plus couramment. D'ailleurs, ce terme de « gymnastique », par son étymologie grecque, ne symbolise-t-il pas cette notion du nu ?

C'est, ou plutôt ce serait une habitude excellente, mais sous condition expresse d'un entraînement préalable et progressif du sujet au bain d'air (Diffre). Il serait désirable que tout exercice physique puisse être pratiqué au grand air, quel que soit le temps. Il serait dangereux de vouloir généraliser. Si la température extérieure est fraîche et surtout s'il y a du vent, on ne saurait imposer le torse nu et ce n'est pas au début de l'hiver qu'il convient d'entreprendre un entraînement, que conditionnent, avant tout, éléments et susceptibilités individuelles. Déjà, nous ne connaissons que trop, pour les déplorer, les méfaits de la « mystique des bains de soleil ».

Gymnastique, par excellence, d'équilibre et de développement harmoniques, la rythmique est à conseiller à la jeune fille, dès le jeune âge.

La marche à pied, le plus simple de tous les exercices, est à la portée de tous, en tous temps, en tous lieux. Et, cependant, combien peu ou mal pratiquée, de nos jours, surtout dans les villes ! D'ailleurs, de même qu' « on ne sait pas respirer », on ne sait pas davantage « marcher sur un rythme normal ». Et c'est ainsi qu'il nous faudrait nous préoccuper d'interdire, surtout aux sujets fatigués, ce qui peut paraître paradoxal au premier abord, la marche « traînante du dimanche », la « station debout ambulatoire », éminemment fatigante, antiphysiologique et nullement reposante, à l'encontre de la croyance habituelle.

Dans la marche à pied, largeur du pas, rythme et attitude varient, naturellement, suivant les individus. L'attitude, normale, du marcheur doit être légèrement en demi-flexion, pour rendre l'exercice plus souple. Dans la marche en compétition, par contre, elle doit être nettement en extension. A une allure rationnelle, judicieusement dosée, la marche est un exercice de choix. La marche en compétition, en outre de sa monotonie, constitue une modalité sportive, rapidement fatigante. La marche à pied procède donc, à la fois, de la gymnastique et de l'hygiène pures et du sport proprement dit.

Sports. — Il importe de distinguer les sports de vitesse (course), de détente (sauter, lancer), de force (lutte, boxe), d'endurance (aviron, natation, cross-country), dont la pratique, si différente dans les procédés et les effets, est conditionnée par l'âge et le tempérament de chacun.

Les sports individuels, comme la course, la lutte, l'équitation, développent en nous vitesse, force, souplesse, en même temps qu'adresse et sang-froid. Les sports collectifs, tels que le foot-ball, le rugby, y surajoutent l'esprit de discipline, qui, il faut bien l'avouer, n'est pas une qualité primordiale, courante, du tempérament français.

Au point de vue médico-sportif, quelques détails sont utiles à connaître.

Dans la **course**, il y a lieu de distinguer les courses de « vitesse » (sprint), de 60, 80, 100, 200, 400 mètres, de « demi-fond », de 800, 1.500, du mille (1.609), 2.500 m., enfin de « fond », au-dessus de 2.500 m. Devant être naturellement appropriée à l'âge, le sexe, la résistance de chacun, la taille même du sujet y jouant un rôle, la course entraîne une grande dépense de force, par le fait même du soulèvement répété et continu du corps et retentit d'une façon particulière sur le cœur, chez lequel cette modalité sportive est susceptible de déterminer des phénomènes successifs d'hypertonicité, puis d'hypotonicité, qu'il importe d'éviter. Aussi cœur et poumons réclament-ils, ici, un contrôle sévère. La course de demi-fond, de 800 mètres par exemple, exige un maximum d'effort dans un minimum de temps. Quant à la course de fond, elle ne saurait convenir qu'aux athlètes entraînés.

La course d'obstacles varie, à la fois, dans la longueur du parcours, 110, 200, 400 m. et par la hauteur des haies, respectivement de 0 m. 75, 0 m. 91, 1 m. 06.

La course de relais, course type d'équipes, joint, à l'intérêt, l'attrait mouvementé de la compétition, rapide et non fatigante.

Le cross-country, la course à travers champs constitue le sport populaire par excellence. A la portée de tous, trop même, pouvons-nous dire, car il importe que le tracé du parcours soit judicieusement choisi, que le classement des concurrents soit établi rationnellement, qu'enfin soient imposées au « crossman » toutes précautions utiles, tant avant qu'après l'épreuve.

Le **saut** est surtout un sport de souplesse et d'adresse. Ce n'est pas tant la taille de l'individu que la longueur de ses jambes même, qui conditionne cet exercice, qui se pratique, en longueur ou en hauteur, avec ou sans élan et avec ou sans **perche.**

Le **lancement du poids** (boulet d'environ 7 kg.), du disque (du poids de 2 kg.), du javelot : vieux sports, qui mettent en évidence les qualités de force et de souplesse, à la fois.

Lutte, catch as can catch, boxe, sports éminemment complets en eux-mêmes, mettent en jeu toutes les parties du corps et réagissent sur toutes les fonctions organiques, mais à condition d'être pratiqués méthodiquement et aussi selon le « fair play » indispensable. On ne peut que déplorer les exhibitions, publicitaires ou commerciales, qui n'ont qu'un très lointain rapport avec le sport éducatif et hygiénique. Du moins, ces formes sportives sont excellentes, mais, rationnellement appropriées aux sujets et dûment contrôlées.

La **natation** est le sport utilitaire, en même temps qu'hygiénique, dont on ne saurait trop préconiser la pratique, dès le jeune âge. Plusieurs types de nage sont à considérer : les principaux sont la brasse, l'over arm stroke, enfin le crawl, cette dernière étant la grande nage de course. Type de sport, aisé, facile, reposant, à la portée de tous, mais qui, par contre, en compétition, impose l'effort, susceptible de devenir rapidement pénible et dangereux. Pour bien nager, il faut savoir et pouvoir, sans gêne, séjourner la tête sous l'eau. Le plonger, par contre, ne saurait être conseillé à tout le monde.

Le **canotage** est aussi un sport complet, par le bain d'air et de lumière, qui se surajoute à l'exercice, que réclame l'aviron. C'est l'heureux complément de la natation.

Le **foot-ball** est le type du sport d'équipe, de groupe, qui impose et développe au mieux l'esprit de discipline, en même temps que le « fair play » d'un sport, digne de ce nom. On ne doit pas ignorer que le rugby se joue, avec ballon ovale, à 15 joueurs, le football-association, avec ballon rond et à 12 joueurs. Le footballeur doit avoir de bons poumons, un bon cœur, de bonnes jambes, car il doit pouvoir et savoir courir, sauter, porter et en même temps posséder le sang-froid et l'esprit de décision.

Le **hockey** est aussi un sport de plein air, mais qui se pratique en hiver. Jeu d'équipes de 11 joueurs, il convient assez bien aux deux sexes.

Le **tennis** n'est un sport que par l'exercice, auquel il incite l'individu à se livrer, mais, à l'encontre des idées courantes, ce jeu est imparfait, au point de vue musculaire, par le rythme même des mouvements musculaires qu'il nécessite. Au surplus, on s'y adonne, trop souvent, n'importe quand, dans n'importe quelle condition, sans examen, ni entraînement préalables. Enfin, la raison d'être du tennis est, pratiquement, dans la compétition constante. Comment s'étonner alors de ses méfaits, connus et surtout inconnus, particulièrement pour la femme et que tant d'amateurs ou professionnels de la « raquette » soient si peu indemnes d'incidents arthritiques ou même d'atteinte tuberculeuse ?

Le **golf** lui serait, physiologiquement, nettement préférable, en raison de la nature, de la forme et surtout du rythme des mouvements qu'il comporte. Les conditions matérielles limitent grandement l'usage de ce jeu sportif.

Par contre, le **basket-ball** est, avec raison, classé comme un jeu sportif réglementaire. Aisément praticable partout et en toutes saisons, convenant parfaitement aux deux sexes, le basket-ball ou ballon au panier, se joue avec ballon rond, par équipes de 5 joueurs, en compétition et est excellent pour le développement général.

Nous ne devons que mentionner l'**escrime** et l'**équitation** comme réservées à un très petit nombre de favorisés et la **bicyclette**, simple moyen de transport, pour les uns et pour d'autres, élément de compétitions, trop souvent dénuées du sens sportif, proprement dit.

Quant aux **sports d'hiver**, ils sont particulièrement précieux par le bain d'air vivifiant qu'ils procurent. Le ski, instrument indispensable des pays de montagne, exige un entraînement progressif, aussi est-il relativement dangereux pour les citadins, inexpérimentés, non entraînés, qui lui doivent des accidents, quelquefois graves, en raison de la déficience des réactions musculaires du sujet, vis-à-vis des nécessités subites et immédiates de ce procédé de déplacement.

L'entraînement, progressif, méthodique, s'impose donc dans toute modalité sportive. Quant à la compétition, elle ne saurait être autorisée que dans des conditions bien précises et après entraînement spécialement approprié. Il convient de déconseiller formellement la pratique exclusive de tout exercice physique ou d'un seul sport. Faire remarquer que les vrais champions, les « as », quelle que soit leur spécialisation, s'astreignent à la pratique simultanée d'exercices physiques et sportifs, sans rapport avec cette spécialisation. Le boxeur ne doit-il pas sauter à la corde ? C'est alors que, complété par la culture physique, la marche, la natation, le tennis est vraiment un sport.

Chacun de nous doit donc faire de la culture physique, du sport, mais on ne doit, ni ne peut pratiquer n'importe quel exercice, s'adonner à n'importe quel sport, tel exercice physique étant susceptible d'être plus particulièrement indiqué et chaque sport réclamant des aptitudes spéciales. Au médecin d'apprécier et de décider. Nous n'envisageons, ici, que l'individu, sain ou considéré comme tel et n'avons pas à nous occuper des pratiques physiques et sportives en tant qu'indications strictement thérapeutiques de l'orthopédie de l'enfant ou adolescent ou des maladies de la nutrition des adultes.

Puériculture, éducation physique de l'adolescent, culture physique de l'adulte : tels sont les stades chronologiques.

De un à cinq ans, laisser l'enfant libre de ses mouvements au grand air et au soleil ; supprimer par conséquent maillot et rideaux du berceau. Chercher, par mouvements et jeux appropriés, à favoriser le développement de l'enfant (Babonneix). Ce n'est rien autre déjà que de la culture physique.

De cinq à douze ans, laisser libre cours aux exercices naturels : marcher, courir, crier, grimper, lutter ; mouvements d'ensemble de gymnastique sont alors à faire pratiquer et la natation est indiquée dès cette période.

Ensuite, les sujets normaux devront alors être classés en :

Minimes, de 2 à 15 ans ;
Juniors, de 15 à 18 ans ;
Seniors, de 18 ans au service militaire.

Les « minimes » ne doivent avoir pour programme exclusif que l'éducation physique et sportive. Ils ne doivent pas être autorisés à prendre part à des compétitions sportives, quelles qu'elles soient.

Les « juniors » sont autorisés à participer à des compétitions, judicieusement limitées, comme distance et comme temps :

Course de vitesse : 60 mètres, au-dessous de 16 ans ; 80 mètres, de 16 à 18 ans.

Courses de demi-fond : interdites avant 16 ans ; 1.200 mètre, de 16 à 18 ans.

Courses de haies : 83 mètres, avec haies de 0 m. 75.

Saut, en longueur et en hauteur, avec élan.

Lancement du poids de 5 kg.; du disque et du javelot, réduits.

Course de relais : 4 fois 60 ou 80 mètres.

Cross-country : 3 kilomètres.

Foot-ball association, rugby, hockey : temps de jeu, réduit à une heure (deux mi-temps de 30 minutes).

Les seniors participent aux compétitions normales, compte tenu toutefois de leurs aptitudes individuelles.

Toutes directives générales, qu'il appartient particulièrement au médecin de faire observer rigoureusement et de modifier, le cas échéant.

Ne pas faire d'éducation physique, de culture physique est une grande faute, la faire mal peut n'être pas sans inconvénients. Ne pas faire de sport est mauvais. Le faire mal est pis. Et si l'excès, en tout, est un défaut, en matière de sport, ce peut être un danger. Il ne saurait y avoir de culture physique et sur-

tout de sport, digne de ce nom, sans collaboration et contrôle du médecin.

Loin de contrarier, comme d'aucuns le paraissent craindre, l'élan vers les exercices physiques et les sports, ce contrôle médical tend à les favoriser, en leur faisant rendre tous effets utiles au maximum et en prévenant tout méfait possible.

Le contrôle médical. Fiche physiologique et carnet de santé. — A quelle occasion le praticien peut-il avoir à exercer ce contrôle ? Comment pratiquer les examens, un peu spéciaux, qu'il comporte ? Comment rédiger la fiche physiologique, qui doit mentionner les renseignements recueillis et sous quelle forme ?

Certes, le praticien, sauf de très rares exceptions, n'est pas spécialement consulté sur l'opportunité d'exercices physiques, sur le choix d'un sport et les conditions, plus ou moins particulières, qu'en réclame la pratique. Qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou même d'un adulte, c'est au médecin lui-même qu'incombe le souci, à l'occasion d'un incident morbide quelconque, d'apprécier l'utilité de gymnastique de chambre, d'exercices sportifs, appropriés et d'inciter le sujet à s'y adonner.

Ou bien, cas le plus fréquent, le praticien, conseiller technique d'une société d'éducation physique et de sport, est appelé à donner son avis sur l'admission dans la société, sur les possibilités du sujet et ses dispositions sportives ou encore à exercer la surveillance et le contrôle, sur le terrain de jeux.

L'examen, spécial, sera quelque peu différent, suivant qu'il sera pratiqué dans le cabinet du médecin, dans un local de la société ou sur le terrain. Il varie naturellement avec les moyens matériels, dont dispose le praticien, enfin suivant qu'il s'agit d'un examen, individuel ou en série, plus particulièrement délicat et approfondi ou relativement superficiel.

Ne pas perdre de vue, tout d'abord, qu'en principe, il s'agit d'individus, non en instance ou état morbide, mais de sujets, sains, en apparence du moins. Ici, ce ne doit pas être l'examen, relativement fragmentaire, d'un malade, dans lequel l'attention doit être plus particulièrement attirée sur certains points. L'examen ne doit pas être pratiqué sur l'individu couché, mais debout et nu. Examen indispensable, qui, d'ailleurs, peut être extrêmement rapide. C'est l'examen du sujet, présumé sain, comme nous le pratiquons, non seulement dans les conseils de révision, mais souvent aussi, pour les admissions dans les administrations publiques ou privées. Vue d'ensemble, dont les renseignements, immédiats et précis, sont précieux par les déductions, qu'on ne saurait tirer autrement. Il est aisé ainsi de dépister, chez les jeunes gens, les déviations vertébrales, les attitudes vicieuses, si fréquentes et que des exercies, intempestifs ou mal réglés, risqueraient d'accentuer, alors que le but essentiel est d'y remédier ; chez les individus plus âgés, les déficiences, surtout musculaires et en particulier les ptoses abdominales sauteront aux yeux et ainsi sera permise une intervention active sur un élément, si fréquent, de troubles morbides de toutes sortes et que pourrait aggraver la pratique d'exercices physiques ou sportifs des plus courants. Etat de la peau, de l'épiderme, recherche rapide de ganglions, chez les jeunes, de hernies, de varices, chez les plus âgés. Ainsi l'examen général est rapidement et sûrement exécuté.

L'étude des organes thoraciques, poumons et cœur, se fait suivant les coutumes de clinique courante. Il convient d'y joindre une épreuve fonctionnelle, basée sur les variations de pression artérielle et du pouls, avant l'épreuve et après retour au calme. Toute épreuve est bonne, à condition de la bien connaître. Chailly-Bert préconise celle de Martinet : dix flexions sur les jambes, au rythme d'une flexion toutes les dix secondes. On prend la pression artérielle, avant, debout, le brassard au-dessus du coude, naturellement, puis, immédiatement après la fin des dix flexions et de minute en minute, jusqu'au retour du calme. Normalement, la pression maxima doit augmenter de 3 à 4 centimètres de mercure, la minima, de 1 à 2 et le pouls ne doit pas dépasser 101 à 110. Toute modification à ces chiffres normaux doit attirer l'attention du médecin. Au lieu de l'augmentation de la maxima, on peut avoir à constater un abaissement de la maxima, qui tombe au-dessous de son point de départ ; la pression minima monte et la différentielle est, aussi, diminuée. Autant d'indications que l'état du sujet fatigué ou malade contre-indique, tout au moins provisoirement, la pratique sportive. L'étude du retour au calme est extrêmement importante : il doit être obtenu dans les deux minutes, qui suivent l'arrêt des dix flexions. S'il arrive après deux minutes, c'est que le sujet est ou fatigué ou surentraîné ou malade et cela d'autant plus que le retour au calme est plus tardif. La pratique de cette épreuve, extrêmement simple, facile à interpréter, rendra les plus grands services au médecin et sera pour lui un excellent guide, surtout dans les questions d'orientation et de surveillance sportives (Chailley-Bert).

Certains préfèrent se baser sur la pression moyenne qui, traduisant la charge continuelle supportée par le système artériel, semble plus capable de fournir des données précises. Un abaissement de la moyenne de 10 à 20 mm.Hg., au-dessous de son chiffre habituel doit faire soupçonner une déficience cardiaque. Il en est de même, selon de Chaisemartin, lorsque le temps de retour à la position de départ dépasse cinq minutes.

Toutes les fois qu'il sera possible, et bien des confrères possèdent maintenant le matériel nécessaire, l'examen clinique du cœur et des poumons sera très heureusement complété par un examen radioscopique très rapide : on peut voir ainsi ces appareils essentiels en pleine action, percevoir le volume et les contractions du cœur, la transparence, plus ou moins normale des poumons, la présence de ganglions hilaires, plus ou moins accentués, enfin le jeu même du diaphragme et en particulier l'état fonctionnel des sinus, tous renseignements dont la connaissance est, ici, si précieuse.

Il est à noter en effet que les conclusions ne doivent pas être trop sévères, au premier examen, car bien des bruits, cardiaques ou pulmonaires, anormaux à l'auscultation, disparaissent rapidement, avec l'exercice physique et même sportif, approprié et surveillé.

N'oublions pas que nombre d'individus, surtout dans les villes, enfants ou adultes, ne respirent pas normalement, n'utilisant pas, comme il conviendrait, tout leur champ pulmonaire. Aussi l'examen attentif de la perméabilité nasale, surtout aux périodes de croissance et aussi à l'occasion des compétitions, s'impose-t-il à nous couramment.

Enfin, une analyse des urines, avec recherche rapide de l'albumine et du sucre, doit compléter cet examen.

Le praticien peut alors juger à bon escient, non plus seulement si le sujet présente quelque lésion, quelque atteinte pulmonaire, cardiaque, rénale, hépatique, osseuse, contre-indiquant gymnastique ou sport, mais si les prescriptions de gymnastique de

chambre sont plus particulièrement indiquées, si la pratique de tel ou tel sport est autorisée ou non par les aptitudes physiques du sujet. Question d'individus, d'opportunité, de bon sens.

Le problème est un peu différent, avons-nous dit, en cas d'examen, de contrôle médical, en dehors du cabinet de consultation.

D'abord, matériel plus restreint généralement : en outre du local, tout se résume habituellement à une balance, une toise, un mètre, un spiromètre quelquefois. Très exceptionnellement et dans les grands centres seulement peut-on disposer d'un appareillage radioscopique, comme nous le pouvons à la Maison du Jeune Français, pour les jeunes gens de la région parisienne. Et ensuite, il s'agit toujours d'un nombre relativement élevé de sujets à examiner, dans un minimum de temps. D'ailleurs, le praticien a plutôt à exercer un triage, déjà préparé par les dirigeants et moniteurs de la société, qui doivent signaler au médecin les cas, qui leur paraissent douteux ou suspects, soit que le sujet subisse l'examen d'entrée, soit qu'aient été notés par le moniteur quelque trouble, quelque incident morbide, au cours de l'exercice, de l'entraînement, de la compétition.

Pendant que le sujet se déshabille, le praticien prend connaissance des renseignements, qui doivent être régulièrement consignés sur la fiche physiologique, le carnet individuel. L'examen clinique, à nu, nous y insistons, pour les garçons du moins, a lieu, un peu plus rapidement qu'au cabinet du médecin, mais suffit pour se rendre compte si l'état des organes est satisfaisant. Il s'agit, ici, de décider si le sujet est apte au sport, s'il peut s'adonner régulièrement à des sports de vitesse, de force, d'endurance, de préciser ceux qui conviennent plus spécialement, ceux qu'il est préférable d'éviter, les modalités d'exercices physiques, que peut réclamer la déficience relative de tel ou tel appareil, musculaire, respiratoire, etc.

Enfin, la surveillance, le contrôle ont à s'exercer efficacement sur le terrain même du jeu, du stade et aussi au départ et à l'arrivée des compétitions, où se décèlent au mieux les effets des exercices pratiqués, des compétitions soutenues, sur l'individu en action : là, peuvent se faire les observations les plus intéressantes et concluantes, sur la santé et l'avenir des individus.

On ne doit admettre d'éducation physique, de sport, sans contrôle et surveillance médicale. On ne peut concevoir de contrôle médical, sans fiche physiologique, strictement tenue à jour.

Bien des modèles de fiches ont été proposés. On tend heureusement à en unifier la teneur pour une meilleure et pratique compréhension. Il importe, avant tout, que les renseignements, qui y sont consignés, soient clairs et précis.

Toute fiche physiologique doit mentionner :

Des renseignements, d'ordre général, qui peuvent fort bien être relevés par un aide, un moniteur : taille, poids, périmètres thoraciques, en inspiration et expiration ;

Des renseignements d'ordre particulier, à réserver au praticien : état du squelette, des poumons, du cœur, etc., épreuves fonctionnelles, enfin, particularités à l'examen clinique ;

Les conclusions pratiques, concernant la leçon d'éducation physique et de gymnastique, les sports à conseiller ou à éviter, les appareils ou organes à ménager spécialement.

La comparaison entre examens successifs permet, seule, de constater les progrès réalisés, tout comme en puériculture, et aussi de suspendre toute pratique, physique ou sportive, ou tout entraînement, susceptibles de déterminer quelque incident morbide.

Chaque enfant est muni d'un livret, mentionnant les divers renseignements relatifs aux diverses branches de l'enseignement et destiné à tenir au courant du développement, intellectuel et moral, du sujet. Pourquoi n'aurait-on pas, également, un « livret, carnet individuel », qui permettrait à la famille, à l'éducateur, au directeur d'école, au chef d'institution, au dirigeant de société d'éducation physique, de préparation au service militaire, d'association sportive, d'être utilement et exactement renseignés sur le développement et l'évolution physiques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte ?

Ne pourrait-on concevoir un « carnet de santé », livret individuel, qui pourrait être remis au père ou au déclarant, à la naissance, et contiendrait tous renseignements utiles et d'ordre général, avec fiches physiologiques, constatations de performances, conseils pratiques, etc.? N'est-ce pas d'un intérêt capital pour tous, enfants et parents et pour l'avenir de la race ?

« La première condition du succès dans ce monde, c'est d'être un bon animal et la première condition de la prospérité nationale, c'est que la nation soit formée de bons animaux », a dit le philosophe Emerson. Vérité, certes, en tout temps et en tout pays et, dans le nôtre, en particulier.

Se préoccuper de l'individu malade, lui procurer tous moyens susceptibles de faire recouvrer la santé, est un devoir de pure humanité. On ne saurait prétendre en faire, toujours, un individu sain, vraiment utile à la collectivité. La véritable « assurance sociale » doit se proposer de diminuer le nombre grandissant des malingres, des faibles, des demi-bien portants et doit se préoccuper, même et surtout, pourrions-nous dire, de l'individu, sain ou considéré comme tel.

C'est à ce titre que, dès mars-avril 1914, dans la *Revue des connaissances médicales*, nous préconisions la « santé obligatoire », par la culture physique de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et le « contrôle médical intégral » de l'individu.

Conception presque révolutionnaire pour certains et cependant trop justifiée bientôt par les événements.

Conception réalisable, mieux, réalisée, de nos jours, mais en autres pays et combien probante pour quiconque consent à bien vouloir voir.

Les résultats ? En Italie ; véritable rénovation de la race, avec toutes ses conséquences économiques et surtout morales. En Allemagne : un ministre d'Education physique et de Sport, avec tous les moyens d'action, qu'il comporte, à la place de ce qui correspond, en France, à un ministère de la Santé et d'Assistance publique ; des maisons de santé, des sanas, contraints de disparaître faute de malades, enfin, cet « élevage humain » par la culture physique et le sport, que nous révèle le film.

En France, le problème se pose avec une acuité grandissante et angoissante. Les moyens, nous les

possédons et pouvons les appliquer, tout comme les autres. Simple question de volonté, de bon sens et d'organisation. Rien ne peut être fait, efficacement, sans le médecin. Le praticien, de la ville ou de la campagne, ne saurait se désintéresser de ces questions d'éducation physique et de sport. Son rôle est primordial tant dans son propre intérêt que dans l'intérêt général.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 MAI 1934)

L'influence de l'oxygène sur l'action antitoxique de la cholestérine sur les saponines. — M. B.-S. LEVEN.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 29 MAI 1934)

Notice. — M. HUGOUNENCQ lit une notice nécrologique sur M. Cazeneuve.

Comparaison entre les divers modes de contamination par le virus poliomyélitique (voies digestive et nasopharyngée). — MM. LEVADITI, KLING et HORNUS ont étudié expérimentalement sur le singe le mode de contamination par le virus de la paralysie infantile. Ils ont comparé de ce point de vue la voie digestive à la voie nasopharyngée. Ils concluent de leurs essais que, chez les simiens éminemment réceptifs, les voies aériennes supérieures, en particulier la muqueuse nasopharyngée, constituent une porte d'entrée infiniment plus favorable à la pénétration du virus poliomyélitique dans l'organisme que ne l'est la muqueuse gastro-intestinale. En effet, des singes qui ont échappé à l'infection *per os*, ou par inoculation du virus dans une anse de l'intestin grêle, ont contracté la poliomyélite après instillation du même virus dans les fosses nasales. Par ailleurs, les auteurs montrent que la réceptivité du tube digestif subit des variations considérables d'une année à l'autre, alors que celle de la muqueuse naso-pharyngée reste constante. Ces constatations sont particulièrement intéressantes du point de vue de la transmission de la maladie lors des épidémies de poliomyélite.

Mode de transmission expérimentale de la poliomyélite. — M. HARRY PLOTZ, travaillant avec le même virus dont se sont servis Levaditi, Kling et Hornus, et utilisant des simiens de la même provenance, a constaté que la réceptivité de ces simiens après instillation du virus dans les fosses nasales est infiniment supérieure à celle des mêmes simiens infectés *per os*.

Propriétés physiques des sérums sanguins. — M. DESGREZ présente un travail de MM. RIMATTEI et BLANCHERI, « sur l'étude simultanée des propriétés physiques des sérums sanguins ». Les auteurs ont mesuré les variations de la densité, de la viscosité, de l'indice de réfraction, de la conductivité électrique d'un sérum pour les faibles dilutions de ce sérum par l'eau pure (comprises entre 1 et 9), les variations du pouvoir diffusant pour la lumière et celles de la conductivité électrique pour les fortes dilutions (comprises entre cent et mille).

Les courbes représentatives des résultats trouvés sont très régulières et permettent de déterminer la méthode physique la mieux appropriée au repérage des sérums étudiés.

Correction de la chloration des eaux de boisson par addition de vin. — MM. H. VIOLLE et E. ROSÉ (note présentée par M. H. VINCENT.) — Les auteurs démontrent, par une série d'expériences de laboratoire et par l'expérimentation chez les animaux, que certains constituants du vin présentent la propriété de fixer le chlore libre et de transformer ce corps toxique pour l'organisme en composés chlorés organiques dépourvus de toute toxicité.

Ils indiquent un procédé pratique de stérilisation des eaux de boisson :

Les eaux contaminées sont additionnées d'un léger excès de chlore correspondant à l'addition de 1 à 2 gouttes d'eau de Javel ordinaire pour un litre d'eau. Après contact d'une demi-heure, l'eau ainsi stérilisée est additionnée de 25 à

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL, Phien, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable
OLÉTHYLE-BENZYLE
INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

50 cc. de vin ordinaire (d'un verre à liqueur à un verre à Madère), ce qui a pour effet de détruire de suite l'excès de chlore et de rendre ainsi l'eau consommable.

Il y a là une méthode très pratique, en temps d'épidémie de fièvre typhoïde et que chacun peut, sans frais et sans appareil spécial, employer aisément.

Action combinée du zinc et des vitamines dans l'alimentation des animaux. — MM. Bertrand et Bhattacherjee.

Un nouveau procédé d'hémoculture. — MM. Fleury et Castera.

Nouvelle contribution à l'étude de la raison probable de l'immunité et de la prédisposition à la tuberculose pulmonaire. — MM. Ricardo Hoyo Villanova et Pardo Canalis.

Considérations sur la conduite à tenir dans la grossesse extra-utérine aux environs du terme. — M. Brindeau

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie).

Les candidats étaient ainsi classés : en 1re ligne, M. Marion ; en seconde ligne et par ordre alphabétique : MM. Baumgartner, Chevassu, Fredet, Lenormant et Terrien. Adjoints par l'Académie : MM. Grégoire, Hautant, Lemaître et Robineau.

Au premier tour de scrutin, M. Marion obtient 60 voix sur 72 votants ; M. Baumgartner 4 voix ; M. Chevassu 2 voix ; M. Fredet 4 voix ; M. Terrien 1 voix ; M. Lemaître 1 voix.

M. le professeur Georges Marion est proclamé élu.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 20 mars 1934)

Un cas de fracture latente du col du fémur (présentation de radiographies). — MM. Camelot et Batteur.

Localisation de la vitamine C dans l'organisme (présentation de micro-photographies). — MM. A. Giroud et C.-P. Leblond.

Tuberculose cavitaire gauche et symphyse pleurale. Collapsothérapie par phrénicectomie, puis thoracoplastie en deux temps. Stabilisation. — MM. A. Bernard et J. Villette.

L'augmentation rapide d'une niche gastrique est un indice de cancer. — M. Bernard.

Tumeurs pelviennes, de nature diverse, chez l'homme ; étude séméiologique à propos de quatre cas. — M. Vincent.

Voie d'abord chirurgical des nerfs splanchniques. Etude anatomique. — M. Vincent.

(séance du 10 avril 1934)

Bronchectasie avec suppuration fétide : abcès du cerveau. (Présentation de pièces). — MM. Langeron et Desorgher.

Syphilis pulmonaire scléro-gommeuse. Examen histologique et radiographique. — MM. Langeron et Desorgher.

Vestiges embryonnaires relevés au cours de la cure d'une hernie inguinale. — M. Becquet.

Corps étranger articulaire du coude. — M. Becquet.

Hématome chronique sous-dural post-traumatique. — Auto-observation d'un médecin, victime d'accident d'automobile. — MM. Vergriete, Duyck, Poupart et Villette.

Pleurésie diaphragmatique, vraisemblablement consécutive à une perforation gastrique. Difficultés du diagnostic du siège sus-phrénique de la collection. — MM. Desbonnets et d'Hour.

CHRONIQUE

BAGNOLES-DE-L'ORNE A TROIS HEURES DE PARIS

M. Dautry, directeur général du réseau de l'Etat, conseiller technique de la Présidence du Conseil, avait bien voulu nous inviter dimanche dernier à prendre part à un voyage d'étude organisé par notre éminent confrère le Dr Touchard, chef du service médical du réseau.

Le voyage devait nous permettre d'inaugurer le service des luxueuses et rapides automotrices Bugatti, d'admirer les nouvelles transformations de Bagnoles-de-l'Orne, d'assister enfin à une conférence du Professeur Carnot en présence de tous les médecins du réseau réunis pour leur assemblée annuelle.

Que dire du voyage ? Ce fut un véritable enchantement. Traverser le Perche, le Merlerault, les belles forêts de la Haute Normandie au printemps dans ces belles voitures où rien ne gêne la vue est un plaisir de haute qualité. En trois heures très exactement, nous arrivons à Bagnoles. Sous le soleil éclatant, la célèbre station se montre charmante.

Sur le quai de la gare nous attend notre collègue le Dr Quiserne, président du Comité de réception ; il est accompagné de nos confrères le Dr Le Muet, maire de Bagnoles, le Dr Joly, maire de Tessé-la-Madeleine, et de M. Cordier, administrateur des grands hôtels.

Les visiteurs sont nombreux : M. Dautry, directeur général du réseau de l'Etat ; Mme Dautry ; M. Silvain Dreyfus, vice-président du Conseil du réseau ; M. Heilbronner, administrateur ; M. Natarelli, préfet de l'Eure, et Mme Natarelli ; le médecin général inspecteur Cadiot ; le Dr Dentu, sénateur, président du Conseil général ; le Dr Poulain, M. Georges Roulleaux-Dugage, député de Domfront ; le Dr et Mme Touchard, les Professeurs Carnot et Lemierre, les docteurs Jules Renault, Lesné, Rist, Rivet, médecin-chef du Nord ; Fredet, médecin-chef du P.-L.-M. ; MM. H. Bénard, Bourgeois, Harvier, Basset, Gilbert Dreyfus, M. Heudebert, M. Surleau, ingénieur en chef, nos confrères R. Blondel, H. Bouquet, Bertillon, Gardette, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française ; Fischer...

Il suffit de traverser la ville, comme nous le faisons en nous rendant à l'Etablissement Thermal, pour remarquer les nombreuses améliorations qui ont véritablement transformé la station. Près du lac et des deux casinos, les beaux hôtels sont entourés d'une immense roseraie, qui sera une féerie dans quelques jours.

Les travaux d'urbanisme : création d'égouts, amenée d'eau potable, etc., sont terminés. On a pu refaire les rues et les routes. Celles-ci sont élargies et parfaites. Ce sont de belles avenues. L'action concertée des maires de Bagnoles et de Tessé a fait des merveilles.

Après une visite du bel et important Etablissement Thermal, on se rend au Casino en passant devant le nouveau laboratoire de recherches des Drs Lesur et Legrand.

Au Casino, le Professeur Carnot fait une rapide et claire leçon sur la station.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques
2 FORMES {Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT
ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX
EKTOPHANOL
SEL DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.
LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

De Trouette-Perret
l' Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux
la Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos Néoralgies
la Papaïne
Gastro-Entérites Diarrhées - Vomissements Troubles Dyspeptiques
15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE
R. C., 221.839, Seine
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

La caractéristique de Bagnoles est, dit-il, sa spécialisation. Bagnoles est la station des états veineux. Par sa situation géographique, qui lui donne un climat juxta-marin, par son altitude de 230 m., par sa ceinture de forêts, Bagnoles permet d'ajouter à la cure hydrominérale la cure sylvestre et la cure de repos.

Bagnoles est en plein grès, Tessé en plein granit. Entre les deux se trouve une faille d'où sortent les sources. La Grande Source — qui donne 800 mq. en 24 h. et pourrait assurer 4.000 bains par jour — est une eau chaude (25°), sa minéralisation est faible, mais multiple. C'est une eau oligo et polymétallique où l'on trouve 18 métaux ; elle est remarquablement radio-active.

La Grande Source est utilisée en bains, en douches, douche sous-marine, douche locale, périnéale, etc., en pulvérisations. On utilise aussi les massages, les effleurages et on dispose à l'établissement des nombreuses ressources de la physiothérapie.

Une autre source, froide, la source des Fées, est utilisée en boisson — elle contient du fer et du manganèse.

Les *indications* de Bagnoles sont fournies par toutes les maladies de l'appareil veineux, les suites de phlébites et périphlébites ; les porteurs d'eczémas, d'ulcères variqueux, les congestifs du petit bassin, les prostatiques, les utéro-ovariennes, les hémorrhoïdaires sont utilement soignés à Bagnoles.

Contre-indications : les phlébites aiguës, les lésions cardiaques, hépatiques, rénales.

Un formidable banquet a lieu ensuite au Grand Hôtel. Formidable est le mot qui convient, il y a 700 convives, et nos amis de Bagnoles ont réussi le tour de force d'en faire un déjeuner élégant et exquis.

Au dessert, M. Dautry, les docteurs Le Muet, Joly, Poulain, Touchard, M. Georges Roulleaux-Dugage, député, M. le sénateur Dentu, M. le préfet de l'Orne prennent successivement la parole. Une ovation particulière accueille notre confrère Touchard qui, atteint par la limite d'âge, va quitter le réseau de l'Etat dont il a si magistralement organisé le service médical.

Mais il faut partir, les rapides Bugatti emportent des voyageurs ravis, pleins de gratitude pour leurs aimables confrères de Bagnoles, pour le Dr Touchard, pour le grand rénovateur du réseau de l'Etat, M. Dautry, qui voulut bien les accompagner jusqu'à Paris.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 29 *mai.* — Jury : MM. Lemaître, président ; Lenormant, Terrien, Velter. — M. ACHARD. Etude anatomo-clinique des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. — M. LE PETITCHAUD. Etude sur les facteurs de la consolidation des fractures. — M. GAUDEBERT. Notes sur l'histoire de l'opération de la cataracte en Orient.

Jeudi 31 *mai.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Bezançon, Gougerot, Gastinel. — M. DÉNECHVARY. La pleurésie primitive chez les gens âgés. — M. DUFLOS. Etude des stomatites auriques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. GIDLI. Les guérisons spontanées de la tuberculose pulmonaire. — M. PELLIER. Tuberculose contro-latérale au cours du pneumothorax artificiel. — M. FAUGOUIN. Etude des dermatoses saisonnières. — M. SIDOROWICZ. A propos de l'immunité dans la syphilis.

Vendredi 1er *juin.* — Jury : MM. Couvelaire, président ; Robert Debré, Fiessinger, Gosset. — M. ALZOLA. Evolution spontanée de la présentation du front. — M. DUPUY. Appendicite mésocoliaque. — M. SAIMOVICI. Etude de la maladie de Still chez l'enfant. — M. DUFOUR. Antigènes viscéraux et réaction de Wassermann. — M. BEAUFILS. Etude de la tuberculose de l'œsophage.

Samedi 2 *juin.* — Jury : MM. Achard, président ; Guillain, Rathery, Chabrol. — M. DIETRICH. Le di-oxyanthranol en thérapeutique dermatologique. — M. RUDAUT. Le syndrome de l'artère cérébelleuse supérieure. — M. GRIMBERG. Etude de la conductivité des sérums normaux et pathologiques.

Mercredi 30 *mai.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. COLLETTE. Affections typhoïdes du cheval. Etude d'une paratyphose équine.

Lundi 4 *juin.* — Jury : MM. Mathieu, président ; Ombrédanne, Proust, Petit-Dutaillis. — M. GUILLON. Etude de certaines fractures rares du condyle de l'humérus. — M. SOUEF. Etude sur les kystes du mésentère.

Mardi 5 *juin.* — Jury : MM. Balthazard, président ; Carnot, Rathery, Duvoir. — M. MARNET. Chondromatose du squelette. — M. BELLAICHE. Etude clinique et étiologique du rhumatisme de Chauffard-Still. — M. GRIMBERG. Etude de la conductivité des sérums normaux et pathologiques. — M. LE CAMUS. La gangrène gazeuse diabétique.

Jury : MM. Brindeau, président ; J.-L. Faure, Jeannin, Lemaître. — M. GUERNICA-ROUX. Etude du traitement des grossesses extra-utérines après le cinquième mois. — M. FIRMINHAC. Traitement chirurgical de l'ovarite sléro-kystique. — M. DOLLÉ. Le traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le S. I. — M. CHERCHEVSKI. Une complication de l'évolution de la dent de sagesse, le granulome marginal postérieur.

Mercredi 6 *juin.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Robert Debré, Lemierre, Cathala. — M. CORD. Etude clinique et thérapeutique des cavernes tuberculeuses pré-costo-vertébrales. — M. SCHLIESSER. Manifestations atypiques de la maladie du sérum. — M. JACQ. Etude de la réaction de l'acétate de cuivre chez les cancéreux.

Samedi 9 *juin.* — Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Tanon, Chevallier. — M. PIÉRY. Les données anatomo-cliniques actuelles de l'opération de Jacobœus. — M. SWICK. Etude des délires d'allure mystique au cours des états épileptiques. — Mme MARTINO. Conceptions actuelles sur l'hygiène morale de l'enfant. — M. GAUTRELET. Etude physiologique de la réaction de Schick. — M. GORNEZ-CAMEJO. Remarque sur la disparition de la fièvre jaune à Cuba, au commencement du XXe siècle.

Lundi 4 *juin.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Panisset, Robin. — M. COLLETTE. Affections typhoïdes du cheval. Etude d'une paratyphose équine.

Vade-Mecum d'émanothérapie, par GASQUET, SOURDEAU et GODIN. Cet ouvrage, qui débute par une note du professeur d'Arsonval à l'Académie des Sciences, fait connaître au médecin les multiples ressources qu'offrent, pour la pratique courante, les techniques nouvelles et entièrement originales d'émanothérapie, d'après les procédés Vaugeois. Un exposé très clair des phénomènes de radioactivité sert d'introduction. L'action biologique des émanations radioactives, complétées des indications thérapeutiques, donne ensuite une idée très précise des modalités d'application de cette nouvelle thérapeutique. — Maloine, éditeur, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

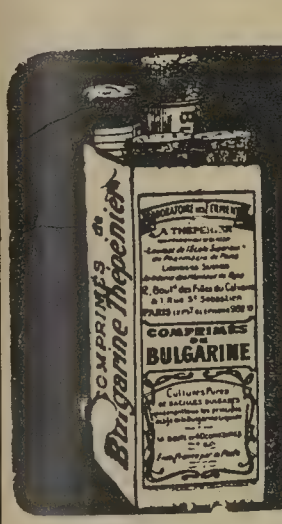
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

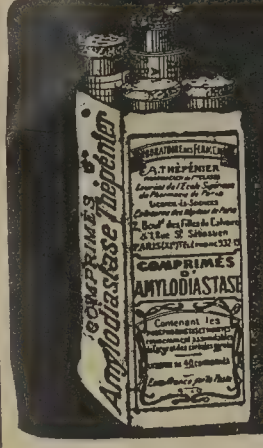
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies :** délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — MERCREDI 6 JUIN 1934. — N° 45.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur l'emploi du bleu de méthylène chez les asphyxiés (avec 1 fig.), par M. J.-M. Le Goff.

ACTUALITÉS

Les myiases thérapeutiques (méthode de Baer-Maggott-therapy), par M. R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.

CHRONIQUE

Banquet annuel de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, par L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

Formes cliniques des pneumonies à pneumocoques (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. de Brun du Bois-Noir, Kourilsky et G. Dreyfus.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Médecine opératoire.* — Séance du 31 mai. — Question donnée : « Résection de l'os maxillaire supérieur (côté gauche). »

MM. Lallemant, 19; Maduro et Rémy-Néris, 18.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de dissection.* — Séance du 31 mai. — MM. Rudler, 30; Baumann et Palmer, 29; Aboulker, Dufour, Hepp et Vuillième, 28.

Sont déclarés admissibles : MM. Hepp, 140; Vuillième, 139.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale a eu lieu sous la présidence de M. Chapon qui, à l'unanimité, fut élu l'an dernier, en remplacement de M. Bellencontre qui se retirait après quinze ans de présidence.

M. Chapon a rappelé l'œuvre déjà accomplie dans le cadre de ce beau programme : secourir, protéger, moraliser, œuvre qu'il faut intensifier et étendre encore. Un des grands moyens pour y parvenir sera un rapprochement de plus en plus étroit de l'Association et de la Confédération des syndicats qui s'est longtemps heurtée à des difficultés et à des oppositions et qui paraît maintenant à peu près réalisée dans l'esprit de tous.

Après le rapport financier de M. Jules Bongrand, trésorier général, on entendit celui de M. Levassort concernant la pension viagère : 726 médecins secourus depuis la fondation, 4.117.600 fr. distribués; en 1933, 69 confrères pensionnés.

M. Lutaud, secrétaire général, présenta le rapport moral, insistant sur les deux grandes questions avec lesquelles il s'est trouvé aux prises au cours de cette année : la propagande et les rapports de l'Association avec la Confédération des syndicats.

M. Foveau de Courmelles a été nommé vice-président.

Au banquet de clôture on remarquait à la table d'honneur le professeur Perrin (de Nancy); MM. Siredey, Claisse, médecins des hôpitaux; Busquet, professeur agrégé; Dartigues, Sénéchal, président du S. M. S.; Bourguignon, Bonnefous, député, etc. Des discours furent prononcés par MM. Chapon, Dibos, Sénéchal, Perrin, Bonnefous, Dartigues.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique et membres de la section permanente :

MM. Allix, doyen de la Faculté de droit de l'Université de Paris; Balthazard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris ; Borel, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, directeur honoraire de l'école normale supérieure; Cavalier, directeur de l'enseignement supérieur; Charléty, recteur de l'Académie de Paris; Delacroix, doyen de la Faculté des lettres de l'Université de Paris; Havard, inspecteur général de l'enseignement primaire ; Lamirand, inspecteur général de l'enseignement secondaire; Launay, inspecteur d'Académie à Lille; Lépine, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lyon; Luc, directeur général de l'enseignement technique; Maurain, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Paris; Rosset, directeur de l'enseignement primaire; Vial, directeur de l'enseignement secondaire.

— Sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, les membres de l'enseignement libre dont les noms suivent :

MM. Berthier, directeur de l'école des Roches à Verneuil-sur-Avre; Daumas, directeur du cours Saint-Louis à Paris, président du Syndicat de l'enseignement libre secondaire, supérieur et technique; Pichat, professeur à l'école libre des sciences politiques, président de section au Conseil d'Etat; Rivet, professeur à la Faculté libre de droit de Lyon, vice-président du Syndicat des membres de l'enseignement libre de Lyon.

— Sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, les représentants de parents d'élèves dont les noms suivent :

MM. Boissier, président de l'association des parents d'élèves des lycées de Lyon, président de l'union régionale des associations de parents d'élèves des lycées et collèges de l'Académie de Lyon, trésorier adjoint de la fédération des associations de parents d'élèves des lycées et collèges; le docteur Deroide, président de l'association des parents d'élèves des collèges de Calais, vice-président de la fédération des associations de parents d'élèves des lycées et collèges; le docteur Friteau, président de l'association des parents d'élèves du lycée Racine à Paris, secrétaire général de la fédération des associations de parents d'élèves des lycées et collèges.

— *Section permanente.* — Sont nommés, pour quatre ans, membres de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, les membres élus dont les noms suivent :

MM. Bedier, administrateur au Collège de France; Capitaine, professeur au collège Chaptal; Fouret, professeur au lycée Lakanal; Guérin, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris; Picard, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Roussy, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA NATALITÉ. — M. le docteur Le Lorier a été nommé membre du Conseil supérieur de la natalité. (*J. O.*, 27 mai 1934.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Daussy, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rennes, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Lesvellec, en remplacement de M. le docteur Fassou, appelé à un autre poste.

— Un poste de médecin chef à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) est vacant par suite du départ de M. le docteur Requet, appelé à un autre poste.

BANQUET MÉDICAL. — Le banquet médical, réunissant les inscrits et les sympathisants à l'action française sous la présidence du docteur Edouard Pichon, médecin des hôpitaux, assisté de MM. Charles Fiessinger, Léon Daudet et Charles Maurras, aura lieu le 7 juin à la salle Bullier. Prix du banquet : 36 fr. ; étudiants : 20 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Amédée Larre, conseiller général des Basses-Pyrénées, maire d'Irissary; Chevalier, radiographe à Roanne; Armand Berg, professeur honoraire à l'Université d'Aix-Marseille; Numa Julian, conservateur des musées de Beaucaire, membre de l'Académie de Nîmes; Lambert (de Shanghaï), décédé à Paris; Peyneau (de Mios).

Journées médicales et pharmaceutiques de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille. — Ces journées auront lieu les 9, 10 et 11 juin 1934.

Le programme comporte une séance extraordinaire de la Société médicale et anatomo-clinique, le vendredi 8 juin à 17 heures.

Le samedi, *conférences* des professeurs Langeron, Billet, Deherripon, Bernard, Courty, Mlle Senellart, les professeurs Favreau, Parturier, Lepoutre, d'Halluin. Des séances opératoires auront lieu le matin. Des réunions artistiques et sportives sont également annoncées.

Le dimanche matin, conférence du professeur Dustin (de Bruxelles), du Dr Thierry de Martel (de Paris), de M. le professeur Paget.

Un banquet aura lieu à 12 h. 30.

Le lundi, visite du sanatorium national Vancanwenberghe (de Zuydcoote).

Congrès de Québec. — Le *Champlain* qui devait, avant d'arriver à Québec, faire escale à Saint-Pierre et Miquelon, puis à Gaspé, partirait du Havre le 19 août. Désireux de permettre aux congressistes de s'arrêter, avant l'entrée dans le Saint-Laurent, à Charlottetown, dans l'île du Prince-Edouard, la Compagnie transatlantique fera partir le *Champlain*, un jour plus tôt, le 18 août. Le programme de la croisière sera dès lors le suivant :

Samedi 18 août : départ du Havre.

Jeudi 23 août : 12 heures à 18 heures, escale à Saint-Pierre et Miquelon.

Vendredi 24 août : 12 à 19 heures, escale à Charlottetown.

Samedi 25 août : 8 heures à minuit, escale à Gaspé, permettant aux congressistes d'assister aux fêtes de jour et de nuit qui auront lieu dans cette ville à l'occasion du 4e centenaire de Jacques Cartier.

Arrivée à Québec dans la nuit du 26 au 27 août pour l'ouverture du Congrès, qui aura lieu le 27 à 14 heures.

De nombreuses questions, en dehors de celles discutées au Congrès de médecine, sont déjà annoncées dans les autres sections (chirurgie, obstétrique, pédiâtrie, etc.).

Pour participer aux travaux et aux fêtes données à l'occasion du Congrès de médecine, on est prié de s'inscrire chez Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Le prix de l'inscription est de 100 francs pour les membres du Congrès ; de 50 francs pour les membres de leur famille.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Thérapeutique endocrinologique des Troubles Ovariens par les principes endocriniens différenciés

l'AGOMENSINE

Thérapeutique de Stimulation

Substance protéidique extraite de l'ovaire
Hormone congestive et vasculaire

Action { Stimulante de la fonction ovarienne
Congestionnante de l'utérus
Déclanche la menstruation

la SISTOMENSINE

Thérapeutique de Substitution et de Régulation

Substance lipoïdique extraite de l'ovaire.
Hormone de croissance et d'évolution (Allen & Doisy)

Action { Equilibrante de la fonction menstruelle.
Régularise le Flux cataménial.
Antimétrorragique et.
Antidysménorrhéique.

l'ANDROSTINE

Thérapeutique de Complément et de Neutralisation

Substance protéidique extraite du testicule
Hormone hétérologue complémentaire

Action { Neutralisatrice dans l'hyperovarie.
Régularisatrice dans troubles de la puberté et de la ménopause.
Calmante et équilibrante dans troubles du sympathique pelvien.

Ces trois produits sont présentés en Comprimés et en Ampoules

LABORATOIRES CIBA - O. ROLLAND, 109-113, Boul[d] de la Part-Dieu. LYON

336

SPIROCHÉTOSES
ET PARASITOSES
INTESTINALES
HELMINTHIASES

DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES CATARRHALES

Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

ACTION ANTIPARASITAIRE, ANTISEPTIQUE
ET ANTIFERMENTESCIBLE

FAIBLE TOXICITÉ MALGRÉ LA TENEUR
ÉLEVÉE DU STOVARSOL EN ARSENIC

PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

ADMINISTRATION FACILE

COMPRIMÉS :
à 0 gram. 25
à 0 gram. 05
à 0 gram. 01

Société Parisienne d'Expansion Chimique ○ SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple, 86 - Paris-3e

PANTOPON
"ROCHE"

FLR

OPIUM TOTAL INJECTABLE

3 FORMES

AMPOULES — SIROP — COMPRIMÉS

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS

SUR L'EMPLOI DU BLEU DE MÉTHYLÈNE CHEZ LES ASPHYXIÉS

Par M. J.-M. Le Goff.

Chaque année à l'approche de l'hiver, et pendant toute cette saison, on constate une recrudescence de cas d'asphyxie par le gaz d'éclairage et par l'oxyde de carbone ; l'intervention tardive ainsi que la thérapeutique usuelle sont souvent sans résultat, aussi est-il du plus grand intérêt de faire connaître un procédé nouveau qui a l'avantage d'être simple et sans danger.

Selon M. Guilleman, médecin-capitaine au régiment des sapeurs-pompiers (1), les différences entre un noyé, un électrocuté et un intoxiqué par l'oxyde de carbone ne sont qu'apparentes. Ce qui domine dans tous les cas, c'est un mécanisme d'inhibition bulbaire, provoqué par les modifications chimiques du milieu sanguin.

Cette action inhibitrice détermine l'arrêt de la respiration et amène la mort. Cette doctrine de l'unicité anatomo-pathologique du syndrome asphyxique nous autorise, dit l'auteur, à appliquer à peu de chose près le même traitement à tous les asphyxiés.

Dans son récent traité de l'asphyxie, le professeur Léon Binet recommande l'oxygénothérapie, la carbogénothérapie et la respiration artificielle produite mécaniquement ou par les agents pharmacologiques capables d'exciter le centre respiratoire, entre autres la lobéline, le camphre, la caféine, le pentaméthylène tétrazol et la coramine ; d'après les observations du docteur J. C. Geiger (2), on devrait ajouter le bleu de méthylène.

Le bleu de méthylène est un chlorure de tétraméthylthionine, il se présente sous la forme d'une poudre bleue sombre cristalline à reflets cuivrés, très soluble dans l'eau ; employé, dès sa découverte, dans l'industrie tinctoriale, il a reçu en médecine de nombreuses applications, mentionnées déjà dans la thèse de Héron de Villefosse sous le titre très expressif : le bleu de méthylène en 1897.

Achard et Castaigne l'ont employé pour déterminer la perméabilité rénale. Avec Pierre Marie, je l'ai vu améliorer plusieurs cas de diabète (3). J'en ai fait un réactif qualificatif et quantitatif du glucose urinaire et sanguin (4) ; en effet, le bleu de méthylène est réduit en milieu *alcalin* par les aldéhydes, les cétones, les hydrates de carbone à fonction aldéhydique ou cétonique, l'hydrosulfite de sodium, certains phénols, à une température relativement basse et même à la *température du corps humain*. J'ai établi que la quantité de bleu décolorée est proportionnelle au poids du réducteur qui se trouve décomposé (5). Le bleu de méthylène est transformé de la sorte en blanc de méthylène suivant la formule

$$\underset{\text{bleu de méthylène}}{C^{16}H^{18}SN^2Cl} + \underset{\text{glucose}}{2C^6H^{12}O^6} + \underset{\text{potasse}}{2KOH} =$$

$$\underset{\text{blanc de méthylène}}{C^{16}H^{20}SN^2Cl} + \underset{\text{gluconate de K}}{2C^6H^{11}O^7K}$$

Pour répéter cette expérience, il suffit de prendre un tube à essais, dans lequel on verse 2 cc. de bleu à 1/5.000, dix centigr. de glucose et 1 cc. de la solution de potasse à 1/100, puis de tenir quelques instants le tube dans l'eau chaude : on voit la teinte bleue disparaître. (Je remercie bien sincèrement la maison Sandoz qui a mis gracieusement à ma disposition quelques grammes de gluconate de k. pur.)

Le 1er juin 1897, j'avais mis dans un tube à essais, muni d'un bouchon de liège, 10 cc. d'eau distillée, 2 gr. de glucose, 1 gr. de carbonate de sodium et 2 milligr. de bleu de méthylène. J'ai montré que la chaleur de la *main* suffisait à décolorer le liquide, qui revenait au bleu lorsqu'on agitait le tube. On peut répéter cette expérience jusqu'à ce qu'on ait épuisé l'oxygène de l'air contenu dans le tube ; à partir de ce moment, il faut enlever le bouchon pour permettre l'entrée d'air frais. J'ai fait cette manœuvre pendant des années avant d'oxyder totalement les 2 gr. de glucose, de sorte qu'une petite quantité de bleu peut être utilisée fort longtemps pour oxyder 1.000 fois son poids de glucose. Pour oxyder, en une seule opération, les 2 gr. de glucose, il faudrait, d'après l'équation ci-dessus, 1 gr. 77 de bleu.

Par la suite, j'ai donné à mon appareil la disposition représentée par la fig. 1, le tube de caoutchouc B, jouant le rôle de flexible, permet d'agiter facilement les liquides du tube A qui renferme les solutions de bleu de méthylène, de glucose et d'alcali.

Le bleu de méthylène doit être rangé dans le groupe des corps appelés oxydoréducteurs, dont le nombre s'est accru par la découverte récente de Moureu et Dufraisse, des rubènes, hydrocarbures rouges, qui, exposés à la lumière, sans précaution contre l'air, absorbent l'oxygène atmosphérique en se décolorant et donnent les oxyrubènes ; il faut chauffer ces derniers de 100 à 200 degrés pour les décomposer en oxygène et en rubène primitif.

Le blanc de méthylène ou bleu de méthylène décoloré, possède une propriété remarquable, véritable propriété vitale, c'est d'absorber, *à la température ordinaire*, l'oxygène de l'air pour redonner le bleu d'où l'on est parti.

C'est l'étude de cette propriété oxydoréductrice du bleu de méthylène qui m'a conduit à donner ce corps dans le traitement du diabète sucré, mais le bleu est sans action sur le diabétique dont le sang présente un pH inférieur à 7,35. Les recherches entreprises sur ce sujet, à un point de vue différent du mien, par Otto Warburg, Guzman Barron (1) et Me M. Brooks (2)

(1) Guilleman. Traitement général des asphyxiés, *Gaz. des Hôp.*, 3 et 10 février 1934.

(2) J.-C. Geiger. Sur l'emploi du bleu de méthylène dans l'empoisonnement par CO, *Journ. of Amer. Med. Ass.*, n° 14, 8 avril 1933, p. 1103.

(3) P. Marie et Le Goff, *Bull et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séance du 7 mai 1897, p. 658, et 28 mai 1897, p. 759.

(4) Le Goff, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, séance du 9 avril 1897, p. 515 et 654.

(5) Le Goff, Sur certaines réactions chromatiques du sang dans le diabète sucré, *Th. de Paris*, 1897.

(1) E.-S. Guzman Barron, Etudes sur le métabolisme des cellules du sang, *Journ. of Biol. Chem.*, LXXXI, febr. 1929.

(2) Matilda Brooks. Effet du bleu de méthylène sur l'intoxication par KCy et CO, *Proc. of the Soc. for Exp. Biol. and Med.*, XXIX, 1932.

ont démontré que, dans le sang, le cyanure de potassium ou l'oxyde de carbone inhibitent la respiration aérobie, mais non la glycolyse, que d'autre part le bleu de méthylène exalte la combustion cellulaire des érythrocytes, il ne faut pas être surpris des résultats encourageants obtenus avec ce corps, chez les asphyxiés, par le docteur J. C. Geiger, Directeur du service de santé publique à San Francisco, auquel j'adresse mes remerciements pour sa lettre du 7 septembre 1933.

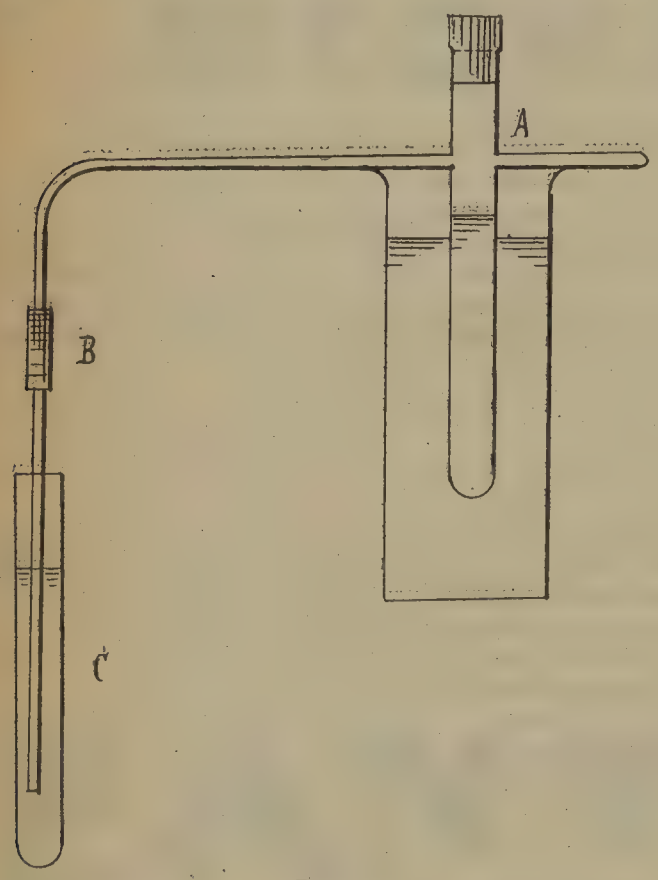


FIG. 1.

Dans un premier cas, il s'agit d'un sujet qui, désirant se suicider, s'était enfermé dans un espace clos, dans lequel il avait fait arriver par un tube, les gaz d'échappement d'un moteur d'automobile en marche. On le trouva, dans le coma, sans battement cardiaque ni mouvement respiratoire ; on pratiqua la respiration artificielle pendant 20 minutes. Quand on perçut de légers mouvements respiratoires, on fit une injection intraveineuse de 50 cc. d'une solution aqueuse de bleu de méthylène à 1 p. 100 qui amena une légère amélioration ; cinquante minutes plus tard, une seconde injection fut pratiquée, après laquelle le malade sortit du coma ; une demi-heure plus tard, une dernière injection de 20 cc. compléta la guérison.

Une autre fois, le docteur Geiger se trouva en présence d'un jeune homme ayant avalé un verre d'eau dans laquelle on avait dissous 1 gr. de cyanure de potassium et se trouvant dans le coma : respiration faible et irrégulière, cyanose prononcée. On fit aussitôt une injection de 50 cc. de bleu de méthylène à 1 p. 100 ; dès la fin de l'opération, le sujet fit quelques mouvements, en 5 minutes il sortit du coma et en 15 minutes il fut tout à fait rétabli.

Le docteur Milton A. Bell, de Philadelphie, a obtenu les mêmes résultats dans un cas d'intoxication par l'oxyde de carbone, après injection intraveineuse de 30 cc. d'une solution chaude de bleu de méthylène à 1 p. 100 (1). De même, W. Christopherson a soigné avec succès, par cette méthode, 5 ouvriers travaillant dans un tunnel et intoxiqués gravement par l'explosion prématurée d'une mine (2).

En résumé, *dans les cas d'intoxication ou d'asphyxie, il me paraît désirable d'adjoindre aux méthodes usuelles, les injections intraveineuses d'une solution chaude de bleu de méthylène à 1 p. 100 qui semblent déterminer, par une amorce de réactions glycolytiques* (susceptibles de se produire in vitro, comme on l'a dit ci-desssus) *un réflexe qui, par un mystérieux cordon de Bickford, se transmet jusqu'au bulbe, centre nerveux, dont dépendent tous les phénomènes de la vie.* Nous serons heureux d'enregistrer les résultats obtenus par ce procédé (3).

ACTUALITÉS

LES MYIASES THÉRAPEUTIQUES
(Méthode de Baer-Maggott-therapy)

Les rapaces et les carnivores ne manquent pas chez les insectes, comme l'a montré J. H. Fabre, mais il en est peu de redoutables à l'homme, dans nos climats tout au moins. Il en est cependant parmi les mouches et bien que du fait des circonstances de tels faits soient assez rares, on connaissait en médecine les infestations par les mouches bien avant que les progrès de la parasitologie et de la pathologie tropicales aient permis d'en pousser à fond l'étude. Ce qui est particulier aux myiases c'est que l'insecte adulte n'est qu'un agent d'infestation et que c'est sa descendance non encore adulte qui cause les désordres.

Il semble d'ailleurs que la relative rareté à toutes les époques de ces accidents n'ait fait que rendre l'attention plus vive, ce qui est assez normal ; ce que la Bible rapporte des infortunes de Job et d'Hérode (4), proies vivantes des insectes, reproduit fidèlement ce que de temps à autre on peut encore observer de nos jours.

Ce qui est nouveau, c'est l'appel à l'insecte, ou plus exactement à sa larve comme à un auxiliaire du chirurgien. Il a fallu des circonstances heureusement exceptionnelles pour la genèse de telles tentatives.

Au XVIe siècle, Ambroise Paré avait rapporté un cas d'infestation humaine par larves de mouches ; la guérison observée était survenue, « malgré » les parasites et l'illustre chirurgien en était resté à cette conclusion négative. Aux XVIIe et XVIIIe siècles, on avait relaté des cas analogues et noté l'influence apparemment favorable des larves mais jusque vers 1860 où la guerre de Sécession en montre de nouveaux et même par la suite on en demeura aux appréhensions et aux répugnances, à la fois instinctives et renforcées par ce

(1) *Journ. of Am. Med. Assoc.*, 6 mai 1933, p. 1403.
(2) *Journ. of Am. Med. Assoc.*, 24 juin 1933, p. 2008.
(3) On peut se procurer des ampoules de bleu de méthylène chez M. Gourdet, 44, rue de Belleville, ancien préparateur du Pr. Achard.
(4) Job VII, 5; XXX, 30. — *Act. ap.* XII, 23.

qu'on voyait habituellement sur l'animal. Les quelques tentatives de Zachmann pendant la guerre de Sécession étaient tombées dans un oubli d'autant plus profond qu'une telle méthode était plus opposée aux préoccupations d'asepsie toujours plus rigoureuses des dernières générations chirurgicales.

Aussi, lorsqu'à partir de 1914 on vit à nouveau de temps à autre dans les armées des deux camps des plaies grouillantes, n'eut-on que trop naturellement tendance à voir là une complication indésirable, même lorsque ne survenaient pas les catastrophes redoutées.

C'est seulement à partir de 1917 que W. S. Baer, chirurgien des armées américaines en France, observant et concluant impartialement, entreprit l'étude systématique d'une méthode issue de constatations fortuites. Les résultats qu'il a publiés à partir de 1929 lorsque sa méthode fut mise au point, ceux qu'à son exemple ont obtenus d'autres chirurgiens américains (Livingstone et Prince, Wilson, Doane et Miller, Blair, Weil, Simon et Sweadner) ont été le prologue de tentatives dans d'autres pays. Les essais faits en France tant au point de vue entomologique (Brumpt et Durousseau-Dugontier) que clinique (Lenormant, Paul Mathieu, Ombrédanne) ont montré que si les indications des pansements aux larves de mouches sont peu nombreuses il s'agit d'une méthode sans risques graves et d'un grand intérêt dans des cas où la chirurgie même opératoire a connu bien des déboires.

***

Les mouches et leur élevage. — Parmi les espèces dont les larves peuvent pulluler dans les plaies de l'homme ou des animaux il en est qui ne seront jamais que des ennemies : la larve dévore avec la même voracité le mort et le vif, les vaisseaux et les parenchymes comme le reste. C'est le cas des sarcophagidés, chrysomyia macellaria, sarcophaga carnaria, entre autres.

Il faut donc faire appel à des espèces exclusivement nécrophages ; et encore certains sujets d'espèce considérée comme utilisable ont-ils donné des accidents à Bachmann et Blair (1932). La nécrophagie élective des larves semble surtout affaire d'armature buccale. Aussi doit-on — et peut-on grâce aux travaux récents — s'en tenir aux espèces démontrées inoffensives et spécialement élevées ; ce sont surtout les lucilies — sericata, caesar — (Brumpt), mais on a eu également de bons résultats avec Phormia regina (Baer, Wilson, Doane et Miller), Calliphora erythrocephala (Livingstone et Prince, Vara Lopez et Thorbeck), Wahlfartia nuba (Grautham de Khartoum). C'est avec les sujets élevés par Brumpt et ses élèves (Lucilia sericata) que les chirurgiens français ont obtenu des résultats jusqu'ici très satisfaisants.

L'élevage en semble aisé, tout au moins à des mains expertes ; les détails techniques en sont exposés plus en détail que nous ne pouvons faire ici, dans le tout récent et excellent travail de Durousseau-Dugontier (1). Ce qui importe c'est d'obtenir en nombre suffisant des larves robustes, parfaitement sélectionnées quant à l'espèce et aussi aseptiques que possible pour ne pas greffer dans une plaie déjà infectée une nouvelle souche peut-être plus nocive encore.

L'élevage de laboratoire est aussi fécond mais plus rapide que dans la nature ; un cheptel suffisant peut être assez rapidement constitué. En 6 à 8 semaines environ, une génération d'adultes peut succéder à celle dont elle est issue. Les premiers accouplements ont lieu vers le 6e jour ; la ponte commence 2 ou 3 jours plus tard ; dans les 35 jours qui sont sa durée moyenne de fécondité, une mouche pond un millier d'œufs, donc largement de quoi perpétuer l'espèce et fournir aux besoins médicaux.

Dans des cages aseptiques, à une température de 25° et dans une atmosphère à 40-60 % de saturation hygrométrique, on voit les œufs pondus éclore en quelques heures. Les mouches ont pondu sur des quartiers de viande fraîche mis à leur disposition. Les larves grossissent rapidement en subissant deux mues successives.

Dès ce stade l'asepsie a pu être obtenue et doit être respectée au cours des diverses manipulations. C'est en effet par plusieurs lavages des œufs frais pondus dans du formol à 10 %, lavages suivis d'un soigneux rinçage à l'eau stérile qu'on peut en stériliser les coques sans nuire au contenu.

La larve est élevée aseptiquement après éclosion sur le milieu nutritif stérilisé où les œufs ont été déposés après lavage (gélose au foie ou à la poudre d'organes). Lorsque la larve s'immobilise et devient pupe on la stabule dans de la poudre de liège stérile. L'insecte adulte naît donc en milieu stérile et c'est à une partie de sa descendance (donc à la 2e génération de larves) obtenue avec les mêmes soins d'asepsie et sous le même contrôle bactériologique répété à chaque stade de développement, que l'on confiera le soin des désinfections chirurgicales.

A 5-6°, on peut conserver plusieurs jours les larves réservées à ce ministère ; elles y sont aptes 48 h. environ après l'éclosion ; elles sont à ce moment adultes ; leur tube digestif n'est plus visible par transparence en noir sur le fond clair de leur épiderme dorsal. Pendant 4 jours environ elles seront aptes à rendre les services attendus.

***

Les indications de la méthode sont peu nombreuses. La plus ancienne origine de la méthode est le caractère infecté et anfractueux des plaies des parties molles, avec ou sans coexistence et communication avec un foyer osseux. La méthode de nettoyage chirurgical, classique depuis la guerre, diminue l'intérêt de cette indication.

Les ostéomyélites sont au contraire l'indication cardinale. On peut employer les larves dans les formes aiguës, quel qu'en soit le type, 7 jours environ après l'intervention sur le foyer. Mais c'est surtout dans *les formes chroniques*, résistantes et récidivant malgré incisions, curettages, et exérèse de séquestres que l'action des larves semble la plus nette et trouve son indication formelle.

On doit préalablement avoir agi chirurgicalement pour mettre à plat autant que possible le foyer, et en-

(1) DUROUSSEAU-DUGONTIER. *Th. de Paris*, avril 1934.

lever les séquestres. Si la larve vient aisément à bout de tout ce qui a perdu sa vitalité — et de cela seulement — dans les parties molles, elle n'est pas outillée pour faire disparaître des parcelles osseuses trop résistantes ; un dégrossissage préalable est donc indispensable.

Contre les retours offensifs d'ostéomyélites anciennes, apparemment guéries, les larves sont vraisemblablement utiles, mais l'ère des essais n'est pas encore révolue.

Il était logique enfin de traiter par les larves les fractures compliquées infectées ; les cas sont peu nombreux mais semblent favorables (Livingstone et Prince, 5 cas ; Ombrédanne, 3 cas, dont l'un compliqué de scarlatine au cours même du traitement myiasique).

Dans l'été de 1932 enfin, Fechner a observé chez un enfant de 8 ans l'évolution d'une mastoïdite demeurée torpide en dépit d'une intervention, brusquement et heureusement modifiée après qu'on eut extrait d'un pansement d'abondantes larves de mouche d'origine extérieure. La question mériterait donc d'être reprise.

***

La technique est simple ; seul le pansement est un peu spécial.

L'intervention préalable effectuée, on laisse ouverte la plaie opératoire sous pansement aseptique au sérum physiologique avec abstention de tout antiseptique.

Après 48 heures, tout risque d'hémorragie ayant disparu, on irrigue largement au sérum physiologique et on dépose sur la plaie un nombre suffisant de larves de 48 heures d'âge : 200 à 1.000 selon les cas. On expose quelques minutes la plaie à une lumière vive qui chasse les vers vers les profondeurs plus obscures et on recouvre d'un pansement peu serré, cantonnant les vers dans leur champ d'action mais perméable à l'air et suffisamment absorbant. Le mieux est d'entourer très soigneusement la plaie d'un leucoplaste et de placer au-dessus, en couvercle, une toile métallique en fil de bronze à bords garnis eux aussi de leucoplaste qui adhère à la garniture déjà posée ; sur le tout quelques épaisseurs de gaze absorbante.

On renouvelle cet appareil après 4-5 jours, après avoir quotidiennement exposé à la lumière quelques minutes la fenêtre de toile métallique.

On remplace les vers le nombre de fois nécessaire (5 ou 6 au maximum en général) et en employant à chaque fois des sujets neufs. Après 3 ou 4 jours au début, moins encore par la suite, les vers ont donné ce qu'on en pouvait attendre et on doit en débarrasser la plaie par un grand lavage au sérum. Il est bon de laisser au repos la plaie pendant 24 heures entre chaque application.

La réaction locale des 24 premières heures produit un très abondant écoulement rouge brun, mousseux qui traverse le pansement, mêlé de pus, de bactéries et de produits mal connus d'origine larvaire. Lors des pansements on constate un aspect net de la plaie avec des bourgeons charnus vivaces comblant régulièrement les anfractuosités. Les lésions osseuses montrent à l'examen radiologique une recalcification régulière et rapide.

Il y a peu de réaction générale, parfois un peu de fièvre qui cesse après les 24 premières heures. Localement le malade accuse après chaque infestation des démangeaisons intenses mais que des enfants supportent en général sans que des calmants soient indispensables.

Les résultats semblent habituellement satisfaisants; il est bon de pratiquer au préalable une injection antitétanique ; les faits d'infection secondaire dus au traitement (Nicolaïer, proteus, staphylocoque, streptocoque) semblent exceptionnels depuis qu'on emploie des vers d'élevage.

Certains cas ont cependant été des insuccès : sujets à état général très atteint (cas de Livingstone et Prince avec dégénérescence amyloïde ou état septicémique) ou dans certaines localisations (graves délabrements du tarse). Dans les 189 cas qu'ont traités ces auteurs, intentionnellement très divers, il y a eu 95 % de guérisons.

Brumpt déconseille la méthode lorsque la situation trop profonde du foyer infecté (hanche) rend difficile la pénétration des larves.

On est mal fixé encore sur le mode d'action des larves. Il est sans doute complexe. L'animal carnivore ingère les débris ou le liquide qui résulte de leur digestion par les sécrétions émises par le tube digestif du ver (bouche ou anus) comme le pense Fabre. Ces produits puissamment protéolytiques sont peut-être également bactéricides ; ils alcalinisent en effet puissamment les sécrétions de la plaie.

Peut-être aussi l'irritation mécanique par les poils et les aiguillons du ver ne sont-ils pas sans effet sur une cicatrisation qu'il faut parfois tempérer.

Peut-être enfin faut-il compter avec des produits résorbables ; de deux foyers symétriques sur un seul desquels Ombrédanne mit des vers, le plus vite amélioré fut le foyer sans larves. Brumpt suppose que le principe résorbé serait analogue à celui que Livingstone a cherché à employer dans les broyats stériles de larves qu'il a injectés, avec succès, dit-il, chez des sujets trop gravement atteints ; cet auteur en aurait proposé l'emploi en pansements externes dans des otites moyennes, des sinusites, des mastoïdites.

Des études ultérieures montreront sans doute ce qu'il faut attendre de telles variantes de la méthode de Baër. Mais dès à présent, sans tabler sur les applications qu'en a proposées Livingstone contre l'infection secondaire de bacilloses ouvertes ou fermées, il semble incontestable que le chirurgien trouve là un traitement fidèle et sans risques d'ostéomyélites parfois désespérantes par leur continuité.

R. Levent.

Les prématurés. Physiologie, étude clinique et thérapeutique, par H. Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. Blechmann, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. Un volume de 163 pages avec 40 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : N° 60). — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 MAI 1934)

Pneumopathie et myosite amibiennes. — MM. PELLÉ et TANNOU (Rennes). Ancien colonial dysentérique ayant présenté les symptômes classiques d'une pneumopathie grave sans suppuration au cours de laquelle apparut une myosite suppurée à pus chocolat amicrobien. Cure d'émétine : guérison des deux affections. La myosite microbienne ne semble pas avoir été déjà observée.

Prurit sénile et azotémie. — MM SÉZARY et LEFÈVRE. Il est d'opinion courante que le prurit sénile est le résultat de l'insuffisance rénale. Des recherches des deux auteurs, il faut conclure que dans la majorité des cas, le prurit sénile n'est pas dû à l'insuffisance rénale.

Cette conclusion est admise par M. Hallé.

Néphrite urémigène consécutive à une septicémie à Perfringens. — MM. P. HARVIER, F.-P. MERKLEN, J. ANTONELLI. Septicémie à Perfringens post abortum ayant évolué en deux périodes.

La première (6 jours) se manifesta par les signes cliniques classiques de la septicémie hémolysante. La sérothérapie spécifique atténua l'hémolyse, mais l'anémie subsista tandis qu'apparurent de petits signes urémiques avec azotémie dépassant 5 grammes.

La seconde fut caractérisée par une accentuation brusque de l'anémie et par l'apparition d'un syndrome complet de grande azotémie. Mort au 15e jour de la maladie.

L'autopsie montre, outre l'obstruction mécanique des tubuli par les résidus de l'hémolyse, d'indiscutables lésions de néphrite tubulo-interstitielle.

Cette observation montre qu'une néphrite toxi-infectieuse du type urémigène peut évoluer consécutivement à une septicémie à Perfringens.

Troubles trophiques et lésions ostéo-articulaires consécutifs à une phlébite des 4 membres. — M. CROUZON et GAUCHER. Jeune femme de 26 ans, après une phlébite post-puerpérale ayant atteint les 4 membres, présente des troubles trophiques importants et rares, portant sur la peau, les phanères, les muscles et surtout les os. Il subsiste des déformations aux doigts, au coude gauche. En ce point, on note une véritable arthropathie chronique dégénérative qui s'accroît progressivement.

Troubles nerveux consécutifs à une encéphalopathie arsénobenzolique. — MM. SÉZARY et DURUY. Malade âgée de 32 ans, syphilitique, qui, après une encéphalopathie arsénobenzolique conserva une dysarthrie accusée, un état spasmodique des membres inférieurs avec signe de Babinski positif. Les auteurs insistent sur la rareté de la guérison de cette complication du traitement arsenical, surtout après séquelles importantes.

Sur un syndrome humoral caractérisé par une augmentation de la sérine, du cholestérol et du chlore plasmatique, coïncidant avec un faible taux d'urée sanguine. — MM. DECOURT, MALINSKY et LESOURD ont observé cet ensemble d'altérations chez deux femmes hypertendues, présentant une bouffissure particulière des téguments. A noter surtout le contraste entre l'élévation du taux de la sérine et l'abaissement du taux de l'urée. Un traitement thyroïdien a amené le retour à la normale de l'équilibre protidique et l'abaissement du taux du cholestérol.

Un cas de paralysie générale héréditaire chez une jeune fille de 17 ans. — MM. CROUZON, MOLLARET, MACÉ DE LÉPINAY.

Métastase cérébrale unique d'origine mammaire traitée à deux reprises par intervention chirurgicale. — MM. PETIT-DUTAILLIS et SCHMITS. Malade 4 ans après l'ablation d'un cancer du sein présente une métastase cérébrale unique qui fut enlevée par opération.

Guérison à peu près complète pendant 18 mois, puis récidive accompagnée d'un syndrome d'hypertension intracranienne. Nouvelle opération ; amélioration très notable. Dans la majorité des cas, les cancers du sein entraînent des métastases uniques.

Algies radiculaires thoraciques diffuses par hernies intra-spongieuses multiples du disque inter-vertébral. — MM. CROUZON, LEDOUX-LEBARD et CHRISTOPHE. Homme de 40 ans souffrant depuis huit ans de douleurs thoraciques diffuses. Les radios révélèrent l'existence d'érosions semi-circulaires à la face inférieure de plusieurs corps vertébraux répondant à des hernies intra-spongieuses du nucleus pulposus.

Gonococcémie. Rhumatisme polyarticulaire, phlébite, anémie pernicieuse, pleurésie, suppuration pulmonaire. — MM. PELLÉ et TANNOU (Rennes). Septicémie à gonocoques intéressante par l'apparition d'une suppuration pulmonaire due au microbe de Neisser, ce qui ne paraît pas avoir été signalé. Cette septicémie traitée par la sérothérapie et la vaccinothérapie antigonococcique a évolué vers la guérison.

Sur un cas de médullo-surrénalome. — MM. LAUBRY et BERNAL. Malade de 25 ans, qui après 48 heures, mourut avec des symptômes fonctionnels graves d'azotémie. Une enquête permit de constater que ce malade souffrait depuis six ans d'une azotémie variable entre 1 gr. 50 et 2 grammes 20 avec hypertension systolo-diastolique permanente. A l'autopsie, on trouva une tumeur de la surrénale soit un paragangliome de la médullo-surrénale. Les reins étaient atteints d'une sclérose inter-tubulaire et artériolaire.

A retenir la longue durée des accidents rénaux, l'hypertension permanente, et l'intrication des deux périodes habituelles de l'évolution des paragangliomes : crises paroxystiques, hypertension et sclérose rénale, les deux manifestations semblant avoir été simultanées.

Gliome kystique du lobe gauche du cervelet. — Ablation du kyste et de la tumeur murale. Guérison. — Mme P. HILLEMAND et M. DAVID. Malade de 22 ans présentant une céphalée violente avec vomissements, des troubles de l'équilibre, de la raideur de la nuque avec signe de Kernig. A l'examen du fond d'œil, constatation d'une tumeur cérébrale dans la fosse postérieure. Une trépanation décompressive fit disparaître les symptômes. Ceux-ci réapparurent au bout de 3 mois coexistant avec un syndrome cérébelleux gauche.

Nouvelle intervention : trépanation de la fosse postérieure et incision du cervelet. On trouve un kyste, dans la cavité duquel existait une tumeur du volume d'une noix, au voisinage des nerfs mixtes. Le tout fut enlevé. Suites opératoires parfaites. Guérison totale et définitive. Pronostic d'avenir très favorable, car il s'agit d'une tumeur bénigne.

SOCIETE DE BIOLOGIE
(séance du 28 avril 1934)

L'azotémie, la polypeptidémie et la chlorémie dans le post-partum. — MM. E. Estienny, J. Lasserre et P. Valdiguie, complétant leurs recherches antérieures sur l'azotémie puerpérale, montrent que dans le post-partum, il y a également une élévation très sensible des polypeptides du sang, et par contre une hypochlorémie manifeste. Ce syndrome humoral de la puerpéralité se rapproche ainsi du syndrome humoral post-opératoire. Il paraît bien être dû à l'histolyse utérine ; cependant, un léger abaissement du taux d'élimination de la phénolsulfonephtaléine peut faire envisager simultanément une légère déficience rénale.

Sur un corps du type de l'acétylcholine, présent dans le tronc du nerf vague. — MM. Léon Binet et B. Minz. M. B. Minz a montré que le muscle dorsal de la sangsue constitue un réactif spécifique de l'acétylcholine. En solution de Ringer physostigminée, il répond par une contraction considérable à l'addition d'une dose très faible d'acétylcholine. Les auteurs ont utilisé ce réactif pour déceler la présence d'acétylcholine dans le nerf vague du chien. Un extrait, préparé avec le nerf fraîchement prélevé, étant ajouté au bain de Ringer physostigminé, où plonge un muscle dorsal de sangsue, détermine une forte contraction de ce muscle, qui indique la présence d'un principe actif voisin de l'acétylcholine. Il a été possible de doser l'activité de tels extraits par comparaison avec des solutions de titre connu d'acétylcholine : l'extrait correspondant à 6 mgr. de nerf vague de chien donne la même contraction que 1 cc. de solution d'acétylcholine à 1 p. 20 millions. On obtient un résultat analogue, mais beaucoup plus faible, avec le nerf sciatique de chien.

Modifications des éléments figurés du sang au cours de l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique. — MM. Marcel Labbé, Boulin et Balmus ont étudié les modifications des éléments figurés du sang au cours de l'épreuve d'hypoglycémie insulinique pratiquée suivant la méthode de Norgaard et Thaysen. Ils ont constaté des variations et des oscillations importantes des divers éléments, phénomène qui explique les divergences d'opinion des auteurs. Dans l'ensemble, il paraît cependant, qu'au cours de l'épreuve, il y ait tendance à la diminution des érythrocytes, à l'augmentation des leucocytes, à la polynucléose avec diminution des lymphocytes et des monocytes, à la thrombopénie.

Sur les erreurs qui peuvent être commises dans l'identification des bacilles tuberculeux des mammifères par inoculation intra-veineuse au lapin. — MM. L. Nègre et B. Weill-Hallé ont constaté que certaines souches de bacilles tuberculeux de type humain peuvent au moment de leur isolement présenter d'une façon passagère par inoculation intraveineuse de la dose de 0,01 mgr. au lapin, un certain pouvoir pathogène pour cet animal, pouvoir qui disparaît dans la suite. La connaissance de ce fait permettra d'éviter de les classer à tort dans le type bovin.

Recherche sur la bacillémie tuberculeuse effectuée simultanément par la méthode de Lœwenstein et par inoculation au cobaye chez des malades atteints de démence précoce. — MM. A. Saenz, C. Pascal, L. Costil et J. Chapoulaud. La recherche du bacille de Koch dans 10 liquides céphalo-rachidiens et dans 41 échantillons de sang appartenant à des déments précoces authentiques, n'a conduit à aucun résultat positif.

Contrairement aux travaux de Lœwenstein, ces recherches tendent à montrer que l'hypothèse de la nature tuberculeuse de la démence précoce n'est pas fondée.

CHRONIQUE

BANQUET ANNUEL DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS

Mardi 28 mai, à 8 heures, dans les salons de l'hôtel Lutetia, joyeuse affluence. Beaucoup de jeunes. Quelques anciens, dont MM. Gastou et de Gaudart d'Allaines. Parmi les notabilités extra-médicales, MM. Belbis, chef du service de santé à l'Assistance publique, et Legrand, éditeur. Les représentants des meilleures firmes pharmaceutiques. Autour de M. Belot, président d'honneur, un brillant état-major, composé de MM. Fumouze, vice-président, Lepennetier, secrétaire général, Glover, trésorier, Doreau, président annuel. Partout des fleurs rares et de jolies femmes, les unes et les autres si harmonieusement confondues que celles-là semblaient « des regards effacés », celles-ci, « des fleurs étincelantes ». Un menu soigné, artistement illustré par M. Carlu. Au champagne, et avant le tirage de la loterie, notre rédacteur en chef, M. Babonneix, prononça l'allocution suivante :

« Monsieur le Président, Mesdames, mes chers amis,

Lorsque, l'autre jour, M. Belot est venu m'inviter de votre part, j'ai commencé, ainsi qu'il convient, par le remercier de l'honneur que vous me faisiez, mais je n'ai pu lui cacher mes appréhensions : « Je suis, lui ai-je dit, un « travailleur du matin. Le soir, je ne vaux plus grand'chose. « Avez-vous envisagé toutes les conséquences de votre dé- « cision ? Si j'allais, par mon attitude, vous couvrir de con- « fusion ? Si j'allais, à l'heure des toasts, m'endormir en... « m'écoutant ? » Comment s'y est pris ce diable d'homme pour triompher de ma force d'inertie ? Action de masse ? Assurément pas ! Phénomène d'influence ? Peut-être ! Toujours est-il que j'ai accepté, non sans jurer de me venger en proclamant très haut tout le bien que chacun pense de lui. Oui, mon cher Belot, je veux aujourd'hui rendre hommage à votre science, qui vous a valu d'être désigné par vos pairs pour présider le premier congrès des électro-radiologistes de langue française, à votre ingéniosité, toujours en éveil, à vos qualités d'organisateur qui vous ont permis de créer, à Saint-Louis, un incomparable centre de rayonnement, à votre art de savoir vous entourer de collaborateurs tels que Lepennetier, Nadal, Nahan, Salaün, Tardiveau, à votre talent de parole. J'ai entendu quelques-unes de vos leçons. Comment pouvez-vous jongler ainsi avec la chronaxie et avec la rhéobase ? Par quel sortilège réussissez-vous à exposer, avec le sourire, l'austère théorie des quanta ? Je vous ai aussi applaudi, l'an dernier, à la Pitié, lorsque nous célébrions les noces d'argent, avec l'Assistance publique, de cet éminent spécialiste au profil d'empereur romain : dans votre discours, que d'étincelles ! Qu'il faut être habile physicien pour connaître ainsi le pouvoir des pointes !

Après l'exorde, les remerciements. Aux orateurs, qui m'ont comblé de tant d'éloges que, si je possédais seulement la moitié des vertus qu'ils m'ont prêtées, je serais, selon la spirituelle expression qu'employait, en pareilles circonstances, notre respecté confrère, le Dr Noir, un véritable monstre.... Aux organisateurs de ce banquet, qui n'ont rien ménagé pour nous faire passer, loin des soucis, en bonne et diserte compagnie, quelques moments agréables. A vous, Messieurs les externes, pour l'inestimable concours que vous nous apportez et, aussi, pour votre merveilleux allant. A vos côtés, nous oublions le poids des années. Vous nous empêchez de vieillir. Aux dames, enfin,

le charme de cette fête comme de nos services. Je manquerais à tous mes devoirs si je ne leur adressais pas avec l'expression de toute notre gratitude, mes plus respectueux hommages. Qu'ils les accompagnent ! Qu'ils fassent

Comme un battement d'aile autour de leur beauté !

Un auteur que j'ai beaucoup aimé, évoquant quelques souvenirs personnels, écrit finement : « J'ai l'espoir que, si je parle de moi, ceux qui m'écouteront ne penseront qu'à eux. De la sorte, je les contenterai en me contentant ». Voulez-vous que j'essaye, à mon tour, de « me retourner un instant pour embrasser du regard l'espace que j'ai traversé si vite » ?

Il y a quarante ans, le concours de l'externat se passait avenue Victoria. Il était de tradition qu'on fît du « chahut » à la première séance, et qu'on « fracturât » le mobilier. Je vois encore la retraite précipitée du jury, présidé par cet accoucheur estimé qui, comme ce personnage de la *Légende dorée*, avait la taille élevée, la barbe bien fournie et le port excellent... Au bout de trois ans, nouveau concours, réservé aux vétérans, et qui était, avouons-le, une vraie comédie. Les numéros pairs avaient 17, les numéros impairs, 17 1/2. Juges et candidats, qui se connaissaient, se haranguaient pendant l'épreuve, en termes amicaux, encore que peu académiques... Vers 1894, étant « roupiou » chez le prof. Chauffard, j'avais eu la bonne fortune de remplacer un mois mon gentil externe Michaux, le cousin du regretté chirurgien. Ce remplacement m'a rapporté... cent sous. Heureuse époque où, pour une *thune*, on pouvait offrir aux copains, à la *Closerie des Lilas*, un apéritif de luxe et laisser au garçon ébaubi un pourboire tel qu'il vous appelait : Mon prince !

Il y a quelques années, j'avais l'honneur de me rencontrer en consultation avec le professeur Sebileau. Comme je lui rappelais que, jadis, il m'avait nommé à l'externat : « Voudriez-vous, me demande-t-il, voir les notes que « j'avais prises sur votre question ? » Et, incontinent, de me montrer... ma caricature. Je croyais alors qu'il était difficile de faire mieux. J'en suis moins sûr depuis que j'ai pu contempler celles auxquelles, tout le repas, ont travaillé avec ardeur deux de nos jeunes camarades à l'allure si déférente que je ne les aurais jamais crus capables d'aussi *noirs dessins*.

En première année, je suis désigné pour le service du prof. Duplay, en même temps que Guillain, au regard tout hanté d'avenir. Le hasard des répartitions fait de moi un gynécologue. Me voilà petite salle Saint-Jean, sous les ordres de l'affable Ombrédanne. Avec H. Grenet, le modèle du dévouement professionnel — déjà — et un stagiaire de nationalité indéterminée, nous nous partageons la besogne. A Grenet, les observations ; à votre serviteur, les pansements, sous l'œil du Barbare, à l'esprit rude, à la voix plus rude encore. C'est là que, pour la première fois, certaines malades m'ont témoigné leur reconnaissance. Lesquelles ? Les plus misérables : les prostituées. Au moment de partir, elles me coulaient dans l'oreille : « Avez-vous un ennemi ? Notre protecteur saura vous débarrasser de lui « en douce ». Et puis, soyez tranquille ! Il ne vous trahira pas. Quand les circonstances l'exigent, il reste muet... comme un poisson. »

C'est chez l'amène M. Letulle que j'ai fait la connaissance de François et de Louis Le Sourd, auxquels me lie une amitié de près de quarante ans. Par eux, je suis entré à la *Gazette des Hôpitaux*, journal jeune aux jeunes, et qui n'a jamais manqué de prendre votre défense. N'y ai-je pas, moi-même, à l'instigation de mon directeur, publié certain article (1) sur la grande misère des externes ? Puissance du quatrième État ! C'est sur cet article de dix lignes que s'est appuyé un conseiller municipal pour obtenir le relèvement de votre maigre indemnité (1). C'est à lui que vous devez de toucher ces huit francs que je voudrais bien, pour ma part, voir porter à dix.

Quelques souvenirs d'internat ? En 1899, ma bonne étoile me conduit à la Salpêtrière. Je ne sais pas un mot de neurologie. Le moyen de l'apprendre ? C'est de l'enseigner. Je choisis mes souffre-douleurs. Par définition, ce seront mes

Le Président vu par un assistant.

externes. Je leur fais, chaque matin, de petites leçons. Il y en a un, à l'œil vif, qui n'écoute guère. Il ne songe qu'aux tours qu'il va jouer à son camarade. Il ne saura jamais la sclérose en plaques. Il ne profitera pas de mes laborieuses improvisations. Et pourtant, point besoin d'être grand clerc pour deviner qu'il se fera un nom en médecine. Cet externe neuro-résistant, c'était vous, mon cher Belot, qui n'attendiez, pour donner votre mesure, que la découverte des rayons X ; c'est de ce temps que date cette amitié à laquelle vous avez bien voulu faire allusion tout à l'heure, et qu'ont renforcée les circonstances. Ne nous sommes-nous pas retrouvés à Moulins, vers la fin de 1918, à Saint-Louis, où, pour mon plus vif plaisir et pour mon plus entier profit, je vous ai comme voisin ?

Chez le professeur Raymond, je n'avais que deux externes. L'année suivante, aux Enfants-Malades, chez le professeur Grancher, l'équipe compte, entre autres, le pauvre

(1) *Gaz. des hôpit.*, 18 octobre 1923.

(1) Conseil municipal. Proposition déposée par M. Michel Misoffe, 1923, n° 155.

Brunel de Serbonnes, mort si tragiquement, Ciaudo, Vaillant et Nandrot, grand travailleur auquel je ne tarde pas à proposer de « faire sous-colle », l'un préparant l'internat, et l'autre, la médaille d'or. Que d' « argumentations » véhémentes ! A me les remémorer, j'en demeure pantois. Et quand nous désirons un « public », nous ne manquons pas de réquisitionner mes deux stagiaires, aux noms prédestinés : Millet et Barthez.

Chez le professeur Gaucher, il y avait Amblard, maintenant à Vittel, Henry et P. Camus, aujourd'hui aliéniste des hôpitaux et qui s'est permis d'être élu avant moi... J'ai eu à lui recommander des candidats. Comment libeller ma lettre autrement qu'en mettant : « Cher maître et élève » ?

Depuis lors, nombreux sont mes externes qui sont arrivés à l'externat, et ce n'est pas une des moindres fiertés de penser qu'en vingt ans, j'ai eu trois fois le premier, et, pour une même promotion, à la fois le premier et le second. Il en est trois qui sont électro-radiologistes des hôpitaux. Et si je vous disais que quatre chirurgiens des hôpitaux ont été mes élèves de conférence ? Belle proportion pour quelqu'un qui — j'ose à peine l'avouer devant mon aimable voisin, M. de Gaudart d'Allaines, — n'a jamais su manier un bistouri !

Il ne me reste plus, mes chers amis, qu'à formuler les souhaits traditionnels. Souhaits de succès scientifiques. Puissiez-vous franchir le « seuil » de l'internat ! Puisse-t-il y avoir parmi vous beaucoup de Belots, de Camus, de Grenets, de Guillains ! Souhaits de bonheur. Puisse la maladie vous épargner ! Puissiez-vous échapper aux dangers qui, chez tant de vos aînés, ont « allumé la flamme du sacrifice » ! Souhaits de réussite. A vous pencher journellement sur la souffrance, vous ne mettrez sans doute pas de côté beaucoup d' « unités ». Vous n'acquerrez pas, à tout coup, la reconnaissance de vos malades. Vous aurez une satisfaction plus haute : celle d'avoir vu, dans votre profession ce qu'elle ne doit jamais cesser d'être : un sacerdoce.

Mes amis, mes chers amis, je bois à la prospérité de votre jeune et florissante Association ; je bois à votre avenir ; je bois à votre santé. »

L. B.

Etudes cliniques de syphiligraphie (1), par Ernest SCHULMANN, médecin des hôpitaux de Paris. Préface du docteur A. Sézary.

Ces études apportent une contribution intéressante à l'étude du rôle que joue le tréponème dans la pathologie. A côté de données bibliographiques très complètes, l'auteur expose des faits personnels, observés au lit du malade ou au laboratoire, d'où il tire des conclusions pratiques.

Ces différents chapitres abordant un certain nombre de problèmes syphiligraphiques à l'ordre du jour, non traités ailleurs, complètent utilement la documentation du spécialiste et du médecin.

L. G.

(1) Un volume de 292 pages avec 15 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE, EXTRAIT DE JUSQUIAME, INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Avue des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS
SCILLARÈNE
"SANDOZ"
Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille
CARDIO RÉNAL POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS. — DIURÉTIQUE GÉNÉRAL
DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI
AMPOULES 1/2 à 1 par jour. — GOUTTES XX, 2 à 8 fois par jour. — COMPRIMÉS 2 à 8 par jour. — SUPPOSITOIRES 1 à 2 par jour.
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e. B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PNEUMONIES A PNEUMOCOQUES [1]

2° La pneumonie du vieillard : elle aussi, elle est d'une haute gravité habituelle, car elle constituerait 25 pour 100 parmi les causes de mort des vieillards.

C'est essentiellement une *pneumonie insidieuse.*

Début : insidieux, quelques frissonnements, un malaise général, et une fatigue accentuée, une *asthénie inaccoutumée.*

Etat. — Signes généraux : là encore, l'*asthénie* tient le premier plan, avec les troubles digestifs ; en particulier, la *langue* est bien spéciale ; langue *sèche, rôtie, brunâtre, fendillée.* La température, *rectale,* est à 38° 38°5 ; les bruits du cœur sont souvent assourdis et le pouls petit et rapide. Les urines sont rares, mais *transparentes.*

Signes fonctionnels. — Les crachats sont atypiques : crachats verdâtres, *vert-pré.*

Signes particuliers : les signes pulmonaires sont trompeurs, atypiques ou masqués.

a) *Atypiques :* quelques sous-crépitants avec respiration soufflante et submatité.

b) *Masqués* par des râles de bronchite chronique ou par de la sclérose pulmonaire.

Evolution. — La mort est habituelle, par *myocardite.* Le tableau clinique de la pneumonie du vieillard est cependant loin d'être uniforme et l'on a pu distinguer : des formes *larvées, bénignes,* chez le vieillard robuste, des formes *latentes* ou *ambulatoires,* des formes *hémiplégiques* ou *apoplectiques,* des formes *algides,* des formes *doubles.*

3° La pneumonie de l'enfant. — La pneumonie est très fréquente chez l'enfant (53 p. 100 des cas), surtout de 2 à 6 ans ; la pneumonie est du *sommet,* elle est *atypique* et *bénigne.*

Début. — Après un catarrhe des voies respiratoires supérieures, la température monte à 40°, avec *petits frissons, sensation de froid.* Souvent chez l'enfant, les frissons sont remplacés par des « *équivalents* », convulsions chez le jeune enfant, — *vomissements* chez l'enfant plus âgé. La dyspnée et la toux manquent souvent ou existent à peine ; pas de point de côté thoracique, et s'il existe un point de côté, il est bas situé, sous-hépatique, dans la fosse iliaque : à droite, c'est le *point pseudo-appendiculaire.*

Etat. — Signes généraux : langue très saburrale, anorexie complète, vomissements, *hépatomégalie* (Gilbert). Des troubles nerveux peuvent exister : *pneumonies cérébrales* de Rilliet et Barthez ; complications *encéphalitiques* des auteurs modernes : convulsions, accidents méningés. La température à 40° peut présenter de légères oscillations, le pouls est à 130, 140, les urines rares et foncées.

Signes fonctionnels : la dyspnée (40) existe, mais *ne s'extériorise pas :* c'est plutôt une polypnée qu'une dyspnée véritable. Pas de tirage. Pas de battements des ailes du nez, en général. Parfois petite toux sèche. *Pas d'expectoration avant 7 ans.*

Signes physiques. — A l'examen, *trois sortes de signes importants : le faciès,* les signes de *percussion,* les signes *radiologiques.*

Faciès : vultueux, animé, aux yeux brillants avec rougeur de la pommette ; *inégalité pupillaire* et très souvent de l'*herpès ;* si l'on ne trouve pas l'herpès des lèvres ou du nez, on doit rechercher l'herpès anal.

On regardera avec soin le thorax de l'enfant mis à nu : voir la *diminution de l'amplitude respiratoire d'un sommet* (S. de Weil), surtout diminution de l'expansion thoracique sous-claviculaire. Parfois, *léger asynchronisme respiratoire* (S. de Jules Renault).

On peut apprécier un certain degré de *contracture des scalènes et du trapèze* d'un côté (S. de Lesné).

Mais ce qui est capital pour le diagnostic, c'est de rechercher minutieusement les signes de percussion. Par une percussion *douce, fine, comparée,* en avant et en arrière, dans l'aisselle, sous la clavicule. On trouve une matité ou plutôt une *submatité* dans la *fosse sus-épineuse* et *au sommet de l'aisselle.* En avant, c'est du tympanisme : *le skodisme sous-claviculaire constitue parfois le seul signe de la pneumonie du sommet de l'enfant.*

Parfois on constatera une exagération de la transsonnance pulmonaire (Hutinel) du retentissement de la voix et du cri, mais souffle et râles sont absents.

En présence d'un enfant, qui brusquement a 40, sans angine, ni otite, ni atteinte du squelette, avec un sommet douteux, on demandera un examen radiologique.

La radioscopie et surtout la radiographie affirment le diagnostic en montrant le :

a) *Triangle pneumonique de Weil et Mouriquand,* à base axillaire et à sommet juxta-hilaire ;

b) Son évolution : bords nets au début, bords obscurcis par des ombres secondaires à la période d'état, bords nets à nouveau à la période de retour.

Evolution. — C'est une *pneumonie abortive,* avec crise vers le 5e *jour.* Quelquefois, crise atypique avec *procrise* du 3e jour ; parfois phénomènes *épicritiques brutaux.*

Complications. — Quatre possibles. — 1° *Manifestations cutanées :* rash : pneumoniques scarlatiniforme ou morbilliforme.

2° *Pleurésies ;*

3° *Péricardite* chez le *très jeune* enfant ;

4° *Otite* assez fréquente.

Mais en pratique, le pronostic de la pneumonie de l'enfant est bénin.

III. **Les pneumonies septicémiques.** — Les formes *typhoïde, ataxique, ataxo-adynamique* de la pneumonie doivent être considérées comme de véritables pneumonies *septicémiques* avec *hémocultures positives.*

La localisation pulmonaire peut d'ailleurs n'apparaître que vers le 10-12e jour.

C'est dans ces formes intenses que s'observent les *localisations métastatiques diverses :*

1° *Méningites.* — Soit purulente, typique, soit à liquide clair avec grosse réaction cellulaire et nombreux pneumocoques virulents, de pronostic fatal.

2° *Péritonites.* — Rares. C'est une péritonite aiguë avec diarrhée et qui évolue vers l'enkystement péri-ombilical et ouverture à la peau.

3° Les *autres localisations ne sont pas fréquentes : péricardites,* endocardites bénignes ou malignes (valvules aortiques), *otites, arthrites suppurées, néphrites, des complications nerveuses enfin : encéphalites pneumococciques de description récente.*

On voit donc par l'étude des différentes formes cliniques de la pneumonie le rôle prédisposant du *terrain.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1934, n° 41, p. 754; n° 43, p. 794.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **3** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLETHYLE-BENZYLE

le seul en **GÉLULES CAPSULES MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

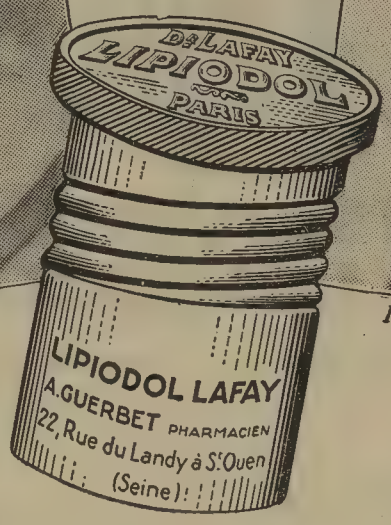
LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol



Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 9 JUIN 1934. — N° 46.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le lymphatisme des muqueuses, par M. le professeur P. Nobécourt.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
CHRONIQUE
Le professeur Sergent expose ses idées sur l'enseignement de la médecine, par M. Maurice Mordagne.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve théorique.* — Séance du 1er juin. — Question donnée : « Angine de la scarlatine. »

M. Lallemant, 19.

Epreuve clinique. — Séance du 2 juin. — M. Lallemant, 20.

M. Lallemant est nommé oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS. — Dans la liste que nous avons publiée le 9 mai 1934, n° 37, p. 679, nos lecteurs voudront bien noter les modifications suivantes :

S. Maternité. — Accoucheur : M. Le Lorier, professeur en chef de l'Ecole des sages-femmes; accoucheur professeur adjoint : M. Desnoyers; aide de clinique : M. Maurice Mayer; chefs de laboratoire : MM. Durante et Fisch.

Aucun changement pour les internes et externes.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — Le *Journal officiel* du 2 juin 1934 publie (p. 5.476) :

Un décret fixant le taux des vacations des médecins civils chargés des fonctions de médecin chef des centres d'appareillage; un décret fixant le taux horaire des vacations des médecins examinateurs et vérificateurs de la direction du contentieux et des services médicaux du ministère des Pensions; un décret fixant le taux de la vacation allouée aux médecins attachés près la commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux gratuits; et un décret fixant le taux de la vacation des médecins vacateurs et vérificateurs de la commission consultative médicale du ministère des Pensions.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés d'Albi (Tarn) est vacant par suite du départ de M. le docteur Pailhas (médecin du cadre B).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours de chirurgie oto-rhino-laryngologique, en douze leçons, par M. le docteur Lemaître, professeur de clinique à la Faculté de médecine, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lariboisière, avec la collaboration de M. le docteur Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et de MM. les docteurs Maduro et Rémy-Néris, chefs de clinique, et de MM. Salomon et Loiseau, internes du service, commencera le lundi

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

25 juin 1934, à 14 h., et continuera tous les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 500 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

Un deuxième et même cours, en douze leçons, commencera au début d'octobre 1934.

HÔPITAL LAENNEC (amphithéâtre d'électro-radiologie). — Le samedi 16 juin, à 10 h. 30, sous la présidence de M. le professeur d'Arsonval, conférence du docteur Chauvois, avec films et projections, sur « Un nouveau schéma de la circulation du sang » ou « Raisons modernes de changer le départ et les divisions classiques du cycle de Harvey. »

LES EMBELLISSEMENTS ET LES AMÉLIORATIONS DE VICHY. — Pour préciser les raisons d'un succès ou d'un échec on aime à le définir en quelques lignes. C'est ainsi que, voulant montrer les causes de l'essor brillant de Vichy, on l'a résumé « des sources chaudes, dans le cadre ombreux d'une douce vallée ». Ce serait, en effet, suffisant pour expliquer la renommée inégalable de la reine des villes d'eaux et les foules qui viennent de toutes les parties du monde demander à ses sources la santé et la guérison. Mais, à cette raison suffisante, il faut en ajouter une autre nécessaire, c'est l'organisation parfaite de ses établissements et les progrès réalisés chaque année malgré des temps difficiles.

Déjà en 1933 un effort considérable avait été fait : la création du nouvel établissement de 2e classe a été une brillante réalisation couronnée de succès.

Pour la saison 1934, l'établissement thermal de 1re classe, qui était déjà un modèle du genre, a reçu les perfectionnements de la technique hydrothérapique la plus moderne. Un service complètement neuf de massages sous l'eau a été créé et les nouvelles salles de douches sont munies d'un système spécial de ventilation.

En même temps les services uniques au monde de la mécanothérapie étaient aménagés dans des locaux plus grands pour répondre aux besoins d'une clientèle toujours en augmentation.

Les gargarismes de la source Chomel et les lotions de la source Lucas ont été placés dans une aile de la vaste galerie Napoléon si admirée l'an dernier.

Cet ensemble de modifications réalise un quartier thermal parfaitement groupé où le baigneur, sans se déplacer, trouve toutes les commodités nécessaires à son traitement.

La Compagnie Fermière a aussi réalisé, pour le compte de l'Etat, l'acquisition de l'établissement Lardy situé près du Parc des Célestins qui, transformé et agrandi, servira d'établissement de 3e classe.

Du point de vue des sports et des distractions, comme chaque année un programme extrêmement heureux a été conçu qui permet d'allier, à la joie du plein air et de l'exercice, si salutaire aux sédentaires de nos villes, l'attrait d'une sélection artistique capable de satisfaire les plus raffinés.

Journée médicale du cidre et de la pomme. — Cette journée, dont le comité d'organisation est présidé par M. le professeur Marcel Labbé, assisté de M. le professeur Laignel-Lavastine, vice-président, et de MM. le docteur Robert Sorel et A. Caumont, secrétaires généraux, aura lieu à Paris le samedi 16 juin.

Les séances auront lieu 163, rue Saint-Honoré (place du Théâtre-Français).

Rapporteurs : MM. les professeurs Warcollier et Porin, les docteurs Raoul Blondel et Legrain, MM. les professeurs Marcel Labbé et Eudo Monti.

Un banquet aura lieu le soir, sous la présidence de M. Henri Chéron, ministre de la Justice.

Inscriptions au Secrétariat général, 163, rue Saint-Honoré, Paris (1er).

Premier Congrès international d'Electro-Radio-Biologie. — Ce premier Congrès international d'Electro-Radio-Biologie aura lieu, du 10 au 15 septembre 1934, dans le Palais Ducal, à Venise. Il est approuvé par S. E. M. Benito Mussolini.

Le Congrès sera présidé par S. Exc. le Marquis Guglielmo Marconi, Président de l'Académie Royale d'Italie et du Conseil National des Recherches, Sénateur du Royaume, et par E. E. le Comte Giuseppe Volpi di Misurata, Ministre d'Etat, Sénateur du Royaume.

Le but du Congrès est d'inviter les physiciens, chimistes, biologistes, naturalistes et médecins à une discussion sur les actions biologiques de toutes les radiations, afin d'en coordonner les recherches.

On cite, parmi les adhérents : MM. le prof. Emile Abderhalden (Haale a S.) ; Alexandre Belak (Budapest) ; Rita Brunetti (Cagliari) ; Alexis Carrel (New-York) ; A. Castaldi (Cagliari) ; Arthur A. Compton (Chicago) ; William D. Coolidge (Schenectady, N. Y.) ; d'Arsonval (Paris) ; Duc de Broglie (Paris) ; Friedrich Dessauer (Frankfurt a M.) ; V. Ducceschi (Padoue) ; Carlo Foà (Milan) ; Albert Fischer (Copenhague) ; Alexandre Gurwitsch (Leningrad) ; Otto Glasser, Cleveland (Ohio) ; Gola (Padoue) ; C. P. Haskins (Schenectady, N.-Y.) ; Herlitzka (Torino) ; R. Kienböck (Wien) ; N. K. Koltzoff (Moscou) ; Svend Lomholt (Copenhague) ; L. Lichtwitz (New-York) ; J. Maingot (Paris) ; Robert A. Millikan (Pasadena, Calif.) ; D. G. Marinesco (Bucarest) ; E. Moreau (Clermont) ; G. A. Nadson (Leningrad) ; S. S. Nehru (Fatehpur, India) ; M. Nemenow (Leningrad) ; J. L. Pech (Montpellier) ; Ludwig Pincussen (Berlin) ; Pugno-Vanoni (Padoue) ; V. Riviera (Pérouse) ; Claude Regaud (Paris) ; Angel Roffo (Buenos-Aires) ; Sir C. V. Raman (Bangalore, India) ; O. Reche (Leipzig) ; Bruno Rossi (Padoue) ; G. Viale (Gênes) ; S. Valentiner (Clausthal-Zeller) ; Otto Warburg (Berlin) ; R. W. Wood (Baltimore) ; etc.

Les applications des rayonnements à la médecine et à la thérapeutique ne seront pas traitées dans ce congrès, qui a pour but d'étudier les phénomènes chimiques et biologiques relatifs aux rayonnements.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à M. le Dr. Giocondo Protti, Secrétaire général du Congrès, S. Gregorio 173, Venise.

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux
Dyspnée
IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

— — — — LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS — — — —

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

PRATIQUE MÉDICALE

DE L'ANTAGONISME BARBITURIQUES-STRYCHNINE ET DE SON APPLICATION EN THÉRAPEUTIQUE (1)

Par le docteur Jean MASSONNET.

La fréquence de plus en plus grande des intoxications par barbituriques a du moins cet avantage qu'elle a permis d'en préciser la symptomatologie avec ses modalités cliniques, et surtout d'en rechercher et d'en trouver des médications plus adéquates, basées sur le principe de l'antidotisme ou de l'antagonisme pharmacologique.

Ce principe a été surtout mis à l'ordre du jour depuis les travaux expérimentaux avec la strychnine, des Américains Haggard et Greenberg, et la communication plus récente de Ide, de Louvain, traitant de l'application à l'homme du traitement strychnique à haute dose en cas d'intoxication barbiturique.

Mais la grosse difficulté du traitement strychnique, c'est l'ignorance dans laquelle on se trouve, en règle générale, sur la dose du toxique qui a été ingéré. C'est donc l'observation minutieuse des réactions du malade, suivies d'heure en heure, qui permet la graduation du traitement, lequel reste toujours, malgré tout, très délicat.

On a préconisé une autre thérapeutique par la coramine, basée aussi sur l'antagonisme pharmacologique qui existe entre cette substance et les barbituriques. C'est ainsi que Louis Ramond et Delay ont signalé de fort beaux résultats obtenus par la coramine, associée ou non à la strychnine. L'avantage de la coramine est dans sa non-toxicité et la possibilité qu'elle donne d'administrer sans danger des doses très fortes si l'état du malade le réclame ; il semble, de plus, qu'elle agisse, non seulement lorsque l'intoxication est récente, mais encore, grâce à son affinité bulbaire, lorsque le médicament est plus ou moins fixé sur l'encéphale, cas où la strychnine se révèle généralement impuissante.

La coramine permet donc de frapper vite, et très énergiquement s'il le faut, dans un cas de coma barbiturique dont on ignore exactement l'origine et la dose de toxique ingéré, de même que dans un coma datant de plusieurs heures, alors que le médicament est déjà fixé. Y a-t-il avec la strychnine et la coramine antagonisme ou antidotisme vrai ? On sait la distinction faite par Zunz entre les deux termes : les médicaments antidotes se neutralisent eux-mêmes, les médicaments antagonistes neutralisent leurs effets. Il apparaît bien que c'est d'un antagonisme qu'il s'agit en l'espèce, les médicaments ne se neutralisant pas eux-mêmes, mais neutralisant seulement leurs actions physiologiques. Cet antagonisme est précoce pour la strychnine, s'étend plus longuement pour la coramine et agit encore, dans une certaine mesure, à la période de fixation bulbaire où la strychnine n'opère plus.

On trouve dans ces notions une base rationnelle au traitement des intoxications barbituriques qui, dans un cas donné, doit tenir compte de l'action élective des médicaments antagonistes.

(1) *Th. de Paris*, 1934.

La guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée. Traitement physiologique, curatif et prophylactique. Applications à la lèpre, par le Dr Paul FERRIER, 1 vol. in-8°, 2e édition, Robert Thoreau, imprimeur, La Charité-sur-Loire, 1934.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis expérimentale. Etude critique et nouvelles recherches par P. GASTINEL, professeur agrégé, et R. PULVÉNIS, chef de Laboratoire, à la Faculté de médecine de Paris.

Il est peu de sujets qui, dans ces dernières années, aient autant retenu l'attention du savant que la syphilis expérimentale. N'y trouve-t-il pas l'occasion de discuter les plus passionnants problèmes de biologie et de pathologie générale, puisque à chaque instant se posent des questions concernant le cycle évolutif du tréponème, tantôt visible et tantôt invisible, l'infection apparente ou inapparente, la résistance des tissus ? N'a-t-il pas l'espoir que de ces études théoriques découleront des perfectionnements notables dans l'ordre thérapeutique ? Aussi faut-il louer MM. P. Gastinel et R. Pulvénis d'avoir, dans cette monographie, exposé les recherches qu'ils ont poursuivies sur la syphilis expérimentale, et qui leur ont permis d'aborder certains problèmes. Ils ont étudié, chez le lapin, les méthodes variées d'inoculation, mettant en évidence la non-réceptivité de certains tissus à l'égard du spirochète directement apporté.

Parmi les facteurs capables de modifier les lésions expérimentales, une place de premier plan doit être réservée à la quantité de virus introduit ; outre son rôle dans les délais d'incubation du syphilome provoqué, il apparaît surtout que lorsque le matériel pathogène est utilisé à une dose très réduite, il existe un véritable seuil au-dessous duquel l'animal ne peut plus être infecté que d'une façon inapparente.

Un long chapitre est consacré au problème biologique de ce type si particulier de syphilis.

Une patiente expérimentation, poursuivie sur un grand nombre d'animaux, a permis de préciser les conditions dans lesquelles s'observent soit la superinfection de l'animal avec un virus homologue ou hétérologue, soit la réinoculation des animaux traités précocement ou tardivement ; les résultats sont consignés dans des tableaux qui schématisent les protocoles.

Le problème de la nature si particulière de l'immunité syphilitique est encore plein d'obscurité. Cette discussion de doctrine prend tout son intérêt dans la critique qu'elle permet de formuler sur les différents tests de guérison. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, l'origine histogène de la résistance à un nouvel apport virulent, apparaît avec netteté dans toute une série de recherches mettant en relief le rôle de l'immunité locale. Ces expériences permettent de préciser la notion de l'allergie syphilitique et d'envisager ses rapports avec l'état réfractaire.

Les auteurs consacrent enfin une étude générale aux réactions sérologiques dans la syphilis du lapin, et spécialement à la réaction d'opacification de Meinicke dont ils montrent la fidélité, la durée et le type évolutif.

L'ouvrage ne se borne pas à un exposé de recherches personnelles, c'est aussi une synthèse des notions actuellement acquises et un exposé des doctrines qui s'affrontent et intéressent le clinicien et le biologiste : description des lésions provoquées — étude de la syphilis généralisée — infectiosité des organes — problème de la non-virulence du névraxe du lapin et de la non-réceptivité du tissu nerveux — rôle de divers facteurs modifiant l'évolution de la syphilis — infection inapparente et en particulier celle des muridés — nature et mécanisme de l'immunité, ses relations avec les phénomènes allergiques — tels sont les principaux sujets étudiés.

L. B.

(1) In-8 de 244 pages avec 19 figures et 4 planches. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude
●
125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.
●
Organisation sanatoriale et médicale moderne
Galeries de Cure privées
●
Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • Autocars : GRENOBLE MARSEILLE
●
Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL VICARIO
PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GENERALE

LE LYMPHATISME DES MUQUEUSES [1]

Par le docteur P. NOBÉCOURT,

Professeur de Clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris.
(Hôpital des Enfants-Malades),
Membre de l'Académie de médecine.

Un des phénomènes les plus caractéristiques du *lymphatisme*, c'est-à-dire de la *constitution*, du *tempérament*, de la *diathèse lymphatiques*, est une modalité particulière du tissu lymphoïde, qui se révèle par l'hyperplasie des éléments cellulaires et l'hypertrophie consécutive du tissu.

Chez le sujet lymphatique, cette hyperplasie et cette hypertrophie se produisent partout où il y a du tissu lymphoïde : ganglions lymphatiques, rate, thymus, considéré souvent comme un organe lympho-épithélial, et enfin certaines muqueuses.

Les muqueuses qui contiennent du tissu lymphoïde sont celles des voies digestives et des voies respiratoires ; parmi les autres muqueuses il n'y a guère à retenir que la conjonctive. C'est à leur niveau que se manifeste le *lymphatisme des muqueuses*.

D'une façon générale, l'évolution du lymphatisme est parallèle à l'évolution physiologique du tissu lymphoïde.

Le lymphatisme des muqueuses se conforme à cette règle. Son étude a nécessairement pour préambule celle de leur tissu lymphoïde.

*
* *

Pour la description du Tissu lymphoïde normal des muqueuses, il convient d'envisager séparément :

I. Le *tissu lymphoïde des muqueuses de la bouche et du pharynx* : pharynx buccal et pharynx nasal.

II. Le *tissu lymphoïde des muqueuses des voies digestives inférieures* : œsophage, estomac, intestin.

III. Le *tissu lymphoïde des muqueuses des voies respiratoires inférieures* : larynx, trachée, bronches.

I. Tissu lymphoïde des muqueuses de la bouche et du pharynx. — La *partie antérieure de la muqueuse buccale*, dont l'épithélium est d'origine ectodermique, ne contient pas de tissu lymphoïde. Ce tissu existe seulement dans la *partie pharyngienne du dos de la langue*, dont l'épithélium est d'origine endodermique ; il se rattache donc au tissu lymphoïde de la *muqueuse pharyngée*.

Chez le foetus, le tissu lymphoïde apparaît dans la muqueuse du pharynx à partir du cinquième mois. Quand il a acquis un certain développement, il se présente sous forme d'une *infiltration diffuse du chorion* par des cellules lymphoïdes ; les *follicules clos* ne se constituent qu'au voisinage de la naissance.

Après la naissance, les *amygdales* commencent à s'ébaucher. *Jusqu'à cinq ou six mois*, elles sont rudimentaires et ne contiennent que peu de follicules clos. *Ensuite*, elles grossissent pour atteindre leur *maximum à la période pubertaire*, de 12 à 16 ans ; *à un an*, elles ont la structure qu'elles conserveront pendant toute l'enfance.

Les amygdales sont au nombre de quatre et même de six, si on tient compte de petites formations souvent négligées : une *amygdale linguale*, deux *amygdales palatines*, une *amygdale pharyngée*, deux *amygdales tubaires*. Leur ensemble forme le *cercle* ou *anneau lymphatique de Waldeyer*.

L'*amygdale linguale* est située sur le dos de la langue, en arrière du V lingual, dans sa portion pharyngée verticale. A son niveau, la surface est couverte de saillies nombreuses, petites, irrégulièrement arrondies, disposées en séries linéaires.

Les *amygdales palatines* sont placées de chaque côté de l'isthme du pharynx, dans les fosses amygdaliennes. Leur morphologie et leur volume diffèrent suivant les individus.

L'*amygdale pharyngée* est placée sur la paroi postéro-supérieure du rhino-pharynx. Elle forme une masse plus ou moins étendue et volumineuse. Sa surface est plissée, parcourue par des bourrelets et des sillons.

Les *amygdales tubaires* sont sur les parois latérales du pharynx nasal, autour des orifices des trompes d'Eustache ; elles sont peu développées.

En dehors des amygdales, la muqueuse du pharynx présente des petites saillies isolées, formées par des *follicules lymphoïdes* ; elle contient, en outre, une vaste *nappe de tissu lymphoïde*.

L'étude histologique du tissu lymphoïde de la muqueuse pharyngée a été faite par beaucoup d'auteurs. On trouve l'exposé de la plupart des travaux dans un important mémoire de MM. G. Worms et J.-M. Le Mée sur *Les foyers amygdaliens*, publié en 1932.

Les altérations en sont fréquentes, surtout à partir de 10 ans. L'état normal ne se rencontre guère qu'entre 1 et 10 ans.

On peut prendre pour type de description l'*amygdale pharyngée*.

Sur une coupe, allant de la surface vers la profondeur, on voit des cavités ou *cryptes*, d'où naissent des diverticules en doigts de gant. Autour d'elles, sont des *follicules clos*, volumineux, tassés les uns contre les autres.

L'épithélium pavimenteux stratifié de la muqueuse s'enfonce dans ces dépressions. Il y est aminci, dissocié par des cellules lymphoïdes. Celles-ci forment, par places, des amas, les *thèques intra épithéliales* de J. Renaut.

Cette disposition se retrouve dans tout le tube digestif. Comme le fait remarquer, en 1923, Justin Jolly dans son *Traité technique d'hématologie*, le tissu lymphoïde y « présente une tendance remarquable à s'accumuler dans les dépressions et les culs-de-sac et à s'intriquer avec l'épithélium ; il forme alors un tissu nouveau, né de la symbiose des cellules lymphoïdes et des cellules épithéliales, tissu lympho-épithélial capable de constituer de véritables organes ».

Les *follicules clos* ou *nodules lymphoïdes*, qui bordent les cryptes, ont la même structure que ceux des ganglions lymphatiques. Ils sont de deux ordres.

(1) Ce travail sera présenté comme rapport le 9 juin 1934, au Congrès du lymphatisme de la Bourboule.

Les uns sont *homogènes*. Ils sont formés de lymphocytes disposés en rangées concentriques, tassés, sans figures de karyokinèse.

Les autres ont des *centres clairs*, appelés *centres germinatifs*. A la périphérie, sont des rangées concentriques de lymphocytes très serrées. Au milieu, les cellules sont moins tassées, disposées sans ordre ; ce sont, pour la plupart, des grands leucocytes mononucléaires présentant des figures de karyokinèse qui témoignent d'une hyperplasie active.

Suivant la remarque de J. Jolly : « Ces centres germinatifs ne sont pas des centres fixes. Ils sont en perpétuelle évolution ; ils varient de nombre et d'importance suivant les états physiologiques et l'activité fonctionnelle de l'organe, dont ils sont, jusqu'à un certain point, l'expression. »

Les cellules du follicule occupent les mailles d'un réticulum serré, sauf dans les centres germinatifs où il est plus lâche.

A la périphérie des follicules, on voit, de distance en distance, des fentes claires, allongées ou en forme de croissant, tapissées par un endothélium, qui sont les origines des vaisseaux lymphatiques.

Les follicules n'ont pas de limite nette ; ils se continuent sans démarcation avec le *tissu réticulé du chorion* voisin. Ce tissu réticulé s'étend en profondeur jusqu'à la capsule conjonctive qui limite l'amygdale en dehors. Ce tissu est formé d'un réticulum grêle, dont les mailles contiennent des cellules lymphoïdes.

La structure de l'*amygdale linguale*, de l'*amygdale pharyngée*, des *amygdales tubaires*, est analogue à celle des amygdales palatines. En dehors des amygdales, la muqueuse du pharynx comprend une nappe de tissu lymphoïde, dans laquelle on trouve, par places, des follicules.

Les amygdales sont, somme toute, de véritables organes lymphoïdes.

Nous avons vu qu'elles avaient leur développement maximum à l'âge pubertaire. Après la puberté, elles commencent à régresser. Leur régression débute plus ou moins tôt suivant les enfants ; elle est plus ou moins rapide. D'une façon générale, *à partir de la trentaine*, le tissu lymphoïde est beaucoup moins abondant que chez l'enfant.

II. Tissu lymphoïde des muqueuses des voies digestives inférieures. — Dans la muqueuse de l'œsophage, le tissu lymphoïde est peu abondant et les follicules clos sont rares.

Dans la muqueuse de l'estomac, le chorion, qui est d'ailleurs peu abondant à cause du volume des glandes, prend, par places, les caractères du tissu lymphoïde. Il contient des *amas lymphoïdes* ou *follicules clos*.

Ceux-ci sont petits et mal développés jusque *vers 6 mois* ; ils s'accroissent ensuite progressivement et atteignent leur maximum de développement *vers 10 ans*. D'après Soltau Fenwick, on en compte alors, par centimètre carré, cinq ou six, au niveau de la grosse tubérosité, dix à douze, au voisinage du pylore.

Ils commencent à régresser pendant la *période pubertaire*. *Chez l'adulte*, ils ne persistent guère que dans la région pylorique.

Dans la muqueuse de l'intestin grêle, le tissu lymphoïde est très développé.

A la surface interne de la muqueuse, on voit des *follicules clos* et des *plaques de Peyer*.

Les *follicules clos* forment des saillies petites, arrondies, blanchâtres, dont le diamètre varie d'un quart de millimètre à un millimètre. Ils sont uniformément répartis sur tout le pourtour de l'intestin, mais prédominent toutefois au niveau et au voisinage du bord libre. Le follicule tantôt occupe une villosité, qu'il dilate et qui prend une forme conique, tantôt est entouré à sa base d'une couronne de villosités. Le nombre des follicules clos varie suivant les sujets.

Les *plaques de Peyer* sont constituées par des nappes de follicules clos agminés. Elles sont exceptionnelles dans le duodénum, surtout nombreuses dans la seconde moitié du jéjuno-iléon. Leur nombre varie de vingt-cinq à trente-cinq ; il peut être supérieur ou inférieur. Elles siègent sur le bord libre de l'intestin et dans son voisinage.

Leurs dimensions sont très diverses. Les plus petites sont arrondies et ont un diamètre de dix à quinze millimètres. Les plus grandes siègent à la fin de l'iléon ; elles sont ovalaires ; leur grand diamètre longitudinal peut mesurer cinq ou six centimètres. Leur surface est soit lisse, soit gaufrée ou plissée.

Les follicules clos et les plaques de Peyer pénètrent dans la profondeur à travers des orifices de la *muscularis mucosae*.

Les follicules isolés ou agminés ont la même structure que ceux des amygdales. A leur périphérie, sont des plexus de capillaires lymphatiques et de capillaires sanguins. Ils se continuent avec le tissu lymphoïde qui occupe les intervalles des glandes et le corps des villosités.

La muqueuse du cœcum et des colons ne possède pas de plaques de Peyer, mais contient des follicules clos nombreux et bien développés. Dans le cœcum, le tissu lymphoïde est particulièrement abondant.

Dans la muqueuse de l'appendice iléo-cœcal, le tissu lymphoïde est très développé ; il est formé d'une nappe de follicules clos agminés, semblable à celle qui constitue les plaques de Peyer de l'intestin grêle. On les trouve dans le chorion et jusque dans la sous-muqueuse.

Par sa richesse en tissu lymphoïde, l'appendice est une véritable *amygdale abdominale*.

En résumé, le tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale a la même structure que celui de la muqueuse pharyngée. Il présente la même tendance à s'accumuler au fond des dépressions ; de même, à ce niveau, les cellules lymphatiques s'intriquent avec les cellules épithéliales et réalisent, suivant M. Jolly, un tissu lympho-épithélial.

Une différence existe, du point de vue de son évolution au cours de la vie, entre le tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale et celui de la muqueuse pharyngée : c'est qu'il ne présente pas la même régression à partir de la puberté.

III. — **Tissu lymphoïde des muqueuses des voies respiratoires inférieures.** — La muqueuse des voies respiratoires inférieures est moins riche en tissu lymphoïde que celle des voies digestives inférieures. On y trouve cependant des nodules lymphoïdes jusqu'aux extrémités de l'arbre bronchique.

Dans la muqueuse du LARYNX, le tissu lymphoïde occupe principalement la face postérieure de l'épiglotte et le vestibule. Il y forme des amas diffus et des nodules circonscrits ou follicules sous-épithéliaux. Parfois, il s'agglomère autour de cryptes épithéliales profondes et constitue une véritable *amygdale laryngée* ; cette formation est inconstante et a une distribution irrégulière.

Dans la muqueuse de la TRACHÉE et des BRONCHES, le tissu lymphoïde forme des amas diffus au-dessous de l'épithélium ; il est surtout abondant aux points de division.

Dans les POUMONS, il existe des amas lymphoïdes autour des bronchioles et des vaisseaux, ainsi que dans les travées interlobaires et sous la plèvre.

Le tissu lymphoïde de la muqueuse des voies respiratoires inférieures est formé presque uniquement de lymphocytes ; il contient, en outre, principalement dans la trachée et les bronches, des leucocytes éosinophiles.

Dans les muqueuses des voies digestives et respiratoires le tissu lymphoïde est très développé. Dans les **autres muqueuses,** son importance est moindre.

On signale la présence de quelques nodules lymphoïdes dans *les muqueuses du vagin et de l'utérus*, ainsi que dans celle de la région prostatique de l'*urèthre*.

Pour la *conjonctive*, le chorion est formé d'une couche superficielle, très mince, constituée par du tissu adénoïde, et d'une couche profonde, fibreuse.

*
* *

Connaissant les caractères du tissu lymphoïde normal des muqueuses, nous pouvons aborder l'étude du TISSU LYMPHOÏDE DES MUQUEUSES CHEZ LES LYMPHATIQUES.

Je suivrai le même ordre que précédemment.

I. **Tissu lymphoïde des muqueuses de la bouche et du pharynx chez les lymphatiques.** — Le tissu lymphoïde des muqueuses de la bouche et du pharynx est celui qui prête le mieux à l'étude anatomique.

L'hypertrophie est, nous l'avons vu, le phénomène le plus caractéristique et le plus objectif de la modalité particulière du tissu lymphoïde des lymphatiques.

Or, l'*hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx* est fréquente chez les enfants. Elle est facile à reconnaître, et comme, d'autre part, l'ablation est souvent indiquée, les examens histologiques peuvent être multipliés.

Il ne s'agit, évidemment, que de l'hypertrophie chronique, permanente.

Elle porte de préférence sur les amygdales. L'enfant présente soit de l'*hypertrophie des amygdales palatines*, soit de l'*hypertrophie de l'amygdale pharyngée*, que l'on appelle couramment du nom de *végétations adénoïdes* (ἀδήν, glande ; εἶδος, forme), depuis les descriptions données par Wilhelm Meyer, de Copenhague, en 1868 et 1873 ; assez souvent l'hypertrophie *porte sur les deux simultanément*.

Elle peut porter sur les *follicules clos disséminés* et réalise alors la *pharyngite folliculaire hypertrophique*, la *pharyngite chronique granuleuse*.

Elle peut être *généralisée* à tous les éléments lymphoïdes du pharynx.

L'*hypertrophie de l'amygdale linguale* est peu connue.

Les amygdales palatines ou pharyngées hypertrophiées sont plus ou moins volumineuses ; elles diffèrent les unes des autres par leur consistance.

D'après la consistance, Ruault, en 1887, a distingué une *variété molle* et une *variété dure*. Cette distinction mérite d'être conservée.

Nous prendrons pour type l'HYPERTROPHIE DE L'AMYGDALE PALATINE.

Dans la *variété molle*, le tissu est diffluent, la coupe irrégulière.

Sur une coupe, les cryptes sont aplaties par suite de l'hypertrophie du tissu lymphoïde. Les follicules sont nombreux et volumineux. Il existe surtout des follicules à centres germinatifs ; beaucoup de cellules présentent des figures de karyokinèse, qui témoignent d'un processus actif d'hyperplasie des cellules lymphoïdes.

Dans la *variété dure*, le tissu est ferme, la coupe franche et régulière.

Les cryptes sont larges du fait du peu de volume des follicules. Ceux-ci sont petits, apparaissent comme des points jaunâtres, comparables à des grains de semoule ; la plupart sont homogènes, sans centres germinatifs. Les cloisons fibreuses sont épaisses, les espaces interfolliculaires parcourus par des faisceaux de tissu conjonctif.

Toutes les amygdales hypertrophiées ne sont pas molles ou dures. Beaucoup présentent des caractères intermédiaires. Il existe une *variété mixte*, dans laquelle s'intriquent l'hyperplasie du tissu lymphoïde et la sclérose : le plus ou moins d'importance de l'un et de l'autre processus réalise des modalités individuelles très diverses.

L'examen histologique des amygdales hypertrophiées met en évidence *deux ordres de processus*.

Dans la *variété molle*, il s'agit d'un processus d'*hyperplasie simple* des cellules lymphoïdes. Il n'y a pas de lésions inflammatoires ; s'il en existe, elles sont passagères.

Dans la *variété dure*, le processus de sclérose est l'aboutissement de poussées inflammatoires répétées et d'une inflammation chronique.

L'étude des *variétés mixtes* permet de suivre l'évolution de cette sclérose, qui se surajoute à l'hyperplasie simple et finit par devenir prédominante, tandis que le tissu lymphoïde régresse.

L'AGE où l'on rencontre les *différentes variétés d'hypertrophie* confirme cet ordre de succession des processus.

La *variété molle* se rencontre presque exclusivement pendant la petite enfance, avant 3 ans. Les *variétés*

mixtes, avec sclérose plus ou moins développée, augmentent de fréquence avec l'âge ; ce sont celles qu'on rencontre le plus ordinairement pendant la grande enfance et la jeunesse. La *variété dure* appartient surtout à l'âge adulte. M. Cuvillier l'a bien montré, en 1897 et en 1904, dans les deux éditions du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher et Comby.

En conclusion : le *processus initial* de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx est un *processus d'hyperplasie simple.*

Les *infections pharyngées*, rhino-pharyngites, pharyngites, adénoïdites, amygdalites, très fréquentes chez les enfants qui présentent de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, sont favorisées par elle ; ces infections peuvent contribuer à son accroissement ; elles n'en sont pas le *primum movens.*

Il est important de préciser les *âges* où on observe l'*hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.*

Il n'est pas possible d'indiquer l'âge où elle commence à se développer, car elle s'installe de façon insidieuse et n'est souvent reconnue que longtemps après son début. On ne peut que constater son état de développement à un âge déterminé.

Pendant la *première année*, l'hypertrophie est rare ; elle ne porte guère que sur l'amygdale pharyngée.

Voici quelques données sur sa *fréquence à ce moment.*

Dans *La Clinique infantile* du 15 octobre 1907, Chambellan montre l'*utilité de la recherche méthodique des végétations adénoïdes chez le nourrisson ;* sur 100 bébés de 3 à 12 mois, il trouve 9 fois des végétations véritables, 38 fois des granulations grosses comme des grains de chénevis.

Le professeur A.-B. Marfan, dans des *Etudes sur les végétations adénoïdes des nourrissons et plus particulièrement sur leurs causes*, publiées par *Le Nourrisson* de mars 1917, écrit qu'au cours de la première année, sur 100 bébés, 2,6 ont des végétations.

La *fréquence comparée* des végétations pendant la première année, et chez les enfants plus âgés est la suivante, d'après les constatations que j'ai faites avec le Dr Vassal :

Sur 47 enfants, porteurs de végétations, âgés d'un mois à 14 ans, nous en trouvons :

5 pendant la première année, soit 10,6 % ;
3 pendant la deuxième année, soit 6,3 %.

Pour les enfants de moins d'un an, 3 avaient moins de 5 mois (1 mois, 4 mois, 5 mois), 2 avaient 6 et 11 mois.

Pendant la *moyenne et la grande enfances*, l'hypertrophie du tissu lymphoïde augmente de fréquence.

Sur 100 enfants porteurs de végétations adénoïdes, H. Cuvillier en trouve 22 avant 5 ans, 78 de 5 à 15 ans.

Avec M. Vassal, nous relevons, sur 100 cas de végétations :

17 avant 2 ans ;
36 de 2 à 5 ans ;
38 de 6 à 11 ans ;
8 de 12 à 14 ans.

Au total, 82 % des cas sont rencontrés à partir de 2 ans ; les cas les plus nombreux (74 %) de 2 à 11 ans.

La *proportion des enfants atteints* d'hypertrophie du tissu lymphoïde, par rapport aux enfants indemnes, est difficile à préciser.

Chailley-Bert, Jeudon et Richard, dans un rapport sur la *Surveillance du développement physique de l'adolescent*, présenté au *Congrès international de l'enfance* en 1933, publient les constatations faites dans un lycée de garçons : ils ont trouvé, sur 100 élèves de 6 à 12 ans, 3 fois des végétations, 14 fois de l'hypertrophie des amygdales ; sur des élèves de 13 à 20 ans, seulement 9 fois de l'hypertrophie des amygdales.

Dans une étude sur l'*Adénoïdisme en Cochinchine*, publiée dans la *Revue coloniale de médecine et de chirurgie* du 15 janvier 1934, Charles Massias relate les résultats d'une *Enquête sur les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales* chez les élèves des écoles de Soc-Trang.

Ils relèvent :

Sur 100 garçons de moins de 10 ans, 49 fois des végétations, 46 fois de l'hypertrophie des amygdales.

Sur 100 garçons de plus de 10 ans, 59 fois des végétations, 45 fois de l'hypertrophie des amygdales.

Sur 100 filles de moins de 10 ans, 61 fois des végétations, 54 fois de l'hypertrophie des amygdales.

Sur 100 filles de plus de 10 ans, 59 fois des végétations, 54 fois de l'hypertrophie des amygdales.

Sans vouloir apporter de précision, il est certain que les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales sont très fréquentes pendant la moyenne et la grande enfances.

D'une façon générale, les *végétations adénoïdes sont plus fréquentes que l'hypertrophie des amygdales palatines.*

La statistique d'H. Cuvillier en témoigne. Sur 100 cas, il relève 19 fois l'hypertrophie des amygdales palatines, 43 fois celle de l'amygdale pharyngée, 37 fois celle simultanée des amygdales palatines et de l'amygdale pharyngée. Au total, sur les 100 cas, il y a 80 fois des végétations adénoïdes, 56 fois de l'hypertrophie des amygdales.

A *partir de la puberté*, les végétations adénoïdes deviennent de moins en moins fréquentes, tandis que l'hypertrophie des amygdales reste encore assez commune. Si les amygdales palatines ou pharyngées hypertrophiées n'ont pas encore été enlevées, elles régressent du fait des processus de sclérose.

L'hypertrophie persiste quelquefois à *l'âge adulte* et même dans la *vieillesse*. Comme l'a signalé H. Cuvillier, les examens histologiques établissent que, dans certains cas, « le rôle des follicules clos est tout à fait prédominant. La structure histologique en est absolument semblable à celle des végétations développées chez les enfants ».

Somme toute, l'hyperplasie et l'hypertrophie chroniques du tissu lymphoïde du pharynx se rencontrent *pendant la période de la vie* où normalement ce *tissu est en pleine activité d'accroissement*, c'est-à-dire depuis un an jusqu'à la puberté.

Cette constatation confirme les données apportées par les examens histologiques ; ceux-ci démontrent, nous l'avons vu, que l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde est le résultat d'une hyperplasie simple des cellules lymphoïdes.

L'*hyperplasie simple des cellules lymphoïdes* est une *exagération d'un phénomène physiologique*. Elle est liée à une prédisposition spéciale du tissu lymphoïde.

Cette opinion a été exprimée depuis longtemps.

H. Cuvillier écrit : « L'hyperplasie du tissu lymphoïde résulte de la tendance naturelle aux hyperplasies qu'ont les éléments adénoïdes, au début de la vie, dans certains organismes prédisposés. »

Avec V. Hutinel, en 1909, dans son traité *Les maladies des enfants*, j'ai écrit : « A l'origine, il existe, dans la plupart des cas, une *prédisposition* spéciale, à laquelle on donne le nom de *lymphatisme*. »

Pour le professeur Czerny, chez les enfants atteints de *diathèse exsudative* (autrement dit, de lymphatisme), l'hypertrophie des amygdales s'installe dans le courant des deuxième et troisième années et celle-ci n'est pas la conséquence des infections pharyngées.

Il conviendrait de pousser plus loin cette étude et de rechercher quels facteurs héréditaires ou acquis sont à l'origine de cette modalité spéciale du tissu lymphoïde chez certains enfants. Ce serait aborder le problème étiologique du lymphatisme et sortir du cadre de ce rapport. Les données que nous possédons sur cette étiologie sont d'ailleurs très vagues.

Le *lymphatisme se caractérise* non seulement par l'hyperplasie du tissu lymphoïde, mais encore par des modifications de tout le système lymphatique, par la surabondance de la lymphe et des sérosités qui occupent le *système lacunaire* d'Achard. Il en résulte des symptômes et des troubles généraux, qui réalisent un *tableau clinique* spécial.

Sous *le rapport de la symptomatologie générale du lymphatisme*, les enfants, qui ont de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx, sont assez différents les uns des autres. On peut les diviser en *deux groupes*.

Les enfants du *premier groupe* ont *l'habitus général du lymphatique*.

Cet habitus est surtout caractérisé pendant la première enfance.

L'enfant est apathique.

Sa peau est pâle. Il a l'aspect anémique. Il est gros, bouffi, comme infiltré. Il ressemble parfois à un myxœdémateux fruste. On le considère souvent comme un obèse ; en réalité, il s'agit d'un faux obèse ; malgré son apparence, il peut même avoir un poids insuffisant pour son âge et présenter de longues stagnations de poids. Quelquefois il est réellement obèse, mais, suivant l'expression populaire, il a de la « mauvaise graisse ».

Du fait de l'infiltration des tissus, il se produit souvent de brusques variations du poids, des baisses suivies de reprises.

Du fait de l'infiltration et de la nutrition défectueuse de la peau, il y a souvent des érythèmes, du strophulus, de l'eczéma suintant de la face et du cuir chevelu, qui se recouvre de croûtes et se complique d'impétigo.

Les adénopathies, les adénopathies cervicales surtout, sont fréquentes.

L'alimentation est souvent difficile ; quand ces bébés sont élevés artificiellement, ils présentent les symptômes de la dyspepsie gastro-intestinale du lait de vache. D'après le professeur Ad. Czerny, ils ont une faible tolérance pour la graisse.

Quelquefois, il existe de l'hypertrophie du thymus, organe lympho-épithélial pour divers auteurs ; on parle alors d'*état thymo-lymphatique*.

Enfin ces enfants sont sujets aux rhino-pharyngites et aux trachéo-bronchites.

Pendant la moyenne et la grande enfances, les symptômes généraux du lymphatisme s'atténuent généralement avec l'âge. Ils peuvent cependant se rencontrer encore, plus ou moins larvés, pendant la grande enfance et la jeunesse.

Les enfants du *second groupe n'ont pas l'habitus général du lymphatique*. Ils semblent avoir une constitution normale ou sont maigres. Ils peuvent être agités et remuants.

Quand on envisage ces deux groupes d'enfants dont le tissu lymphoïde du pharynx est hypertrophié, on est tenté de dire que les uns présentent un *lymphatisme généralisé*, les autres un *lymphatisme localisé* à la muqueuse du pharynx.

Déjà, d'ailleurs, en 1821, dans le tome 54 du *Dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et de chirurgiens*, où Hallé et Thillaye étudient les *Tempéraments*, ils distinguent des *tempéraments généraux* et des *tempéraments partiels ;* ils admettent qu'il y a un *tempérament lymphatique général* et un *tempérament lymphatique partiel*.

Qu'il existe ou non des manifestations générales du lymphatisme, le lymphatisme de la muqueuse pharyngée peut être associé à du *lymphatisme des muqueuses de l'intestin, de l'appendice, des voies respiratoires inférieures*. Il en résulte un ensemble de troubles ou d'affections qui relèvent du *lymphatisme des muqueuses*. Nous les retrouverons tout à l'heure.

Le lymphatisme est le facteur primordial de l'hyperplasie et de l'hypertrophie chroniques du tissu lymphoïde du pharynx ; mais, bien souvent, il n'est pas le seul. Pour des raisons diverses, il favorise les *infections de la muqueuse pharyngée*. Ces infections se répètent et ont tendance à se prolonger. Elles provoquent des inflammations de la muqueuse, qui contribuent à augmenter l'hypertrophie et réalisent les processus de sclérose : à l'hypertrophie molle due à la simple hyperplasie des cellules lymphoïdes, succèdent les hypertrophies mixtes, puis l'hypertrophie dure.

Ce rôle de l'infection secondaire a été admis depuis longtemps. Henri Chatellier, en 1886, dans sa thèse de Paris sur les *Tumeurs adénoïdes du pharynx*, écrivait :

« Les inflammations répétées et subaiguës survenant dans le jeune âge, chez un sujet prédisposé, sont les vraies causes de l'hypertrophie de la tonsille pharyngée... Chez l'enfant, où le système lymphatique est particulièrement impressionnable et sensi-

ble, des irritations légères sont suffisantes pour réaliser l'hypertrophie. »

Les examens histologiques nous ont montré qu'il faut faire au lymphatisme lui-même une place plus grande que Chatellier ne le pensait.

On a attribué un rôle à la *syphilis congénitale*. Pour certains médecins, elle serait une cause importante de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

J'ai étudié ce problème dans ma leçon du 18 janvier 1934, publiée dans le *Journal des Praticiens* du 17 février 1934, sur *Syphilis congénitale et végétations adénoïdes*. De mon étude, j'ai conclu que, chez les bébés tout jeunes, atteints de rhino-pharyngite syphilitique, celle-ci pouvait, après guérison, laisser de l'hypertrophie chronique de l'amygdale pharyngée ; qu'en dehors de ces faits, le rôle de la syphilis était très problématique. Il est possible toutefois, sans qu'on puisse l'affirmer, que la syphilis congénitale soit un facteur de lymphatisme. C'est l'opinion de V. Hutinel qui, en 1926, dans *Le terrain hérédo-syphilitique*, écrit : « L'hérédo-syphilis se trouve assez souvent à l'origine de cette dystrophie. »

On a pensé que l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx pouvait être due au *bacille de Koch*. Dieulafoy, en 1895, a attribué l'hypertrophie des amygdales palatines à une *tuberculose larvée*. Les nombreuses recherches poursuivies depuis celles de Dieulafoy, recherches auxquelles j'ai participé, en 1908, avec Léon Tixier et Aptekenant (1), n'ont pas confirmé cette opinion.

Les faits, que je viens d'exposer, établissent le *rôle du lymphatisme dans l'étiologie de l'hyperplasie et de l'hypertrophie simples du tissu lymphoïde du pharynx*. Celle-ci paraît bien être liée à la constitution, au tempérament lymphatiques.

Cette hyperplasie et cette hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx ont des conséquences importantes et complexes, dont je n'aborde pas l'exposé.

II. Tissu lymphoïde des muqueuses des voies digestives inférieures chez les lymphatiques. — L'étude du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale ne conduit pas à des conclusions aussi précises que celle du tissu lymphoïde de la muqueuse pharyngée.

D'une part, ce tissu est très souvent tuméfié, soit au cours des affections de l'appareil digestif, soit au cours des infections et des intoxications, ainsi que l'a montré, en 1903, L.-G. Simon dans sa thèse de Paris consacrée à une *Contribution à l'étude de l'appareil lymphoïde de l'intestin*.

D'autre part, les examens histologiques ne peuvent être pratiqués dans des conditions aussi favorables que ceux de la muqueuse pharyngée.

Il est donc difficile, sinon impossible, de savoir si l'hypertrophie du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale est antérieure ou secondaire aux affections dont l'enfant a été atteint.

Beaucoup d'auteurs admettent toutefois que, dans *l'état thymo-lymphatique*, l'hypertrophie du tissu lymphoïde, qui est généralisée, porte sur les follicules de la muqueuse intestinale comme sur ceux de la muqueuse pharyngée.

C'est surtout la *clinique* qui conduit à admettre l'existence d'un lymphatisme de la muqueuse intestinale.

Les sujets, qui présentent un tempérament lymphatique, ont — et les anciens médecins insistaient déjà sur ce fait — peu d'appétit, des digestions lentes, des selles peu consistantes et souvent diarrhéiques. Les bébés nourris avec du lait de vache ont souvent des symptômes de dyspepsie gastro-intestinale. Pour le professeur Czerny, la faible tolérance pour les graisses est une des manifestations de la diathèse exsudative.

Toutefois, des facteurs trop complexes interviennent dans la production des troubles gastro-intestinaux, pour qu'il soit permis de préciser et d'isoler le rôle du tissu lymphoïde de la muqueuse intestinale.

Une circonstance intéressante est la *relation* qui existe entre l'*hypertrophie du tissu lymphoïde* et *les infections du pharynx*, d'une part, les *affections intestinales* appelées entérites, entéro-colites, colites, syndromes coliques, d'autre part.

Ces relations ont été signalées par H. Triboulet (1) en 1908, Aviragnet en 1900, Guinon, Comby, J. Roux et Josserand, en 1906, et par tous les médecins d'enfants.

Ces auteurs ont montré que ces affections intestinales étaient souvent sous la dépendance d'infections pharyngées, aiguës ou chroniques, chez des enfants ayant de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx. MM. J. Roux et Josserand écrivent même : « Nous n'avons jamais rencontré une entéro-colite sans adénoïdite aiguë ou chronique. » Cette opinion est manifestement exagérée, car les causes de ces affections sont nombreuses.

D'après l'opinion des auteurs que je viens de citer, l'infection de la muqueuse intestinale est causée par les microbes contenus dans les mucosités pharyngées, qui sont déglutiés sans arrêt.

Cette pathogénie peut s'appliquer à certains faits. Il convient toutefois de ne pas la généraliser. L'infection du tissu lymphoïde par la voie sanguine explique mieux les phénomènes dans diverses circonstances.

L'infection n'est d'ailleurs pas la seule cause des syndromes intestinaux et des syndromes coliques.

(1) P. Nobécourt et Léon Tixier. Note sur l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. Ses rapports avec la tuberculose. *Gaz. des Hôp.*, 22 septembre 1908.

P. Nobécourt et Aptekenant. Végétations adénoïdes, adénopathies trachéo-bronchiques et tuberculose. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 26 mars 1909.

(1) H. Triboulet. A propos de certains détails d'étiologie de l'entérite muqueuse ou muco-membraneuse des enfants. *Arch. de méd. des enfants*, n° 3, mars 1908. — Aviragnet. Des troubles digestifs liés à la rhino-pharyngite et à l'amygdalite chroniques. *Arch. de méd. des enfants*, III, n° 2, février 1908. — J. Comby. Entérites et appendicites chez les enfants. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 13 juillet 1906. — Guinon. Entérites et appendicites chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfant*, XXIV, p. 337, août 1906. — J. Roux et Josserand. Des relations des entéro-colites et des adénoïdites chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, XXIV, p. 331, août 1906.

Qu'elle existe ou non, qu'elle s'effectue par la voie entérale ou la voie parentérale, elle n'exclut pas une prédisposition spéciale de la muqueuse réalisée par le lymphatisme.

Triboulet fait allusion à cette prédisposition : « Et ce qui est pour nous frapper, écrit-il, c'est que ces divers agents pathogènes, agissant si fréquemment et sur tant de sujets, ne produisent l'entérite que chez un nombre restreint d'entre eux qui nous apparaissent *comme des prédisposés*. »

Aviragnet, par contre, ne relève pas cette prédisposition chez ses malades.

Pour notre part, nous l'avons admise avec V. Hutinel.

En 1909, dans son livre sur *Les maladies des enfants*, nous écrivions : « Peut-être convient-il de tenir compte d'une vulnérabilité particulière de l'appareil lymphoïde dont les follicules intestinaux seraient aussi aptes que ceux du pharynx à subir l'atteinte des infections. »

De même en 1911, dans un rapport au *treizième congrès français de médecine* sur les *Colites aiguës chez les enfants*, nous disions : « Chez certains enfants, la prédisposition semble réalisée par le *terrain lymphatique*, c'est-à-dire par une aptitude spéciale du tissu lymphoïde à subir les atteintes des processus morbides. »

Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas permis de sortir de l'hypothèse ; elle est vraisemblable, mais non démontrée.

En tout cas, il ne me paraît pas légitime de décrire, comme l'a fait M. Paul Sitler dans les *Archives de médecine des enfants* d'août 1927, une *Colite lymphatique, symptôme le plus fréquent du lymphatisme*. Les syndromes coliques du lymphatique ne présentent pas de caractères cliniques pathognomoniques.

Des considérations de même ordre s'appliquent à l'*appendicite*.

Aviragnet, en 1899, Guinon, en 1906, bien d'autres médecins et chirurgiens ont attiré l'attention sur les *relations* entre les *infections du pharynx* et *l'appendicite*.

A. Broca, dans sa *Chirurgie infantile*, en 1914, écrit (p. 991) : « A l'origine, l'appendicite est une folliculite de l'organe si riche en tissu adénoïde qu'est l'appendice vermiculaire. L'analogie pathologique est grande avec les amygdalites et adénoïdites, et le lien étiologique paraît net avec les diverses angines. Les médecins d'enfants savent que les petits adénoïdiens sont plus exposés à l'appendicite que les autres sujets. »

On pensait autrefois que les microbes du pharynx gagnaient l'appendice par la voie digestive. « Il est évident, écrit Guinon, que la rhino-pharyngite infectieuse ne peut agir sur l'appendice que par l'intermédiaire de l'entérite...

« ...Entre le stade adénoïdite, ajoute-t-il, et l'aboutissant appendiculaire manque quelquefois *en apparence* le stade entérite, mais il est probable qu'une étude plus attentive et plus permanente aurait révélé dans ces cas une phase d'infection intestinale. »

En réalité, le stade intestinal manque souvent. Il semble qu'en général la localisation appendiculaire soit la conséquence d'une septicémie ; il est difficile d'en administrer la preuve ; mais on connaît aujourd'hui la fréquence des septicémies ou des bactériémies passagères et on conçoit facilement que l'état du tissu lymphoïde de l'appendice des lymphatiques prédispose ce tissu aux agressions microbiennes.

En conclusion : s'il est difficile de préciser l'existence d'un lymphatisme de la muqueuse intestinale, le lymphatisme de la muqueuse appendiculaire est bien une réalité et celui-ci rend vraisemblable celui-là.

III. Tissu lymphoïde des muqueuses des voies respiratoires inférieures chez les lymphatiques. — Les modifications du tissu lymphoïde des muqueuses des voies respiratoires inférieures chez les lymphatiques sont encore moins connues que celles du tissu lymphoïde des muqueuses de l'intestin.

Il est vraisemblable, mais non démontré, qu'il présente la même hyperplasie et la même hypertrophie chroniques qu'au niveau du pharynx. Il est permis de penser que ces modifications jouent un rôle dans la *prédisposition des lymphatiques* aux *laryngites* et aux *trachéo-bronchites*, ainsi que dans la tendance de ces affections à se prolonger et même à devenir chroniques.

En tout état de cause, l'observation clinique montre que l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx est, par les infections qu'elle entretient, un facteur important des infections des voies respiratoires inférieures.

C'est pour ces dernières raisons que le lymphatisme est un des facteurs étiologiques de cette variété d'asthme, très commun chez les enfants ayant de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et qu'on a tenté d'isoler sous les appellations d'*asthme adénoïdien*, d'*asthme amygdalien*, d'*asthme ganglionnaire*.

« L'asthme, ainsi que je l'ai dit, en 1923, dans mes leçons (1), l'asthme est un accident survenant chez un enfant qui est un adénoïdien, qui a des infections des voies respiratoires, qui a des troubles intestinaux et hépatiques, parce qu'il possède un terrain particulier, qu'on peut qualifier, pour simplifier, de neuro-arthritique et de lymphatique et se trouve en état d'anaphylaxie. »

Le lymphatisme de la muqueuse respiratoire est, chez certains asthmatiques, le facteur capital. C'est le traitement de ce lymphatisme qui est la base de la thérapeutique ; sans lui, les traitements du syndrome asthmatique sont voués à l'échec.

***

Les faits exposés dans ce travail démontrent l'existence du *lymphatisme des muqueuses*.

En réalité, la démonstration n'est réellement donnée que pour la *muqueuse pharyngée*. L'hyperplasie simple du tissu lymphoïde est établie par les examens histologiques des amygdales palatines et pharyngées hypertrophiées. Cette hypertrophie en est le symptôme apparent.

La démonstration paraît également faite pour la *muqueuse de l'appendice*.

Elle reste à faire pour la *muqueuse de l'intestin* et la *muqueuse des voies respiratoires inférieures*.

En clinique, le lymphatisme des muqueuses existe soit chez des enfants qui présentent les caractères généraux du lymphatisme, soit chez des enfants que seul l'état des muqueuses révèle être des lymphatiques.

Chez les premiers, il est un des éléments du *lymphatisme généralisé*, chez les seconds, il réalise un *lymphatisme partiel*.

Parmi les manifestations du lymphatisme des muqueuses, l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx est la plus commune et la mieux connue.

Cette hypertrophie est la conséquence d'une modalité particulière du tissu lymphoïde des lymphatiques. Les infections locales, qui jouent certainement un rôle, n'en sont pas le *primum movens ;* elles n'interviennent que secondairement sur un terrain particulier.

De cette conception étiologique, il résulte que les traitements envisagés pour empêcher l'hypertrophie de s'accroître ou pour la faire régresser ne doivent pas être purement locaux, mais doivent s'adresser au lymphatisme.

Par ailleurs, l'ablation chirurgicale des amygdales palatines ou de l'amygdale pharyngée hypertrophiées n'est justifiée que si leur volume devient une cause de gêne ou si leur désinfection ne peut être réalisée par d'autres moyens. Après l'intervention, il est indispensable d'instituer le traitement général du lymphatisme et les traitements locaux susceptibles de modifier la vitalité de la muqueuse ; la méconnaissance de cette règle explique pourquoi de nombreux enfants n'en tirent par le bénéfice escompté.

(1) P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil respiratoire.* — 1re série, 1924. Leçon XIX. Etude clinique de l'asthme des enfants (6 janvier 1923). — Leçon XX. Etiologie et traitement de l'asthme des enfants (15 janvier 1923).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 23 mai 1934)

Nouvelles observations sur les propriétés physiques du sérum sanguin. — M. Maurice Doladilhe. On sait que l'addition d'eau distillée à un sérum sanguin suffit pour provoquer la floculation de ses globulines. Les recherches des auteurs permettent de penser que le groupe des albumines exerce, au sein du sérum, son pouvoir dispersant sur le groupe des globulines, et que la stabilité d'un sérum en eau distillée, aussi bien que son pouvoir floculant vis-à-vis des colloïdes, traduisent, en partie tout au moins, l'intensité de cette action.

(séance du 28 mai 1934)

De quelques actions physiologiques de la sarothamnine et de la génistéine. — M. René Hazard. La sarothamnine et la génistéine ont été extraites par A. Valeur du genêt à ba-

lai (*Sarothamnus scoparius* ou *Genista scoparia*, légumineuses), où elles existent en faible quantité.

La sarothamnine, aux doses de 0 gr. 005 à 0 gr. 01 par kilogr., exerce sur le cœur une action fortement dépressive, diminuant l'amplitude de ses contractions et ralentissant son rythme. Elle abaisse la pression artérielle.

Le bromhydrate de génistéine, aux mêmes doses, ne déprime généralement pas le cœur et n'abaisse la pression artérielle que d'une manière transitoire.

Les différents effets physiologiques que signale en outre l'auteur établissent entre elle et la spartéine d'assez étroites analogies. La sarothamnine, au contraire, s'écarte notablement de celle-ci.

Rôle des facteurs physiques dans la lacto-gélification du sérum. — M. W. KOPACZEWSKI.

Hormones. — Mme N. DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA et M. P. ZÉPHIROFF apportent une note sur une substance isolée de l'adénocarcinome de la mamelle de souris, capable d'activer la croissance et d'avancer le développement génital chez les rats jeunes.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1934)

Rapport. — M. MEILLÈRE donne lecture d'un rapport sur des demandes en autorisation d'eaux minérales.

Propriétés physiques des protéines du sérum et des liquides épanchés. — MM. Ch. ACHARD, A. BOUTARIC et Mme M. ROY ont étudié comparativement dans le sérum sanguin et les sérosités la sérum-albumine et la myxoprotéine.

L'adsorption de ces protéines par le charbon animal de constitution invariable a été déterminée d'après la mesure de la tension superficielle en fonction de la quantité de corps adsorbant.

D'autre part, les auteurs ont mesuré la sensibilisation de l'hydrate ferrique à la floculation sous l'action de doses extrêmement faibles de protéines.

Or, l'examen des résultats dans ces deux sortes de recherches ne montre que des différences insignifiantes entre les protéines du sérum et celles des sérosités. Ces différences, d'ailleurs, peuvent tenir aux traces d'impuretés lipoï-

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd de STRASBOURG PARIS (10e)

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

diques dont on ne peut débarrasser entièrement les protéines extraites de liquides obtenus en quantité peu considérable.

Ces recherches s'accordent avec les résultats que les mêmes auteurs ont précédemment tirés de la recherche de la densité optique et de la viscosité relative. Elles permettent de conclure qu'il n'y a pas une structure différente pour les protéines de sérum et celles des sérosités.

Nouvelles contributions à l'étude du mécanisme de la vieillesse. — M. G. MARINESCO. La théorie colloïdale proposée par Ruzicka et Marinesco, admise par M. Lumière et d'autres savants, n'est pas suffisante pour faire comprendre le mécanisme de la vieillesse. Il est vrai que la déshydratation des cellules conditionnée par l'évolution des colloïdes retentit sur tous les phénomènes vitaux, tels que la dissociation des molécules, l'activité des molécules et des ions, la tension osmotique et la tension de surface, l'adsorption, la diffusion, etc. En somme, toute la dynamique de l'organisme est régie par la teneur en eau des cellules et des humeurs.

La déshydratation commence déjà pendant la vie embryonnaire ; elle se continue, intéressant tous les organes et toutes les cellules.

Mais il y a lieu de faire intervenir dans le mécanisme de la sénilité le rôle des ferments qui gouvernent les phénomènes d'oxydo-réduction, et puis, l'évolution du rapport nucléo-plasmatique comme la différenciation des cellules jouent un rôle décisif.

La cytomorphose se fait toujours dans le même sens.

Une cellule différenciée telle que la cellule nerveuse ne retourne jamais vers un état moins différencié, car le facteur temps s'y oppose.

Ce n'est pas trop de dire avec Cl. Bernard que les ferments contiennent le secret de la vie. L'appareil mitochondrial est modifié dans toutes les cellules séniles. Il y apparaît du lipochrome, les oxydases disparaissent. La déshydratation progressive se constate surtout dans les tissus bradytrophiques privés de vaisseaux où la floculation et l'apparition des produits de désintégration sont inévitables. Il n'y a pas de phénomènes biologiques absolument reversibles dans notre organisme. Les deux principes de la thermodynamique s'appliquent à tous les processus de la vie et surtout à la sénescence. Rien ne contredit l'affirmation que dans notre organisme, le principe, la dégradation, de l'énergie est satisfait. D'ailleurs, les recherches de Carré sur les tréphones viennent à l'appui de cette théorie, car chez les métazoaires, les phénomènes d'assimilation et de désassimilation se trouvent en un certain rapport qui fait que la synthèse chimique diminue progressivement avec l'âge.

Les utérus à petit col.— M. METZGER. Il est fréquent de trouver chez des femmes un col conique qui ne s'est manifesté par aucun trouble ; ce n'est pas une malformation ; il est peu probable qu'il gêne la fécondité et chez les nulligestes qui en sont dotées, il faut chercher ailleurs l'explication de la stérilité. La grossesse modifie très peu ces cols. Le début de la dilatation pendant le travail est gêné, mais on remédie, en général, facilement au retard de la dilatation et l'accouchement se produit normalement.

L'immunotransfusion par sang de convalescents dans le traitement des infections puerpérales. — MM. Cyrille JEANNIN et CHOME attirent l'attention sur l'utilisation des convalescentes comme donneuses de sang dans le traitement des infections puerpérales.

Jusqu'ici, on avait choisi ces donneuses parmi les seules anciennes infectées puerpérales ayant présenté des hémocultures positives ; mais ne peut-on pas envisager la possibilité de recourir à d'autres convalescentes, à des femmes ayant présenté des infections moins groupées ?

C'est dans ce sens que les auteurs vont poursuivre leurs recherches.

Sur la valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann pendant la grossesse et les suites de couches. — M. Paul GUÉNIOT. chez les femmes gravides ou récemment accouchées que des indices cliniques font considérer comme suspectes de syphilis, n'a vu que dans une proportion de cas très faible les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht donner un résultat positif (3,75 % sur 1.119 cas examinés). Cette rareté relative existe même dans les cas de fœtus macérés, où il n'a vu que 25 % de résultats positifs chez la mère. Cela donne à penser qu'il y a dans la puerpéralité un facteur qui atténue, rend moins facile et moins fréquente la réaction de Wassermann. Et on ne peut pas beaucoup compter sur celle-ci, chez la femme enceinte ou récemment accouchée, pour fixer dans les cas suspects la détermination thérapeutique, qui dans la très grande majorité des cas, ne peut s'appuyer que sur les éléments de l'investigation clinique.

Vaccination antituberculeuse par le B C G dans les dispensaires de Mulhouse. — M. Léon BERNARD.

Le pneumococcus mucosus en otologie. — M. LEMAÎTRE.

Diagnostic différentiel par l'analyse chimique détaillée entre différentes maladies à métabolisme lipido-protéique déséquilibré et pathogénie du psoriasis. — MM. SARTORY, HUFSCHMITT et CUÉNI.

CHRONIQUE

LE PROFESSEUR SERGENT EXPOSE SES IDÉES SUR L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE

Le 30 mai, à l'amphithéâtre de l'Hôtel Chambon, le parterre est complet ; de nombreux médecins et beaucoup de dames ; on remarque le Dr Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; l'*Umfia* est représentée par Dartigues et Bandelac de Pariente, le *Concours médical*, par Noir qui est de toutes les solennités. Des militants du syndicalisme parisien, défenseurs des traditions médicales, sont au premier rang : Tissier-Guy et Herpin. A côté d'eux, de jeunes maîtres, tels que Pasteur-Vallery-Radot et Lian ; plus loin, Crouzon, un disciple de Dieulafoy. La tribune regorge d'étudiants venus pour manifester leur sympathie à l'orateur ; parmi eux, l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris est largement représentée.

M. Sergent, en un saisissant raccourci, a pris le lycéen à l'époque du baccalauréat, et l'a suivi jusqu'à son installation comme praticien ou à sa nomination de professeur. Et l'imagination créatrice si puissante de M. Sergent lui a permis de nous donner un aperçu de ce que sera l'exercice de la médecine dans 30 ans d'ici. Il est un de ces très rares hommes qui s'intéressent à la pédagogie, comme M. Marfan, et qui sur ce sujet ardu savent, tel Léon Bérard, captiver leur auditoire. Aussi a-t-il été parfaitement compris et très souvent applaudi.

Que faut-il pour faire un médecin ?

Quatre qualités cardinales que précise M. Sergent, et dont l'énoncé constitue les têtes de chapitre de son programme : Science, expérience, bon sens, conscience.

SCIENCE. — C'est le programme actuel des études médicales qui est discuté et d'abord le P. C.N. ou P. C. B. Qui dit histoire naturelle dit biologie, car Bios = vie pour ceux qui consentent à connaître le grec. Où est alors la différence

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La Spartéine "Houdé"

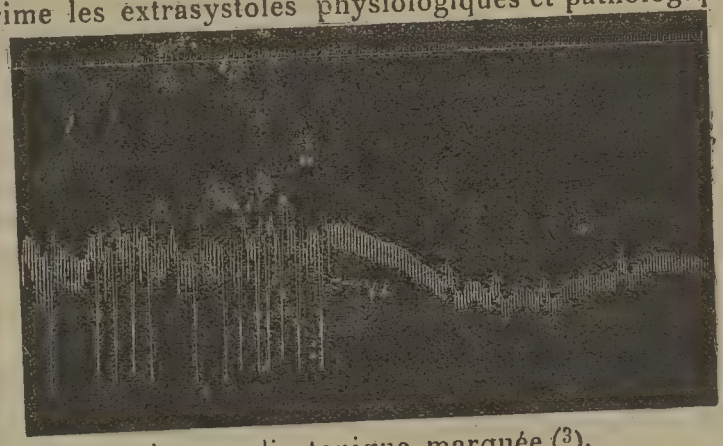
Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

entre *P. C. N.* et *P. C. B.* ? Il y a évidemment les douze leçons de mathématiques avec les *fonctions circulaires* que M. Sergent salue d'une ironique révérence, parce qu'elles n'ont aucun caractère biologique. « D'ailleurs, rappelle le maître, le P.C.N. ayant été créé pour placer les normaliens, pourquoi voulez-vous que les Facultés des sciences le laissent passer aux Facultés de médecine ? »

Puis, c'est la critique des parties superflues de l'enseignement donné à l'Ecole pratique, des abus de l'étude de la médecine expérimentale qui n'est que de la physiologie, et des détails inutiles de la parasitologie. Par contre, si le P. C. N. était fait à la Faculté de médecine, on y enseignerait la chimie biologique et pathologique à la place de l'étude détaillée des solfatares d'Italie et des hauts fourneaux de la Moselle. Le programme de l'Ecole pratique doit être ramené au strict nécessaire pour que l'étudiant puisse se consacrer à l'étude de la clinique.

M. Sergent s'est ensuite déclaré partisan de la division des études médicales en deux parties : l'étude de l'homme sain (anatomie, histologie élémentaire, physiologie et chimie biologique) pendant laquelle *l'étudiant n'ira pas à l'hôpital :* pourquoi, en effet, lui imposer l'auscultation d'un poumon malade, tandis qu'il ignore constitution et fonctionnement du poumon normal ? Après cette période seulement, l'étudiant sera initié à la clinique, qui est plus qu'un art, qui est une science réelle avec ses méthodes d'investigation et d'observation. Cet enseignement doit être donné en entier à l'hôpital, devenu dès lors centre d'enseignement, où rien ne sera négligé pour former des praticiens complets.

Bref, l'homme normal d'abord, l'homme pathologique ensuite.

Nous voici arrivés au chapitre de l'Expérience, qui, souvent, détruit les théories et les dogmes enseignés *ex cathedra.* Quel soupir de scepticisme pousse le Maître à l'évocation du seul mot de théorie ! Scepticisme nécessaire que l'on acquiert au lit du malade en présence des faits qui détruisent beaucoup d'idées issues uniquement de vues de l'esprit. C'est pourquoi le laboratoire d'hôpital doit retenir l'étudiant au sortir de la salle des malades.

Ici M. Sergent ouvre une parenthèse, et n'hésite pas à réclamer l'ouverture de deux voies parallèles, dès cette deuxième phase des études, pour l'enseignement médical. Elles conduiront à deux carrières aussi nobles l'une que l'autre, celle du praticien et celle de l'homme qui va se consacrer à la science médicale et à ses progrès. Ce dernier qui passera par les divers concours hospitaliers de sélection (externat, internat, clinicat, médicat des hôpitaux) exercera plus tard ses fonctions à l'hôpital qui lui assurera une situation stable suffisante pour ne pas faire de clientèle.

Bon sens. — Cette troisième qualité ne relève pas de l'enseignement médical, mais de l'enseignement secondaire. « *Autrefois au lycée, dit M. Sergent, nous faisions du latin et même du grec ; le but des humanités, c'est d'apprendre à apprendre, telle est ma formule favorite ; on l'oublie trop aujourd'hui.* »

Le bachelier dénué de bon sens ne fera jamais un médecin. J'ajoute que rarement la question de l'obligation du baccalauréat classique, mention philosophie, n'a été posée avec autant d'à-propos et de force.

Conscience et sens moral doivent être développés au maximum, et ceci est un axiome que M. Sergent a bien fait de signaler. Trop de gens d'affaires lancent leurs enfants dans la médecine, qui n'ont aucune prédisposition pour l'exercer avec honnêteté.

*
* *

Ceci dit, il est une notion contre laquelle le maître a protesté, c'est *le divorce du médecin et du chirurgien ;* M. Sergent le regrette, dans l'intérêt supérieur de la science et du malade, et, citant l'exemple de Clovis Vincent, qui est devenu le meilleur opérateur de ses malades, il s'écrie : « Si j'avais 20 ans de moins, j'opérerais les poumons de mes malades, étant plus capable d'interpréter leurs lésions que celui qui est appelé à les opérer. » Redoutable problème à résoudre que le « remariage » du médecin et du chirurgien, réclamé par le maître. De là à protester contre les certificats de spécialités, il n'y avait qu'un pas, et M. Sergent l'a délibérément franchi.

Pour conclure, ce fut une superbe fresque de la médecine de l'avenir, de celle qui est réalisée en partie dans les grands hôpitaux parisiens et qui conduira au triomphe du clinicien chargé de tirer les conclusions des examens que les divers techniciens auront fait subir au malade. Et ceci prouve que les procédés de laboratoire appliqués à la clinique ne feront que grandir le rôle de celle-ci, et justifier cette définition du professeur Sergent, la Clinique est une Science.

MAURICE MORDAGNE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 11 *juin.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Strohl, Duvoir, Moreau. — M. Guichard. Etude des kystes hydatiques du poumon. — M. Bernou. Etude de la viscosité sanguine, normale et pathologique.

Mardi 12 *juin.* — Jury : MM. Roussy, président ; Gougerot, Nobécourt, Chailley-Bert. — M. Agadjaniantz. Etude des lésions rénales par hypertension expérimentale consécutive à l'ablation des nerfs dépresseurs. — M. Duchêne. Etude du traitement radiothérapique dans les cellulites périmaxillaires d'origine bucco-dentaire. — M. Goujard. Etude du pneumothorax spontané chez le nourrisson.

Mercredi 13 *juin.* — Jury : MM. Mathieu, président ; Tanon, Boulin, Turpin. — M. Alarcon. Etude sur les lois de la stérilisation eugénique. — M. Florence. La déclaration obligatoire des maladies transmissibles. — M. Grosfeld. Prophylaxie de la malaria au Congo Belge.

Jeudi 14 *juin.* — Jury : MM. Chevassu, président ; Lenormant, Fey, Richet. — M. Biétrix. Des résultats de l'urétérorraphie après section accidentelle de l'uretère au cours d'interventions gynécologiques. — M. Griveaud. Etudes sur les lésions traumatiques du testicule. — Mme François. Etude des ruptures sous-cutanées du tendon du long extenseur du pouce. — M. Jullien. Traitement de la luxation récidivante de l'épaule. — M. Royer. Endométriomes de l'ombilic.

Samedi 16 *juin.* — Jury : MM. Carnot, président ; Olivier, Gayet, Chabrol. — M. Nattaf. Rhumatisme chronique déprimant et cataracte endocrinienne. — M. Touzé. La néphrite post-septicémique à bacille perfringens. — M. Couderc. Astrologues, voyantes, cartomancienne et leur clientèle. — M. Sobel. Semmelweis, sa vie tragique et ses œuvres.

Mercredi 13 *juin.* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Gosset, président ; Dechambre, Letard. — M. Deschamps. Etude du cheval de trait du Nord.

Vendredi 15 *juin* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lesbouyriès, Panisset. — M. Saunié. Réactions allergiques dans le diagnostic des brucelloses.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

PERLES
GOUTTES

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÈPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.
Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Échantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**
à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

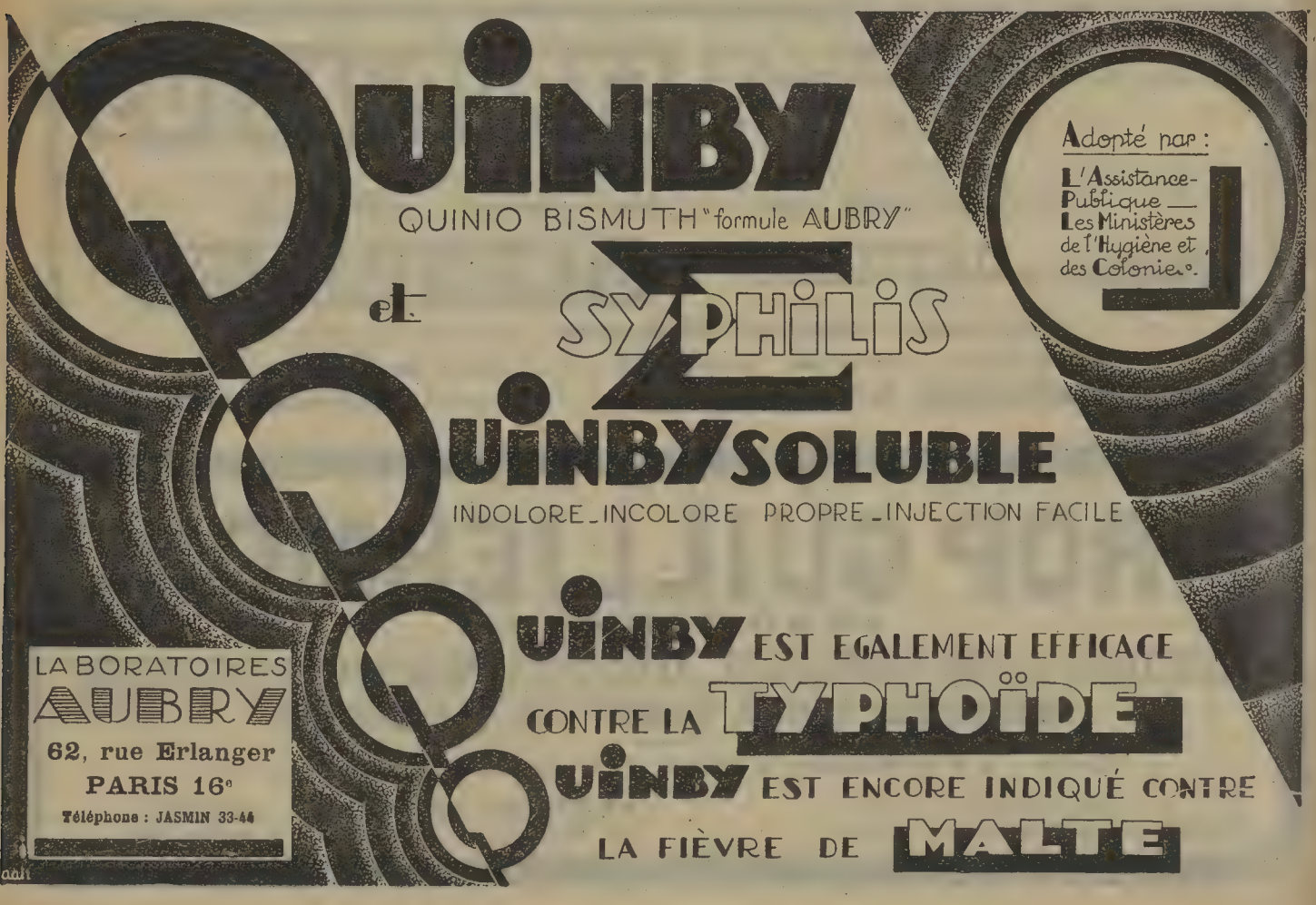
BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS



Le N° 50 Centimes. 107e ANNÉE MERCREDI 13 JUIN 1934. — N° 47.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
L'aluminium comme facteur contribuant au surgissement ou au progrès de divers processus pathologiques dans l'organisme, par MM. les professeurs A. L. Tchijevsky et T. S. Tchijevskaya.
NOTES DE MÉDECINE INFANTILE
Les vitamines chez le nourrisson, par M. L Babonneix.
Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT. (Compte rendu, par M. M.-G. Thibulin.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie. — Société de médecine militaire française. — Société anatomo-clinique de Bordeaux.
CHRONIQUE
La protection de Paris contre les attaques aériennes à l'exposition des architectes anciens combattants, par F. L. S.
La défense passive est devenue obligatoire.
NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès rétro et latéro-pharyngiens.

INFORMATIONS

ACADÉMIE DES SCIENCES. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. J.-L. Faure; en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Chevassu, P. Duval, Hartmann et Marion.

Au premier tour, M. Faure obtient 26 voix; M. Hartmann, 22; M. Duval, 6; M. Marion, 2 voix.

Un second tour est nécessaire. M. J.-L. Faure est élu par 31 voix contre 24 à M. Hartmann et un bulletin nul.

GUERRE. — M. le médecin-colonel Jullien est promu au grade de médecin général et nommé directeur du Service de santé de la 4e région au Mans.

— M. le médecin-colonel Jauneau, du Corps de santé des troupes coloniales, est promu au grade de médecin général et affecté à la Martinique.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. le docteur Gaston Ramon, membre de l'Académie de médecine, sous-directeur de l'Institut Pasteur, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Calmette, décédé.

ACADÉMIE DES SCIENCES, LETTRES ET BEAUX-ARTS DE MARSEILLE. — Le professeur Léon Imbert, doyen de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de Marseille, a été élu membre de l'Académie de Marseille. Toutes nos très affectueuses félicitations à notre éminent collègue et ami.

ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PRIVÉE. — Le *Journal officiel* du 9 juin 1934 publie, p. 5692, un arrêté du ministre de la Santé publique relatif aux déclarations d'ouverture des établissements d'hospitalisation privée.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Mme le docteur Crozet-Truche, reçue 6e au concours de médecin des Asiles de 1934, est nommée médecin chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le docteur Nacht.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Hygiène et clinique de la première enfance. (Hospice des Enfants-Assistés.) — *Cours de perfectionnement portant sur la diététique et la thérapeutique des maladies du premier âge*, du jeudi 28 juin au samedi 7 juillet 1934 inclus, sous la direction de M. le professeur Lereboullet, avec le concours de M. J. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux, de MM. Lelong et Pichon, médecins des hôpitaux, de MM. Baize, Benoist, Bohn, Chabrun, Garnier, chefs de clinique et anciens chefs de clinique, de MM. Detrois et Gournay, chefs de laboratoire, de MM. Saint-Girons et Roudinesco, assistants du service, et de M. Aime, électroradiologiste de l'hospice des Enfants-Assistés.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

Le cours sera complété par des présentations de malades, des exercices pratiques au laboratoire et des visites à divers établissements de biologie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Gascard, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen, correspondant national de l'Académie de médecine dans la section de pharmacie; MM. les docteurs Pierre Alaize, médecin chef de service à l'Asile d'aliénés de Marseille; Jean Fumaroli (de Nice); Abel Thomas (d'Hyères); Mengin (de Caen); M. Charles Giovanetti, interne des hôpitaux de Toulon.

CHRONIQUE

LA PROTECTION DE PARIS CONTRE LES ATTAQUES AÉRIENNES A L'EXPOSITION DES ARCHITECTES ANCIENS COMBATTANTS

Il y a quelques mois (1), nous avons entretenu nos lecteurs des dispositions déjà prises par la Préfecture de police pour la protection de Paris contre les gaz. Depuis cette époque, sous l'impulsion du professeur Tanon, inspecteur général des services d'hygiène de la Préfecture de police, nous entrons dans la voie des réalisations. En attendant une occasion de revenir sur ce sujet, nous devons signaler aujourd'hui l'exposition organisée par l'*Union nationale pour la défense aérienne*, et par *l'Association des architectes anciens combattants*. Cette exposition est consacrée à des projets concernant *l'organisation de la défense passive contre les bombardements aériens dans la région parisienne*. Elle a été inaugurée vendredi dernier, par M. Gaston Doumergue et par M. Tardieu (2).

Parcourons-la rapidement :

Des cartes de Paris et de la banlieue indiquent d'abord, dans les conditions actuelles, les *voies d'évacuation et de dispersion* de la population en cas d'alerte. Notons les prévisions de protection du métro et la création dans différentes stations d'abris fort bien conçus. Mais les architectes ont vu plus loin et nous avons noté un plan très complet de dégagement de la région parisienne par des autostrades recouvrant les voies ferrées, et reliées par de larges routes en ceinture. Il s'agit là d'une œuvre de longue haleine qui permettrait une évacuation extrêmement rapide et en temps normal une circulation très active.

La question *des abris* dans Paris a fait l'objet d'une étude fort complète. C'est d'abord une carte du sous-sol qui met, notamment, en évidence les très nombreuses carrières du sud de Paris. Il y a là une vaste région où l'on peut trouver, loin des affleurements d'eau, des abris remarquablement spacieux et sûrs. Les exposants ont d'ailleurs traité avec beaucoup de soin l'aménagement des abris actuellement existant, abris dans les carrières déjà citées, abris sous certains édifices publics, abris dans les caves des immeubles, etc...

Si la population peut être évacuée ou dirigée sur certains abris, il faut aussi penser à certains *services publics*, dont le personnel doit rester à son poste. C'est ainsi que nous avons examiné des plans d'abris en hauteur peu vulnérables. En voici un exemple : une tour de 17 mètres de diamètre et de grande hauteur, terminée par une coupole effilée avec prise d'air au-dessus des nappes de gaz. Cette tour repose sur pieux explosés. Elle n'a pas d'escalier, mais une rampe hélicoïdale, dont l'accès serait très facile. Sa coupole serait à haute résistance. Noté également un abri souterrain pour square pouvant contenir 5.000 personnes.

Tous ces abris sont fort bien étudiés. Les architectes anciens combattants n'ont oublié aucun détail, ni la facilité d'accès et de dégagement, ni l'aération. Ils ont mis leur expérience au service de la collectivité et ils ont eu le courage de placer le public en face d'éventualités qu'il faut, hélas, envisager.

Nous devons féliciter sincèrement les organisateurs de cette belle exposition: M. Martineau, président; MM. Drouet, Jouven, J. Bagge, Anibali, Gumpel, Hennequin, Rey et Perrin. Nous remercions particulièrement M. J. Bagge pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous guider.

F. L. S.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 4, p. 69.

(2) L'exposition est ouverte jusqu'au 21 juin 1934, de 10 h. à 19 h., dans le hall des automobiles Peugeot, 65, avenue des Champs-Elysées.

LA DÉFENSE PASSIVE EST DEVENUE OBLIGATOIRE

Le gouvernement vient de déposer un projet de loi rendant obligatoire l'organisation de la défense passive. Des sanctions sont prévues en cas d'infractions à la loi.

RENSEIGNEMENTS

PHARMACIEN ESPAGNOL établi à Lérida, ayant son fils établi à Barcelone, désire représenter fabrique française de produits pharmaceutiques, parfumerie, accessoires de médecine et de pharmacie en général.
Fournirait des garanties pécuniaires à volonté. — S'adresser au Service espagnol, comptoir d'Echanges, 16, rue Turbigo, Paris.

DOCTEUR EN MÉDECINE ESPAGNOL, établi à Madrid, demande représentation fabrique française de produits pharmaceutiques et parfumerie. — S'adresser au Service espagnol, comptoir d'Echanges, 16, rue Turbigo, Paris.

On demande **DOCTEURS OU ÉTUDIANTS** pour s'instruire et rendre service en examinant 600 enfants partant colonie de vacances 1er août. Indemnité. — Ecrire : Central des Œuvres, 26, faubourg Saint-Jacques.

A adjer ch. Not Paris, 3 Juillet, 14 h.
GRANDE PROPRIÉTÉ
Comprent 4 bâtiments **AU RAINCY**
Angle Boulevard de l'Ouest, 10 et Allée Nicolas-Carnot, 1. **Contenance 2620 m. LIBRE.**
Mise à prix 250.000 fr. Conviendrait : Pension famille, **Clinique**, Maison d'éducation. S'adr., Me POISSON, not., Paris, 28, rue Châteaudun

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millard, Paris (18e)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

TOUTES DIARRHÉES
bénales ou symptomatiques

CASALDYL

ENTÉROCOLITES
chroniques

GRANULÉ A BASE DE CASÉINE FORMOLÉE

INFECTIONS DU TUBE DIGESTIF — FERMENTATIONS SECONDAIRES

FÉTIDITÉ DE L'HALEINE

ADULTES ..... *1 à 4 cuillerées à café* } avant ou entre les repas
ENFANTS ..... *Demi-dose.* }
NOURRISSONS.. *Un quart de cuillerée à café avant une tétée sur deux, dans un peu d'eau bouillie.*

PRIX: 9 Fr. LE FLACON

LABOR. DU Dr ROUSSEL — 89, RUE DU CHERCHE-MIDI PARIS (VIe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

L'ALUMINIUM COMME FACTEUR CONTRIBUANT AU SURGISSEMENT OU AU PROGRÈS DE DIVERS PROCESSUS PATHOLOGIQUES DANS L'ORGANISME

Par MM. les professeurs
A. L. TCHIJEVSKY et T. S. TCHIJEVSKAYA.

I

Nous entreprîmes, dans les années 1933-1934, des observations et des recherches spéciales sur l'effet qu'exerce une nourriture, préparée dans une vaisselle d'aluminium, sur des gens, souffrant de troubles gastro-intestinaux, néphrétiques, hépatiques et autres, étudiant, en même temps, l'effet des mêmes aliments sur des animaux sains. On fit, ensuite, des analyses physico-chimiques d'eau et d'aliments, préparés dans une vaisselle d'aluminium, en étudiant leur effet sur certains organes. Ce problème était examiné principalement du point de vue électrochimique. Des gens et des animaux, nourris d'aliments préparés dans une vaisselle émaillée ou en verre, servaient de sujets de contrôle. Des observations cliniques étaient conduites en même temps, d'après la méthode des périodes ; on donnait au même malade des aliments préparés, tantôt dans une vaisselle d'aluminium, tantôt dans une vaisselle émaillée. On changeait la vaisselle à l'insu du malade.

II

Les résultats des analyses et les observations peuvent être formulés ainsi :

a) Des différences extérieures se faisaient déjà voir quelques heures (2-10) après la préparation des aliments (pommes de terre, soupes — surtout avec des betteraves, — lait, etc.). La couleur des aliments, préparés dans une vaisselle émaillée ou de verre, restait inaltérée ; tandis que celle d'aliments préparés dans une vaisselle d'aluminium éprouvait de grands changements : les pommes de terre brunissaient visiblement, les betteraves noircissaient brusquement, de même que la couche de lait, touchant à la paroi intérieure de la vaisselle d'aluminium. Pareillement à la couleur, le goût des aliments changeait aussi, ce qu'on remarqua fort nettement après un intervalle de 12 heures.

b) Le pH d'aliments, préparés dans une vaisselle d'aluminium, changeait relativement au pH de ceux, préparés dans une vaisselle émaillée, savoir : un certain écart du pH fut observé vers l'alcali ; on remarqua aussi, dans un nombre de cas, des écarts considérables du point isoélectrique.

c) Des traces d'aluminium furent découvertes, au spectroscope, dans de l'eau, qui avait bouilli pendant plusieurs heures dans certaines espèces de vaisselle d'aluminium. La surface de cette vaisselle noircissait aussi, après que l'eau avait bouilli dedans.

d) L'analyse des matières fécales de l'homme et des animaux, nourris d'aliments préparés dans une vaisselle d'aluminium, démontra une augmentation considérable de la production albumineuse par les parois de la voie gastro-intestinale, — liée à un phénomène d'inflammation.

e) Des accès de colite (de caractère putride ou zymotique) devenaient plus fréquents sous l'action d'une alimentation, prise d'une vaisselle d'aluminium. Cette vaisselle étant remplacée par une vaisselle de verre ou émaillée, une amélioration rapide et certaine se produisait dans la santé du malade. Il y eut même des cas de complète guérison d'une colite rebelle et de longue durée, après que les aliments du malade ne furent préparés que dans une vaisselle émaillée ou en verre, exclusivement.

f) Des cas analogues furent observés chez des individus, souffrant du foie ou des reins.

g) Il a été remarqué, comme règle générale, que les individus guéris conservaient une haute sensibilité (du type de l'idiosyncrasie) relativement aux aliments, préparés dans une vaisselle d'aluminium. Il leur suffisait de ne prendre *qu'une seule fois* des aliments, préparés dans cette vaisselle, et toute la symptomatologie de la colite se renouvelait pour un ou deux jours.

h) Certaines données nous portent à croire que les souris blanches (nourries d'aliments, préparés dans une vaisselle d'aluminium, tombent malades du cancer spontané (0,85 %) plus fréquemment que celles de contrôle (0,02 %).

i) Nous ne sommes nullement fondés à croire que l'action défavorable de l'aluminium se borne à la voie gastro-intestinale. Elle semble pénétrer profondément dans l'organisme, et agit, dans certaines conditions, pernicieusement sur tel ou tel organe. D'autre part, il est évident qu'on peut employer, pendant des dizaines d'années, des aliments, préparés dans une vaisselle d'aluminium, sans éprouver subjectivement son action toxique. Mais des altérations objectives des tissus et des organes progressent sans cesse et amènent, finalement, à quelque sérieuse maladie. Il est incontestable de même qu'il existe des gens fort susceptibles à l'action de l'aluminium.

III

Des travaux de laboratoire ont démontré que les sels et les colloïdes d'aluminium ont la propriété *de réagir avec une rapidité* extrême, avec des liquides biologiques, et d'y provoquer des modifications stables. La réaction du sérum sanguin de Mateffi-Bruloff est basée là-dessus : telle que la rapidité de l'agglutination des colloïdes du plasma sanguin au moyen de $AlCl_3$ ou $Al^2 (So^4)^3$. Les sels de l'aluminium possèdent la propriété d'enlever rapidement (de détruire) les potentiels de la membrane des cellules vivantes (charges négatives). L'oxyde hydraté d'aluminium $Al(OH)^3$ a une structure colloïdale, et ses particules portent des charges positives. L'ion de l'aluminium AL+++ porte une charge positive triple. C'est ainsi qu'est possible leur action neutralisante sur les charges négatives, inhérentes, de préférence, à la superficie cellulaire, — peut-être même sur leur recharge, c'est-à-dire la substitution d'un signe, par celui opposé, ou bien du moins par le plus. Enfin, une action spécifique oligodynamique peut aussi être possible, des particules minimes de l'aluminium, ou de ses composés. Le problème du mécanisme de l'action biologique de l'aluminium est en train d'être étudié par nous.

En rapport avec tout ce qui précède, une élévation unanime des courbes des affections cancéreuses saute aux yeux, — hausse qui se fit remarquer pendant les 25 dernières années dans tous les pays de l'univers. C'est ainsi que la mortalité du cancer s'élève, à partir de 1914 et jusqu'en 1930, de 40-45 %, dans un bon nombre de pays. Ces courbes coïncident parfaitement avec les courbes de la production et de la mise en vogue de la vaisselle d'aluminium.

Des indications existent, démontrant que les maladies cancéreuses se manifestent à un plus bas âge, depuis l'an 1900.

Le problème que nous soulevons paraît être d'une plus grande importance pour la médecine qu'il n'en a l'air à première vue.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LES VITAMINES CHEZ LE NOURRISSON

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Isolées par Kasimir Funk, dont les travaux ont précédé de peu la guerre mondiale, elles ont pris, dans ces dernières années, une importance extrême en médecine générale. Non moins capital, leur rôle en médecine infantile ! Le moment paraît donc venu de leur consacrer une étude d'ensemble. Nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à les étudier chez le nourrisson.

Si on laisse de côté la vitamine E, anti-stérile, on peut dire qu'il en existe quatre variétés principales, pour chacune desquelles il convient d'envisager successivement :

1° Les *propriétés physico-chimiques ;*

2° *L'origine ;*

3° Les *propriétés biologiques*, avec, comme corollaire,

4° Les *troubles* qui résultent de leur absence ou de leur présence en quantité insuffisante dans l'alimentation ;

5° Les *mesures* à prendre pour prévenir ou pour traiter les accidents qui résultent de ces diverses avitaminoses.

FACTEUR A

Propriétés physico-chimiques. — Lipo-soluble, il résiste à la chaleur : aussi la stérilisation du lait aux températures utilisées par l'industrie ne l'attaque-t-elle pas. Il résiste moins à l'oxydation. Certains auteurs tendent à l'identifier au carotène (provitamine A), dont on connaît le pouvoir hématopoiétique (L. Binet et Strumka).

Origine. — On le trouve dans le beurre, le jaune d'œuf, les végétaux frais, la carotte, le chou.

Il est très abondant dans le lait, surtout si l'alimentation de la nourrice contient une quantité suffisante de cette vitamine. Le lait de vache en contient un peu plus que le lait de femme. Il y en a peu dans le lait condensé, très peu dans le lait sec, moins encore dans le babeurre (Debré et Busson). Comme il fait corps avec la matière grasse, il y en a beaucoup dans le beurre et peu dans le lait écrémé. L'intestin du nourrisson assimile parfaitement celui qui se trouve dans le lait de femme, moins bien, celui que contient le lait des autres mammifères (Daniels).

Propriétés biologiques. — Il intervient dans la vie et la croissance des tissus, et particulièrement, des épithéliums (Debré et Busson).

Avitaminose A. — L'absence *totale* de vitamine A, à laquelle s'associe d'habitude une carence de lipides, détermine trois ordres de troubles :

xérophtalmie ;

arrêt total de la croissance (Goldblet et Soam), avec chute rapide du poids, anorexie et diarrhée, liés à l'atrophie des muqueuses digestives (Kössler et Maurer) ;

prédisposition aux infections (Mellamby et Green) : diarrhée et broncho-pneumonie surtout, fait actuellement contesté.

La carence est-elle incomplète, on observe des formes *frustes* ou *latentes*, caractérisées par des troubles digestifs : anorexie, diarrhée, arrêt des courbes pondérale et staturale, anémie, asthénie, œdèmes.

FACTEUR B

Propriétés physico-chimiques. — Hydrosoluble, thermostabile, il résiste mal à la dessication, aux fermentations, à l'oxydation, au vieillissement. Il se laisse entraîner par les moindres précipités (Simonnet).

Origine. — Le — ou plutôt les facteurs — B se trouvent surtout dans la levure de bière, les germes des céréales, le jaune d'œuf, les viscères, les légumes et fruits verts, le riz non décortiqué.

Il se trouve en quantité suffisante dans le lait, où il adhère à la caséine et à la lactose.

Propriétés biologiques. — Sa présence est indispensable à la digestion et à l'assimilation des trois variétés d'aliments : glucides surtout (Mme Randoin et H. Simonnet), mais aussi protides et lipides (Lecoq). Il faut en ajouter d'autant plus à l'alimentation que celle-ci est plus riche en glucides.

On admet aujourd'hui que, dans ce facteur B, il faut distinguer :

un facteur antibéribérique ou antinévritique, dénommé, selon les auteurs, B, B.F, B.P. ;

un facteur antipellagreux : B^2, G ou P.P ;

un facteur « d'utilisation nutritive, d'entretien et de fonctionnement » (Randoin et Lecoq), qu'il y a peut-être lieu de confondre avec la vitamine B^3 de Williams et Watermann et avec la vitamine appelée « de croissance et d'utilisation cellulaire » appelée, par Funk et Dubin, vitamine D, par d'autres, B^2 ou G.

Avitaminose B. — A son absence ressortissent, chez le nourrisson, des troubles portant, quand le syndrome est *au complet*, sur :

les fonctions digestives : perte d'appétit, signe précoce et constant (Karr et Drummond), vomissements, constipation ;

circulatoires : œdèmes légers, pâleur ou cyanose, asystolie parfois aiguë ;

nerveuses : paralysies craniennes intéressant surtout le récurrent, d'où aphonie, convulsions ;

l'état général : arrêt de croissance (Osborne et Mendel), avec amaigrissement dû à des causes diverses : mauvaise assimilation, tant des glucides (Mac Carrisson, Mellamby, Mad. Randoin) que les lipides (Frontali et Cadedder), troubles digestifs (Mad. Randoin et Simonnet).

Dans les formes *frustes* (Bertoye), ce qui domine, ce sont :

l'anorexie, précoce, tenace ;

la constipation, souvent très accentuée et que, seuls, font cesser les extraits de facteur B (Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Wuillemin-Clog) ;

l'arrêt de la courbe pondérale ;

(1) V. Ed. LESNÉ et ROBERT-CLÉMENT. *Avitaminoses*, in *Traité de médecine des enfants*. Paris, 1934, in-8°, t. I, p. 468-527.

les troubles nerveux : asthénie, hypotonie, insomnie ;
la tendance aux infections, surtout cutanée.

FACTEUR C.

Propriétés physico-chimiques. — Hydrosoluble, il est peu résistant aux causes de destruction : réactions du milieu, temps, chaleur et, surtout oxydation.

Origine. — Il est contenu dans tous les *aliments frais* : végétaux, dont le chou, fruits, dont le citron et l'orange, viandes fraîches.

Il manque complètement dans le babeurre et dans les laits stérilisés industriellement à 110° ou homogénéisés.

Il est peu abondant dans le lait sec, surtout préparé au Spray.

Il existe, en quantité suffisante, dans le lait : 1° maternel ; 2° bouilli cinq minutes ; 3° stérilisé à domicile dans un appareil genre Soxhlet ; 4° condensé sucré, préparé à une température ne dépassant pas 80°, où il se conserve environ quatorze mois (Lesné et ses élèves) ; 5° pasteurisé, à condition que la pasteurisation n'ait été effectuée qu'une fois.

PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES. — **Avitaminose C.** — Son absence a pour conséquence, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte :

Dans une première phase, de l'*anémie à type chlorotique* (Bertoye, Lesné et Vagliano) ;

Dans une seconde, un état scorbutique.

Elle possède, en effet, une puissante action hémopoiétique (Mouriquand, Leulier et Mlle Schoen) et règle le métabolisme du fer. Pour Mme Randoin et M. R. Lecoq, elle devrait même être dissociée en deux : une antiscorbutique, une assurant le métabolisme du fer.

En dehors du scorbut, la carence relative de vitamine C peut se traduire par des *syndromes frustes* (carences inapparentes de Mouriquand) et qui se caractérisent, selon les cas, par des états :

dystrophiques, avec arrêt de la courbe pondérale et de la croissance, anorexie, pâleur, légers œdèmes, diminution de résistance aux infections ;
anémiques, avec asthénie et hypotonie généralisée ;
hémorrhagiques ;
fébriles ;
complexes (v. plus loin).

FACTEUR D.

Propriétés physico-chimiques. — Liposoluble, thermostabile, peu résistant à l'oxydation, il appartient au groupe des stérols, sans s'identifier, toutefois, au cholestérol ; il dérive d'une substance normalement inactive et que l'irradiation transforme en facteur D antirachitique.

Origine. — Il est contenu dans les huiles de poisson (foie de morue), le beurre de cacao (chocolat), le beurre de la noix de coco.

Il fait défaut dans le lait de femme et n'existe qu'en petite quantité dans le lait de vache.

PROPRIÉTÉS BIOLOGIQUES. — Il joue un rôle capital dans le métabolisme phospho-calcique.

Avitaminose D. — A son absence sont rattachés : 1° le rachitisme (Pappenheimer, Lesné et ses élèves) ou, plutôt, les troubles du métabolisme phospho-calcique qui en constituent le symptôme essentiel (Lesné et de Gennes) ; 2° la tétanie.

DIVERS TYPES D'AVITAMINOSE

1° *Chez l'enfant nourri au sein*, les avitaminoses complètes sont exceptionnelles, sauf le béribéri, qui apparaît lorsque les nourrices s'alimentent exclusivement de riz poli ; mais les avitaminoses frustes, dues à l'usage d'un lait privé en partie de ses vitamines, ne sont pas rares lorsque la nourrice a été soumise à un régime carencé ;

2° *Chez l'enfant nourri au biberon*, les avitaminoses, complètes ou incomplètes, sont beaucoup plus fréquentes ;

3° Il existe souvent des *carences complexes* dues, soit à l'absence simultanée de plusieurs vitamines, soit à l'absence simultanée d'une ou de plusieurs vitamines, de graisses et d'amino-acides, et dont il est parfois malaisé de dissocier les divers éléments.

MESURES A PRENDRE EN CAS D'AVITAMINOSE

I. — **Prophylaxie.** — La richesse d'un lait en vitamines A, B et C varie avec la quantité de vitamines contenues dans les aliments ; pour qu'elles soient excrétées, il faut qu'elles aient été introduites, par l'intermédiaire des aliments, dans l'organisme maternel. C'est ce qui résulte de nombreuses expériences : le lait fourni par des vaches au pâturage en renferme beaucoup plus que celui des animaux nourris au fourrage sec qui, comme on sait, en renferme très peu (Hart, Stenbock, Ellis). Inversement, une femelle laitière soumise à un régime stérilisé fournit un lait carencé en vitamines et nocif pour les jeunes (Lesné et ses élèves). Le régime de la nourrice doit donc, de toute nécessité, comporter une quantité suffisante d'aliments crus. Quant au facteur D, il suffit, pour qu'il apparaisse dans le lait, qui, normalement, n'en contient que des quantités infimes, qu'on fasse ingérer à la nourrice de l'huile de foie de morue, ou qu'on l'expose aux rayons ultra-violets (Ed. Lesné et ses collaborateurs). S'agit-il d'une femelle laitière, on arrivera aux mêmes résultats par l'introduction, dans son régime, de certains aliments (carottes, très fles) et par une hygiène bien comprise, avec vie au grand air et insolation. Notons enfin que ce facteur antirachitique ne s'accumule pas dans l'organisme des nourrissons, puisque, bien qu'ayant absorbé du lait provenant de femelles ayant ingéré de l'huile de foie de morue, ils font ultérieurement du rachitisme lorsqu'on les soumet à un régime rachitigène (Hess et Weinstock).

II. — **Thérapeutique.** — On prescrira au nourrisson :

En cas d'*avitaminose A*, du lait complet et, si possible, chaque jour, quelques gouttes d'huile de foie de morue ;

En cas d'*avitaminose B*, des aliments frais, de la levure de bière, du son de riz, du bouillon de lentilles ou de haricots, ou un extrait actif de facteur B ;

En cas d'*avitaminose C*, des végétaux et des fruits frais, du lait cru ou pasteurisé ;

En cas d'*avitaminose D* :

L'irradiation directe : bains de soleil ou rayons ultra-violets émis par une lampe de quartz à vapeurs de mercure ;

L'huile de foie de morue, contrôlée biologiquement et titrée exactement (Ed. Lesné) ;

Les substances irradiées étalonnées à l'aide d'une unité bien définie biologiquement, l'unité biologique internationale (Londres, juin 1933) représentant un milligramme d'une solution huileuse standard d'ergostérol irradié ;

Les préparations calciques.

La dilatation des bronches. Clinique, pathogénie, diagnostic, traitement, par Michel LÉON-KINDBERG, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 126 pages avec 19 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 67). — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT

Rome-Milan, 30 avril-6 mai 1934 (1).

Le Xe Congrès mondial du lait a été inauguré le lundi 30 avril, à 11 heures, au Capitole, à Rome, par son Excellence M. Mussolini, chef du gouvernement italien, en présence des hauts dignitaires du Régime, de nombreux représentants du Corps diplomatique, des chefs des 46 délégations officielles au Congrès, des personnalités du monde syndical et corporatif, et de plus de 2.000 congressistes.

Les discours prononcés par les personnalités présentes ont montré dès le début l'intérêt que le gouvernement italien avait porté depuis plusieurs années à la question du lait : question nationale en Italie.

L'organisation du Congrès, en tous points parfaite, la dignité et la courtoisie des réunions au programme, la valeur des nombreuses visites très instructives montrant des réalisations étonnantes ont permis à chacun de mesurer les progrès admirables faits en quelques années.

Les sept sections d'étude constituées portaient à leur programme tout ce qui intéresse le lait et les industries du lait. Les travaux eurent lieu, à Rome, dans les magnifiques salons du palais Margherita et se poursuivirent à Milan dans la salle du Conseil du palais Sforza.

Nous plaçant ici à un point de vue particulier, nous abandonnons à dessein l'ordre même du programme qui a été suivi, essayant de dégager, des rapports et des discussions, les points essentiels intéressant les médecins.

Puis, dans le même ordre d'idées, nous parlerons des enseignements que nous aurons pu recevoir à l'occasion de très intéressantes visites, ce qui nous permettra de voir comment le gouvernement italien a résolu le problème si délicat de l'alimentation d'une grande ville en lait. Enfin nous ferons une brève mise au point et nous dégagerons quelques directives essentielles, espérant que, le plus tôt possible, résultat d'efforts conjugués, d'heureuses résolutions seront enfin prises en France, donnant à cette question du lait, d'un si grand intérêt social, l'importance qu'elle mérite.

*
* *

1° Le lait et ses dérivés dans l'alimentation de l'homme. — L'étude de la ration quotidienne en lait de l'homme aux diverses époques de sa vie constitue un problème physiologique très complexe, le lait étant un milieu de composition chimique et de constitution physico-chimique extrêmement compliquées et constituant l'aliment donné presque exclusivement à l'enfant durant les premiers mois de sa vie. Dès le début, le professeur Bottazzi, de l'Académie d'Italie, rapporteur général, mentionne qu'il est erroné de croire que le lait ne constitue plus un aliment utile, dès que la période d'allaitement est passée, et qu'on peut le remplacer entièrement par d'autres aliments, sans préjudice pour l'organisme.

Avant de rapporter les données concernant la quantité de lait dont doivent pouvoir disposer les bébés durant la première année de leur vie, ainsi que les enfants jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il est utile de s'arrêter brièvement sur quelques exigences qualitatives que doit satisfaire leur alimentation. Les bébés et les enfants ont grand besoin d'aliments plastiques par excellence, comme sont les protéines, les sels de phosphore, de chaux et de potasse.

Si un bébé ingère une quantité de lait humain égale en poids au septième du poids de son corps (150 grammes environ de lait de femme par kilogramme) ou bien une quantité de lait de vache égale au dixième de son poids (environ 95 grammes de lait de vache par kilogramme), il consomme une quantité *optimum* de protéines. Suivant M. Swartz Rose, le bébé, durant les trois premiers mois de sa vie, devrait ingérer environ 3 gr. 60 de protéines par kilogramme et par jour ; durant les trois mois suivants, 3 gr. 20 ; durant les six autres mois de la première année, 2 gr. 90.

Rappelons en passant que 1.000 grammes de lait de femme renferment 12 grammes de matières protéiques (soit 6 grammes de caséine et une quantité égale de lactalbumine et de lactoglobuline), 65 grammes de lactose, 35 grammes de matières grasses ; le lait de vache, 35 grammes de matières protéiques dont 33 à 34 de caséine, 50 grammes de lactose, 35 à 40 grammes de matière grasse. Le lait de vache est plus riche (3 fois) en sels que le lait de femme.

Les besoins en eau du bébé varient de 10 à 15 p. 100 du poids de son corps. Il en ingère la quantité voulue tant qu'il consomme la quantité de lait prescrite. Un supplément est nécessaire pendant les mois chauds. La matière grasse du lait, importante pour la synthèse des lipides des cellules et de la myéline, fournit environ les 50 p. 100 de l'énergie utilisée dans le métabolisme organique et contient les deux très importantes vitamines A et D. Cependant, il faut éviter un excès. Il convient d'utiliser un lait contenant en moyenne 4 p. 100 de matière grasse.

Les composants organiques doivent, en général, atteindre une proportion rationnelle qui, selon Hutchinson, devrait être : pour 1 partie de protéine, 1 partie de matière grasse et 5 d'hydrates de carbone (représentés surtout par de l'amidon vers la fin de l'allaitement et après). Le rapporteur général rappelle, en passant, la nécessité d'apporter au lait les vitamines B et C qu'il contient en trop faible quantité.

La ration quotidienne étant normale au point de vue qualitatif, il convient de déterminer sa valeur calorique, de manière à ce qu'elle satisfasse aux diverses exigences énergétiques de l'organisme qui sont représentées : 1. par le métabolisme basal ; 2. par la croissance du corps ; 3. par le travail musculaire.

Chez les enfants, la production de chaleur apparaît irrégulière surtout si on la compare à celle des adultes. On peut constater de notables fluctuations, même en période de repos musculaire complet, surtout chez des bébés du premier âge, quand on la rapporte à l'unité de surface corporelle. Il résulte des recherches de Benedict et de Talbot, effectuées à l'Institut Carnegie de Washington, que la production de chaleur par kilogramme de poids du corps peut présenter des valeurs variant de 29 à 64 calories, soit des fluctuations de plus de 100 p. 100. Même durant la première année de la vie, elle peut varier de 41 à 64 calories, et, après la cinquième année, de 29 à 48 calories. Il apparaît ainsi difficile d'essayer de déduire une loi physiologique permettant d'établir une relation entre la production de chaleur par kilogramme de poids et l'âge.

Selon Benedict et Talbot, le métabolisme total des bébés d'un même poids est approximativement égal. En admettant un peu arbitrairement que chaque kilogramme de matière corporelle possède le même pouvoir métabolique, on peut conclure qu'à l'âge de un à deux ans correspond un métabolisme d'une intensité supérieure à celle du métabolisme dans n'importe quelle autre période de la vie : l'organisme jeune produit par unité de masse une quantité de chaleur plus grande que l'adulte. Par suite des fluctuations précédemment indiquées, il est difficile de tirer, même de nombreuses séries d'observation, des déductions générales différentes des suivantes, qui sont plus simples : 1. la production totale de chaleur augmente, d'abord rapidement, puis lentement, avec l'augmentation du poids, de la super-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

ficie du corps et de la taille, c'est-à-dire avec l'âge ; 2. elle est relativement faible immédiatement après la naissance ; 3. la fréquence du pouls est notablement plus élevée de la naissance à l'âge de un à un an et demi et elle diminue ensuite ; 4. la production de chaleur ne présente pas de différence notable entre les bébés des deux sexes, au début ; mais, par la suite, et pour toute la période suivant l'augmentation progressive, elle se maintient chez les bébés du sexe féminin à un degré un peu plus bas que chez les bébés de l'autre sexe. Les différences de métabolisme commencent à se manifester seulement après que le poids du corps a atteint 11 kilogrammes et la superficie 0 mq. 48, avec une plus grande proportion de chaleur chez les mâles.

De la huitième à la quinzième année, la production totale de chaleur, suivant Tigerstedt et Sonden et Tigerstedt, descend de 56-70 calories à 34-50 calories par kilo et par jour, et de 1.325 calories à 862 par mètre carré et par jour.

On a une preuve de la difficulté à laquelle on se heurte quand on veut prédire le besoin énergétique total d'un bébé, qui comprend les trois parties correspondant au métabolisme basal, à l'activité musculaire et à la croissance, ainsi que celle, relativement petite, imputable à l'aliment absorbé, dans le fait que, pour des bébés dont l'âge varie de une heure et demie à neuf mois, les calories prévues, par kilo et par jour, sont, presque toujours, moins nombreuses que celles effectivement produites et présentent, d'un sujet à l'autre, des valeurs très différentes. Le professeur Bottazzi ajoute : « Nous pouvons dire que, bien que se vérifient, pour des périodes relativement brèves, des excédents du métabolisme, sur la valeur de base, qui atteignent 70 p. 100, ou même plus dans les cas exceptionnels, la production totale de chaleur chez les bébés en très bas âge ne dépasse pas en moyenne la production basale de plus de 25 p. 100. » Les importants travaux de Bierring, de Kerstner et Kipping, de Du Bois, de Gottche, Lax et Petenyi, et de Meeh confirment en grande partie ceux de Benedict et Talbot.

La moitié environ de la ration alimentaire quotidienne est employée pour faire face au métabolisme basal, pour fournir l'énergie au travail exécuté par les appareils respiratoire et circulatoire, et pour produire la chaleur nécessaire pour maintenir constante la température du corps. Le métabolisme basal est constant pour les bébés de même poids, mais non d'une manière absolue ; certains bébés sont des machines plus économiques, d'autres moins. Les bébés qui ont un poids inférieur à la normale présentent un métabolisme basal plus élevé. A la mauvaise nutrition prolongée correspond aussi un fonctionnement plus économique de la machine, mais celui-ci se produit aux dépens de la santé.

L'activité musculaire influe beaucoup sur les exigences énergétiques de l'organisme du bébé. Chez deux bébés, l'un de deux mois et demi, l'autre de six mois et une semaine, l'augmentation de la production de chaleur observée par Benedict et Talbot fut seulement de 20 à 30 p. 100. Mais si le bébé crie convulsivement, agite vigoureusement ses membres, met les pieds à terre, le métabolisme peut augmenter de 60 à 65 p. 100 (de plus de 200 p. 100 dans des cas exceptionnels). Après l'âge de sept ans, ces auteurs admettent que la production de chaleur que l'on détermine chez des petits garçons qui se tiennent tranquilles au lit coïncident presque, abstraction faite de l'influence stimulante de l'aliment absorbé avec le métabolisme basal. Le degré d'activité musculaire détermine la grande différence de quantité d'aliment qu'il faut à des enfants différents, de poids et d'âge semblables.

Les exigences énergétiques dépendent encore d'un troisième facteur : la croissance. Mais l'estimation de la quote part de l'accroissement dans la ration énergétique du bébé est encore moins exactement déterminable que celle concernant la quote part de l'activité musculaire. Le besoin en substances nutritives destinées à être utilisées dans la construction de nouvelles matières vivantes reste presque constant de la quatrième à la onzième année.

D'après M. E. Rose, le bébé emmagasine, pour sa croissance normale, environ du tiers au quart de l'énergie introduite avec le lait.

Il conviendrait d'étudier maintenant la quantité de lait la plus opportune que l'homme doit ou peut ingérer à des âges divers depuis sa naissance. Il reste implicitement répété que l'organisme humain tire profit du lait non seulement durant les premiers mois de la vie et les années de l'enfance et de l'adolescence, mais aussi plus tard.

Pour établir le besoin réel du bébé en aliment, la méthode théorique basée sur la valeur calorique de l'aliment et sur le quotient énergétique nécessaire a donné des résultats divergents. La méthode empirique adoptée par divers auteurs, et, plus récemment, par C. Kaufmann et L. Brikel qui l'ont expérimentée longuement, semble préférable. En égalant à 3.245 grammes le poids moyen des 122 nouveau-nés qui avaient, à la naissance un poids variant de 3.001 grammes à 3.400 grammes et en considérant la quantité de lait tétée quotidiennement du deuxième au septième jour, comme égale à 218 grammes, il s'ensuit que les bébés reçoivent, en moyenne, avec le lait, 41 calories par kilo et par jour. Plus des 40 p. 100 des bébés tétèrent le septième jour une quantité de lait égale aux 8/11 p. 100 de leur poids à la naissance. La chute physiologique de poids était terminée le cinquième jour et ne dépassait pas, au maximum, 9 p. 100 du poids initial. Les auteurs ont pu noter une différence entre la disponibilité en lait et sa consommation, l'excès pouvant atteindre et même dépasser la quantité de lait tété (du quatrième au sixième jour). L'excédent de lait peut être encore égal au septième jour, au tiers et jusqu'à la moitié de la quantité de lait tété. A l'autonomie de l'activité de la sécrétion du sein, s'oppose une considérable « auto-régulation du nouveau-né » en tant qu'elle concerne la quantité de lait qu'il tète.

D'après Holt, l'exigence énergétique d'enfants de un an serait d'environ 100 calories par kilo et par jour (soit approximativement 164 grammes de lait). Elle descendrait à environ 80 calories pour les jeunes garçons de six ans et resterait pratiquement sans changement jusqu'à l'âge de quinze ans, probablement parce que les besoins croissants dus à l'augmentation de l'activité du corps sont compensés par la diminution du métabolisme basal. A quinze ans, environ, pour un poids moyen de 50 kilogrammes, le nombre de calories par kilogramme peut être rapidement réduit à la valeur établie pour l'adulte, soit 48 calories par kilo et par jour. Tout ceci ne saurait être rigidement appliqué dans la détermination de la ration calorique à assigner à un sujet quelconque.

Les indications données par Czerny et Keller tendent, comme toutes les précédentes, à une véritable standardisation contre laquelle on ne saurait trop s'élever. *Chaque enfant, chaque individu a besoin d'une alimentation particulière, selon sa constitution et son degré d'activité.*

Dans son rapport d'une brièveté et d'une précision parfaites, le professeur Bordas, au nom de nombreux pédiatres, s'élève avec force contre cette *standardisation*.

Considérant maintenant l'importance des « dérivés du lait » dans l'alimentation de l'homme adulte, le professeur Sabato Visco, professeur de physiologie à l'Université de Rome, rappelle, dans le rapport général dont il était chargé, les caractères d'une ration bien équilibrée : les 15 p. 100 de l'énergie devant être fournis par les substances protéiques, les 50 p. 100 par les hydrates de carbone, et les 35 p. 100 par les matières grasses. En outre, les protéines doivent contenir les acides aminés indispensables et dont l'organisme ne saurait effectuer la synthèse. Une ration dans

laquelle 100 grammes de protéine sont apportés seulement par le pain est pauvre en thyrosine, très pauvre en lysine, en hystidine, en tryptophane. Pour que cette carence disparaisse, il faut avoir recours aux protéines particulièrement riches que l'on trouvera dans la viande et dans le fromage. Cent grammes de protéines de fromage contiennent 7 gr. 61 de lysine et 2 gr. 40 de tryptophane. *Cette ration a de plus l'avantage énorme d'être bon marché.* Il faut tenir compte que le fromage renferme en quantité appréciable du calcium (0,931 p. 100) et du phosphore (0,683 p. 100). En employant un fromage gras, quand on administre avec lui 25 grammes de protéines, on donne, en même temps, 33 grammes de matière grasse équivalents à environ 308 calories, correspondant à 10 p. 100 de la ration énergétique totale, et à un peu moins de la moitié de la matière grasse qu'il faut chaque jour.

A l'exception du lait, des œufs et des olives, les aliments plus communs contiennent très peu de calcium et très peu de phosphore.

Les études les plus complètes concernant la digestibilité des fromages sont peut-être celles entreprises par le département de l'Agriculture des Etats-Unis et exécutées par Langweworth et Hunt. Toutes les recherches ont montré la grande digestibilité des fromages en général. Tout ceci permet de dire que les quantités de fromage consommées devraient être augmentées, pour des *raisons physiologiques* et ensuite pour des *raisons économiques.*

Ces travaux et ces conclusions ne tendent pas du tout à prétendre que le fromage puisse remplacer le lait. Le lait est l'aliment complet par excellence qui convient aux enfants et aux adultes, dans les conditions d'activité et de santé les plus diverses, ceci sous réserve de certaines contre-indications rares mais sans doute formelles.

En dehors du lait, le fromage est pour l'adulte un complément fort utile de la ration nutritive : il permet de faire arriver dans l'organisme, sous une forme très concentrée, des *protéines de haute valeur biologique*, des *matières grasses animales* et des *éléments minéraux d'importance fondamentale.*

(*A suivre.*)

M.-G. THIEULIN,
Agrégé des Ecoles Nationales Vétérinaires, Rédacteur en chef de la Revue « Le Lait ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 MAI 1934)

Lymphangiome de la face. — M. AUVRAY rapporte le cas d'un lymphangiome de la face, traité d'abord par des appareils moulés de radium, puis par aiguilles de radium, avec succès mais après phénomènes inflammatoires et de radiodermite.

Fractures de la diaphyse fémorale. — M. SOUPAULT préconise l'ostéosynthèse par voie antérieure après extension continue à la broche de Kirschner, et montre les radiographies des malades ainsi traités, avec d'excellents résultats.

M. SÉNÈQUE préconise en principe le traitement orthopédique ; mais, en cas de pseudarthrose, il a obtenu deux bons résultats de l'ostéosynthèse.

M. ALGLAVE estime qu'on peut éviter la traction à la broche et préconise la voie latérale.

M. SORREL préconise l'utilisation de la broche de Kirschner, qui suffit presque toujours, et le plâtre après réduction s'il a été nécessaire d'opérer.

M. PICOT est partisan de l'extension à la broche.

M. RICHARD signale une ostéomyélite à la suite d'une traction à la broche.

M. CADENAT estime qu'on obtient d'excellents résultats, même sans traction à la broche, en opérant par voie antéro-externe.

M. ROUX-BERGER juge manifeste la supériorité de la voie antéro-externe.

M. BOPPE considère que, dans les fractures anciennes, la traction au fil de Kirchner rend de grands services préopératoires.

Artériographie dans les artérites des membres. — MM. Louis BAZY et REBOUL montrent que l'artériographie peut constituer un guide pour montrer le siège de l'oblitération et permet ainsi de décider l'opération appropriée : artériectomie ou amputation.

M. QUÉNU a tiré d'utiles renseignements de l'artériographie pour décider du niveau de l'amputation.

M. MOURE juge la méthode intéressante.

M. SÉNÈQUE se demande ce que devient le médicament injecté.

M. BROCQ a retiré d'utiles indications de l'artériographie.

M. BAZY préconise l'injection de « ténébryl », qui nécessite une légère anesthésie, mais n'est pas nocive.

Présentation de film :

M. REINHOLD présente un film intéressant sur l'ostéosynthèse à ancrage adaptée à un appareil pour synthèse externe.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 17 MAI 1934)

Localisation ano-rectale du virus lymphogranulomateux au cours d'une maladie de Nicolas-Favre. — Présentation de malade. — MM. JAME, GIRAUD et TOURNIAIRE présentent un nouveau cas ; il s'agit d'une ano-rectite végétante, légèrement hémorragique, qui était demeurée latente pendant quatre mois. Les auteurs insistent sur la fréquence des localisations de ce genre au cours de la lymphogranulomatose, et sur la nécessité de les dépister précocement par un examen systématique de la région ano-rectale ; on pourra ainsi, en associant au traitement général un traitement local, faire dans une certaine mesure la prophylaxie du rétrécissement du rectum.

Observation à Beyrouth d'un cas de trypanosomiase à forme méningée et à évolution lente très prolongée. — MM. LAUZERAL et MILLISCHER.

Au sujet de la réaction d'Herxeimer. — M. JUNQUET présente une observation de réaction d'Herxeimer provoquée par le cyanume de mercure intra-veineux chez un spécifique primaire arséno-résistant ; réaction extrêmement vive avec température élevée, qui s'amenda rapidement par les sels de bismuth.

Péricardite tuberculeuse guérie par le traitement par l'allergine du Pr. Jousset.— MM. JUNQUET et SIAU ont observé une péricardite tuberculeuse avec épanchement de 1.000 centimètres cubes enlevé par ponction de Marfan et liquide tuberculisant le cobaye dans les délais normaux, et qui a été complètement guérie par l'allergine du professeur Jousset.

Dépistage de la tuberculose et réaction de Vernes. — M. ROULIN rappelle la fréquente défaillance de la réaction de Vernes à la résorcine dans le diagnostic de la tuberculose

pulmonaire latente. Il présente des radiographies de sujets atteints dont l'indice sérologique était normal.

M. SARROSTE voit, dans la réaction de Vernes chez les tuberculeux osseux, un excellent moyen, non de diagnostic, mais de pronostic.

Névraxite épidémique à rechutes avec rémission complète entre les poussées infectieuses. — MM. LASSALE, SOHIER et AUJALEU rapportent l'observation d'un malade qui a présenté en quatre ans six poussées de névraxite épidémique. Au début, les symptômes traduisaient une atteinte médullaire avec quelques signes encéphaliques discrets ; puis, à chacune des poussées nouvelles, le tableau s'est enrichi de signes d'atteinte haute. Entre chaque poussée, restitution fonctionnelle absolument parfaite. Actuellement, aucun signe d'atteinte extra-pyramidale.

Les auteurs insistent sur la longue persistance du virus dans les centres nerveux, notion classique chez les parkinsoniens, mais qui l'est moins dans les formes basses, et sur la difficulté et l'incertitude du pronostic des névraxites à forme périphérique.

A propos d'un cas de silicose pulmonaire probable. — MM. CASSOU et BLANCARDI pensent à la silicose pulmonaire chez un vieux mineur de fond, foreur de roche, présentant des signes légers d'emphysème, et se basent sur l'absence de B. K., sur les données radiologiques. Ils font l'historique de la question et rappellent les débats d'actualité.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. A propos de six observations. — MM. PILOD, TOURNIAIRE et PASSA insistent, à propos de six cas de rétrécissement congénital pur de l'artère pulmonaire, sur la fréquence relative de cette cardiopathie, sur l'absence ou la discrétion de ses symptômes fonctionnels, sur la coexistence possible d'un syndrome neurotonique qui la masque, sur le caractère parfois fruste ou anormal des signes physiques qui la traduisent. Ils soulignent l'importance de l'examen orthoradiographique, qui met presque toujours en évidence le bombement caractéristique de l'arc pulmonaire, alors que la dilatation des cavités droites fait défaut (3 cas sur 6).

Broncho-pneumonie grippale avec pleurésie à streptocoque guérie par le sérum antistreptococcique de Vincent. — MM. PILOD et PASSA rapportent un cas de broncho-pneumonie grippale grave d'emblée, compliquée de pleurésie purulente à streptocoque hémolytique, et guérie par le sérum antistreptococcique de H. Vincent. Le malade, dont l'état pulmonaire était alarmant dès le début, paraissait sidéré au troisième jour, en même temps qu'une pleurésie purulente à streptocoque hémolytique de la grande cavité était décelée d'un côté. Il reçoit ce jour, sous la peau, une première dose de 100 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Vincent, continué pendant huit jours à la dose de 100, puis de 60 centimètres cubes. Dose totale : 560 centimètres cubes. Le malade, rapidement amélioré, guérit sans intervention chirurgicale.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

Tout Déprimé » Surmené
Tout Cérébral » Intellectuel
Tout Convalescent » Neurasthénique
est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boulevard Pasteur — PARIS —

M. Vincent signale, à ce sujet, les résultats obtenus par Manoussakis, d'Athènes, avec le traitement sérothérapique, dans une épidémie de broncho-pneumonie streptococcique d'une extrême gravité.

Sur 21 cas, 6 traités précocement par le sérum de Vincent ont guéri sans séquelles, 4 ayant reçu le sérum à la dernière phase de leur infection ou même « in extremis », ont succombé ; sur 11 malades non traités par le sérum, 9 ont succombé.

Le professeur Vincent insiste sur la nécessité de l'application précoce du traitement sérothérapique.

SOCIETE ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX

(séance du 23 avril 1934)

Un nouveau cas de tumeur glomique. — MM. Bonnard, de Grailly et Nard rapportent un cas de tumeur glomique de la face palmaire du médius droit chez un sujet de 56 ans

Le début remontait à quatre ans. La tumeur avait un volume variable qui augmentait par la fatigue et diminuait par le repos, le bain froid local ; ce volume variait d'une noisette à une noix. La néoformation n'était pas douloureuse, mais déterminait une gêne fonctionnelle. La guérison fut obtenue par exérèse.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un neuromyome artériel, constitué par un peloton de vaisseaux à parois exagérément épaissies ; certaines sont infiltrées de cellules de petite taille, d'origine endothéliale ; ailleurs le type schwannien domine et glisse progressivement vers le type musculaire.

Tumeur mélanique du pied. — M. F. Laporte présente une pièce de tumeur mélanique du pied traitée par l'amputation chez un vieillard de 81 ans.

Rapports du rhumatisme chronique et des accidents du travail. — M. H.-L. Rocher rapporte l'observation d'un accidenté qui, dix-neuf jours après un traumatisme du genou, présente un kyste de la patte d'oie ; or la radiographie montre, avec des lésions de rhumatisme chronique, l'existence d'un corps étranger — calcification — situé probablement dans un récessus articulaire au voisinage du kyste. A ce propos se pose la question des rapports à établir entre le rhumatisme agissant sur ce genou atteint de rhumatisme chronique, la formation rapide du kyste, et la présence du corps étranger.

(séance du 30 avril 1934)

Appendicite aiguë chez un noir de la Guinée. MM. Courboules, Mandillon et Georget. Observation typique d'un cas d'appendicite aiguë, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, évoluant chez un homme de race noire. Les auteurs insistent sur la rareté très grande de cette affection chez le nègre. C'est le premier cas rencontré depuis quatre ans à l'Hôpital Robert-Picqué, où passent annuellement beaucoup de soldats de couleur.

Sur deux cas d'ostéomyélite retardée. — MM. Mandillon et Georget rapportent deux observations d'ostéomyélite retardée survenant l'une 18 ans, l'autre 15 ans après la lésion primitive. La durée de l'intervalle libre, et la latence absolue de la lésion pendant cet intervalle sont particulièrement remarquables.

Sur un cas de cancer du rein, à forme uniquement tumorale. — MM. Courboules, Mandillon et Georget. Une malade vue à propos d'une phlébite d'allure infectieuse présente une tumeur du flanc gauche. L'examen clinique n'est pas concluant. La pyélographie intra-veineuse ne donne aucun renseignement. Par contre, l'élimination rénale un peu augmentée à G. et surtout l'image anormale de dilatation des calices donnée par la pyélographie ascendante, font pratiquer une lombotomie, qui permet d'enlever un cancer du rein gauche. A signaler que l'intervention, de date d'ailleurs récente, s'est accompagnée d'une grande amélioration de l'état général, avec disparition de tous les phénomènes de phlébite.

(séance du 7 mai 1934)

Syndrome neuro-anémique à type Riesen-Russel. — MM. Delmas-Marsalet, Pauly et Bergouignan présentent un homme de 42 ans, atteint depuis un an d'une sclérose médullaire combinée d'origine anémique. A noter surtout, d'une part la précession apparente des troubles neurologiques sur les signes anémiques, d'autre part le début par une parésie spasmodique et la constante prépondérance des symptômes pyramidaux sur les signes cordonnaux postérieurs.

Les auteurs soulignent l'utilité de distinguer plusieurs types évolutifs de scléroses médullaires combinées d'origine anémique, et en particulier, deux formes de début : *type Riesen-Russel*, où la dégénération atteint d'abord le faisceau pyramidal, puis les cordons postérieurs, et *type Lichteim* à dégénération postéro-antérieure. En face d'une paraplégie spasmodique au début, la numération globulaire est aussi indispensable que la réaction de B. W.

Mégacôlon congénital. — MM. H.-L. Rocher, L. Pouyanne et Chippaux présentent une pièce de mégacôlon congénital provenant d'un enfant de cinq ans, mort subitement quelques heures après son entrée dans le service, sans avoir présenté de signes nets d'occlusion intestinale, mais sans doute profondément intoxiqué par une stercorémie chronique. Le gros intestin est énorme, du calibre d'une cuisse de grand enfant, et son volume explique bien l'aspect clinique tout à fait spécial présenté par le petit malade.

Compression de la moelle cervicale par un schwannome — MM. Abadie, Pauly et Bergouignan rapportent l'histoire clinique d'une tumeur de la moelle cervicale évoluant chez un jeune homme de 17 ans. Le lipiodol, injecté par voie sous-occipitale, ayant montré un blocage complet, avec une limite inférieure régulièrement concave, on pense à une tumeur, et on écarte les diagnostics précédemment envisagés de mal de Pott cervical (à cause d'une contracture musculaire marquée), et d'hématome extra-dural (à cause d'un antécédent traumatique certain). L'intervention, suivie après 24 heures de décès en hyperthermie, ne montra pas la tumeur, qui ne fut trouvée qu'à l'autopsie, sur la face antérieure de la moelle, développée aux dépens de C. 4. L'évolution aiguë est en partie explicable par des troubles circulatoires prouvés par l'existence de foyers hématomyéliques récents, en partie par des accidents bulbaires.

(séance du 14 mai 1934)

Spina bifida lombo-sacrée. — MM. H.-L. Rocher et L. Pouyanne présentent un enfant opéré de spina bifida à l'âge de deux ans. Il s'agissait d'une myélo-méningocèle à évolution progressive qui avait atteint le volume d'une demi-orange. L'extirpation a été assez simple, et s'est signalée par des suites bénignes.

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE
DES
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION RAPIDE DE LA DOULEUR

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée
1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHn — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 38.928
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

La transfusion de sang stocké. — MM. JEANNENEY et VIEROS font une démonstration de l'appareillage qu'ils utilisent pour la transfusion de sang prélevé d'avance et conservé à la glacière. Ils ont pu utiliser ce sang jusqu'à huit jours après sa récolte, avec des résultats comparables à ceux que donne le sang frais.

Cancer bronchique à évolution pleurale. — MM. DUPÉRIÉ, DERVILLÉE et DUBARRY rapportent l'observation et présentent les pièces nécropsiques d'un cancer bronchique qui ne s'est manifesté cliniquement que par une pleurésie hémorragique et une adénopathie axillaire dont la biopsie a montré la nature néoplasique.

Anomalie duodénale avec périviscérite. — MM. DE GRAILLY et DERVILLÉE présentent l'observation d'une malade de 60 ans, atteinte de troubles dyspeptiques avec vomissements qui remontent à sa plus lointaine enfance. On retrouve en outre dans les antécédents un épisode de péritonite bacillaire. L'examen radiologique révèle l'existence d'un duodénum mobile contourné en huit de chiffre, qui doit être tenu pour responsable des troubles observés.

Trois cas d'hydronéphrose par vaisseaux anormaux du rein. — A propos de trois observations avec pyélographies, M. BLANC discute le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie pure, mais seulement des uretéro-hydronéphroses, dilatations congénitales de tout l'arbre urinaire. Le diagnostic des deux variétés d'hydronéphrose, congénitale ou secondaire à l'existence de vaisseaux anormaux, peut être fait par la pyélographie.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCES RÉTRO ET LATÉRO-PHARYNGIENS

Les abcès péripharyngiens sont des affections fréquentes et nécessitant une intervention chirurgicale.

Le plus souvent, l'infection se localise et se collecte en foyer, sous forme de véritables abcès, ce qui permet de distinguer :

— Les abcès rétro-pharyngiens ;

— Les abcès latéro-pharyngiens,

se différenciant les uns des autres par leurs symptômes et même leurs conditions étiologiques.

I. — ABCES RETRO-PHARYNGIENS

La variété la plus fréquemment observée.

C'est un véritable *adéno-phlegmon*, développé aux dépens des ganglions rétro-pharyngiens, ce qui explique la rareté de cette affection chez l'adulte (ganglions atrophiés).

ETIOLOGIE. — *Anatomiquement :* porte d'entrée : lésion infectée d'une muqueuse dont les troncs lymphatiques aboutissent aux ganglions prévertébraux.

1° Infections du territoire : angine, otite, coryza, sinusite frontale ou maxillaire.

2° Fièvres éruptives à localisations naso-pharyngiennes : rougeole, scarlatine.

Causes prédisposantes. — Enfants hérédo-syphilitiques ; enfants porteurs de végétations adénoïdes.

Age. — Presque uniquement nourrisson de 3 à 18 mois et des deux sexes. Cependant peut se rencontrer à tous les âges.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° Collection purulente enkystée : *abcès véritable.*

2° *Siège :* généralement unilatéral, mais empiétant sur la ligne médiane et franchement rétro-pharyngien, entre le pharynx et l'aponévrose prévertébrale.

Selon hauteur : supérieur : nasal ; *moyen : buccal ;* inférieur : laryngien ; différences non appréciables cliniquement.

3° *Microbes :* tous microbes, mais surtout *streptocoques.*

4° *Evolution :* le tissu cellulaire lâche rétro-viscéral dans lequel se développe l'abcès facilite les fusées : cou, thorax ; quelquefois : ouverture dans le pharynx.

SYMPTÔMES. — A. *Début.* — *S. F.* — *Dysphagie.* — Le premier signe qui attire l'attention : le nourrisson prend le sein et crache sans avaler, en poussant des cris.

S. G. — Apparaissent très tôt : température très élevée, frissons, convulsions.

S. Ph. — Inspection : rougeur diffuse de l'arrière-gorge.

Palpation : empâtement diffus et douloureux du cou.

On pense à une angine, mais bientôt :

B. *Etat.* — *S. F.* — 1° *Dysphagie* persiste et s'accroît.

Elle est complète :

— Nourrissons dépérissant rapidement.

— Adultes : la salive elle-même ne peut plus être déglutie.

2° *Modifications du cri et de la voix :* signe constant :

— Voix nasillarde, voix de canard ;

— Toux à timbre croupal.

3° *Dyspnée.* — Toujours plus tardive que la dysphagie ;

— Due à la gêne mécanique produite par l'abcès, à laquelle s'ajoute un élément spasmodique : *accès de suffocation* (assez rarement œdème de la glotte surajouté). L'asphyxie est plus menaçante pendant le sommeil.

4° Plus rarement : vomissements ;

Reflux des liquides par le nez.

S. G. — Fièvre élevée ;

— *Amaigrissement* toujours considérable.

S. Ph. — A l'examen :

1° *Trismus :* rendant l'inspection impossible.

2° *Palpation.* a) Doit se pratiquer en tenant l'enfant sur les genoux et en appuyant de la main gauche la tête contre sa poitrine. On enfonce alors l'index droit dans la bouche jusqu'au contact de la paroi du pharynx. Eviter la brutalité, agir rapidement : car un accès de suffocation est à craindre.

b) On constate : 1° *Empâtement diffus douloureux ;*

Plus tard : dépressibilité de la tumeur ;

Parfois : sensation *de choc en retour* (fluctuation : impossible à rechercher).

2° Adénopathie sous-maxillaire. *(A suivre.)*

Annuaire médical Palissier. (Edition 1934) (1)

L'Annuaire Palissier comprend par ordre alphabétique les noms et adresses des médecins de Paris avec jours et heures de consultations, un second classement divise ces médecins par spécialités. Viennent ensuite les listes des pharmaciens et laboratoires, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des vétérinaires. Un classement par rues termine la partie Paris.

On trouve ensuite les départements : Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, et enfin les villes de facultés.

Une partie administrative très au point nous fournit une importante documentation sur l'Académie de médecine, les facultés, les hôpitaux et asiles publics, les maisons de santé, de retraite, les cliniques, etc...

(1) In-8 de 488 pages. — Prix : 15 fr. — Editions V. Palissier, 14, rue Carpeaux, Paris, chèques postaux 717.99, et librairies médicales.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

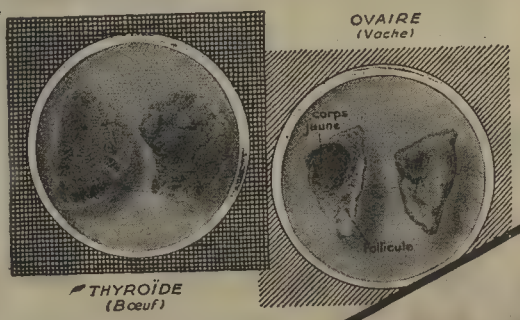
LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS



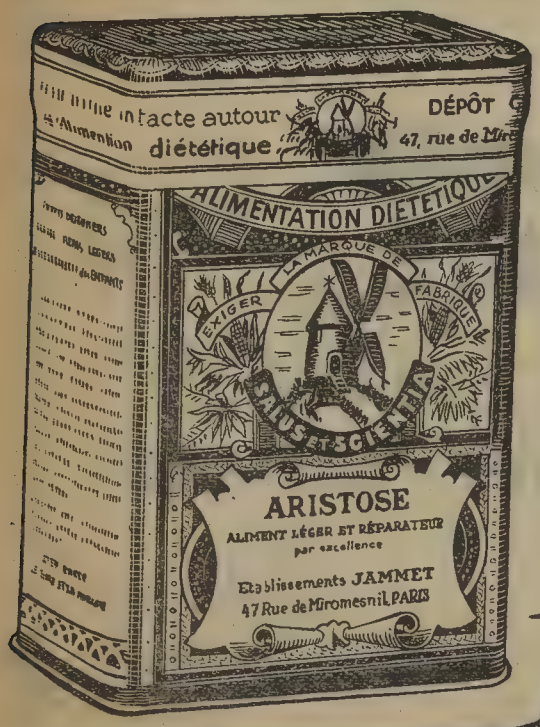
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIEE : *SYNCRINES*
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées

LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des

Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET, rue de Miromesnil, 47, PARIS

LUMINAL

Antiépileptique non bromé, hypnotique et sédatif puissant.

Administration à doses fractionnées par les

LUMINALETTES

SOLUTION à 20% de LUMINAL

injectable par voie intramusculaire

Renseignements et demandes d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, rue Vauquelin — PARIS - 5e

BAYER

Dépôt général :
LABORATOIRES LOBRU, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 16 JUIN 1934. — N° 48.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les craniopharyngiomes (tumeurs développées aux dépens des résidus de la poche de Rathke). Etude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique. Diagnostic des tumeurs suprasellaires, par M. P. MEIGNANT (de Nancy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie.

CHRONIQUE

L'inauguration à Paris de la rue du docteur Finlay.

LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — MM. les docteurs M. Albertini, G. Belgy, L. Billon, H. Bonnet. V. Bonnet, J. Chabannes, S. François et E. Raillard ont été admis au titre de médecins sanitaires maritimes.

Rappelons que la prochaine session d'examens aura lieu à Paris, au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine le 21 juin 1934.

GUERRE. (Réserve.) — Sont inscrits au tableau d'avancement :

Pour le grade de médecin colonel. — MM. Chandoye, Laporte, Ravaut (Paul), Rathery, Dreyfus (Lucien), Lemierre, Boidin, Tellier, Schwartz (Anselme), Gandy.

Pour le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Josse, Gautrelet, Ribaut, Chevrier, Lucien, Séverac, Duvoir, Cade, Dupont, Loeper, Pautrier, Euzière, Bréchot, Lavenant, Gabriault, Yvert, Cayrol, Huleux, Ribot, Schneider (Jean), Ameuille.

COMMISSION DU CODEX. — M. le docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, est nommé membre de la Commission du Codex, en remplacement de M. le docteur Roux, décédé.

COMMISSION PRÉVUE PAR L'ARTICLE 6 DE LA LOI DU 12 AOUT 1933 (EMPLOIS RÉSERVÉS MÉDICAUX). — Par arrêté en date du 5 juin 1934, rendu par le ministre des Pensions, M. Justin Godart, sénateur, membre de la Commission prévue par l'article 6 de la loi du 12 août 1933, a été nommé président de la Commission, et M. le professeur Balthazard (Victor), également membre de la Commission, en a été nommé vice-président.

LE CONGRÈS D'HYGIÈNE DU HAVRE. — La septième réunion provinciale des médecins hygiénistes français s'est tenue à Rouen et au Havre. Les congressistes ont visité notamment le préventorium de Canteleu, le sanatorium marin des Grandes-Dalles, le dispensaire antituberculeux et la crèche de Fécamp. Puis, sous la conduite du docteur Loir, directeur du bureau d'hygiène du Havre, les congressistes ont assisté, au sémaphore de la Hève, à l'inauguration d'une plaque commémorative portant l'inscription suivante : « Ici, le 13 octobre 1890, Charles Richet et Victor Tatin ont fait la première tentative de lancement d'un avion mû par la vapeur. » Les congressistes ont ensuite visité le dispensaire du docteur Gibert, fondateur du premier bureau d'hygiène

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

de France et père de la loi de 1902 sur la santé publique, puis le bureau d'hygiène du Havre, le premier en date (1878). Les congressistes se sont embarqués à bord du paquebot *Flandre* où, durant un voyage Le Havre-Bordeaux, le Congrès a continué ses travaux de la façon la plus agréable.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Achille Louste, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société française de dermatologie; Jacques Lecomte, médecin chef de l'hôpital de Coutances; Pierre (de Châtellerault).

CHRONIQUE

L'INAUGURATION A PARIS DE LA RUE DU DOCTEUR FINLAY

Dans le 15e arrondissement, derrière le Vélodrome d'Hiver, débouchant sur le quai de Grenelle, se trouve une rue dénommée rue des Usines.

La Ville de Paris, rendant hommage à l'illustre savant cubain qui a préservé le monde de la fièvre jaune, vient de débaptiser cette rue pour lui donner le nom du Docteur Finlay. L'inauguration de la rue a eu lieu mercredi devant une assistance nombreuse.

On remarquait : M. J. Morellez, ministre de Cuba à Paris ; M. le professeur Francisco Dominguez, M. René Fiquet, président du Conseil municipal ; M. Villey, préfet de la Seine ; MM. Boulard, Georges Prade, Bucaille, conseillers municipaux ; M. Birmeau, maire du 15e arrondissement ; de nombreuses personnalités de la colonie cubaine de Paris, et des représentants de la famille de Finlay; parmi lesquels le Vicomte de Barrès, son neveu.

Des discours furent prononcés par MM. Boulard, René Fiquet, Villey et Dominguez.

Notre éminent confrère, le professeur Francisco Dominguez (de Cuba) qui s'est attaché depuis si longtemps à faire rendre justice à Carlos Finlay, remercia le président du Conseil municipal d'avoir fait graver sur les murs de la capitale le nom de celui qui découvrit la transmission de la fièvre jaune par le moustique, puis il continua ainsi :

« En faisant cette grande découverte, Finlay a principalement établi la base d'une nouvelle classification des maladies transmissibles de l'homme malade à l'homme sain, par l'intermédiaire des insectes suceurs de sang, complétant ainsi les travaux du grand Pasteur au point de vue des maladies infectieuses qui constituent, sinon la totalité, au moins le plus grand nombre des maladies épidémiques tropicales.

De plus, Finlay fit connaître les principes sanitaires qui, une fois employés chez nous, ont montré au monde entier la façon certaine d'exterminer la fièvre jaune, et qui constituent aujourd'hui la base de l'hygiène appliquée contre toutes ces maladies épidémiques.

Malheureusement, pendant vingt ans, Finlay est obligé de poursuivre ses recherches et de faire l'impossible pour convaincre le monde et surtout les médecins, de la véracité de sa théorie. On le croit fou, on le surnomme « l'homme aux moustiques », tous ses efforts restent inutiles, sa découverte est arrivée trop tôt, et malgré la grande simplicité de son exposé, le monde reste indifférent, et pendant vingt ans, personne n'a eu l'idée, personne ne s'est donné la peine de contrôler sa théorie, malgré les milliers de morts causés par la fièvre jaune.

Pour la première fois en 1900, le contrôle de sa découverte se réalise et depuis le premier essai, on se rend compte que le moustique est bien l'agent de transmission de la fièvre jaune et que celui que Finlay avait signalé restera pour toujours le seul et l'unique capable de transmettre la maladie...

Le monde entier a bénéficié de sa découverte et la France n'a pas été une des moins favorisées, car dans l'histoire des épidémies de fièvre jaune, Marseille et Saint-Nazaire ont souvent figuré comme des victimes de cette maladie.

D'un autre côté, la France, par sa grande puissance coloniale, a également expérimenté les bienfaits de la découverte de Finlay.

C'est donc pour honorer le Savant et le Bienfaiteur de l'humanité, que le Conseil municipal de Paris a tenu à s'associer à notre comité.

Cet hommage rendu au docteur Finlay pour sa géniale découverte, à l'occasion de son centenaire, était mon plus cher désir de Cubain, et je ne sais comment remercier mes confrères et mes amis de France, et tout particulièrement M. Boulard, le dévoué conseiller municipal du 15e arrondissement, ainsi que M. Prade, dont l'amitié agissante me fut précieuse, de l'aide qu'ils m'ont prêtée pour obtenir cette consécration.

Si Paris a toujours été pour les Cubains un lieu de pèlerinage et d'admiration, si tous mes compatriotes rêvent souvent d'y venir, le fait de l'inauguration de cette rue, qui rappellera pour toujours le nom de notre cher ami, sera un motif de plus d'attrait et d'estime... »

A la fin de la cérémonie, M. J. Morellez exprima à la municipalité sa gratitude ; il remit à M. René Fiquet les insignes de grand'croix de l'ordre national de Carlos Finlay, et à M. Georges Prade celles de commandeur du même ordre.

L. G.

Cécile Airelle, pharmacienne, par Jules MAYOR, roman. Beau volume in-8 couronne. — Prix : 12 fr. — Les Œuvres représentatives, 41, rue de Vaugirard, Paris (6e).

HOTEL PART. **VILLA MONTMORENCY** LIB. (XVIe). 4, Av. des Tilleuls et Rue Pierre Guerin. 31 présum. CONVIENDRAIT A CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. Contce 615 m. M. à p. 300.000 fr. A adjer ch. not 26 juin, 14 h. S'adr. Me BACHELEZ, not. 3, rue Turbigo.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE **MANGAÏNE** DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS

Laboratoire SCHMIT . 71 Rue Sainte-Anne. PARIS . 2e

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.*

3 PRODUITS

DE PRATIQUE COURANTE :

CACHETS
DRAGÉES
INTRAVEINEUSE

EUPHORYL

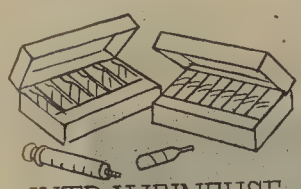
DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES

Communication à la Société de Dermatologie de Paris

GRANULÉ
SOLUBLE

EUPHORYL INFANTILE

DERMATOSES PRURIGINEUSES
TROUBLES DIGESTIFS
ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE



INTRAVEINEUSE
INTRAMUSCULAIRE

SPASMORYL

Créé et expérimenté dans les Hôpitaux de Paris
Communication à la Société de Thérapeutique

SPASMES VISCÉRAUX ŒSOPHAGIENS - GASTRIQUES PYLORO-DUODÉNAUX - COLIQUES
CONSTIPATION SPASMODIQUE

ACCIDENTS MÉCANIQUES ET SPASMODIQUES DES LITHIASES

ANA

LABORATOIRES "ANA"
18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS-XII°

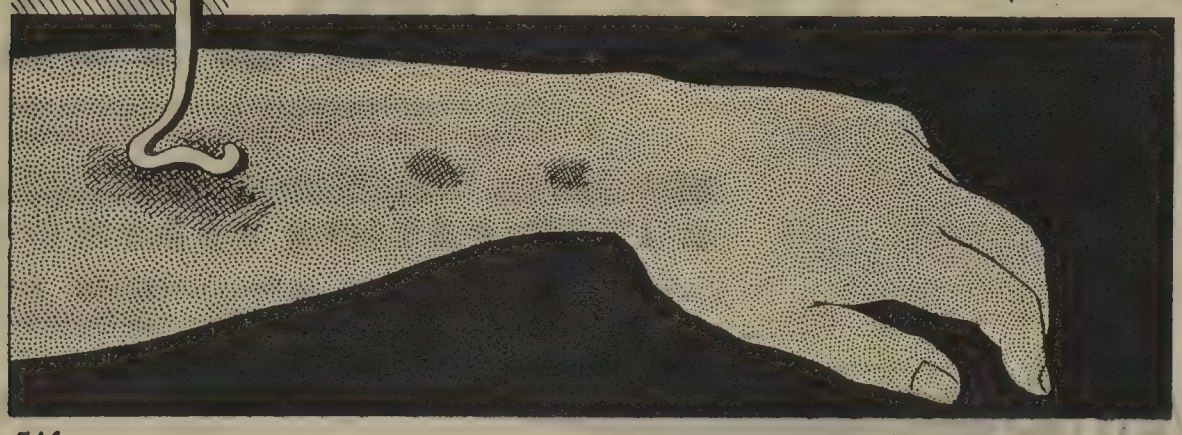
PERCAÏNAL
"CIBA"

Analgésie sûre et prolongée

Eczéma, macérations de la peau, décubitus, herpes zoster, gerçures, crevasses du sein, ulcères de la jambe, ulcérations dues aux rayons X, intertrigo, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, brûlures, etc.

Analgésique et antiprurigineux
Antiphlogistique - Astringent

LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON



316

REVUE GENERALE

LES CRANIOPHARYNGIOMES

(Tumeurs développées aux dépens des résidus de la poche de Rathke.)

Etude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS SUPRASELLAIRES

Par M. PAUL MEIGNANT (de Nancy),

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Les tumeurs suprasellaires sont ces tumeurs qui se développent dans l'espace normalement virtuel compris entre le plancher du IIIe ventricule en haut, le diaphragme de l'hypophyse et l'hypophyse elle-même en bas, espace dont la hauteur est représentée par l'épaisseur même du chiasma optique. Ce sont, parmi les tumeurs intracraniennes, des tumeurs fréquentes, dont le diagnostic exige la collaboration étroite du neurologiste, du radiologiste et de l'oculiste ; ce sont des tumeurs abordables chirurgicalement, et dont certaines tout au moins donnent, aux neuro-chirurgiens modernes, l'occasion de beaux succès.

Parmi ces tumeurs suprasellaires, les plus fréquentes sont des tumeurs développées aux dépens des restes embryonnaires du canal cranio-pharyngien ou hypophyso-pharyngien de Rathke (tumeurs de la poche de Rathke ou craniopharyngiomes) ; en général kystiques et souvent infiltrées de sels calcaires, ces tumeurs, qui s'observent surtout chez de jeunes sujets, ont une symptomatologie complexe, mais dans l'ensemble assez univoque et caractéristique. Le diagnostic, soupçonné cliniquement, affirmé dans les cas typiques par les signes oculaires et radiologiques, conduit à une intervention, toujours difficile certes, trop souvent incomplète par la force des choses, mais dont les résultats globaux apparaissent de plus en plus encourageants.

Historique (résumé). — Il semble que ce soit Erdheim qui, le premier, en 1904 et 1906, ait insisté sur les « Hypophysengangeschwulste », tumeurs épithéliales nées aux dépens des vestiges du canal pharyngo-hypophysaire : il réunit alors 12 observations, dont 7 personnelles. Puis viennent les observations et articles en langue allemande de Bartels (1906), de Bregmann et Steinhaus (1907).

Depuis lors, de nombreuses publications ont paru et continuent à paraître sur la question, notamment en langues anglaise et française. Nous citerons seulement:

parmi les publications anglo-saxonnes, celles de Cushing et des neurologistes et neurochirurgiens anglais ou américains, ceux-ci pour la plupart élèves de Cushing (P. Bailey, H. Dott, Hugues Cairns, Critchley et Ironside, Eisenhardt, Frazier Ch.-H. et Alpers B.-J., Josefson, Mac Kenzie et Sosman, Mackay et Bruce, Martin, Norman, Wyllie, etc...).

parmi les travaux en langue française, ceux de Nobécourt (Duhem et Bize), Clovis Vincent (David, Puech, Bissery et Brun), Th. de Martel, G. Guillain (J. Decourt, Noël Péron, Bertrand), Béclère, Roussy (Bollack et Kyriaco), Lhermitte, Terrien, Trenel, de Paris ; L. van Bogaert, Martin, Bremer et Coppez en Belgique ; Cornil (Baudot, Mathieu, Kissel, Merland et Florentin) ; de Nilus ; de Denjean ; à Lyon de Lépine, Bériel, Dechaume, Wertheimer, les thèses d'Arnaud et de Le Bihan ; d'Austregesilo et Colares, etc., etc...

Parmi les travaux d'ensemble de ces dernières années, citons particulièrement la thèse de Claire Vogt sur les « tumeurs cérébrales chez l'enfant » (Paris 1929), et les rapports présentés au Congrès d'Ophtalmologie d'Amsterdam en 1929 par Cushing, van Bogaert, Christiansen, Percy Sergent et Gordon Holmes.

Etiologie. — On ignore naturellement la cause profonde de ces tumeurs, comme de toutes les tumeurs. Ce qu'on peut dire seulement, c'est que :

1° Il s'agit, en principe, de *tumeurs congénitales* datant de la naissance et développées aux dépens de débris embryonnaires ; il s'agit donc de tumeurs *rencontrées chez des sujets jeunes en général*. Mais ces tumeurs peuvent rester longtemps complètement silencieuses et ne se révéler que tardivement. Pratiquement, les malades, lorsqu'on fait le diagnostic, sont ou des enfants de 8-10 ans, ou des adolescents ou des adultes jeunes (10 à 30 ans dans presque tous les cas). Des observations sont publiées cependant concernant des adultes plus âgés (femme de 54 ans dans une observation de Vincent, de Martel et David).

2° Les deux *sexes* paraissent également frappés (Duffy et Jackson) ; les 4 cas observés par Mlle Vogt concernaient cependant des garçons.

La *fréquence* de ces tumeurs apparaît grande. D'après de Martel (1930), Cushing en avait à cette date opéré 84 cas vérifiés histologiquement, et en avait vu sans doute beaucoup plus. Par ailleurs, Cushing, sur 154 tumeurs cérébrales chez l'enfant, a relevé 20 tumeurs de la région hypophysaire (soit 12,98 %) ; et sur ces 20 tumeurs de la région hypophysaire, 18, soit 90 %, n'étaient pas des adénomes. C'est une notion essentielle que de retenir que les tumeurs de l'hypophyse proprement dites, les adénomes, sont rares avant 20 ans, alors que les craniopharyngiomes sont très fréquents pendant les deux premières décades de la vie.

Anatomie Pathologique. — I. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE. — L'hypophyse, on le sait, naît de *deux ébauches*, l'une neuro-ectodermique, l'autre ectodermique.

L'*ébauche neuro-ectodermique* dérive du plancher du IIIe ventricule (cerveau intermédiaire); elle donnera, par sa partie distale, le lobe postérieur ou nerveux de l'hypophyse, dans la selle turcique ; par sa partie proximale, la tige pituitaire qui, à travers le diaphragme de l'hypophyse, relie le lobe postérieur de la glande à l'infundibulum ventriculaire.

L'*ébauche ectodermique* naît de la voûte du stomadeum, fosse naso-buccale ou sinus ectodermique prépharyngé. On la décrit, à l'origine, comme un diverticule épithélial creux, qui progresse de bas en haut (poche hypophysaire de Rathke des embryologistes). La portion proximale, inférieure, canal pharyngo-hypophysaire, canal cranio-pharyngien de Landzert, reste mince, puis s'atrophie et, dans la règle, disparaît lorsque la base du crâne s'organise aux dépens du tis-

su conjonctif sus-pharyngé : de cette portion resteront éventuellement des vestiges, soit immédiatement sus-pharyngés, soit intrasphénoïdaux (hypophyse pharyngée, glande hypophysaire accessoire de Tourneux). — La portion supérieure, dès lors isolée de son origine pharyngée, se dilate en vésicule et vient s'appliquer sur la face antéro-supérieure du lobe nerveux. Tapissée d'un épithélium cylindrique, cette poche de Rathke des embryologistes donnera :

par son feuillet antérieur, épaissi, le lobe antérieur, glandulaire, de l'hypophyse adulte ;

par son feuillet postérieur, qui reste mince, la zone ou lobe intermédiaire de l'hypophyse définitive.

La cavité de la poche de Rathke primitive, entre lobe antérieur proprement dit et zone intermédiaire, disparaîtra en fait par la suite (fente intermédiaire des histologistes).

Il est très important de noter que, au cours de ce développement, le lobe antérieur effectue, autour de l'axe transversal, un mouvement de rotation tel que la face primitivement antérieure du lobe glandulaire devient supérieure, la face supérieure postérieure (entourant de sa concavité postérieure la face antérieure du lobe nerveux). La jonction du lobe antérieur avec le canal pharyngo-hypophysaire se trouve ainsi reportée en haut, à la partie supérieure de l'hypophyse définitive, près de la tige pituitaire et en avant d'elle. Et si le canal pharyngo-hypophysaire disparaît en général, des vestiges en persistent, non seulement au-dessous de la selle turcique, dans l'épaisseur du sphénoïde ou au-dessous de cet os, comme nous l'avons dit, mais encore, éventuellement :

soit devant et contre la face antérieure de l'hypophyse définitive : *amas embryonnaire sus — et surtout préhypophysaire*, intrasellaire, situé au-dessous de la tente de l'hypophyse ;

soit au-dessus de cette tente, sur la face antérieure de l'infundibulum et de l'extrémité supérieure du tuber (pointe du lobule linguiforme des anatomistes) : *amas embryonnaire supérieur-suprasellaire*.

C'est aux dépens de ces amas embryonnaires que naissent les tumeurs qui nous occupent. Elles seront donc *intrasellaires* ou *suprasellaires*, selon les cas. Au même groupe, il faudrait rattacher des tumeurs nées des portions intra- ou sous-sphénoïdales du canal pharyngo-hypophysaire ; ces tumeurs ont une physionomie clinique tout autre que les précédentes et nous les éliminerons de notre étude.

II. Étude histologique. — Nées de l'ectoderme stomadéal, les tumeurs dérivées de la poche de Rathke ont un aspect histologique spécial.

1° Le type le plus caractéristique est le type adamantin ou adamantinoide (par exemple cas de Berheim et Harter ; Estève et Beatti ; Wyllie ; Trénel ; Cornil, Baudot et Mathieu) ; ces tumeurs suprasellaires ont des caractères qui les rapprochent des adamantinomes de la mâchoire ; il s'agit de tumeurs *kystiques*, en général multiloculaires, les loges étant séparées par un stroma de nature variée.

D'une loge à l'autre, le *contenu* est souvent variable : soit matière colloïde visqueuse, très épaisse, de couleur brunâtre ou verdâtre ; soit liquide plus fluide, huileux, de couleur jaune or, contenant de nombreuses *paillettes de cholestérine*.

Les *parois kystiques* sont épaisses, fibreuses, avec *infiltrations calcaires* dans les cas avancés. Entre les kystes, des parties solides existent : certaines de ces parties pleines sont rougeâtres, molles, spongieuses, vasculaires et comme caverneuses ; d'autres, entièrement calcifiées, sont très dures (la calcification, voire l'ossification de ces parties de la tumeur rendra celle-ci visible à la radiographie, fait sur l'importance duquel nous aurons à revenir longuement).

La surface intérieure de ces cavités kystiques est rarement lisse ; en général, la paroi interne des kystes est hérissée de *végétations papilliformes ;* et c'est la structure de ces papilles qui rappelle, souvent de très près, la structure de l'organe adamantin :

a) Extérieurement (du côté de la cavité kystique), la papille est limitée par une assise de *cellules palissadiques*, plus hautes que larges, dont les noyaux, disposés régulièrement et symétriquement, sont ovoïdes, à grand axe parallèle au grand axe de la cellule, et très colorables (*adamantoblastes*, analogues aux cellules adamantines, et dont la seule présence suffit à caractériser cette variété de tumeur).

b) Au-dessous de la couche des adamantoblastes, vers le centre de la papille, se superposent plusieurs assises de cellules, répondant à la zone intermédiaire de l'organe adamantin : leurs noyaux sont plus pâles que ceux des cellules palissadiques. Vers la profondeur, des cellules deviennent franchement vésiculeuses et forment, près de l'axe conjonctif de la papille (par ailleurs riche en vaisseaux néo-formés, très fragiles), des amas de deux ou trois cellules.

2° Trois autres types ont été décrits :

a) Le *type épidermoïde*, reproduisant dans ses grandes lignes l'épithélioma malpighien. Ce type se confond souvent, dans un type mixte, avec le précédent. Certains amas de cellules profondes, près de l'axe conjonctif des papilles, prennent ici des formes diverses, en croissant, aplaties, lamelleuses, constituant des formations qui ne sont pas sans rappeler, parfois de très près, les *globes épidermiques de certains épithéliomas lobulés de la peau :* cellules à noyau toujours clair, mais avec une formation centrale plus foncée, à cytoplasme grenu. Erdheim insistait sur l'absence de kératinisation et sur le fait que, s'il existe bien des formations globo-épidermiques, il n'y a pas de globules cornés vrais. L'absence de granulations de kérato-hyaline ne semble pas cependant être un caractère constant.

b) Les *kystes papillaires simples* (Duffy) (kystes épithéliaux papillomateux uniloculaires) sont constitués par un papillome unique, en chou-fleur, végétant à l'intérieur du kyste, tapissé par un épithélium palissadique. Le contenu du kyste est colloïde, souvent brunâtre (hémorragies secondaires). Ce type de tumeur, « forme simplifiée de l'adamantinome », ne doit pas être confondu avec le kyste, rencontré aussi chez les enfants, qui résulte de la dilatation simple de la fente intermédiaire, de la fente hypophysaire (Benda), et qu'on trouve surtout dans la région du hile de l'hypophyse ; celui-ci apparaît en pleine glande (entre le lobe

antérieur et la zone intermédiaire) et non en avant ou au-dessus de l'hypophyse; sa paroi est tapissée, comme celle de la poche de Rathke, des embryologistes, d'un épithélium cylindrique ou cilié ; à côté du kyste proprement dit n'existent jamais de portions calcifiées ; le contenu est parfois séreux, parfois colloïde, avec ou sans hémorragies secondaires.

c) Les *tératomes* constituent un groupe complexe, dont certains échantillons semblent bien provenir des résidus de la poche de Rathke. On peut peut-être en rapprocher certains cas de *tumeurs malignes carcinomateuses* avec signes locaux de malignité et parfois métastases dans les ganglions cervicaux. Ces formes atypiques sont très variables et nous ne pouvons, dans cette étude, les passer en revue systématiquement. A titre d'exemple, rapportons ici la description d'une tumeur de la poche de Rathke dont l'observation a été rapportée en 1929 par MM. Georges Guillain et Noël Péron : l'examen histologique, pratiqué par M. Bertrand, a montré un épithélioma de formule extrêmement variable :

« 1° La plus grande partie du néoplasme est cons-
« tituée par un épithélioma lobulé avec formation de
« globes épidermiques. Il existe une tendance très
« marquée à la dyskératose isolée, chaque cellule su-
« bissant une dégénérescence kératoïde pour son pro-
« pre compte et formant un petit globe corné ;

« 2° La calcification de la tumeur est également
« très étendue ; elle se produit d'abord dans le stroma,
« au contact de la circonférence des globes épidermi-
« ques ; puis la calcification gagne progressivement et
« envahit la masse entière du lobule épithéliomateux.
« Il est à remarquer que la plupart des éléments néo-
« plasiques sont peu actifs ; ils montrent des noyaux
« en pycnose et une dégénérescence granulo-graisseuse
« du protoplasma. Toutes les dégénérescences se su-
« perposent et s'intriquent : dégénérescence hyaline,
« kératoïde, infiltration calcaire, nécrose kystique.

« 3° Il existe enfin des aspects plus jeunes de l'épi-
« thélioma qui se présente alors tantôt comme un épi-
« thélioma baso-cellulaire, tantôt comme un adaman-
« tinome. »

II. Etude anatomique. — 1° Le *craniopharyngiome développé aux dépens des amas embryonnaires inférieurs* nous retiendra peu. Il est *initialement intrasellaire ;* il refoule derrière et au-dessous de lui l'hypophyse. Il se comporte comme une tumeur intrasellaire plus ou moins maligne, déformant, agrandissant excentriquement la cavité de la selle, envahissant parfois les parois osseuses, finissant par la déborder en haut et par devenir secondairement suprasellaire.

2° Le *craniopharyngiome développé aux dépens des amas embryonnaires supérieurs* est, lui, *dès le début, supra-et-extrasellaire*. Comme le précédent dans sa période d'évolution sus-sellaire, il se développe dans cet espace, normalement virtuel, compris entre la tente de l'hypophyse en bas, le plancher du troisième ventricule en haut avec, en arrière, l'infundibulum, le tuber cinereum et plus loin, l'espace interpédonculaire, en avant le chiasma optique ; tout autour, les vaisseaux importants du cercle artériel de Willis. Nous ne voulons pas décrire ici par le détail les rapports éventuels des craniopharyngiomes suprasellaires ; leur *volume*, au moment où ils sont reconnus comme tels et opérés, est très variable : tantôt la tumeur est seulement grosse comme un pois ; les conditions chirurgicales sont alors les meilleures ; plus souvent, malheureusement, la tumeur est beaucoup plus grosse : lorsque le neuro-chirurgien est mis en sa présence, elle a le volume d'une petite orange, d'un poing... Elle a contracté des rapports anatomiques et provoqué secondairement des modifications morphologiques à distance qui rendent l'intervention dangereuse et pénible.

a) Evoluant vers le haut, elle a refoulé le plancher du *IIIe ventricule ;* elle adhère plus ou moins à celui-ci, parfois l'envahit nettement. S'il y a envahissement ou seulement adhérence intime entre la tumeur et le plancher ventriculaire ou l'hypothalamus, le chirurgien se voit, du même coup, obligé de se contenter d'une résection partielle de la tumeur, d'un évidement, sous peine de détruire le plancher. Si l'adhérence paraît lâche, l'entreprise qui consiste à décoller lentement la tumeur du plancher reste une opération extrêmement délicate. De plus, la tumeur, comprimant de bas en haut ou envahissant le IIIe ventricule, supprime la lumière de celui-ci, d'où *hydrocéphalie secondaire par dilatation des ventricules latéraux*, les trous de Monro restant d'ailleurs en général perméables et la communication persistant entre les cavités ventriculaires des deux hémisphères. L'hydrocéphalie rend, chez l'enfant, le crâne plus large et plus profond que normalement ; lorsqu'on trépane dans la région frontale pour aborder la tumeur par voie sous-frontale, le plancher de l'orbite, qu'il faut suivre, descend plus obliquement que normalement vers les clinoïdes antérieures ; lorsqu'on arrive au contact de la tumeur, on travaille déjà très profondément, l'éclairage est difficile. Le cerveau (lobe frontal) est plus difficile à récliner que normalement, et d'ailleurs plus fragile : il faut, dans un premier temps, ponctionner et évacuer le ventricule latéral.

b) Le craniopharyngiome contracte avec les *voies optiques* (*chiasma*) des rapports rapidement étroits ; *la tumeur charge*, en se développant, *le chiasma optique sur son dos* (de Martel) ; elle est d'autre part essentiellement *rétrochiasmatique ;* lorsque les nerfs optiques sont courts, l'abord en est considérablement gêné par la présence même des nerfs optiques et du chiasma. Le contact direct et précoce de la tumeur et des voies optiques explique d'ailleurs la précocité et l'importance diagnostique des troubles oculaires dans l'histoire des cranio-pharyngiomes, comme de toutes les tumeurs suprasellaires en général.

c) Lorsqu'elle a atteint un certain volume, la tumeur arrive, dans son développement excentrique, au contact des *éléments du cercle artériel de Willis*. Les artères de ce cercle adhèrent à sa capsule et constituent à la tumeur une sorte d'enveloppe angiomateuse propre. Latéralement, la tumeur est flanquée, non pas seulement de la bandelette optique, mais encore de la terminaison de la carotide interne et du bouquet de ses branches. En arrière, creusant et refoulant le pont, elle arrive presque au contact de la terminaison du tronc basilaire ; le bouquet des branches de celui-ci (artères cérébrales postérieures, cérébelleuses supé-

rieures, fines branches artérielles interpédonculaires) adhèrent intimement à la paroi du kyste ; tirailler la tumeur, la séparer de ces contacts, c'est risquer des hémorragies dont on ne sera plus maître. Latéralement, il en est de même pour les branches de la carotide interne (origines des deux sylviennes, artères ophtalmiques, communicantes antérieures, cérébrales postérieures) ; or, ces artères, sauf les communicantes antérieures, on ne peut les lier ; en présence d'une artère « gênante », on ne peut d'ailleurs toujours savoir, durant l'intervention, ce qu'elle représente et il faut donc, à toutes forces, la respecter.

d) Enfin, une portion de la tumeur peut être (cas des tumeurs de la poche de Rathke initialement intrasellaires) logée *dans la profondeur d'une selle turcique* creusée en avant sous le jugum sphénoïdal et agrandie en arrière par la disparition de la lame quadrilatère. L'abord frontal ne se prête pas à l'extirpation de cette portion profonde. Dans le cas de tumeur dès le début suprasellaire, il est vrai, l'*hypophyse* dans sa loge est seulement aplatie, refoulée en bas et en arrière.

Si nous avons insisté sur ces rapports, c'est pour montrer, avec Clovis Vincent, les difficultés de l'intervention dans de nombreux cas. Plus la tumeur est diagnostiquée de bonne heure, plus l'intervention est précoce, moins les rapports de la tumeur avec les dangereux organes voisins seront grands et plus l'intervention aura des chances d'être complète et radicale ; moins elle sera difficile. Tous les efforts doivent donc tendre à ne pas attendre, pour confier le malade au chirurgien, une symptomatologie dite complète, qui est en réalité pour une grande part une symptomatologie d'emprunt, de compression ou d'envahissement à distance.

Symptomatologie. — La symptomatologie des cranio-pharyngiomes est à la fois assez variable et empreinte d'une certaine unité. Nous prendrons comme type de description la tumeur de la poche de Rathke à développement dès l'origine suprasellaire, à évolution lente, chez un adolescent ou un adulte jeune. Il est, croyons-nous, assez artificiel de décrire, dans l'histoire de ces tumeurs, une période de début, une période d'état et une période terminale. Trois ordres de symptômes, en fait, peuvent attirer l'attention :

I. Des signes, d'ailleurs souvent discrets, d'*hypertension intracranienne*, et notamment des céphalées ;

II. Des signes en rapport avec un *dysfonctionnement hypophyso-infundibulaire* (nous employons ici, volontairement, ce terme général, ne voulant et ne pouvant aborder au fond les questions de physiologie pathologique) : troubles dystrophiques portant sur la taille, le poids, l'évolution pubérale ; narcolepsie et autres éléments du syndrome infundibulaire de Claude et Lhermitte.

III. Des *troubles visuels*.

Ces trois séries de symptômes s'étayent déjà entre elles. Dissociés ou non, les signes qui leur appartiennent, dûment constatés, commandent un examen oculaire complet et un *examen radiologique* minutieux de la région sellaire (IV). Dans les cas typiques, le diagnostic est fait alors, sans qu'il soit besoin ni de faire une *ponction lombaire* (V) ou une ventriculographie, ni d'attendre l'apparition de *signes neurologiques tardifs* (pyramidaux, extrapyramidaux, cérébelleux...) (VI) et témoignant de l'étendue, du volume déjà considérable du néoplasme.

I. Syndrome d'hypertension intracranienne. — *a*) La céphalée en est l'élément le plus net et le plus constant, celui, souvent, qui conduit le malade au médecin. Plus ou moins intense au début, elle tend à devenir, d'intermittente qu'elle était à la période initiale, permanente, mais avec des paroxysmes d'une acuité parfois extrême ; de localisation variable, elle serait surtout temporale, unilatérale parfois au début, puis bilatérale ; elle diffusera peu à peu, mais en gardant toujours un maximum temporal dans les cas typiques. Ce sur quoi il faut insister, c'est sur l'allure à la fois progressive et variable de cette céphalée. Elle peut persister des semaines et des mois en présentant, pendant ces « crises », des paroxysmes plus ou moins rapprochés et intenses, puis s'atténuer et disparaître presque complètement ou complètement pour reparaître quelques années plus tard (C. Vogt).

b) Les autres signes classiques d'hypertension intracranienne restent en général au second plan : *vomissements*, moins fréquents, moins importants que dans les autres types de tumeurs cérébrales chez l'enfant, que dans les tumeurs de la fosse postérieure notamment, parfois absents ; *vertiges ; crises convulsives*, relativement rares (plus rares que dans les tumeurs postérieures chez l'enfant), précoces ou tardives, mais toujours relativement peu nombreuses dans un cas donné.

Vomissements et vertiges ne surviennent habituellement que de loin en loin, à l'occasion des et parallèlement aux poussées céphalalgiques ; les convulsions, lorsqu'elles existent, apparaissent en même temps aussi, parfois, que les crises narcoleptiques sur lesquelles nous aurons à revenir. Cette *évolution intermittente et paroxystique du syndrome hypertensif* est à retenir. Chaque poussée dure huit, dix, vingt jours, un mois... Puis, pour un très long temps, les choses semblent rentrer dans l'ordre. Très souvent, les malades ne sont examinés par le neurologiste et l'oculiste qu'à une deuxième, troisième, quatrième poussée : la notion de poussées antérieures d'hypertension intracranienne devient alors un élément non négligeable du diagnostic.

Certaines poussées hypertensives s'accompagnent de raideur de la nuque, de Kernig, d'une véritable *réaction méningée clinique*, et parfois aussi cytologique, mais apyrétique : ainsi dans un cas de Mlle Vogt. Sur ces réactions méningées, nous reviendrons en étudiant les données de la ponction lombaire.

II. Signes focaux hypophyso-infundibulaires. — En dehors des signes oculaires, auxquels nous consacrerons un chapitre spécial, nous étudierons sous ce nom d'une part les *signes dystrophiques* (anomalies de la croissance staturale, pondérale, et du développement pubertaire), d'autre part, les signes groupés dans le cadre du *syndrome infundibulaire* de Claude et Lhermitte.

A) Troubles dystrophiques. — Si l'on examine des sujets jeunes encore, et dont le craniopharyngiome n'évolue pas, en apparence du moins, depuis longtemps, on ne note souvent pas grande anomalie du développement. La taille et le poids sont à peu près normaux ; il n'y a pas d'infantilisme évident. Tout au plus l'enfant, si le malade est encore un enfant, paraît-il plus jeune que son âge, avec un léger degré d'adiposité, des mains et des pieds petits, délicats, potelés, la peau fine et lisse. Plus tard seulement, les signes dystrophiques se précisent, un certain recul dans le temps étant en effet nécessaire pour qu'ils s'affirment et se laissent apprécier.

1) Troubles de la croissance staturale : les malades (adolescents) sont de petite taille, parce qu'ils n'ont pas grandi ou ont à peine grandi depuis l'apparition des premiers symptômes de la maladie. M. Nobécourt a bien insisté sur cette « *réduction staturale* » : il cite comme exemples les cas de C. Vogt (obs. XV) : garçon de 9 ans ayant 115 cm. de taille, soit 10 cm. de moins que la normale ; de Roussy, Bollack et Kyriaco : fille de 12 ans ayant 120 cm. de taille, soit 22 cm. de moins que la moyenne des filles de son âge ; de G. Guillain et Péron : fille de 12 ans ayant 110 cm. de taille, soit 32 cm. de moins que la normale ; de C. Vogt (obs. XVIII) : garçon de 14 ans ayant 135 cm. de taille, soit 16 cm. au-dessous de la normale ; de G. Guillain et Decourt : garçon de 17 ans ayant 137 cm., soit 26 cm. de moins que la normale. Il ajoute : « Le garçon de 9 ans a une taille de 6 1/2 ans, les filles de 12 ans une taille de 9 et 7 ans, le garçon de 14 ans une taille de 11 ans, le garçon de 17 ans une taille de 11 1/2 ans ; ces tailles correspondent à peu près aux âges où sont apparus les premiers symptômes de la tumeur ». Ce « nanisme » semble avoir été assez peu étudié au point de vue radiologique ; dans le cas de G. Guillain et Decourt (garçon de 17 ans), les radiographies des membres, cependant, montraient la persistance des cartilages de conjugaison ; dans un cas de Vincent, (garçon de 15 ans), un défaut de soudure des mêmes cartilages.

2) *Troubles de la croissance pondérale.* Certains malades sont des *maigres* (type maigre de dyspituitarisme de Cushing). Un nombre beaucoup plus considérable de porteurs de cranio-pharyngiome sont, plus ou moins nettement, des *obèses*. Le poids, note Nobécourt, est en général inférieur au poids des enfants du même âge, mais supérieur au poids des enfants plus jeunes dont les malades ont la taille. Le garçon de 14 ans de l'obs. XVIII de C. Vogt par exemple (taille : 135 cm., ce qui répond à la taille d'un garçon normal de 11 ans) pesait 28 kgs 800, soit 11 kilogs de moins que la moyenne des garçons de son âge, 3 kilogs 700 de plus que la moyenne des garçons normaux de 11 ans. L'adiposité peut être considérable, et dans certains cas rares véritablement monstrueuse.

Légère ou marquée, l'adiposité est diffuse, mais prédomine dans certaines régions ; elle est souvent plus typique par sa topographie que par son intensité. Siégeant de préférence dans les parties supérieures du corps, dans la région mammaire (*l'hypertrophie précoce des seins*, par surcharge graisseuse, peut être énorme chez les filles et frappe particulièrement les parents), l'obésité « envahit l'abdomen, forme un coussinet adipeux dans la région suspubienne, atteint la région fessière et la partie supéro-externe des cuisses. Les régions sousmentonnière et susclaviculaires peuvent aussi être infiltrées. La figure est bouffie, et ces malades ont un visage d'enfant qui, joint à leur petite taille, contribue encore à leur donner l'aspect infantile. Les membres, en dehors de l'atteinte de la racine, sont respectés ; les pieds et les mains surtout frappent; ce sont des pieds et des mains d'enfant : petits, fins et potelés » (C. Vogt).

3) *Troubles du développement pubéral ; troubles génitaux.* — L'évolution pubérale est nulle, retardée ou insuffisante. *Chez les garçons*, la barbe ne pousse pas, la voix reste grêle et infantile, les organes génitaux externes ne se développent pas, les testicules restent petits et comme atrophiés. *Chez la jeune fille*, si les seins se développent considérablement (surcharge graisseuse), les règles n'apparaissent pas ; il existe une « atrophie utéro-ovarienne ». D'une façon générale, les régions axillaires et pubienne demeurent glabres. Les caractères sexuels secondaires n'apparaissent pas ou, s'ils surviennent, c'est d'une façon très discrète et anormale.

Lorsque l'affection débute chez des sujets déjà pubères, c'est *chez l'homme* l'impuissance (mais, en général, sans atrophie régressive), avec parfois au début des accès d'excitation génésique alternant avec de l'anaphrodisie ; *chez la femme* la disparition des règles, l'aménorrhée passagère ou durable (symptôme très important), la frigidité et la stérilité.

Les troubles dystrophiques et génitaux doivent être recherchés dès le premier examen ; les uns, comme les troubles menstruels chez la femme adulte, frappent d'emblée et prennent ainsi, de suite, une grande valeur ; les autres ne sont appréciés, lorsqu'ils sont discrets, que par une étude suivie de l'évolution. Les uns et les autres s'associent d'ailleurs de façon variable ; dans les cas les plus typiques, ils réalisent éventuellement :

soit l'un des *différents types de nanisme ou d'infantilisme « hypophysaires » : infantilisme hypophysaire de Souques et Stephen Chauvet* (persistance des caractères somatiques, sexuels et psychiques propres à l'enfance, sans nanisme ni infiltration adipeuse des téguments) ; *infantilisme type Lorrain* ; voire *infantilisme régressif de Gandy* chez l'adulte) ;

soit le *syndrome adiposo-génital* typique tel que l'ont décrit Fröhlich, Babinski : net surtout chez les garçons, lorsque l'affection a débuté vers 10-12 ans, il se caractérise par l'association d'un certain degré de nanisme avec hypoplasie génitale et insuffisance de développement des caractères sexuels secondaires, et de l'adiposité spéciale que nous avons décrite plus haut. Le garçon prend un certain aspect féminin et son développement psychique, surtout au point de vue caractériel peut-être, reste infantile. Chez les filles, l'aspect est moins net : à l'aspect infantile avec adiposité parfois considérable, notamment des seins, s'ajoute l'aménorrhée plus ou moins complète. Pour Jackson, le syndrome adiposo-génital se retrouve dans 70 % des cas de cranio-pharyngiomes : l'observation princeps du syndrome apportée par Babinski en 1900

correspond d'ailleurs à l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, à l'autopsie de laquelle on trouva un adamantinome suprasellaire.

Il ne faut pas cependant croire que la symptomatologie dystrophique soit toujours uniformément « hypo », si l'on peut dire. Les troubles dystrophiques, au cours des craniopharyngiomes, fait justement remarquer Pierre Puech dans une communication récente, sont des troubles classiquement rapportés à l'insuffisance hypophysaire. Mais, d'une part, ces troubles peuvent être dissociés ; d'autre part, il peut exister des troubles classiquement rapportés à un hyperfonctionnement hypophysaire : « infantiles par certains côtés, les malades sont normaux ou précoces par d'autres ». Telle porteuse de craniopharyngiome avait, à 11 ans déjà, des poils au pubis et sur les jambes, a été réglée à 12 ans et l'a toujours été ; ses seins, rudimentaires avant l'intervention, ne se sont développés qu'après celle-ci (à 22 ans). Telle autre était, à 11 ans, développée, « comme une petite femme » avec poils aux aisselles et au pubis, poitrine précoce, le niveau intellectuel était supérieur à la moyenne ; on s'attendait à une puberté précoce, lorsque le développement somatique et sexuel s'est arrêté, mais non le développement intellectuel. Ces cas pourraient être multipliés. Puech insiste sur le fait que ces « *syndromes dissociés* » apparaissent assez spéciaux aux craniopharyngiomes.

Avant de quitter ce domaine des troubles trophiques, insistons encore sur les modifications fréquentes de la *peau* et des *phanères :* peau en général fine, douce, parfois écailleuse, et, surtout lorsque l'adipose est grande, peau lisse et froide, avec des plaques de livedo ; cheveux souvent secs, courts, peu nombreux. Insistons encore sur le fait qu'on n'observe jamais, au cours des tumeurs de la poche de Rathke, ni gigantisme, ni acromégalie (mais bien plutôt de l'*acromicrie :* extrémités petites). Le *métabolisme basal* est souvent, sinon presque toujours, *abaissé* modérément: de 10 à 15 % ; il était abaissé de 49 % dans le cas de G. Guillain et J. Decourt.

B. Signes infundibulo-tubériens (*syndrome infundibulaire de Claude et Lhermitte*). — a) La *narcolepsie*, l'hypersomnie en est certainement l'élément le plus important. « Le début de l'affection est parfois marqué par des crises de narcolepsie. Dans une très belle observation de tumeur suprasellaire rapportée par Lereboullet et Boulanger-Pilet en avril 1925 à la *Société de Pédiatrie*, sous le titre de « Tumeur du IIIe ventricule », une fillette, après un syndrome choréique, a des pertes de connaissance et des accès de somnolence, ensemble clinique qui avait d'abord orienté le diagnostic vers une encéphalite léthargique plutôt que vers une tumeur cérébrale. On retrouve signalée l'hypersomnie à une période précoce dans plusieurs observations de tumeurs de la poche de Rathke. » (C. Vogt). Parfois au contraire, la somnolence pathologique est tardive.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'elle existe, il s'agit toujours d'une narcolepsie typique survenant par accès plus ou moins accentués et prolongés. Légère ou très accentuée, c'est une véritable léthargie, un sommeil dont on peut, comme du sommeil normal, réveiller les malades par des incitations suffisamment fortes ; ils répondent alors correctement et intelligemment aux questions, puis se rendorment. Ces crises de sommeil, bien différentes de la torpeur et de l'hébétude des grands syndromes hypertensifs, durent des heures, des jours, parfois des semaines. Ou bien il s'agit de crises de narcolepsie paroxystique, sous forme d'attaques brutales et courtes. De toute façon, il s'agit d'un symptôme de grand intérêt, mais qui n'a, au cours de l'évolution des craniopharyngiomes, rien de spécial dans ses modalités symptomatiques.

b) Le *diabète insipide* est assez rarement signalé : une fois sur 18 observations recueillies par Critchley; deux fois avant l'intervention sur 27 cas opérés dans une première série par Cushing. — La *glycosurie* manque. « Cushing aurait observé une tolérance particulière pour les hydrates de carbone, plus élevée que normalement, et l'épreuve de la glycosurie alimentaire ne serait jamais positive, quelle que soit la quantité de sucre ingéré. » (C. Vogt).

c) Les *troubles de la régulation thermique* seraient assez rares et tardifs. Il a été cependant signalé soit des *crises d'hyperthermie* très élevée (parallèles aux crises de céphalée et accompagnées d'épistaxis dans un cas de Vincent, au point qu'on songea à une typhoïde), soit, plus rarement, de l'*hypothermie* (Vincent, de Martel et David).

Il est à remarquer en somme que, narcolepsie mise à part, les troubles de la série infundibulaire sont assez rares ou discrets au cours de l'évolution des craniopharyngiomes ; quelques observations seules font exception et montrent un syndrome infundibulaire complet. Dans la règle, on ne trouve qu'un *syndrome infundibulaire dissocié*, la forme hypersomnique paraissant la plus fréquente. Notons ici les symptômes « d'ordre toxique », signalés par Critchley dans quelques cas : démangeaisons et picotements, hyperhydrose, bouffées de chaleur.

Troubles dystrophiques, syndrome infundibulaire dissocié, syndrome discret ou non d'hypertension intracranienne, tels sont les signes qui doivent attirer l'attention et faire penser systématiquement chez un sujet jeune, à la possibilité d'une « poche de Rathke ». Il ne faut compter, pendant longtemps, ni sur la présence de signes pyramidaux, ni sur celle de signes cérébelleux, ni sur l'atteinte des nerfs craniens (optiques exceptés) pour étayer un diagnostic. Les signes précédents, surtout lorsqu'ils sont groupés, constituent une présomption très grande en faveur d'un craniopharyngiome. Le diagnostic, dans les cas habituels, se confirmera par le double examen oculaire et radiologique.

III. Syndrome oculaire ou mieux chiasmatique. — Les signes oculaires typiques du syndrome chiasmatique sont au nombre de trois : *baisse de l'acuité visuelle, hémianopsie, atrophie optique.* Mais ils n'ont pas une valeur égale. Du fait de sa situation et de son évolution extensive, la tumeur suprasellaire née aux dépens des amas embryonnaires de la poche de Rathke atteint, comprime ou refoule, précocement, le chiasma optique et les bandelettes optiques. Mais la baisse de l'acuité visuelle, dans ces conditions, est un phénomène relativement tardif ; l'atrophie optique l'est

plus encore. Et finalement, c'est l'*hémianopsie* qui reste le grand symptôme précoce, celui qu'il faut toujours rechercher systématiquement.

1. Hémianopsie. — Il est exceptionnel que le malade attire spontanément l'attention sur elle ; c'est l'oculiste qui, par une étude longue et minutieuse du champ visuel au campimètre, doit la découvrir et le peut seul de bonne heure, avant qu'apparaisse toute lésion du fond de l'œil, avant que le sujet se plaigne du côté de la vue du moindre trouble fonctionnel.

Dans la règle il s'agit d'une hémianopsie bitemporale ; sont touchées en effet les fibres qui, venues des deux tiers internes de la rétine de chaque côté (portion nasale) s'entrecroisent dans le chiasma et gagnent la bandelette du côté opposé à leur origine oculaire. Mais la tumeur, bien que née en principe sur la ligne médiane, s'est rarement développée de façon régulière et symétrique ; sa masse principale est souvent à droite ou à gauche de la ligne médiane. Il en résulte ce premier fait que l'*hémianopsie* constatée, même dans les cas accentués, est *rarement régulière et égale des deux côtés*, avec limite verticale du champ aveugle. Le champ temporal d'un côté peut être supprimé, alors que de l'autre côté il n'existe qu'un scotome de dimensions variables ; dans quelques cas même, les signes peuvent être franchement monoculaires (hémianopsie unilatérale) ; ou bien, au lieu d'une hémianopsie bitemporale, on n'observe qu'un simple rétrécissement, d'ailleurs asymétrique, bitemporal du champ visuel.

Deuxième caractère, cette *hémianopsie* est *progressive*. Au début, elle ne porte que sur les couleurs (Josefson, Cushing) et on la méconnaît si l'on néglige d'étudier le champ visuel avec des indices colorés ; plus tard seulement, à la dyschromatopsie fait suite la perte de la vision des objets, et, enfin, mais tardivement, celle de la perception lumineuse. — A un autre point de vue, topographique celui-là, l'hémianopsie se révèle aussi progressive ; elle commence par un quadrant déterminé ; le quadrant temporal supérieur le plus souvent, dit-on classiquement (pour Critchley par le quadrant temporal supérieur seulement en cas de tumeurs développées aux dépens des enclaves embryonnaires inférieures ; par le quadrant temporal inférieur en cas de tumeurs développées aux dépens des enclaves embryonnaires supérieures) ; puis elle envahit le quadrant temporal inférieur, puis le quadrant nasal inférieur et enfin le quadrant nasal supérieur (l'explication de cette marche est fournie par l'étude détaillée de la topographie des fibres visuelles dans le chiasma, que nous ne pouvons reprendre ici).

L'*hémianopsie homonyme latérale* est beaucoup plus rare (compression « élective » d'une bandelette). L'hémianopsie binasale n'est jamais réalisée.

2. Baisse de l'acuité visuelle. — Elle est relativement tardive, mais souvent, lorsque le malade se présente au neuro-chirurgien, déjà assez accentuée. Cushing a insisté sur le fait que l'atteinte du faisceau maculaire (qui conditionne pour la plus grande part la baisse de l'acuité visuelle) était beaucoup plus précoce dans les cas de compression préchiasmatique que dans les cas de compression rétrochiasmatique ; la baisse de l'acuité visuelle, dans les craniopharyngiomes, est d'ailleurs, comme l'hémianopsie, le plus souvent asymétrique : un œil peut être gravement atteint (acuité réduite à 3, 2, 1/10), alors que l'autre est encore à peine touché.

3. Quant à l'atrophie optique, si elle est fréquente, signalée dans presque tous les cas, son degré est très variable : soit atrophie partielle avec simple décoloration au niveau du segment temporal de la papille, soit au contraire atrophie grise complète en « pain à cacheter ». Mais cette atrophie optique reste, malgré tout, un symptôme tardif, et il faut savoir faire un diagnostic avant son apparition.

4. En dehors de cette triade symptomatique, un autre symptôme mérite discussion : c'est la stase papillaire. Dans certaines statistiques, la stase apparaît comme assez fréquente (8 fois sur 13 cas rapportés par Critchley) et la coexistence de stase et d'atrophie optique primitive est assez spéciale aux tumeurs de la poche de Rathke : elle ne se rencontre jamais au cours des adénomes simples de l'hypophyse. Mais la stase, dans les tumeurs de Rathke, reste en général un phénomène tardif qui complique l'atrophie optique primitive et ne conditionne pas l'atrophie optique : telle est du moins l'opinion classique.. « Toutefois, dit Mlle Vogt, il semble qu'elle (la stase) puisse apparaître à un moment quelconque de l'évolution et même être très précoce, car nous l'avons trouvée signalée dès les premiers examens oculaires de plusieurs malades, l'atrophie optique n'étant que secondaire ». La stase elle-même peut revêtir toutes les variétés. Elle est parfois unilatérale.

IV. Signes radiologiques. — La radiologie simple, dans les cas typiques, vient confirmer définitivement le diagnostic en montrant *deux signes essentiels* : l'un *négatif* : l'*intégrité de la selle turcique* ; l'autre *positif* : *l'existence de calcifications suprasellaires*.

Encore ces deux signes doivent-ils être discutés.

1. L'intégrité de la selle turcique, dans le cas de craniopharyngiome à point de départ suprasellaire, n'est conservée qu'au début et d'une façon grossière. Beaucoup de craniopharyngiomes, se développant surtout en haut et en arrière, finissent par user les apophyses clinoïdes postérieures : on assiste alors, non pas à une simple usure ou à un aplatissement de la selle, mais à une sorte d'érosion : la selle est comme rongée sur son bord postérieur, surtout quand l'évolution est assez rapide ; les clinoïdes postérieures apparaissent irrégulières, crénelées, puis comme abrasées. D'autre part, la tumeur étant souvent asymétriquement développée, les signes radiologiques, toujours discrets, seront, comme les signes chiasmatiques, parfois asymétriques également : aplatissement d'une seule clinoïde par exemple, ou d'une moitié de la selle, qui paraîtra alors, notamment si on utilise la *stéréoradiographie*, inclinée ou tassée à droite ou à gauche.

2. L'existence de taches calcaires suprasellaires a été considérée longtemps comme un signe caractéristique et pathognomonique des craniopharyngio-

mes ; elles sont dues à la présence, dans le tissu tumoral, des zones calcifiées que nous avons signalées à l'étude anatomique. Les concrétions sont visibles sous forme de nodules de dimensions variables : parfois très discrets, ils se réduisent à une ou plusieurs petites taches sombres de la grosseur d'une noisette, situées au-dessus de la selle turcique ; parfois au contraire, il existe une véritable masse calcaire qui surplombe la selle et peut, exceptionnellement, atteindre la dimension d'une balle de tennis (Nilus).

Ce signe radiologique a une énorme valeur. Mais il faut bien savoir que certaines tumeurs suprasellaires nées pourtant aux dépens des résidus de la poche de Rathke, notamment les tumeurs jeunes, ne montrent pas de calcifications à la radio. D'après Mac Kenzie et Sosman, 71 % seulement des craniopharyngiomes sont visibles directement grâce aux concrétions suprasellaires. Dew donne le chiffre de 80 %. De Martel, Vincent, ont insisté sur les cas négatifs ; dans le cas de G. Guillain et Péron, les calcifications ne sont apparues que tardivement. D'un autre côté, *des calcifications suprasellaires peuvent se rencontrer dans d'autres tumeurs que les craniopharyngiomes :* exceptionnelles au cours des méningiomes, des endothéliomes, des gliomes, elles sont au contraire la règle dans les anévrismes de la base du cerveau (Nilus). Dans une observation d'Alajouanine, de Martel, Oberling et Guillaume, la calotte calcifiée d'un chordome se projetait dans l'orbite, et ces auteurs, à ce propos, insistent sur les erreurs que de telles images peuvent faire commettre dans le diagnostic opératoire.

***

Les signes qu'il nous reste à étudier sont, soit des signes d'exception, soit des signes tardifs, qui, plutôt qu'ils facilitent le diagnostic, risquent de le compliquer ou de le faire errer. Certains cependant, lorsque l'exsitence du craniopharyngiome est par ailleurs dûment reconnue, ont leur valeur : ils indiquent l'extension de la tumeur et commandent, sinon l'abstention opératoire, du moins la plus grande prudence dans le pronostic. Nous passerons rapidement en revue les données de la ponction lombaire et l'hématologie, les signes dits neurologiques, et les troubles mentaux.

V. Ponction lombaire et examen du sang.

1. Ponction lombaire. — On la fera avec toutes les précautions d'usage en cas de tumeur cérébrale probable. La *tension* est normale le plus souvent, parfois élevée ; les épreuves de Queckenstedt montrent toujours que le canal rachidien est libre. — Par ailleurs, le liquide céphalo-rachidien, à l'analyse, se montre tantôt *normal*, tantôt hyperalbumineux et pauvre en cellules (*dissociation albumino-cytologique* classique au cours des tumeurs cérébrales). Ceci n'apprend pas grand'chose. — Par contre, l'examen du liquide céphalo-rachidien peut entraîner des erreurs ou des doutes dans deux sortes de cas :

a) *Le Bordet Wassermann peut être positif*, sans que la syphilis soit en cause, dans certains liquides très albumineux ;

b) *Le liquide céphalo-rachidien est parfois très riche en cellules :* pléocytose sur laquelle Christiansen le premier a attiré l'attention dans les tumeurs de la base, et qui peut être considérable (20.000 leucocytes par champ dans un cas de Christiansen) ; cette pléocytose peut être d'origine infectieuse ; elle peut aussi dépendre d'inflammations aseptiques en rapport avec des processus de désintégration tumorale et de résorption d'éléments néoplasiques dégénérés (van Bogaert, Rouquier et Mlle Hoerner).

2. Hématologie. — Les troubles de la régulation thermique, que nous avons déjà signalés, peuvent s'accompagner de modifications circulatoires diverses (arythmies, bouffées de chaleur, rougeurs subites de la peau ; hypotension artérielle, troubles de la réactivité vasomotrice et de la perméabilité capillaire: Roussy et Mosinger) et aussi de *modifications très curieuses de la formule sanguine.* Celles-ci semblent pouvoir par ailleurs exister sans troubles thermiques et vasomoteurs. Elles ont fait l'objet de plusieurs communications de G. Guillain (avec Léchelle, Garcin, Douady, Joseph), de Monguio ; elles avaient été signalées également par Mlle Frey. Parmi les cinq observations de Guillain, toutes assez superposables en ce qui concerne les altérations sanguines, une au moins concerne un craniopharyngiome : sans érythrose, le malade présentait une *forte hyperglobulie* (6.380.000 globules rouges au mm^3) et de la *leucocytose* (9.200 globules blancs, avec : polynucléaires neutrophiles : 47 % ; polynucléaires éosinophiles : 4 % ; grands mononucléaires : 9 % ; moyens mononucléaires : 28 % ; lymphocytes : 12 % ; pas de formes anormales). Le taux de l'hémoglobine était de 70 %.

VI. Signes « neurologiques » et psychiques. — En dehors des signes témoignant de la souffrance de la région du IIIe ventricule et des signes chiasmatiques ou optiques, nous l'avons vu, les tumeurs nées aux dépens de la poche de Rathke sont longtemps, au strict point de vue neurologique, des tumeurs silencieuses. Et ce n'est qu'à titre de *symptômes secondaires, et tardifs* dans la majorité des cas, qu'on doit citer :

soit des *signes d'atteinte des nerfs craniens autres que les nerfs optiques :* paralysies oculo-motrices (parésie unilatérale, plus rarement bilatérale, du VI ; parésies partielles du III) ; légers troubles de l'ouïe (audition diminuée de l'un ou des deux côtés), troubles vestibulaires du type de ceux qu'on observe dans les syndromes d'hypertension par tumeurs autres que celles de la fosse postérieure ; paralysie du VII (paralysie d'origine centrale) ; *anosmie* par compression directe de l'olfactif dans le crâne avec (exophtalmie dans un cas de Vincent, de Martel et Puech) ; névralgie faciale par irritation du V (H. R. Dew). ;

soit des *signes pyramidaux* (paralysies spasmodiques uni ou bilatérales, parfois localisées aux membres inférieurs, parfois quadriplégie ; exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski uni ou bilatéral) ; *cérébelleux* ou *extrapyramidaux*. Ces deux derniers groupes de symptômes méritent cependant qu'on s'y arrête.

a) La SYMPTOMATOLOGIE CÉRÉBELLEUSE, dans certains cas, et en principe tardivement, peut dominer à un tel point le tableau clinique qu'elle est susceptible, notamment chez l'enfant, de conduire à un diagnostic erroné de tumeur cérébelleuse. Bailey a beaucoup insisté sur ces tumeurs suprasellaires à symptomatologie cérébelleuse, et il n'est pas rare que les malades soient opérés d'abord (lorsqu'il n'existe pas de concrétions suprasellaires à la radio) par trépanation postérieure, tant la tumeur cérébelleuse semble probable. La symptomatologie cérébelleuse, qui serait due ici à l'atteinte des voies fronto-cérébelleuses dans les pédoncules et le pont (Bruns, Anton et Zingerle), est du même type que celle observée dans nombre de tumeurs frontales, il y a déjà longtemps, par Bruns. Clovis Vincent, il y a quelques années, avait essayé de dissocier les signes cérébelleux vrais des signes à distance ; l'asynergie, l'hypermétrie, l'adiadococinésie, la dysarthrie seraient propres aux lésions cérébelleuses et ne se retrouveraient pas dans la symptomatologie « cérébelleuse » des tumeurs antérieures. En fait, il semble bien, d'après les auteurs récents, qu'une symptomatologie cérébelleuse complète puisse être retrouvée dans les tumeurs autres que celles du cervelet.

b) La SYMPTOMATOLOGIE EXTRAPYRAMIDALE, et, plus précisément, PARKINSONIENNE, a été décrite surtout à propos des « tumeurs du IIIe ventricule » (Van Bogaert, Bailey, Orzechowski et Mikus, Le Bihan, etc...). Elle peut être plus ou moins complète et typique. Elle est toujours tardive. En fait, une telle symptomatologie ne peut être donnée que par des « tumeurs importantes, étendues jusqu'aux noyaux de la base, corps striés et faisceaux qui en émanent ; elle succède à une scène clinique qui a déjà permis une localisation (encéphalique, hypophysaire ou infundibulaire). Elle est donc la preuve que la tumeur a largement dépassé les limites de la région, et, pour les tumeurs de la poche de Rathke, les limites de l'opérabilité ».

c) Signalons en passant les *troubles* éventuels *de la parole*, liés soit à l'atteinte du lobe frontal gauche, soit à celle du faisceau géniculé gauche (Le Bihan) : affaiblissement de la voix et dysarthrie. « La parole est éteinte, chuchotée, sans inflexion, sans intonation. Certains malades ne prononcent que des mots inintelligibles, du bout des lèvres, et l'articulation lente, scandée, traînante, monotone, rappelle celle des pseudo-bulbaires. Cette dysarthrie est éphémère ; elle s'exagère après les accès de somnolence pour s'atténuer ensuite dans l'intervalle des crises ou même disparaître momentanément. »

d) Quant aux TROUBLES PSYCHIQUES, ils peuvent manquer complètement au cours de toute l'évolution des tumeurs de la poche de Rathke. Quand ils existent, ils sont de type et d'origine variables : rarement ils réalisent le grand syndrome confusionnel avec torpeur des grandes hypertensions intracraniennes. Parfois ils sont parallèles aux troubles du sommeil et constituent de véritables équivalents des crises d'hypersomnie (onirisme, hallucinations sensorielles et surtout visuelles) ; parfois ils dépendent de la compression ou de la lésion du lobe frontal et évoquent plus ou moins l'idée d'une paralysie générale. Parfois enfin, ils ressortiraient plus spécialement à l'atteinte de l'hypothalamus et de ses centres régulateurs du psychisme (Camus) : *troubles de l'humeur et du caractère, dépression et états pseudomaniaques*, ou au dysfonctionnement pituitaire (infantilisme psychique plus ou moins parallèle à l'infantilisme physique, puérilisme, arriération intellectuelle). Nous renvoyons, pour l'analyse et l'étude complète de ces troubles psychiques, qui mériteraient une longue discussion, à la thèse classique de Baruk et aux travaux de M. Lhermitte.

***

EVOLUTION. — L'évolution des craniopharyngiomes est en général *fort longue*, allant de quelques années à une dizaine d'années environ. Il est difficile de schématiser. Ce qu'on peut dire, c'est :

d'une part, qu'*il s'écoule en fait souvent un temps fort long entre l'apparition des premiers symptômes et le moment où le diagnostic ferme est posé*. Lorsque le malade est dûment examiné, lorsque la possibilité d'une tumeur de la poche de Rathke est envisagée et que les examens oculaires et radiologiques démonstratifs sont faits, le malade a déjà, souvent, toute une histoire et il faut remonter plusieurs années en arrière pour dépister le *premier symptôme*. Celui-ci a été *variable :* céphalées avec ou sans signes parallèles d'hypertension intracranienne ; arrêt du développement somatique et sexuel ; arrêt des règles ; adiposité ; troubles visuels ; narcolepsie. Peu à peu seulement la symptomatologie s'est complétée. Les troubles pyramidaux, parkinsoniens et même les troubles cérébelleux, lorsqu'ils existent, ont toujours été tardifs.

d'autre part, et nous avons insisté sur ce point, que l'*évolution* s'est faite la plupart du temps, *par poussées*, poussée d'hypertension intracranienne avec ou sans poussées parallèles de narcolepsie, parfois épisodes d'allure méningée, entrecoupées, du moins au point de vue fonctionnel, de rémissions plus ou moins importantes.

L'évolution naturelle se fait vers la mort, mais celle-ci peut se faire longtemps attendre. « La baisse de l'acuité visuelle va aboutir à la cécité, prélude de la phase terminale ; et, si le malade, subjectivement, constate une amélioration, objectivement au contraire, l'ophtalmoscope décèlera des lésions irréparables de névrite rétrobulbaire. Les poussées régresseront plus lentement, et bientôt, la maladie suivant son cours, le sujet accusera un état déficitaire permanent que les poussées ultérieures ne feront qu'accentuer. Dès lors, la fin va se précipiter. L'état général s'altère, la rigidité augmente, le pouls et la respiration s'accélèrent ; la température, jusque-là souvent normale, s'élève brusquement ; l'alimentation devient difficile par suite de dysphagie, et le hoquet, signe de mauvais augure, entre en scène. L'adynamie et la cachexie progressent et les troubles paralytiques confinent l'aveugle au lit. Alors survient la phase terminale : délire, relâchement des sphincters, et le malade, en

proie au marasme le plus complet, meurt dans le coma ou d'une affection intercurrente. (Le Bihan.) »

Il n'en reste pas moins qu'on est parfois stupéfait de la tolérance énorme du cerveau vis-à-vis de tumeurs devenues considérables. Des incidents divers peuvent d'ailleurs venir interrompre plus ou moins brusquement cette lente évolution :

soit une *infection intercurrente ;*

soit une *poussée fatale d'hypertension* (et, à cet égard, certains faits commandent la prudence au point de vue radiothérapique) ;

soit une *accentuation de la somnolence :* le malade entre dans un état de torpeur de plus en plus accentuée, auquel fait suite le coma terminal ;

soit la *mort subite.*

Nous verrons, au chapitre thérapeutique, dans quelle mesure la chirurgie nerveuse améliore ce pronostic spontanément fatal.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 JUIN 1934)

M. Achard présente une note de MM. B.-S. Levin et C. Piffault sur **l'augmentation de la radio-résistance par la lécithine en solution colloïdale.** Les auteurs montrent que des animaux unicellulaires cultivés dans un milieu lécithiné à faible concentration présentent une radio-résistance supérieure de 350 % à celle des témoins.

Appréciation de la quantité de phlorhizine dans le foie et les reins après injection intraveineuse chez le chien. — M. Albert Lambrechts. Il est possible par la méthode de spectrographie ultraviolette de déceler et de doser la phlorizine dans le foie et les reins. La concentration qu'on y trouve est assez faible, et elle diminue rapidement.

Sur l'étiologie microbienne du cancer. — M. Rappin. A la suite d'une communication récente de MM. Besredka et Gross (*C. R. As. Sc.*, 1934, N° 198) sur la nature du principe pathogène des tumeurs malignes, l'auteur rappelle que depuis 1881, il n'a cessé d'attribuer le cancer à un microcoque qu'il a considéré comme un staphylocoque.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1934)

Croissance et vitamines. — M. A. Desgrez présente une note de Mme Lucien Randoin et M. Roger Netter, prouvant qu'il est possible d'obtenir, chez le jeune rat, *malgré l'absence de toutes les vitamines liposolubles connues* (A, D, E), une croissance satisfaisante et une survie de très longue durée. C'est par la réalisation d'un *équilibre alimentaire spécial* que les auteurs sont parvenus à ce résultat surprenant ; ils ont réussi à constituer un régime approprié qui renferme, outre les vitamines hydrosolubles B, des proportions convenables de caséine, de saindoux, de dextrine et de sels minéraux, qui est privé de vitamines liposolubles, et qui assure cependant la croissance et l'entretien, sans la moindre lésion xérophtalmique.

L'argon dans un astre. — M. Fabry communique une note de MM. Swings et Elden sur la présence de certaines raies de l'argon dans le spectre des nébuleuses. C'est la première fois que la présence de l'argon est signalée dans un astre.

Election. — L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine, en remplacement de M. Bazy, décédé. Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. J.-L. Faure ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Chevassu, P. Duval, Hartmann et Marion.

Au premier tour, M. Faure obtient 26 voix ; M. Hartmann, 22 ; M. Duval, 6 ; M. Marion, 2.

Un second tour est nécessaire. M. J.-L. Faure est élu par 31 voix contre 24 à M. Hartmann et un bulletin nul.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1934)

Notice. — M. Bougault lit une notice nécrologique sur M. le professeur Gascard, de l'Ecole de Rouen, membre correspondant national dans la section de pharmacie depuis 1927.

Certaines formes de tabès sont-elles dues au virus de la maladie de Nicolas et Favre (lymphogranulomatose inguinale). — MM. C. Levaditi et Jean Levaditi ont inoculé des singes avec le virus de la maladie de Nicolas et Favre par voie intrapéritonéale. Ils ont constaté que, quels que soient le nombre et le rythme des inoculations virulentes, le système nerveux central et périphérique est dépourvu de virus et d'altérations appréciables. La lymphogranulomatose expérimentale n'a donc rien de commun avec les véritables infections neurotropes (herpès, encéphalite, rage, poliomyélite) ; son agent pathogène n'offrant d'affinité élective que pour le système réticulo-endothélial, peu importe le segment de ce système pris en considération. Ainsi, contrairement à ce qui avait été affirmé, le virus syphilitique reste, jusqu'à présent, le seul agent étiologique du tabès, conformément à la conception première d'Alfred Fournier, le germe filtrable de la lymphogranulomatose inguinale ne jouant aucun rôle dans l'étiologie de la maladie de Duchenne.

Anesthésie à l'évipan. — MM. Lenormant, Ménégaux et Séchehaye rapportent les résultats de 70 anesthésies à l'évipan sodique, pratiquées pour des opérations diverses portant sur toutes les régions du corps (tête et cou, thorax, abdomen et bassin, membres). Grâce à la méthode des réinjections intraveineuses successives, la narcose peut être prolongée, sans adjonction d'un autre anesthésique, pendant une heure et plus : sur 70 anesthésies pratiquées, 30 ont nécessité une seule injection de 5 à 10 centimètres cubes de la solution à 1/10 ; 40 ont nécessité des réinjections successives de 1 ou 2 centimètres cubes (le maximum ayant été de 8 réinjections pour une résection gastrique d'une durée d'une heure vingt minutes).

Dans 59 cas, l'évipan a été employé comme seul anesthésique ; dans 11 cas, on a eu recours à un anesthésique complémentaire (éther, le plus souvent).

L'anesthésie obtenue a été excellente dans 62 cas, suffisante dans 4 ; on a enregistré 4 échecs (2 résultant d'une faute de technique, 2 chez des sujets semblant réfractaires et pour lesquels on n'a pas osé atteindre les doses élevées qui eussent été nécessaires pour obtenir un sommeil complet).

Les incidents de l'anesthésie et de la période post-anesthésique ont été rares et peu importants (hoquet, tremblement, vomissements, agitation post-opératoire). Jamais

on n'a eu d'alerte sérieuse au cours de l'intervention ; et les 2 morts précoces (1er jour et 5e jour) que l'on a déplorées chez les 70 malades anesthésiés à l'évipan, s'expliquent par la gravité de l'acte chirurgical (iléo-sigmoïdostomie pour cancer) ou par la déficience du malade (pneumotomie pour abcès du poumon).

L'emploi de l'anesthésie à l'évipan sodique paraît donc particulièrement avantageux dans la chirurgie de la face et de ses cavités, du cou, du thorax et de l'abdomen supérieur. Il est, en revanche, peu indiqué chez les grands infectés, dans les syndromes abdominaux aigus et chez les hépatiques.

Sympathectomie carotidienne dans les affections du nerf optique et de la rétine. — M. MAGITOT étudie l'emploi de la sympathectomie carotidienne dans le traitement de certaines affections dégénératives du nerf optique et de la rétine.

Il a obtenu des résultats excellents et estime que ces essais méritent d'être poursuivis.

Polynévrite soufrée par intoxication professionnelle chez un photographe. — MM. D. et J. OLMER et M. AUDIER signalent les dangers de l'emploi sans précaution du « foie de soufre » comme produit de virage en photographie.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 2e section (chirurgie et accouchement) en remplacement de M. Pinard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Brindeau ; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique : MM. Paul Guéniot, Jeannin, Le Lorier, Metzger et Vignes.

Au premier tour de scrutin, M. le professeur BRINDEAU est élu par 63 voix contre 4 à M. Paul Guéniot, 1 à M. Le Lorier et un bulletin blanc.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 MAI 1934)

Curabilité de l'ascite dans les cirrhoses du foie. — MM. CHABROL et COTTET. Deux cirrhotiques ayant subi 28 et 68 ponctions sont en émission complète, l'un depuis 13 mois et l'autre depuis 7 ans. Diagnostic de cirrhose atrophique non douteux.

La guérison de l'ascite dans la cirrhose atrophique a été signalée par certains auteurs depuis Monneret. A son étude se rattache la question des ascites curables dans la maladie de Banti. En général, les évolutions heureuses concernent des ascites récentes et rarement ponctionnées.

Crampes parcellaires douloureuses au cours d'un traitement par un sel d'acridine. — M. COSTEDOAT. Malade atteint de blennhorragie chronique traité par des injections intra-veineuses d'un sel d'acridine. A la 8e piqûre, cessation de l'écoulement, mais apparition de crampes n'intéressant que quelques faisceaux musculaires, caractérisées par une contraction tonique visible sous la peau et très douloureuse. Peut-être s'agit-il d'une intolérance particulière aux sels d'acridine.

Filariose avec grande éosinophilie sanguine et insuffisance cardiaque. — MM. MARCHAL et LEMOINE. Deux observations où une forte éosinophilie d'origine coloniale coexistait avec une insuffisance cardiaque irréductible et ne reconnaissait aucune étiologie habituelle. Chez le premier malade, la microfilaire a été identifiée. Chez le deuxième malade, recherches négatives, mais rapatriement du Tonkin infesté de filariose. Les auteurs attirent l'attention sur la fréquence de filarioses inapparentes où le diagnostic ne peut être soupçonné que par la constatation d'une grande éosinophilie.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique à type monoplégique brachial et familial. — MM. PAULION et CARDAS (Bucarest). Deux observations de ce syndrome constaté chez deux sœurs. Evolution très lente. Apparition dans l'adolescence constitue le fait rare.

Vaccination par le B C G. — M. WEILL-HALLÉ insiste sur la nécessité d'opérer un contrôle sur l'imprégnation vaccinale de l'organisme par la recherche des réactions allergiques. Il souligne l'importance des revaccinations destinées à stimuler la résistance d'origine vaccinale et qui est sujette à variation, comme toute autre immunité.

Pyélonéphrites polymicrobiennes. — M. JAUSION insiste sur la fréquence du polymicrobisme au cours du syndrome entéro-rénal. Pour 19 modalités à flore multiple de la pyélonéphrite hématogène, l'auteur propose le terme de diabète microbien.

La thérapeutique est décevante. Les tentatives d'immunisation échouent, hormis la sérothérapie de Vincent. La chimiothérapie s'est enrichie de l'héxylrésorcine. L'auteur préconise l'auto-ouro-thérapie qui combine une cure auto-hormonale et une vaccinothérapie au greffon.

Réaction de précipitation calcique dans quelques maladies osseuses ou ostéo-articulaires. — MM. LŒPER, MICHAUX et MAHOUDEAU. Dans certains cas de rhumatisme chronique, le calcium total est augmenté par suite des troubles du métabolisme calcique. Pour mettre en lumière l'affinité des tissus des rhumatisants pour les sels de chaux, les auteurs emploient l'épreuve du tophus calcaire provoqué en injectant dans le derme un centigramme d'hypophosphite de chaux : on voit apparaître souvent une réaction indiquant que les tissus précipitent les sels de calcium.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 5 MAI 1934)

Etude de la toxicité comparée des solutions d'acide acétique et d'acide sulfurique pour le bacille aviaire et les bacilles paratuberculeux. — MM. A. SAENZ, M. SADETTIN et L. COSTIL. Si les souches de bacilles tuberculeux aviaires se comportent envers l'acide sulfurique de la même manière que les souches de bacilles des mammifères, l'acide acétique s'est révélé moins toxique que pour ces derniers. Un effet contraire a été observé en étudiant comparativement l'action de ces deux acides sur les bacilles paratuberculeux : ici, l'acide sulfurique s'est montré nettement nocif, tandis que l'acide acétique, même à la concentration de 10 %, permettait le développement des bacilles paratuberculeux saprophytes.

L'acide acétique, très toxique pour les souches de bacilles tuberculeux des mammifères, l'est donc moins pour le bacille aviaire et ne l'est plus pour les souches de bacilles paratuberculeux.

Rapports du rythme et du tonus dans les réactions provoquées par les substances adrénaliniques sur l'intestin isolé. — M. H. BUSQUET. L'intestin isolé, mis en état d'hypertonicité par l'arécoline, cesse de se contracter rythmiquement ; si à ce moment, on fait agir l'adrénaline ou le principe vaso-constricteur du genêt, le tonus s'abaisse et le rythme réapparaît. Inversement, si on fait agir d'abord l'adrénaline qui provoque une chute considérable du tonus et arrête les battements, et ensuite l'arécoline, celle-ci aug-

mente la tonicité et rétablit le rythme ; il en est de même de l'ammoniaque, qui, on le sait, est un poison hypertonique. On peut donc conclure que 1° les substances adrénaliniques n'ont pas sur le rythme une action fondamentale; 2° dans les deux zones extrêmes de l'échelle de la tonicité, le rythme intestinal est impossible ; il réapparaît quand une influence pharmacodynamique ramène le tonus dans une zone intermédiaire, qu'on pourrait appeler la zone de rythmicité possible.

Action vasculaire de quelques imidazols. — MM. Loeper, Mougeot et Aubertot. Les substances dosées en bloc par la réaction de Pauly dans le sérum ou dans l'urine semblent responsables de certains troubles vaso-moteurs ou circulatoires. Leurs effets sont différents, les méthyl-imidazols sont plus hypertensifs, les dérivés plus proches de l'histamine plus hypotensifs.

Sensibilité à la tuberculine des enfants ayant ingéré tardivement le vaccin B. C. G., notamment entre deux et quatre ans. — 1re note. — MM. R. Debré, M. Lelong et Mlle Pictet ont recherché la sensibilité tuberculinique des enfants vaccinés au B. C. G. par la bouche, selon la technique habituelle, mais tardivement, au delà de la première année. Ces enfants ont été, dès la naissance, élevés à l'abri de tout contact.

101 de ces enfants avaient déjà reçu le B. C. G. à la naissance. Après vérification du caractère négatif de leurs réactions tuberculiniques, ils ont reçu *per os* trois nouvelles doses de virus-vaccin. Six mois après, leur sensibilité à la tuberculine fut éprouvée à nouveau par des intradermo-réactions à doses croissantes de tuberculine. Sur ces 101, 15 avaient une sensibilité nette (14 %), 36 une sensibilité faible (35 %) et 50 une sensibilité nulle (49 %).

29 autres enfants, également d'âge égal ou supérieur à 1 an, ont été vaccinés de la même façon, par voie buccale, mais pour la première fois de leur vie. Six mois après, leur sensibilité tuberculinique a été trouvée nette dans deux cas (6 %), faible dans trois (10 %) et nulle dans 24 cas (82 %).

D'après leurs recherches antérieures, les enfants vaccinés par la bouche avant le 10e jour de la vie, présentent six mois après une sensibilité tuberculinique nette dans 50 % des cas, faible dans 25 %, ébauchée dans 12 % et nulle dans 13 % des cas. Toutes les autres conditions étant égales, les différences de comportement des enfants s'expliquent par les différences d'âge : chez les enfants vaccinés ou revaccinés tardivement par voie buccale, la sensibilité tuberculinique apparaît avec une fréquence et une intensité moindres que chez les enfants vaccinés dès la naissance.

Sensibilité tuberculinique des enfants ayant reçu le vaccin B. C. G. par voie sous-cutanée. — 2e note. — MM. R. Debré, M. Lelong et Mlle Pictet, devant les résultats précédents, ont procédé par voie sous-cutanée. Après vérification de leur non-sensibilité à la tuberculine, plusieurs séries d'enfants élevés à l'abri de tout contact tuberculeux, formant un nombre total de 140, ont reçu en injection sous-cutanée 3/100 milligramme de vaccin B. C. G., cette dose étant répartie en un ou deux points de piqûre. Ils ont été éprouvés à la tuberculine 6 semaines après par la méthode des doses croissantes ; un certain nombre ont pu l'être également 6 mois après.

72 enfants, vaccinés par la bouche à la naissance et ne réagissant pas, ont été ainsi revaccinés à des âges variant de 2 à 4 ans. Six semaines après, ils réagissaient tous à la tuberculine.

68 ont, selon la même technique, été vaccinés pour la première fois ; presque tous avaient plus de deux ans. Six semaines après, tous réagissaient à la tuberculine, 39 nettement (soit 57,4 %) et 29 faiblement (soit 42,6 %).

Parmi ces 140 vaccinés ou revaccinés par voie sous-cutanée, 37 ont été éprouvés à nouveau au bout de 6 mois : tous réagissaient à la tuberculine, mais le pourcentage des réactions nettes était passé à 64,7 p. 100 dans la série des revaccinés, et à 85 p. 100 dans la série des primovaccinés.

Chez les primovaccinés aussi bien que chez les revaccinés, et quel que soit l'âge de l'enfant, l'injection sous-cutanée de B. C. G. fait donc apparaître une sensibilité tuberculinique précise et constante.

M. Mesnil. Les expériences faites récemment à Brazzaville aboutissent à des résultats différents.

Le métabolisme soufré dans les processus articulaires chroniques. — MM. Loeper, Lesure et Tonnet. Le soufre contenu dans le cartilage, très abondant chez un sujet jeune normal, diminue d'un tiers et plus encore dans le cartilage des sujets atteints de rhumatisme chronique déformant. Chez ces mêmes sujets, le soufre total du sérum est accru, le soufre oxydé normal est abaissé, le glutathion abaissé. Il n'en reste pas moins que l'organisme du rhumatisant présente une grande appétence pour le soufre, comme en témoigne la rétention de l'hyposulfite de soude injecté.

Hémorrhagies, lésions vasculaires et lymphatiques du tube digestif déterminées par l'infection péri-splanchnique de substances toxiques diverses. — MM. J. Reilly, E. Rivalier, A. Compagnon et R. Caplane. L'injection au contact du splanchnique gauche de toxines microbiennes, d'alcaloïdes ou de poisons minéraux provoque très rapidement, chez de nombreuses espèces animales, des lésions hémorragiques du tube digestif, qui fréquemment s'accompagnent d'une tuméfaction des ganglions mésentériques et des plaques de Peyer. Sur les coupes, on constate une nécrose partielle des formations lymphatiques et de la muqueuse, et des altérations très marquées des endothéliums artériels. A l'aide d'une endotoxine paratyphique atténuée par vieillissement, les auteurs sont parvenus à prolonger l'évolution et à déterminer, non plus une dégénérescence massive, mais une prolifération du revêtement endothélial des vaisseaux, capable, en certains cas, d'aboutir à leur oblitération complète. Ces expériences, qui établissent l'intimité des rapports unissant le système sympathique au tissu endothélial, permettent de se demander si certaines hémorragies gastro-intestinales observées en clinique humaine, et dont l'origine n'a pu encore être élucidée, ne relèveraient pas d'une atteinte toxique ou auto-toxique du système végétatif abdominal.

Action neurotrope expérimentale de biles humaines recueillies par tubage duodénal, chez le chat, la souris, le pigeon et le cobaye. Sommeil pathologique, stupeur et troubles végétatifs. — MM. H. Baruk et L. Camus ont pratiqué des injections sous-cutanées de biles recueillies par tubage duodénal chez le chat, la souris, le pigeon, le cobaye. Ils ont pu observer ainsi une série de troubles nerveux consistant tantôt en sommeil pathologique, tantôt en des phénomènes de stupeur (suspension de l'initiative, immobilité totale avec passivité), tantôt dans des troubles végétatifs importants (troubles respiratoires, polypnée, ou ralentissement respiratoire, hoquet, mort subite).

Les tubages ont été pratiqués chez six sujets et répétés souvent plusieurs fois suivant l'évolution clinique. Au cours des nombreuses expériences pratiquées depuis plus de huit mois, les signes les plus fréquents réalisés chez l'animal sont le sommeil et la stupeur. Dans quelques cas (notamment avec le liquide d'une malade atteinte de rhumatisme chronique, et celui d'un cas de psychose périodique), on a observé des hyperkinésies et des impulsions violentes chez l'animal. Enfin, on a pu noter des parésies.

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Tréphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

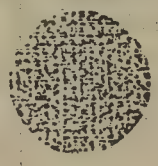
1°_ Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°_ Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°_ Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de TOUTES les
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.



Par VOIE BUCCALE Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP PAR JOUR

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

Les auteurs insistent à ce sujet sur l'importance de certaines intoxications digestives en pathologie mentale.

Catalepsie expérimentale chez le pigeon et la souris par injection sous-cutanée de biles prélevées par tubage duodénal chez deux ictériques. Catalepsie et stupeur biliaire. — MM. H. BARUK et L. CAMUS ont pu réaliser deux fois, chez le pigeon surtout, une catalepsie impressionnante par injection de 3 à 4 cmc. de liquide biliaire recueilli par tubage duodénal chez deux malades en convalescence ou au cours d'ictère.

Les auteurs rapprochent cette catalepsie typique, qu'ils n'ont d'ailleurs observée que pour deux malades ictériques, des états de stupeur qu'ils ont réalisés au cours de nombreuses expériences avec les liquides biliaires de tubage duodénal d'autres sujets non ictériques. Ils discutent les parentés physiologiques de la stupeur et de la catalepsie. Ils montrent en outre les analogies et les différences qui existent entre la stupeur ou la catalepsie biliaire et les autres variétés de stupeur ou de catalepsie ou de catatonie expérimentales.

Election. — M. Ivan BERTRAND est nommé membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Le phosphore. Technique chimique. Physiologie. Pathologie. Thérapeutique (1), par M. LABBÉ, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, et M. FABRYKANT, assistant à la clinique médicale de la Pitié.

Les auteurs exposent dans cet ouvrage la question du phosphore au point de vue biologique. M. Fabrykant a contribué à mettre au point une méthode chimique qui permet de doser dans le sang, non seulement le phosphore minéral, mais le phosphore organique qui se présente sous la forme de combinaison avec les albuminoïdes et avec les lipides.

Les auteurs exposent d'abord les techniques de dosage du phosphore et de ses différentes formes dans le sang, les tissus et les excreta ; puis ils définissent l'équilibre phosphoré du sang, le bilan phosphoré normal, le métabolisme du phosphore dans l'organisme, son rôle sur la contraction musculaire, l'action des phosphatases dans la destruction des combinaisons phosphorées et dans leur synthèse.

Ils étudient ensuite les modifications de l'équilibre phosphoré du sang dans toutes les maladies et principalement dans les maladies du foie et des reins, dans les anémies, dans le diabète et dans les maladies des os, telles que l'ostéomolaire, la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen. Les recherches effectuées dans le service du professeur M. Labbé ont montré que certaines maladies sont caractérisées par leur formule phosphorée sanguine.

L'étude du métabolisme du phosphore est pour les auteurs l'occasion d'exposer en détail les conceptions pathogéniques de diverses maladies telles que le rachitisme, la tétanie, l'hypervitaminose D. au sujet desquelles de si nombreux travaux ont été publiés dans ces dernières années. Ils apportent des aperçus originaux sur la lithiase urinaire phosphocalcique.

Un dernier chapitre est consacré au rôle thérapeutique des composés phosphorés.

La précision avec laquelle des notions de chimie et de physiologie délicates sont exposées, les aperçus biologiques dépassant le domaine du phosphore auxquels les auteurs se laissent aller dans certains chapitres, la richesse de la bibliographie font de ce volume le guide indispensable pour l'étude du métabolisme du phosphore sur la physiologie et la pathologie.

L. G.

(1) In-8 de 393 pages. — Prix : 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 18 *juin.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Couvelaire, Sergent, Lacomme. — M. JORIS. Le tétanos post-abortum. — M. LIZET. Etude de la syphilis tertiaire du corps de l'utérus. — M. RACINE. Aspects radiologiques de la circulation.

Mardi 19 *juin.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Cunéo, Lenormant, Lantuéjoul. — Mme GOLDSTEIN. Etude des fibromyomes utérins pendant la suite de couches. — M. OLIVE. Etude de la cuti-vaccinothérapie et de la colloïdo-vaccinothérapie cutanée. — M. EPELBAUM. La région tubaire. — M. BAUVAIS. Etude clinique des différentes évolutions du fibrome au cours de la grossesse. — M. JUBIER. Sur un procédé de fermeture de la paroi après laparotomie médiane sus-ombilicale. — M. MÉRIGOT. Etude critique sur le traitement chirurgical de la symphyse péricardique.

Mercredi 20 *juin.* — Jury : MM. Léon Bernard, président ; Robert Debré, Loeper, Turpin. — M. AUCLER. L'étendue des lésions mitrales de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. LEMONNIER. Etude du diagnostic différentiel des goitres thoraciques et des affections pulmonaires, en particulier de la tuberculose apicale. — M. ZUCHMAN. Considérations médicales sur les écoles de plein air. — M. BROCHARD. Etude de la neurofibromatose. — M. REYNAUD. Traitement de la syphilis par les arsenicaux pentavalents, en particulier par l'acétylaminoxyphénylarsinate de diethylaminoethanol.

Jeudi 21 *juin.* — Jury : MM. Achard, président ; Bezançon, Gougerot, Brûlé. — M. LEGENDRE. Les accidents rénaux dans la transfusion sanguine. — M. DESFRANÇOIS. A propos d'un cas d'hépato-néphrite. — M. FLAMANT. Etude de la pathologie des Israélites. — M. KANDEL. Les incidents pleuraux tardifs du pneumothorax abandonné. — M. ZAOUI. L'érythème polymorphe dans la maladie de Nicolas Favre.

Vendredi 22 *juin.* — Jury : MM. Grégoire, président ; Ombrédanne, Proust, Quénu. — M. COURAGE. Etude de l'échinococcose familiale. — M. PICARD. Les métrorragies à l'âge de la ménopause. — M. POULIGUEN. Etude du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. — M. LE MOUEL. Etude des perforations utérines au cours des avortements.

Samedi 23 *juin.* — Jury : MM. Carnot, président ; Claude, Lereboullet, Philibert. — M. CAILLÉ. Influence de l'hydrothérapie sur le système neuro-végétatif. — M. PASCAL. Société Royale de Médecine et Eaux minérales. — M. DE CHABERT. Etude clinique des démences infantiles. — M. LE GÔ. De quelques phénomènes sympathiques para-vertébraux spontanés ou provoqués dans les affections viscérales. — M. GATEL. Etude du purpura au cours de la tuberculose infantile. — M. LEGRY. L'enfant bègue. — M. SILVA. Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer

Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R.C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux.
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 20 JUIN 1934. — N° 49.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Médecine générale, sous la direction de M. L. Babonneix.
Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT. (Suite. Compte rendu, par M. M.-G. Thieulin.)
CHRONIQUE
La Journée médicale du cidre et de la pomme, par F. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès rétro et latéro-pharyngiens (fin).

INFORMATIONS

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Ducoudray, médecin chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen, est nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés du Bon-Sauveur d'Albi, en remplacement de M. le docteur Noyer, appelé à un autre poste.

— Le poste d'Agen est déclaré vacant.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 13 juin publie un décret sur l'utilisation des médecins, chirurgiens, pharmaciens, dans les services administratifs.

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes ainsi que tous établissements appelés à donner des soins ou à délivrer des produits et dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques, cesseront d'office d'exercer leurs fonctions ou de délivrer des produits, dans toutes ces administrations, s'ils sont l'objet d'un licenciement, d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles, pour un motif d'ordre pénal ou disciplinaire.

Pour assurer l'application des dispositions ci-dessus, le ministre dans le département duquel une mesure de licenciement, de suspension ou d'exclusion aura été prise dans les conditions prévues à l'article 1er, en informera ses collègues dans le délai de huitaine.

MAISON DU MÉDECIN. — L'inauguration du buste de notre regretté collègue Maurice Cazin aura lieu le samedi 23 juin 1934, à 17 h., au château des Charmilles, à Valenton (Seine-et-Oise), sous la présidence de M. Paul Strauss, vice-président du Sénat, et de M. le professeur Bernard Cunéo, président de la Maison du médecin.

Tous les médecins qui portent intérêt à cette œuvre de solidarité professionnelle sont invités à la cérémonie qui commémorera un de ses bienfaiteurs. Cazin a laissé à la Maison du médecin toute sa fortune après s'y être consacré toute sa vie.

Autocar Paris-Brévannes. Départ à 13 h. 30, 14 h., 15 h., 15 h. 30, place de la Bastille, 46, boulevard de la Bastille. Un autocar spécial partira à 16 h. de la place de la Bastille.

Envoyer adhésion et 10 fr. (prix aller et retour), 51, rue de Clichy, à Paris.

CONFÉRENCE SUR LES RADIATIONS HUMAINES. — Le mercredi 20 juin, à 20 h. 30, dans la salle des Ingénieurs civils, 19, rue Blanche, aura lieu une conférence sur les

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

radiations humaines. M. G. Lesourd, pharmacien, parlera d'une *nouvelle méthode radiesthésique* (recherche des maladies et imprégnations microbiennes); M. Badois, ingénieur E. C. P., exposera un *essai d'unification radiesthésique* (notation graphique des mouvements pendulaires et quelques applications).

On trouve des billets au siège de l'Association des amis de la radiesthésie, 105, boulevard Magenta, Paris. Tél. Trudaine 42-54.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — Le concours pour le XVe prix Riberi de 20.000 lires sera clos le 31 décembre 1934.

Sont admis les travaux médicaux imprimés ou dactylographiés en italien, latin, français, anglais et allemand, édités depuis 1927.

Les travaux doivent être envoyés en double exemplaire à l'Académie dont ils resteront la propriété.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire générale, Reale Academia di medicina, Torino (Italie).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Robert Marquézy, décédé à l'âge de 74 ans à Neuilly-sur-Seine, et Louis Boyer, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine.

— Nous apprenons aussi la mort de Mme Victor Gardette, femme du docteur Victor Gardette, secrétaire général de l'A. P. M. F., mère du docteur Paul Gardette, belle-mère du docteur Joseph Belle et de M. Septime Dupin, secrétaire général adjoint de l'A. P. M. F. Nous prions nos confrères et amis de trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie.

CHRONIQUE

LA JOURNÉE MÉDICALE DU CIDRE ET DE LA POMME

Parler, au début de ces jours d'été, de la pomme, fruit délicieux, et du cidre, boisson légère et bien française, n'est pas seulement une œuvre utile au point de vue économique et au point de vue de l'hygiène, c'est aussi la plus aimable préface aux journées élégantes de la Grande Semaine qui s'ouvre à Paris. Aussi ne faut-il pas s'étonner du succès qu'a remporté cette journée de travail, ouverte sous les auspices de M. le ministre de la santé publique, et clôturée sous la présidence de M. le ministre de la justice en un élégant banquet dans lequel les cidres les plus rares et les Calvados d'âge firent apprécier leurs mérites.

Le programme de travail comprenait des rapports d'un grand intérêt.

M. le professeur Warcollier (de Caen), apporta un *rapport technique sur le cidre*, puis M. le professeur Porin, de l'Ecole de médecine de Rouen, exposa un *rapport médical sur le cidre*.

Dans l'après-midi, on entendit un *rapport sur la propagande en faveur du cidre*, par notre confrère Raoul Blondel, un rapport *sur l'utilisation et les avantages au point de vue de l'hygiène des moûts non fermentés*, par le Dr Legrain. M. le professeur Marcel Labbé exposa, en un travail très complet, *les mérites diététiques et thérapeutiques de la pomme et de son jus*. Enfin on entendit une communication du professeur Eudo Monti.

Il y a beaucoup à glaner pour les médecins dans ces excellents rapports.

Les pommes peuvent être consommées : à l'état frais et à l'état de conserve ; sous forme de dérivés : jus de pomme stérilisé, ou jus de pomme fermenté.

La France produit en grande quantité les pommes « à couteau » ou « à cidre », il est regrettable qu'elle n'en produise pas davantage et que nous nous laissions envahir par les fruits de provenance étrangère. Et cela a un grand intérêt, car la *valeur alimentaire* de la pomme comme celle du cidre est importante, et c'est avec raison que le professeur Marcel Labbé a insisté sur ce point.

D'une digestion très facile, la pomme doit être consommée de préférence au petit déjeuner et au goûter, elle exerce mieux ainsi ses propriétés diurétiques et laxatives. Moins riche que les citrons, les oranges et les tomates en vitamine C et en vitamine B, elle en contient cependant : mais ces vitamines disparaissent dans le cidre.

La valeur thérapeutique de la pomme n'est pas moins importante, soit qu'elle soit introduite dans un régime, soit qu'elle soit à la base d'une cure de fruits. Diurétiques, énergissantes, pauvres en protéines et en graisses, alcalinisantes, minéralisantes, plus riches en potassium qu'en sodium, les pommes sont indiquées :

1° Dans les néphrites chroniques avec azotémie, où elles retardent au maximum l'échéance de l'urémie ; dans les néphrites avec rétention chloro-sodique et œdèmes où elles provoquent une sorte de chasse de sodium, et dans les néphrites en général, où elles soulagent l'épithélium rénal en raison de leur pauvreté en protéines susceptibles de fournir des produits azotés s'éliminant par les reins ;

2° Dans la cure de l'obésité ;

3° Dans la cure de la goutte ;

4° Chez les hépatiques ;

5° Dans le diabète ;

6° Dans le régime des constipés ;

7° Enfin dans le traitement des anémies, en raison du fer qu'elles contiennent.

Les cures de pommes ont été employées par les pédiâtres dans le traitement des diarrhées infantiles, dans les entérites, etc. La pomme doit être mûre, épluchée, débarrassée des déchets et réduite en pulpe. On l'administre à la dose de 500 à 1.500 gr. en plusieurs fois.

L'action antiseptique de la pomme serait due à son acidité.

Les vertus du cidre ne sont pas moindres et l'on sait que le Dr Motais, d'Angers, a montré les heureux effets du cidre chez les arthritiques, les goutteux et les urinaires.

Aussi on comprend la conviction avec laquelle le Dr Roul Blondel encourage la consommation du cidre. C'est avec raison qu'il demande à l'Etat d'introduire le cidre dans les cantines, aux particuliers d'en demander dans les établissements publics, aux maîtresses de maison de lancer le cocktail au cidre.

Verrons-nous un jour les buveurs demander un bock de cidre, au lieu d'un bock de bière ? Il faut le souhaiter, et ce résultat sera dû certainement aux efforts des savants rapporteurs et des organisateurs dévoués de la Journée médicale du Cidre et de la Pomme.

F. L. S.

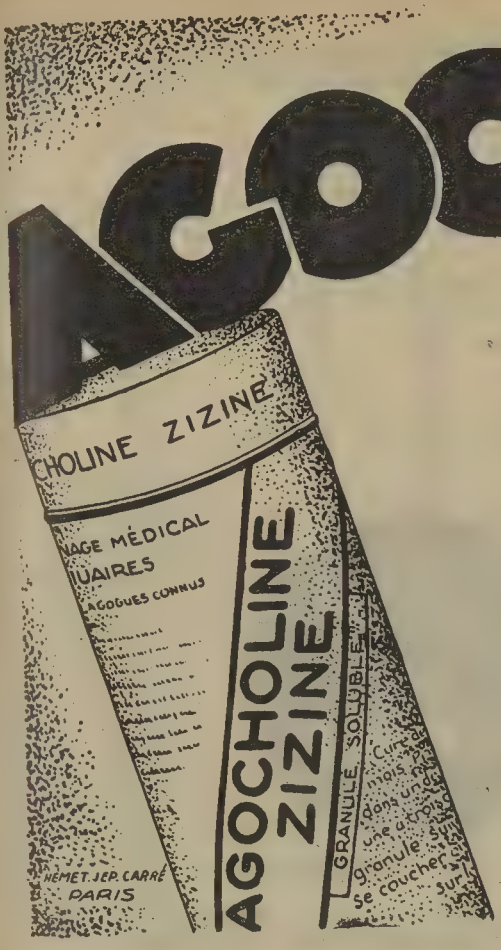
HOTEL PART. VILLA MONTMORENCY
LIB. (XVIe). 4, Av. des Tilleuls et Rue Pierre Guerin. 31 présum. CONVIENDRAIT A CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. Contee 615 m. M. à p. 300.000 fr. A adjer ch. not 26 juin, 14 h. S'adr. Me BACHELEZ, not. 3, rue Turbigo.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

* *

NOVARSENOBENZOL

BILLON

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
(Annexe Grancher).

I. — APPAREIL CIRCULATOIRE

La signification de la glycosurie et de l'hyperglycémie dans les maladies des artères coronaires. (Adolf EDELMANN. *Wiener klin. Woch.*, 9 fév. 1934.) — Dans bien des cas de coronarite, on découvre un diabète latent. Sclérose coronarienne et oblitération de l'artère pédieuse sont souvent associées, et dans ces deux affections, on trouve fréquemment un trouble du métabolisme à type diabétique. L'analyse d'observations personnelles amène l'auteur à conclure que le diabète latent est un important facteur étiologique d'artériosclérose.

Le régime a donc une importance considérable dans le traitement de ces lésions artérielles, en raison des troubles de la glycémie auxquels s'associent parfois des troubles du métabolisme de la cholestérine.

L'auteur a obtenu dans ces cas de bons effets de l'administration d'insuline et de la curiethérapie sur la région précordiale.

R. LEVENT.

Un cas d'agranulocytose grave à évolution mortelle après traitement par le vaccin antityphique. (H. SCHUR. *Med. Klin.* 13 avril 1934.) — Un sujet atteint depuis six ans de sclérose multiple à rémissions est soumis en mai 1931 à la pyrétothérapie par le vaccin antityphique. 16 injections.

L'état neurologique est amélioré ; en juillet 1931, il semble guéri. Aucun accident neurologique ne reparaîtra dans l'avenir.

Mais en octobre 1933 débute une agranulocytose qui mène le malade à la cachexie et cause la mort par accidents hémorragiques en deux mois environ.

L'auteur relève dans la littérature d'autres observations comparables : l'une de thrombopénie et accidents hémorragiques, une autre, avec réaction mixte du sang myéloïde et lymphoïde à la fois ; une troisième de leucémie lymphoïde ; la quatrième de leucémie myéloïde ; la cinquième enfin d'agranulocytose comparable à celle qui fait l'objet de la présente étude. Tous ces accidents consécutifs à l'emploi de vaccin antityphique.

L'auteur mentionne également deux cas de neutropénie et de réaction lymphoïde après une paratyphoïde.

Il s'en suit que la toxine typhique peut réaliser des lésions sanguines de tous les types connus. On peut aussi en conclure qu'il existe une certaine parenté physiologique entre tous ces syndromes. Une telle observation incite également à la prudence dans l'usage des vaccins et des toxines bactériennes.

R. LEVENT.

L'hémochromatose. (Richard GOTT. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 9 déc. 1933.) — L'hémochromatose est une affection chronique caractérisée par la présence en grande partie dans les tissus et les viscères, en particulier foie et pancréas, de pigments ferrugineux d'origine à la fois endo et exogène : hémofuscine et hémosidérine.

On a (Mallory) réalisé une affection analogue chez l'animal, avec lésions de cirrhose, par l'administration de sels cupriques ou de cuivre en nature finement divisé. On a observé chez l'homme un certain nombre de cas de cette affection ; dans les antécédents figuraient des accidents de cuprisme chronique, d'origine professionnelle ou alimentaire.

L'auteur a suivi un de ces cas pendant 6 ans chez un homme de 42 ans sans antécédent identifié : faiblesse, amaigrissement (9 kilogs en quelques semaines), soif, inappétence, polyurie, céphalée diffuse, troubles digestifs, tachypnée. Le malade présente dans ses urines du glucose et des produits acétoniques.

On assiste alors à l'évolution d'un diabète difficile à équilibrer et résistant à l'insuline.

Au cours de l'évolution, le foie augmente de volume et le malade se montre particulièrement sensible aux infections : abcès sous-cutanés, otites, infections intestinales, arthrites suppurées. La mort finit par survenir à la suite d'une bronchopneumonie.

A l'autopsie, le foie est trouvé gros, coloré en brun noir ; même coloration du pancréas, des ganglions, des surrénales et un peu du rein. Rien de net à la peau.

Le pigment est uniquement de l'hémosidérine ; pas d'hémofuscine. Le foie contient 20,2 de fer au lieu de 0,3 normalement.

R. LEVENT.

La réaction de sédimentation dans le sang (F. KÜLBS. *Med. Klin.*, 6 avril 1934.) — La réaction de sédimentation fournit quelquefois des renseignements différents de ce que faisait prévoir l'examen clinique. C'est une réaction biologique sans spécificité, mais capable de fournir cependant des résultats intéressants.

Il y a peu de conclusions à tirer d'une sédimentation normale ou ralentie. Une sédimentation accélérée qui revient à un taux normal est d'un bon pronostic ; cette conclusion, valable pour la tuberculose pulmonaire, vaut également pour la tuberculose osseuse ou articulaire, qu'on ait dû ou non pratiquer un traitement opératoire. Il en est de même dans les cas de tumeurs malignes.

Une sédimentation accélérée correspond à un processus en évolution aiguë ; mais elle peut rester accélérée, même pendant des mois, après une grippe, une angine, après n'avoir commencé son accélération qu'au moment où débute la convalescence clinique.

R. LEVENT.

Le taux de la sédimentation globulaire doit-il être corrigé en tenant compte du taux de l'hémoglobine? (H. LEBEL et M. C. LOTTRUP. *Acta med. scandinavica*, vol. LXXX, fasc. 4-6, 1933.) — On a, chez 270 malades atteints d'affections médicales, comparé avec les résultats de l'examen

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

clinique ceux de la sédimentation des hématies, corrigés et non corrigés.

299 fois, il y a eu concordance entière, correction faite ou non faite.

46 fois, il y a eu accord avec les résultats non corrigés.

18 fois, il y a eu accord avec les seuls résultats corrigés.

L'auteur note de plus que si le taux de l'hémoglobine est inférieur à 70 p. 100, la correction donne souvent des résultats trompeurs ; mais qu'à 80 p. 100, il y a en général accord et rarement discordance avec l'ensemble des résultats des deux méthodes.

La correction opérée en tenant compte du taux de l'hémoglobine lui paraît donc devoir être abandonnée.

R. LEVENT.

La sédimentation globulaire comme test de contrôle chez les sujets atteints d'affections aiguës fébriles. — M. Hans Heckscher. *Acta medica Scandinavica*, Vol. LXXX, fasc. 4-6, 1933.) Parmi les 1.500 à 2.000 sujets soignés chaque année à l'Hôpital militaire de Copenhague pour grippe ou « refroidissement », un certain nombre guérissent vite et entièrement ; quelques-uns font au contraire par la suite une localisation tuberculeuse. Il n'y a dans ces cas que des symptômes très légers et fugaces suivis d'une acccalmie apparente avant que l'on voie se manifester des symptômes caractérisés de la tuberculose pulmonaire.

Pour un dépistage précoce, la clinique seule est insuffisante ; les réactions à la tuberculine, l'examen de crachats, l'examen radiologique sont infidèles ou d'une interprétation difficile.

Chez 1.500 sujets l'auteur a étudié la sédimentation par la méthode de Westergren.

Chez des sujets indemnes de tuberculose, la courbe des résultats est parallèle à la courbe thermique, avec un décalage de quelques jours. Pour ceux dont la guérison est réelle, le retour à la normale se fait entre le 4e et le 15e jour, et l'on peut les considérer comme à l'abri de toute éclosion bacillaire.

La sédimentation demeure augmentée lorsqu'une complication sérieuse est en préparation. Ce fut le cas chez 21 sujets (amygdalites, bronchites , broncho-pneumonies. etc...) ; la suite des événements a ratifié chez eux les prévisions et les suspicions.

7 d'entre eux firent des tuberculoses de localisations diverses. Les signes radiologiques, de leur côté, ont corroboré les résultats de la réaction de Westergren.

A la guérison, le retour à des chiffres normaux a lieu deux semaines environ après la guérison clinique.

La réaction de sédimentation peut donc rendre des services pour l'établissement du pronostic éloigné.

R. LEVENT.

La signification de la valeur de la vitesse de sédimentation pour le diagnostic de l'obstruction coronarienne aiguë. — (M. Burak. *Wiener klin. Woch.*, 16 mars 1934.) — L'auteur rapporte six observations personnelles et conclut de leur étude que la vitesse de sédimentation globulaire peut, dans les cas atypiques, aider au diagnostic de l'obstruction coronarienne aiguë. La vitesse de sédimentation conserve un taux anormal des semaines après la constitution de l'obstruction, et ses variations permettent de suivre la résorption des lésions myocardiques, donc le processus de guérison. Ceci moyennant une critique serrée étant donné le grand nombre d'affections évolutives qui retentissent sur la sédimentation globulaire.

R. LEVENT.

La détermination du taux de l'hémoglobine d'après celui de la sédimentation. (M. C. Lottrup et H. Lebel. *Acta medica Scandinavica*, vol. 82 ; fasc. 1-2). — On a proposé d'évaluer le taux de l'hémoglobine d'après celui de la sédimentation globulaire mesurée après 1 h. et 24 h. d'après le barème proposé par Westergren. Les auteurs ont comparé chez 125 sujets les résultats fournis par cette méthode avec ceux que donnait une mesure directe de l'hémoglobine par la méthode de Sahli.

Dans 62 p. 100 des cas la différence était inférieure à 10 p. 100 ; dans 38 p. 100 elle était égale à 10 p. 100 ; dans 20 p. 100 elle excédait 15 p. 100 du taux de l'hémoglobine. Mais l'amplitude de ces variations se faisant sans règle fixe ni précision possible par excès ou par défaut, il en résulte que la mesure de la sédimentation globulaire, faute de la possibilité d'établir une base de correction, ne peut en aucune façon constituer un mode de mesure, même indirect, de la richesse du sang en hémoglobine.

R. LEVENT.

La valeur du sérum sanguin de l'homme dans le traitement des septicémies. (P. Lazarus Barlow et L. P. Blayney Chamberlain. *Lancet*, 10 mars 1934.) — Dans le traitement des septicémies, le traitement par les sérums antitoxiques donne souvent des déceptions. Mais dans ces cas, il en est où une petite transfusion est suivie d'amélioration, alors qu'en raison de la très faible quantité injectée, il est impossible d'admettre que ce sang ait agi en tant que sang.

Peut-être y a-t-il chez certains sujets défaut de complément, d'où impossibilité d'utiliser l'antitoxine du sérum spécifique.

Dans des cas où ce dernier avait paru sans action, les auteurs ont donc injecté du sérum humain séparé de ses globules.

L'injection a eu lieu lorsqu'après 24 heures l'injection d'antisérum paraissait inefficace. On injecte alors du sérum humain frais.

Qu'il s'agisse d'une première injection ou que l'on ait renouvelé les deux injections successives sérum spécifique-sérum humain, ce dernier est toujours injecté 24 heures après l'autre (sauf dans un cas où, vu l'urgence, l'intervalle n'a été que de 9 heures).

Dans les septicémies à streptocoques, on a toujours employé un mélange à parties égales de sérum antistreptococcique polyvalent et de sérum antiscarlatineux.

Dans certains cas, moyennant précautions préalables, on a injecté le sérum humain partie dans les muscles, partie dans les veines. Le plus souvent, la totalité a été injectée intramusculaire. Ce sérum est obtenu par saignée. On prend au donneur 50 cmc. de sang environ, qu'on centrifuge dès coagulation pour en séparer le sérum, qu'on réinjecte de suite.

Les auteurs ont traité de cette façon 12 cas consécutifs de septicémie ; les hémocultures étant négatives dans certains cas, on a choisi l'antisérum d'après les présomptions cliniques. 11 malades ont reçu ensuite une injection de sérum humain ; 1 a reçu une petite transfusion.

Sur les 12 sujets, il y a eu 3 morts : 1 par méningite, les 2 autres par thrombose de la veine cave inférieure survenue alors qu'une amélioration paraissait s'esquisser.

Une série ultérieure de 10 cas de septicémies ou infections puerpérales a donné 4 décès.

Dans certains cas, alors que la première dose d'antisérum n'avait rien donné, une seconde dose injectée après l'administration de sérum humain a amené la défervescence.

Dans certains cas l'injection de sérum humain a été suivie d'une période de somnolence de quelques heures, en même temps que s'amélioraient les signes généraux.

Le sang total paraît donner les mêmes résultats que le sang seul, ce qui est précieux pour la pratique médicale hors de centres urbains et dispense de la recherche d'un groupe sanguin, à condition de faire l'injection intramus-

cérésine

Minéralisateur complet

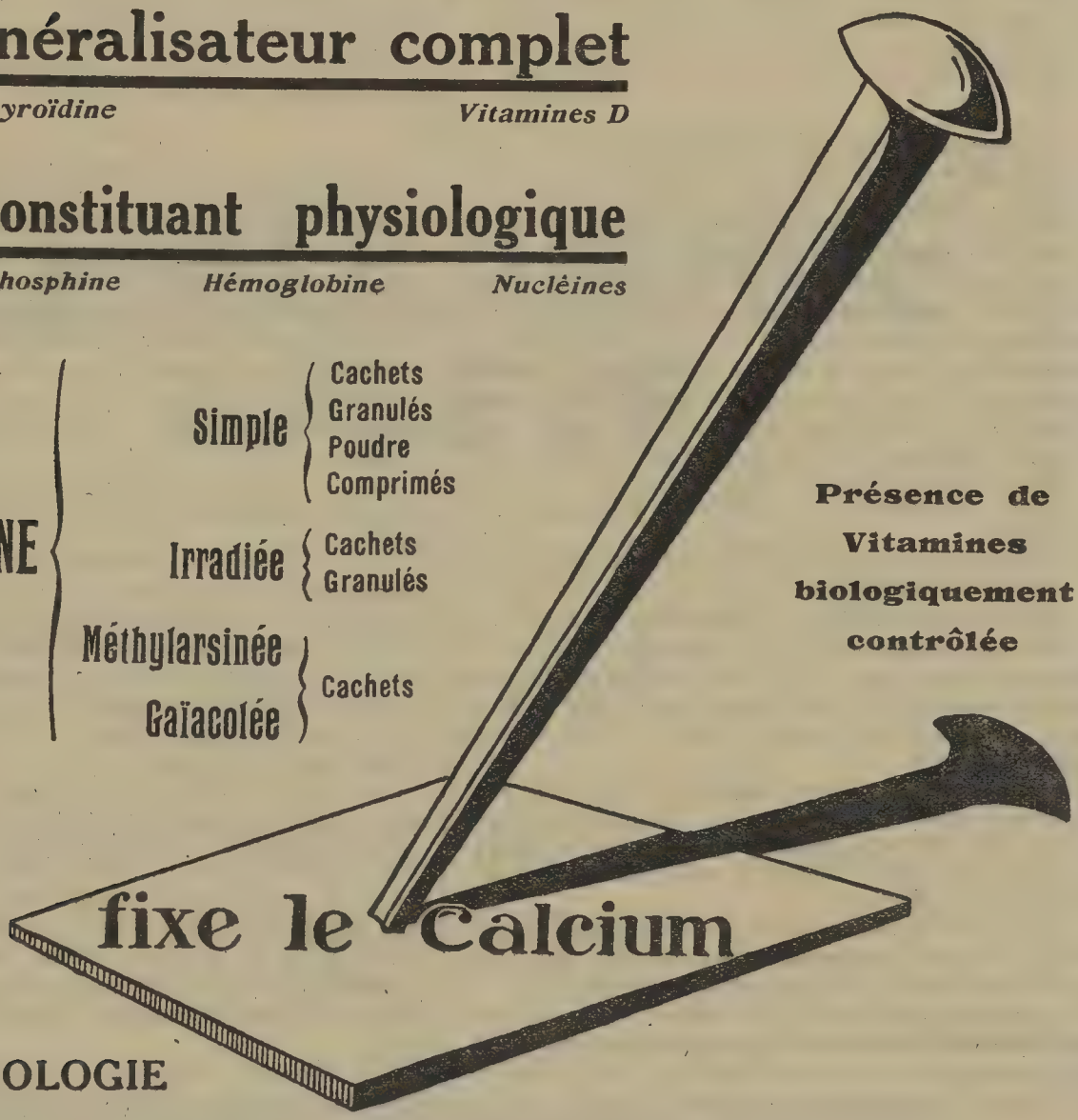
Parathyroïdine *Vitamines D*

Reconstituant physiologique

Phytophosphine *Hémoglobine* *Nucléines*

CÉRÉOSSINE

- Simple : Cachets, Granulés, Poudre, Comprimés
- Irradiée : Cachets, Granulés
- Méthylarsinée : Cachets
- Gaïacolée : Cachets



Présence de Vitamines biologiquement contrôlée

fixe le Calcium

POSOLOGIE

Cachets, Poudre (par cuill. à café)	Adultes, 2 — Enfants, 1
Comprimés	Adultes, 4 — Enfants, 2
Granulés (par cuill. à café)	Adultes, 4 — Enfants, 2 — Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 LILLE (Nord).

culaire ; 10 à 40 cmc. de sang réinjectés immédiatement à la seringue sont habituellement suffisants.

Le nombre d'injections de sérum humain faites dans chaque cas par les auteurs a été au maximum de 3 ; le plus souvent, une seule a suffi.

R. LEVENT.

Essai critique sur les indications de la transfusion sanguine. (Ch. CLAVEL. *Lyon méd.*, 25 fév. 1934.) — Désireux d'apporter plus de clarté sur les indications de la transfusion, qu'on tend à son sens à généraliser exagérément, l'auteur établit d'abord le bilan de 70 cas personnels et des résultats obtenus.

Hémorragies après hémostase chirurgicale : 8 cas, 8 succès ;

Hémorragies digestives (dans un but hémostatique) : 20 cas, 4 morts ;

Shock :

Traumatismes multiples : 3 cas, 1 mort ;

Avec hémorragie : 1 cas, 1 mort ;

Shock et infection : 6 cas, 6 morts ;

Shock opératoire : 4 cas, 4 guérisons ;

Réparation sanguine : 10 cas, 10 guérisons ;

Infections : 3 cas, 1 mort ;

Immuno-transfusion (7 transfusions) : 2 cas, 2 morts ;

Intoxication (après saignée) : 1 cas, 1 mort ;

Hémorragies (par grande insuffisance hépatique) : 4 cas, 3 morts ;

Affections rénales : 3 cas, 1 mort.

Aucun décès n'est dû à un accident de transfusion proprement dit.

De cette statistique, l'auteur conclut en établissant les indications suivantes, qu'il ne donne que comme un schéma mais d'application commode en clinique :

La transfusion est indispensable dans les cas de perte de sang massive. Elle est utile chez les shockés qui ne sont ni intoxiqués ni infectés ; chez les hémorragiés par dothienentérie, ulcus, cirrhose, purpura hémorragique à condition d'injecter le sang en faible quantité, quitte à répéter les transfusions, chez les splénectomisés pour rupture de la rate, chez les femmes à fibrome continûment saignant.

La transfusion est discutable en tant qu'immuno-transfusion souvent inefficace, et aussi dans les grandes infections et les grandes intoxications où elle est souvent mal supportée et d'effet temporaire.

La transfusion est dangereuse chez les insuffisants hépatiques et rénaux, chez les sténosés du pylore en hémorragie avec accidents toxiques.

D'une manière générale, plus on s'éloigne de l'indication grossière : remplacement du sang disparu, plus l'indication est discutable et le résultat incertain.

R. LEVENT.

II. — INFECTIONS

La signification de l'infection secondaire fuso-spirillaire pour la perforation et le développement des péritonites au cours des ulcérations typhiques et tuberculeuses de l'intestin. (M. B. ARIEL. *Acta medica Scandinavica*, vol. 82, fasc. 1-2). — Au cours des affections ulcéreuses de l'intestin (tuberculose, fièvre typhoïde, dysenterie), la perforation résulte souvent d'une infection secondaire surajoutée à l'infection principale ; dans certains cas même, cette infection secondaire peut occasionner une péritonite exsudative en l'absence même de toute perforation.

Dans les formes exsudatives de tuberculose intestinale, la perforation de l'ulcération est indépendante du degré d'extension de la nécrose par caséification ; de même dans les formes chroniques productives où la paroi intestinale est épaissie du fait d'un processus de fibrose progressive, la perforation n'est pas en dépendance directe du processus tuberculeux. Dans ces deux cas, c'est l'infection secondaire fuso-spirillaire qui est la cause de la perforation. Il en est de même dans la fièvre typhoïde, quoique d'autres facteurs puissent jouer un rôle.

Dans les affections ulcéreuses de l'intestin dues à une infection secondaire de nature fuso-spirillaire, c'est en général le bacille fusiforme qui joue le rôle dominant ; dans la fièvre typhoïde, c'est au contraire le plus souvent le spirille qu'on trouve, à l'opposé de ce qui existe dans la tuberculose.

R. LEVENT.

Quatre cas mortels d'amibiase insoupçonnée. (Charles C. LUND et Thomas R. INGHAM. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 25 nov. 1933.) — Bien que la dysenterie amibienne soit une rareté dans le nord des Etats-Unis, l'auteur en a observé 4 cas mortels et a eu connaissance d'un cinquième en quelques jours, à l'occasion de l'exposition de Chicago et de la réunion d'un congrès de commerçants, chez des malades d'une même profession.

Le premier en date de ces malades a été considéré comme atteint d'appendicite et opéré ; la diarrhée n'a fait son apparition que quelques jours après l'opération ; une nouvelle laparotomie a montré chez ce sujet une nécrose du cœcum et une colite étendue. Une fistule stercorale s'est produite, puis une péritonite mortelle. A l'autopsie : colite ulcéreuse étendue sans lésion hépatique. Présence d'*Entamoeba histolytica*.

Le deuxième cas évolue pendant 15 jours sans symptômes abdominaux ; puis apparaissent 3 ou 4 selles par jour, puis un abcès sous-phrénique qui emporte le malade en quelques jours. L'autopsie montre des lésions nécrotiques de l'intestin, un abcès du foie, une péritonite et la présence de la même amibe.

Le troisième sujet, diarrhéique de temps à autre, voit s'installer pendant 3 jours une diarrhée aiguë, à l'occasion de laquelle on trouve des ulcérations rectales. Recherche des amibes négative. Après 3 semaines d'évolution, on pratique une appendicectomie et le malade meurt.

A l'autopsie, mêmes lésions et même amibe que chez les malades précédents.

Un quatrième cas débute par indigestion, à laquelle fait suite de la diarrhée sans amibes constatables. On injecte du sérum antidysentérique en raison de l'agglutination positive au bacille de Flexner. L'évolution continue et des accidents péritonéaux apparaissent. Des amibes sont enfin constatées à ce moment. La mort survient. Pas d'autopsie.

L'auteur insiste sur la gravité toute particulière des opérations abdominales chez de tels malades. Il émet l'hypothèse que les sujets ont été contaminés par des aliments qu'aurait préparés un cuisinier porteur de germes.

R. LEVENT.

L'immunologie de l'érisypèle et son traitement spécifique. (Eduard NEUBER. *Wiener klin. Woch.*, 12 janv. 1934.) — On connaît mal l'agent de l'érisypèle ; même lorsqu'il ne s'agit pas, comme dans les cas rapportés par certains auteurs, de germe autre que le streptocoque, le streptocoque de l'érisypèle, tout en présentant des caractères à lui particuliers, n'est peut-être pas toujours pleinement semblable à lui-même. On comprend donc qu'en dépit de résultats intéressants, il puisse y avoir encore trop d'insuccès.

Pour réaliser une thérapeutique aussi spécifique que possible, l'auteur a réalisé un sérum de convalescent polyvalent par mélange d'échantillons de diverses origines. Le prélèvement a eu lieu 4 à 5 jours après la défervescence et toutes précautions sont prises pour la pureté et la stérilité du produit. Ce sérum est d'autant plus actif que plus récent.

TROUBLES DU CYCLE OVARIEN
Puberté
Ménopause

OESTROBROL
"ROCHE"
(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.
Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur
des dysovaries

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

NESTLÉ
FAIT UN LAIT
EN POUDRE

"Nestogène"

LAIT SEC, DEMI-GRAS
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)
NON DÉVITAMINÉ
DE BONNE CONSERVATION
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis. PARIS

36 malades des deux sexes ont été traités pour des érisypèles de siège varié ; deux fois, il y avait complications : phlegmons, septicémie ; une fois association de pneumonie, 31 malades n'ont eu aucun traitement général adjuvant. Chez tous, on a fait des pansements locaux froids à l'ichtyol.

Les doses administrées ont varié suivant la gravité des cas entre 10 et 40 cmc. répétés ou non tous les 2 ou 3 jours selon les nécessités ; dans certains cas une seule injection fut suffisante. L'injection sous-cutanée ou intramusculaire. Le plus souvent deux ont été suffisantes. Jamais le traitement ne semble avoir provoqué de réaction générale ni locale. La défervescence s'amorce en quelques heures et est complète en 3 à 5 jours ; même laps de temps nécessaire pour la disparition des signes locaux.

Les effets semblent particulièrement nets dans les formes toxiques.

Sur les 36 malades, un seul décès (car traité tardivement et compliqué de septicémie et de phlegmon). Chez les 35 autres l'évolution semble avoir été plus courte et moins grave qu'avec d'autres traitements.

R. LEVENT.

Recherches expérimentales par la méthode de Lœwenstein sur la culture des bacilles de Koch dans le sang circulant. (Adolf BECK. *Deuts. med. Woch.*, 27 avril 1934.) — L'auteur a pratiqué 846 cultures en partant de 282 sujets : 134 bacilloses diverses, 135 schizophrénies, 2 scléroses diverses et 21 sujets non tuberculeux ou même sains. Il a enregistré un insuccès total, qu'il s'agisse de macroculture ou de microculture, et même après 8 à 10 semaines d'observation. Le bacille de Koch est donc rare.

On ne saurait cependant opposer encore aux résultats différents de dénégation absolue. R. LEVENT.

La bacillémie tuberculeuse et les bacilles « nus » de la tuberculose. (Paul COURMONT. *Paris Méd.*, 6 janv. 1934.) — Employant depuis deux ans la méthode de Lœwenstein, l'auteur a pratiqué des cultures à partir de 151 malades. 62 fois il a obtenu un résultat positif, le plus souvent d'ailleurs chez des tuberculeux avérés ou suspects de tuberculose ; plusieurs résultats positifs chez chaque malade.

89 malades ont donné des résultats négatifs, parmi eux 27 tuberculoses pulmonaires, 7 dermatoses dont 13 lupus, 6 rhumatismes (3 aigus et 3 chroniques), 18 sujets sains, 10 malades non tuberculeux.

Le grand nombre d'hémocultures positives a donc été obtenu chez des sujets tuberculeux ou suspects et le plus souvent comme microcultures. Il s'est agi de bacilles acido et alcoolo-résistants, qui sont des bacilles de Koch à vitalité très affaiblie.

L'auteur a, en outre, pratiqué l'examen direct du culot de centrifugation à partir duquel a été pratiqué l'ensemencement. Il y a trouvé des bacilles de Koch typiques et aussi des formes non acido-résistantes, se colorant facilement au bleu et sans enveloppe cireuse, formes qu'il considère comme des formes jeunes, formes « nues » par lui décrites dès 1898.

Sur 62 hémocultures positives, il y a eu 14 fois des acido-résistants, 22 fois des bacilles « nus ».

Sur 89 négatives, 3 fois des acido-résistants, 5 fois des bacilles « nus », ceci chez des tuberculeux avérés.

Ces coïncidences excluent donc la possibilité de microbes d'impureté, compte étant également tenu du parallélisme avec l'examen clinique.

Le rôle du pouvoir bactéricide du sang semble très important pour expliquer l'innocuité de beaucoup de bacillémies tuberculeuses et le peu de vitalité des bacilles cultivés à partir du sang. R. LEVENT.

Les méningites tuberculeuses curables. — Etat actuel de la question. (Albert CHAPUY et Jacques BRUN. *Journ. méd. de Lyon*, 20 avril 1934.) — L'examen direct et l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien sont des procédés habituels de diagnostic ; la culture sur milieu de Lœwenstein permet de combler les imperfections de ces deux modes d'examen et de préciser le diagnostic ; il apporte aussi des précisions en ce qui concerne les méningites tuberculeuses curables.

Tout dépend de la virulence du bacille que la comparaison des cultures et des inoculations permet d'apprécier dans une certaine mesure.

Si le cobaye présente des lésions type Villemin et qu'on obtienne sur Lœwenstein des macrocultures repiquables et réinoculables : B. K. de virulence normale et méningite habituellement mortelle. Il n'existe dans toute la littérature que 35 exceptions incontestables.

Si le cobaye présente des lésions atypiques curables avec adénopathies à lésions bacillaires classiques contenant des bacilles acido-résistants et que la culture soit cependant macroscopique : B. K. de virulence atténuée.

Si le cobaye présente des lésions type Calmette-Valtis avec ganglions seulement hypertrophiques et que les frottis ganglionnaires ne montrent que de très rares bacilles, et si le Lœwenstein ne donne que des microcultures ni repiquables ni réinoculables : probabilité d'ultravirus.

C'est parmi ces deux derniers groupes que se placent les processus méningés spontanément curables.

Schéma qu'il sera nécessaire de compléter, mais utile dès maintenant à la pratique clinique.

R. LEVENT.

La présence des bacilles tuberculeux dans le sang circulant. (W. KOLLE et E. KÜSTER. *Deuts. med. Woch.*, 2 mars 1934.) — Les auteurs ont fait porter l'examen sur 953 cas : tuberculose pulmonaire, tuberculose cutanée, tuberculose oculaire, érythème noueux, schizophrénie, scléroses multiples, etc..., et arrivent aux résultats suivants : chez les tuberculeux, 0,4 à 2 p. 100 de résultats positifs ; entre 0 et 1 pour 100 chez les non-tuberculeux. Ils en concluent que les taux de 30 à 40 p. 100 rapportés par Lœwenstein de bacillémie constatée chez des tuberculeux lupiques et lupus érythémateux ne trouvent pas de confirmation. Dans la schizophrénie, la chorée, les scléroses multiples, les affections rhumatoïdes en particulier, les auteurs n'ont pas trouvé le bacille de Koch et se refusent à établir en particulier un lien étiologique entre ce germe et le rhumatisme articulaire aigu. Il s'agirait tout au plus à leur avis d'un hasard et l'on ne peut, en ce qui les concerne, incriminer ni le milieu ni la technique.

Le sang n'est qu'un lieu de passage pour le microbe et non pas un milieu nutritif ; très souvent la tuberculose est une affection purement locale, la bactériémie du début est encore à prouver cliniquement et expérimentalement.

R. LEVENT.

La septicémie dans la pneumonie lobaire. (Jan M. CHRISTIE. *Lancet*, 7 oct. 1933.) — La septicémie à pneumocoques est une cause fréquente de mort dans la pneumonie lobaire. Sur 120 cas observés par l'auteur, il y a eu 30 p. 100 de décès. Parmi les malades à hémoculture positive, il y a eu 55 p. 100 de décès ; 3 p. 100 seulement lorsque l'hémoculture était négative.

Lorsqu'on recherche la bactériémie, on peut la trouver dès le début de la malade ; le pronostic n'en est pas aggravé ; le plus souvent on voit la bactériémie décroître pour disparaître en 3 à 5 jours. Il en est de même si cette décroissance et la disparition ne se placent qu'entre le 5e et le 9e jour pour une bactériémie paraissant au 4e-5e jour.

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V°

Laboratoires R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmacien
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

Huile Grise VIGIER à 40 %
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)
QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

Mais la persistance de l'infection sanguine pendant toute l'évolution ou son exagération après le 4e jour de la maladie sont graves et présagent des complications ou une issue fatale.

On peut également porter un pronostic en tenant compte en même temps que de l'hémoculture de la leucocytose sanguine pendant la septicémie.

Qu'il s'agisse de pneumocoque I ou II, l'évolution ne comporte pas de différence de ce fait. Il semble pourtant que II ait une certaine disposition à créer une septicémie apparaissant au 4e jour.

R. LEVENT.

Classification des angines diphtériques. Mlle GUTIERREZ. Buenos-Aires, 1933, in-8° de 49 p.). — Dans cette thèse de doctorat, dédiée au prof. Destefano, l'auteur examine la question si discutée des angines diphtériques.

Mlle Gutierrez rappelle d'abord les classifications des auteurs français.

Marfan (1901) distingue, comme on sait, trois formes principales d'angine diphtérique, une commune, une maligne, qui peut être extensive, hémorragique ou lente, une submaligne ou maligne unilatérale. A la seconde appartient le syndrome d'occlusion nasale et de sténose pharyngée associé décrit par Paso en 1931.

Pour Sevestre et Martin (1897), il y a lieu de décrire deux formes : une pure, une associée, la première étant mono et la seconde, polymicrobienne.

La forme pure se subdivise à son tour en formes fruste, simple, locale (forme commune des autres auteurs) et toxique. A la forme polymicrobienne ressortissent la staphylo et, surtout, la strepto-diphtérie, qu'elle soit aiguë, lente ou localisée.

Enfin, Aviragnet, Weil, Hallé et Julien Marie (1922) considèrent séparément des formes frustes ou érythémateuses, larvées ou non extensives, et extensives, celles-ci pouvant être elles-mêmes communes ou malignes.

Discutant ces diverses classifications, l'auteur remarque, tout d'abord, qu'elles s'opposent par des caractères fondamentaux. Alors que Sevestre et L. Martin, d'une part, Aviragnet, Weil-Hallé et J. Marie, de l'autre, admettent l'existence de diphtéries pharyngées sans exsudat, Marfan professe qu'à la période d'état, seules doivent être catalogues comme diphtériques les angines avec exsudat pseudo-membraneux typique, et considère comme exceptionnelles les angines cryptiques que rien, en dehors de l'examen bactériologique, ne permet de rattacher à la diphtérie.

Cet examen bactériologique a-t-il en soi une valeur absolue : le fait de trouver dans un exsudat pharyngé du bacille de Löffler suffit-il, en dehors de tout autre élément, à affirmer que l'angine est de nature diphtérique ?

A cette conception, qui est celle d'Aviragnet et de ses collaborateurs, Mlle Gutierrez objecte qu'en raisonnant ainsi, les auteurs méconnaissent la réaction normale de l'organisme au bacille de Löffler qui donnerait naissance, tantôt à des fausses membranes et tantôt à des enduits pultacés. Ils affirment bien avoir isolé, d'angines non pseudo-membraneuses, des bacilles diphtériques typiques, mais ils ne mentionnent pas s'ils ont effectué toutes les recherches permettant d'affirmer que ces bacilles étaient virulents.

Le prof. Destefano estime que toute angine diphtérique arrivée à la période d'état se présente sous forme pseudo-membraneuse. Pour lui, les angines érythémateuses, lacuno-cryptiques ou herpétiques n'ont rien à faire avec la diphtérie, comme en témoignent leur évolution, puisque la plupart guérissent spontanément, et le fait qu'elles ne se compliquent jamais de paralysie du voile ou de l'accommodation. Le même auteur, tout en acceptant la classification de Marfan, y apporte quelques modifications de détails et distingue des formes communes légères (type A) ou graves (type B), submalignes, uni ou bilatérales, malignes : extensive, hémorragique et commune.

L'auteur apporte ensuite sa statistique, et termine par quelques considérations d'ordre thérapeutique. Elle a employé le sérum du département national d'hygiène et quelquefois de Behring, toujours en injections intra-musculaires. Les doses ont varié, selon les cas, de 20-60.000 unités, pour les formes communes légères à 60.-120.000 pour les formes communes graves, et 100-400.000 pour les formes submalignes. Sur 944 cas, un seul accident sérique grave : mort par convulsions chez un sujet porteur d'une diphtérie maligne et ayant reçu, le jour précédent, deux doses de sérum. L'urticaire a été observée dans 69 p. 100 des cas. A la sérothérapie s'associent naturellement les autres médications : adrénaline, huile camphrée, ouabaïne, caféine, gargarismes, strychnine en cas de paralysie, glycérophosphates, application de glace en cas d'adénite, etc.

L. BABONNEIX.

III. — INTOXICATIONS

Saturnisme d'origine hydrique dans des régions pauvres en calcaire. Difficultés de son diagnostic. (R. PICARD, *Revue de Méd.*, mars 1934.) — En dix ans, dans une même région, l'auteur a observé 66 cas de saturnisme d'origine hydrique, dont la moitié en quatre ans. Dans tous les cas, l'eau avait passé et séjourné longtemps, 24 heures au moins, dans des canalisations en plomb récentes et étendues. Dans tous les cas il s'agissait de localités dont le sol était dépourvu de calcaire.

L'allure clinique, parfois très grave, est des plus diverses: occlusion, appendicite, ulcus, cholécystite, cancer du corps du pancréas même. Deux fois, il y avait névrite optique, deux fois troubles mentaux graves ; dans un seul cas, il y avait néphrite.

A noter la rareté ou même l'absence des petits signes classiques du saturnisme (liséré de Burton, etc.) ; au contraire, la constance des hématies à granulations basophiles dans le sang.

D'une façon constante, le malade est plus pâle que ne le comporte le nombre de ses hématies, pâleur qu'explique l'abaissement de la valeur globulaire ainsi que le subictère ou même l'ictère observés.

Le facies du malade a une expression particulière de souffrance. A noter aussi l'effondrement de l'état général, l'amaigrissement et l'asthénie.

L'examen clinique ne montre cependant que peu de symptômes ; de même l'examen radiologique. La tension artérielle est très souvent abaissée.

La présence des hématies à granulations basophiles est un stigmate durable de saturnisme dont la valeur diagnostique est considérable.

Pour élucider l'origine de l'intoxication, il sera nécessaire de faire examiner l'eau de boisson, mais seulement celle qui a fait dans les canalisations suspectes un séjour de 24 heures.

Les eaux ainsi contaminées ont été dans tous les cas des eaux pauvres en sels calcaires mais très riches en nitrates.

R. LEVENT.

Le tabac, l'alcool et l'angine de poitrine. (Paul D. WHITE et Tremble SHARBER. *Jour. of the Amer. med. Assoc.*, 3 mars 1934.) — Les auteurs ont établi deux séries statistiques parallèles portant chacune sur 750 sujets de clientèle urbaine, 750 atteints d'angor et 750 sans angor. Dans chaque série 566 hommes et 184 femmes, les divers sujets étant choisis aussi analogues que possible par leur âge et leur genre de vie. Dans chaque série les auteurs ont comparé les habitudes en matière de tabac et d'alcool.

Le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif
que les ferments
lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien — 46, AVENUE DES TERNES — PARIS (17e)

Docteurs !
Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes
Goût agréable

OLÉTHYLE-BENZYLE

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'au vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné ; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — **Dragées** : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe

Parmi les angineux, 46,1 p. 100 ne fument pas, 24,4 p. 100 fument avec excès.

Parmi les non-angineux, 37, 2 p. 100 ne fument pas, 33,5 p. 100 fument avec excès.

Parmi les angineux, 64,4 p. 100 sont au point de vue alcool des abstinents totaux, 61,7 p. 100 des non-angineux sont également abstinents.

Parmi les angineux, 1,1 p. 100 boivent beaucoup, ou trop. 1 seul est un buveur invétéré sur les 750 sujets.

Parmi les non-angineux, 63 sujets soit 8,4 p. 100 sont des buveurs (4 buveurs invétérés).

L'usage ou l'abstinence de tabac ou d'alcool ne paraissent donc pas avoir un rôle bien net dans la genèse de l'angine de poitrine. Le tabac peut occasionnellement aggraver ou précipiter les crises. L'alcool, au contraire, comme il y a 160 ans l'avait remarqué Heberden, serait chez certains malades, capable d'éviter les crises ou de les rendre moins intenses.

R. LEVENT.

Un nouveau traitement de l'intoxication par la strychnine. (S. Stalberg, H. S. Davidson. *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 8 juillet 1933.) — Un quart d'heure après l'ingestion volontaire de 11 centigrammes de strychnine apparaissent les premiers signes toxiques que l'on traite par l'apomorphine, l'acide tannique et le chloral. L'intoxication suit pourtant son cours, mais ce n'est qu'au bout de 9 heures qu'apparaissent les accidents convulsifs, par accès durant environ une demi-heure chaque fois, accès qui résistent à l'éther et au nitrite d'amyle. On administre alors un barbiturique, l'amytol-sodium, en injections intraveineuses (0 gr. 50 par dose), qui détermine immédiatement de la somnolence. On renouvelle les doses parallèlement à la menace d'accidents convulsifs, mais ce médicament finit par provoquer du collapsus. On tente de l'administrer per os, mais il demeure inefficace.

On administre alors par voie rectale du tribromo-éthanol, puis du chloral.

Le traitement amène la guérison au bout de 9 jours.

A aucun moment on n'a trouvé d'anomalie dans le sang ni dans l'urine.

R. LEVENT.

Une intoxication mortelle par l'argochrome. (J. Halberkann et H. Lenhartz. *Zentralblatt f. innere Med.*, 10 févr. 1934.) — Une malade atteinte depuis longtemps d'une affection hépato-vésiculaire reçoit aux fins d'examen radiologique une injection intraveineuse de ce qu'on croit être un produit opacifiant.

Pendant l'injection, accidents de collapsus qui d'ailleurs s'atténuent bientôt : dyspnée, coloration bleu-verdâtre du visage, vomissements, selle diarrhéique.

Les jours suivants : vomissements incessants de couleur bleuâtre, urines bleu foncé, selles mucohémorragiques, ictère lentement croissant. Evolution analogue à celle d'un ictère grave avec gros foie et accidents hémorragiques et se compliquant d'insuffisance rénale progressive. Malgré saignée, diathermie lombaire, transfusion, décapsulation rénale, la mort survient dans le coma en 5 jours.

Des détails cliniques éveillèrent la méfiance, ainsi que certains résultats d'épreuve de laboratoire. Procédant à une expertise, on découvrit que par erreur la malade avait reçu au lieu du produit opacifiant une injection d'argochrome, produit renfermant en combinaison du bleu de méthylène et de l'argent. De plus, l'argochrome semble-t-il avoir été altéré. La mort était due à une intoxication argentique.

L'autopsie montra de l'atrophie hépatique avec des lésions histologiques qui ne sont peut-être que la signature de l'affection hépatique déjà en évolution. Les reins ne présentent aussi que des lésions légères. Au contraire, le pancréas présente des hémorragie interstitielles atteignant surtout la glande à sécrétion interne.

Une telle observation, fait d'attente, tient surtout sa valeur de la rareté des intoxications argentiques.

R. LEVENT.

IV. — TROUBLES DIGESTIFS

Diarrhée cholériforme. Hyper-azotémie à 4 cgr. 34. Rechloruration. (J. Caroli. *Paris méd.*, 24 févr. 1934.) — On connaît déjà diverses formes cliniques d'accidents azotémiques par perte de chlore : occlusion intestinale, vomissements de types divers peuvent les réaliser.

L'intestin peut être aussi le point de départ de telles azotémies par soustraction de chlorures.

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 62 ans, jusque-là bien portante et prise brusquement d'une violente diarrhée cholériforme amenant en quelques jours un véritable état d'émaciation, puis un coma à type urémique immédiatement menaçant pour la vie de la malade. Dans le sang on trouve à ce moment 4 gr. 34 d'urée en même temps qu'une hypochlorémie marquée. On injecte d'urgence par voie sous-cutanée et intraveineuse du sérum chloruré auquel on adjoint divers cardiotoniques. On assiste en vingt-quatre heures à une véritable résurrection, qu'accompagne une véritable débâcle uréique qui ramène l'urée sanguine à la normale. La pression artérielle redevient elle aussi normale. Guérison définitive.

R. LEVENT.

Maladie cœliaque chez l'adulte traité par le lait sans sucre, les bananes et la viande. (Cecil Gordon Roberts, *Lancet*, 20 janv. 1934.) — Une femme célibataire de 54 ans a eu successivement, à 19, à 28 et à 37 ans, des crises de diarrhée grave, pour lesquelles on a fait le diagnostic de sprue ou de maladie cœliaque. Lors de la dernière atteinte, les régimes diététiques jusqu'alors efficaces ont perdu toute action. Les selles sont abondantes, demi solides, de couleur claire, contenant 20 p. 100 des graisses ingérées au lieu de 5 à 10 p. 100. Dans ces graisses, les savons représentaient 81 p. 100, les acides gras 12 p. 100, les graisses neutres 6 p. 100 ; absence d'amidon, abaissement de la valeur tryptique.

On alimente alors la malade avec un mélange dit « lait non sucré », constitué par de la crème, de la saccharine, des alcalins, et avec des bananes. Ce régime donne une grosse amélioration ; plus tard, on y joint des oranges, des pommes, des carottes, des pois, des épinards, du céleri, de la laitue.

L'intolérance persiste complète aux sucres, à l'amidon. On donne aux repas un peu d'acide chlorhydrique, du jus de fruits, de l'extrait pancréatique.

L'amélioration se maintient.

Il semble que la banane renferme en plus des hydrates de carbone et des vitamines un ferment spécial.

Il importe qu'un régime de cette sorte soit suivi pendant six mois au moins à son degré le plus sévère pour qu'on soit en droit de l'élargir.

R. LEVENT.

V. — GLANDES ENDOCRINES

Diabète chez trois groupes de jumeaux univitellins. (Umber. *Deuts. med. Woch.*, 13 avril 1934.) — Des cas analogues ont déjà été rapportés, l'auteur en ajoute 3 nouveaux personnels. Il en tire argument pour la thèse qu'il a toujours soutenue : le diabète est sinon congénital, du moins d'origine congénitale et doit être considéré comme un caractère récessif. Les circonstances extérieures, comme le montre la comparaison des observations d'univitellins sont capables de modeler les péripéties d'un diabète ou de favoriser

sa latence, mais jamais de le créer de toutes pièces ; il en est de même pour l'influence du régime et du traitement. C'est ainsi qu'il observe chez le jumeau apparemment sain d'un diabétique menant un genre de vie contraire à son état une simple anomalie de la courbe glycémique ; il s'agit là d'un diabète fruste, récessif, potentiel auquel une hygiène bien comprise enlève tout caractère patent et évolutif.

R. LEVENT.

Hyperparathyroïdie. (Fuller Albright, Joseph C. Aub, Walter Bauer. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 21 avril 1934.) — Depuis 1925 et 1926, on connaît bien l'ostéite fibro-kystique en tant que manifestation d'hyperparathyroïdie. C'est une affection rare mais d'un diagnostic en général aisé.

Il est d'autres formes cliniques d'hyperparathyroïdie moins évidentes et habituellement méconnues. Les auteurs en ont réuni 17 cas ; dans chacun, on a pu enlever chirurgicalement une tumeur des parathyroïdes.

Les constituants, selon des groupements divers, des syndromes cliniques sont : les troubles du métabolisme (hypercalcémie, hypophosphatémie, hyperphosphaturie et hypercalciurie) ; pour les os la décalcification, l'augmentation du nombre des ostéoclastes et des ostéoblastes, la formation de zones fibreuses creusées de cavités kystiques, les lésions des voies urinaires (fréquence des calculs et des complications de la lithiase) ; les modifications sanguines : anémie, leucopénie ; la transformation fibreuse de la moelle osseuse. Les dents ne se décalcifient pas mais tombent du fait des lésions du maxillaire. Les formes cliniques que l'on peut rencontrer sont, en dehors de la maladie de Recklinghausen, une forme ostéoporotique, une forme avec lithiase rénale, une forme avec insuffisance rénale simulant le Brightisme, une forme aiguë, une forme simulant la maladie de Paget.

Quelle que soit la forme clinique, c'est le traitement chirurgical auquel on en arrive toujours (parathyroïdectomie partielle ou totale). Sur 17 opérés, les opérés n'ont eu que 2 morts ; tous les autres opérés l'ont été avec succès.

R. LEVENT.

VI. — CANCERS

Contribution à l'étude de la symptomatologie du cancer pancréatique. (A. Engel et E. Lysholm. *Acta med. Scandinavica*, vol. LXXX ; fasc. I-II, 27 juin 1933.) — Etudiant 13 cas personnels de cancers pancréatiques diversement localisés, les auteurs ont précisé un certain nombre des symptômes cliniques décrits par les classiques. La douleur, survenant longtemps après le repas ou la nuit, est parfois le seul symptôme ; d'autres fois les douleurs à siège ou irradiations classiques affectent un type de douleur radiculaire pouvant faire croire à tort à une affection rachidienne. La constipation est un signe parfois important ; parfois des signes de diabète apparaissent de façon très précoce.

Les auteurs ont enfin pratiqué des examens radiologiques sur le malade à jeun en insufflant l'estomac au moyen de mélanges effervescents. Le malade est mis en décubitus ventral et des clichés sont pris non seulement en direction frontale mais encore en direction latérale. On peut à l'examen des clichés voir dans les cas de cancer pancréatique que l'estomac est dévié en avant et qu'en arrière de lui le pancréas se montre avec une opacité homogène très marquée, qui permet d'en déterminer avec une certaine précision le volume et les rapports.

R. LEVENT.

VII. — VARIA

Recherches physiologiques et bactériologiques sur l'ozone. (Theodor Kunzmann. *Zentralbl. f. inn. Med.*, 16 déc. 1933.) L'auteur a employé le bain d'ozone sec, réalisant le contact du gaz avec les téguments, à l'exclusion des inhalations qui peuvent provoquer des inflammations de l'appareil respiratoire. La peau absorbe l'ozone, qui se décompose dans les tissus en oxygène libre ; ceux-ci saturés, l'oxygène passe dans le sang et le taux de l'oxygène du sang veineux augmente de 15 à 25 p. 100.

Lorsqu'on l'administre pendant un bref laps de temps en inhalations, l'ozone est entièrement absorbé sous forme d'oxygène, libre ou combiné.

La saturation d'oxygène des tissus et des humeurs provoque par un processus d'oxydation une alcalinisation générale et un ralentissement du rythme respiratoire ainsi que l'amélioration de certains signes fonctionnels : dyspnée, toux, vertiges ; la tension artérielle s'abaisse.

L'action stérilisante pour le colibacille et le staphylocoque, très nette en suspension aqueuse, est nulle en présence de liquides organiques (albumines, hydrates de carbone).

R. LEVENT.

Les cellulies. — Leur syndrome humoral. (J. Paviot, H. Jarricot, Dorche, A. Benitte. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 janv. 1934.) — A la place du terme habituellement usité de cellulite qui peut impliquer un caractère inflammatoire, les auteurs proposent le terme de cellulie pour les lésions non inflammatoires, œdémateuses ou sclérogènes du tissu cellulaire. Les infiltrats varient selon le degré d'organisation du processus exsudatif : cellulœdème, fibro-cellulie, scléro-cellulie.

Ces infiltrats sont surtout perceptibles au palper dans les zones d'élection, et s'accompagnent de signes locaux, évidents ou latents, et surtout d'algies. Mais ce ne sont que des éléments d'un tableau général dont les éléments habituellement rencontrés dans les états allergiques se réunissent en général sur un terrain particulier, l'arthritisme classique.

Beaucoup de facteurs peuvent déclencher l'hypersensibilité, en particulier les focal-infections ; à partir de ce moment s'est constitué un état particulier de fragilité humorale avec ses diverses manifestations, réactions alimentaires par exemple.

La recherche des modifications chimiques des humeurs n'a rien montré de constant aux auteurs, non plus que la mesure de la résistance globulaire ni l'étude de l'hémoclasie digestive, positive dans tous les cas, mais positive aussi dans des états ou par des mécanismes différents.

La cellulie est ici un symptôme important au diagnostic et au traitement de certaines modifications générales. Tout traitement négligeant les altérations du tissu cellulaire est voué à l'échec.

R. LEVENT.

Contribution physico-chimique à l'étude de l'état d'allergie. Le point iso-électrique du sérum dans les cellules. (J.-M. Paviot, G. Florence, Henri et Lucien Jarricot. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 janv. 1934.) — Les auteurs ont étudié le sérum des malades en état d'allergie au point de vue physico-chimique, en particulier dans les cellulies. Ils ont en particulier recherché les variations du point iso-électrique des colloïdes protéidiques du sérum par la technique de la cataphorèse.

Toute modification du point iso-électrique indiquera pour une albumine une modification chimique, si faible soit-elle.

Dans les états d'allergie, les rapports des éléments cristalloïdes demeurent inchangés, mais l'état physico-chimique des colloïdes du sérum est modifié. Le déplacement des points iso-électriques dénote un déplacement du pH vers l'alcalinité.

Il existe une extraordinaire instabilité chimique des colloïdes du sérum sous la moindre influence, alimentaire, thérapeutique ou autre.

On ne sait encore si ces modifications sont cause de l'allergie ou en sont l'effet.

R. LEVENT.

A propos du traitement de la dystrophie adiposo-génitale. (W. I. RACHMANN. *Acta medica Scandinavica*, vol. 82, fasc. 1-2, 27 avril 1934.) — L'auteur rapporte une observation de dystrophie adiposo-génitale type Fröhlich ne dépendant certainement pas d'une tumeur maligne, puisque le malade put être suivi pendant 12 ans, et où d'excellents résultats ont été obtenus par un traitement opothérapique multiple et périodique (proton, folliculine, thyroïde), à la fois en injections et par voie digestive.

Le traitement radiothérapique sur l'hypophyse, quoique non sanglant, est des plus offensifs et doit être réservé aux cas qui s'accompagnent de troubles de compression caractérisés.

R. LEVENT.

Pour comprendre et utiliser l'homœopathie, par le Dr VILLECHAUVAIX. 1 vol. in-16 de 430 pages. — Prix : 30 francs. — Paris, G. Doin et Cie.

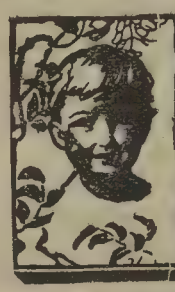
Crises hypertensives, par Pierre BERNAL, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Préface du Dr P. Abrami. 1 vol. in-8° de 170 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT

Rome-Milan, 30 avril-6 mai 1934 (1).

2° Maladies transmissibles à l'homme par le lait. — *a.* En dehors des états pathologiques caractérisés, il est reconnu que de nombreux troubles de gravité variable peuvent être provoqués par des laits provenant de vaches laitières ayant ingéré certains aliments. Tels sont les cas de gastro-entérite allant jusqu'à des intoxications graves provoquée par des laits même bouillis provenant de vaches ayant ingéré, en grande quantité, des résidus industriels, pulpes, drèches, etc., ou des produits conservés fermentés (ensilages lactiques). Cette question de l'utilisation pour l'alimentation des animaux de résidus industriels et des ensilages est d'une importance économique considérable. D'autre part, il est souvent dangereux, surtout pour l'enfant, d'ingérer un lait provenant de vaches ayant reçu une telle alimentation. Des accidents nombreux, souvent graves, ont été signalés. Sans insister ici, signalons les recherches nombreuses qui sont faites en vue d'obtenir des aliments conservés, dans de bonnes conditions, destinés aux animaux. En effet, il faut dire que, dans l'étiologie des intoxications de ce genre, trois facteurs interviennent qui agiront fortement sur la qualité du lait produit : 1° qualité du produit destiné à la femelle laitière (état de conservation, degré et nature de la fermentation) ; 2° quantité ingérée ; 3° durée plus ou moins prolongée de ce genre d'alimentation.

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Suite. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 47, p. 856.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul[d] Ornano PARIS

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e) - Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

Actuellement, les industriels eux-mêmes ont compris qu'il était nécessaire d'améliorer la qualité de ces produits particuliers afin d'en permettre justement la bonne utilisation. De cette façon, on peut espérer que l'*interdiction formelle*, jusqu'alors prescrite, de tels laits destinés aux enfants, pourra, grâce aux progrès réalisés dans la qualité des produits eux-mêmes, être, en partie, levée.

L'importance de l'alimentation de la femelle laitière a encore retenu l'attention des rapporteurs généraux, MM. J. Mackintosh, de l'Université de Reading, et R. Burri, de Liebefeld-Berne, en ce qui concerne l'enrichissement possible du lait par l'absorption de fourrage vert ou de produits conservés. Il convient simplement de remarquer ici que le lait peut contenir des quantités variables de vitamines (facteurs A, D et même C) selon la qualité de l'alimentation de la vache laitière, de son genre d'existence (à l'étable ou à la prairie).

b. En ce qui concerne les maladies proprement dites transmissibles à l'homme par le lait, MM. les professeurs L. Panisset, de l'Ecole d'Alfort, et L. Lanfranchi, de la Faculté royale vétérinaire de Bologne, ont, dans leur rapport général, effectué la mise au point d'une question particulièrement importante que nous pouvons résumer ainsi en ses points essentiels :

L'examen de l'influence que peut exercer l'infection tuberculeuse de la mamelle sur la valeur hygiénique du lait se réduit à l'appréciation de l'étendue du danger auquel est exposé le consommateur de ce lait. On peut considérer comme solidement établis presque tous les faits qui commandent ce danger : présence du bacille tuberculeux dans le lait, lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses de la mamelle, existence de bacilles tuberculeux avant l'établissement d'une infection clinique de l'organe et, sans doute, présence, au moins intermittente, de bacilles tuberculeux, même en l'absence de lésions de la mamelle, chez les animaux infectés. Ajoutons la contamination du lait provoquée par les matières excrémentielles bacillifères des animaux atteints ou par les expectorations des trayeurs et tous manipulateurs excréteurs de germes.

Les laits de mélange utilisés pour l'approvisionnement des villes se trouvent ainsi, même à des taux extrêmes de dilution, pollués : *leur virulence est certaine*. Cette persistance de la virulence dans les laits de mélange, attestée par la *fréquence* avec laquelle on trouve le bacille tuberculeux (33 p. 100 des échantillons à Dresde), s'oppose à ce que pourrait avoir de rassurant la rareté relative des localisations mammaires de l'infection tuberculeuse.

Si l'on discute encore sur la part qui revient dans l'origine de la tuberculose à l'inhalation ou à l'ingestion des bacilles tuberculeux, on ne conteste pas les *dangers de l'ingestion* des produits virulents.

L'unicité du bacille de Koch a rallié tous les suffrages à la faveur d'une longue et nombreuse expérimentation. Des échanges de bacilles des divers types, y compris le bacille aviaire plus éloigné des deux autres, peuvent se faire entre plusieurs espèces d'animaux. Les bacilles de Koch, *type humain*, *type bovin*, *type aviaire*, sont dangereux pour l'homme. Seul le *bacille piscicaire* n'est pas pathogène. Malgré le caractère probant de ces faits, les hygiénistes, sauf dans les pays anglo-saxons et notamment en Grande-Bretagne, *se sont moins alarmés qu'on aurait pu le penser à propos du danger des animaux tuberculeux ; nombre de médecins ont minimisé le péril jusqu'à le négliger dans l'étude des causes de la tuberculose de l'homme et de la recherche des moyens de prévention*. Stanley Griffith, pour l'Angleterre et le pays de Galles, estime que sur 41.103 morts par tuberculose en 1924, 3.000 environ seraient dues au bacille ovin. Les renseignements donnés par Klimmer, en Allemagne, ne sont ni moins démonstratifs ni moins alarmants. De même au Danemark, de même en Italie. On peut dire que l'*importance du lait* dans l'origine de *la tuberculose de l'homme*, surtout chez l'enfant, est *capitale*.

Du beurre fait à partir de lait virulent conserve son pouvoir pathogène pendant plus de trois mois. Les bacilles tuberculeux du lait restent virulents dans les *fromages* : ni la coagulation, ni les fermentations ne détruisent, même après plusieurs mois, la virulence. A plus forte raison les laits fermentés, kéfir, yoghourt, gardent-ils leurs bacilles tuberculeux vivants. De même la caséine alimentaire.

Après le bacille tuberculeux, la seconde place échoit au bacille de Bang.

En respectant la conception actuelle, à savoir qu'au genre *Brucella* appartiennent diverses formes microbiennes présentant des caractères communs (*Brucella melitensis*, *Brucella abortus bovis*, *Brucella abortus suis*), on doit souligner la différence considérable séparant ces trois types quant à leur pathogénéité pour l'homme (1). *Brucella melitensis* est l'agent classique de la fièvre ondulante. Le lait de chèvre cru et ses fromages sont la cause d'infections nombreuses et indiscutables. Le danger est d'autant plus grand que la maladie revêt chez l'animal une forme longtemps inapparente. Mais, d'une part, la vache peut s'infecter à partir de bacilles du type *Brucella melitensis* ; d'autre part, son agent infectieux habituel *Brucella abortus bovis*, cause de la plupart des avortements chez cet animal, s'est montré, dans certains cas, *pathogène pour l'homme* et de plus en plus, semble-t-il. Etant donnée la fréquence des avortements infectieux des femelles laitières, la persistance chez l'animal et l'élimination, longtemps après l'avortement, de germes virulents, font que, très souvent, *le lait cru est un danger pour l'homme*. Le lait infecté a toutes les apparences du lait normal, sauf le cas d'une localisation brucellique active de la mamelle.

Les germes du groupe *Brucella* conservent leur virulence, pendant plusieurs jours, dans le lait, la crème, le beurre, les fromages frais.

Les conditions physiologiques d'excrétion par la mamelle des germes, les rapports entre les taux d'agglutination du lait et du sérum sanguin sont ici hors de notre sujet (2).

(*A suivre.*)

M.-G. THIEULIN,
Agrégé des Ecoles Nationales Vétérinaires,
Rédacteur en chef de la Revue « Le Lait ».

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE CHEZ L'ENFANT (3)

Par le docteur R. GODARD.

Les troubles du sommeil chez l'enfant sont infiniment fréquents, et il faut apporter la plus grande attention aux insomnies prolongées, à propos desquelles il faut toujours songer aux troubles de la croissance, aux manifestations endocriniennes, à l'hérédo-syphilis, peut-être à quelque maladie infectieuse et enfin au surmenage scolaire. L'auteur conseille, en plus de la cure d'air, du traitement reconstituant, ou de la thérapeutique spécifique, l'administration quotidienne, à dose variable selon l'âge, de cet hypnotique très doux qu'est le sédormid que l'on peut donner à la dose d'un demi à un comprimé, le soir par exemple, dans une

(1) *Brucella suis*, aussi pathogène pour l'homme que *Brucella melitensis*, est inconnue en France.

(2) Une des plus solides bases du rapport général de M. le professeur Lanfranchi a été celle fournie par le rapport de M. Rinjard, directeur adjoint du laboratoire national de recherches annexé à l'Ecole d'Alfort.

(3 *Bull. méd.*,, n° 11, mars 1932, Paris.

infusion de tilleul ou une tasse de camomille. Cet allyli-sopropylmalonylurée a également fait l'objet d'un travail très documenté de M. le Dr Peyrus (Concours Médical N° 4, Paris, janvier 1932) qui le conseille comme le meilleur calmant des petits insomniaques et des petits anxieux. Pour lui, le sédormid, sans avoir l'action parfois trop puissante des barbituriques, tels que le somnifène ou l'allonal, sans provoquer des phénomènes d'accumulation ou d'accoutumance comme les opiacés et la morphine, à laquelle on préfère généralement désormais le pantopon, présente une action douce, progressive, constante, bien supérieure à celle de toutes les médications à base de valériane, de cratoegus et même de bromure, dont le type est le sédobrol, lequel, cependant, conserve toutes ses indications et toute sa supériorité dans les symptômes purement nerveux.

Pour M. Peyrus, le sédormid est utile non seulement chez l'enfant, mais aussi chez les vieillards, les femmes enceintes et chez les adultes ; à la dose d'un à trois comprimés le soir au coucher, il donne un sommeil doux, physiologique en quelque sorte, sans aucun phénomène désagréable au réveil.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS RÉTRO ET LATÉRO-PHARYNGIENS [1]

Evolution. — 1° *On intervient :* guérison dans 95 pour 100 des cas.

2° *On n'intervient pas :* a) Mort habituelle :

1. Par inanition ;
2. Par syncope : excitation du X ;
3. Spasme de la glotte à la suite de : déglutition forcée, ou au cours d'examen.

Symptômes : cyanose du visage, battements des ailes du nez, sueurs, mort.

4. Le pus peut fuser et mort par médiastinite ou pleurésie purulente.

b) *Ouverture spontanée :* exceptionnelle et tardive.

1. En règle dans le pharynx : broncho-pneumonie, mort subite par asphyxie.
2. Latéralement : *torticolis.*
3. Dans médiastin et plèvre : très grave.

L'ouverture est toujours insuffisante :

1. Le foyer se vide mal : septicémie ;
2. Possibilité ulcération des vaisseaux.

Formes cliniques. — 1. *Suivant le siège :* intérêt seulement chez l'adulte.

Type supérieur : obstacle nasal.
Type moyen : dysphagie.
Type inférieur : dyspnée.

2) *Suivant l'étiologie.* — a) Brûlures, cellulites, traumatismes (aliénés nourris à la sonde) ;

b) Suppurations péri-pharyngiennes, non ganglionnaires survenant au cours d'infections générales.

(Fièvre typhoïde, grippe, oreillons, coqueluche.)

Diagnostic. — 1° *Positif :* repose sur la *dysphagie* qui doit automatiquement entraîner l'examen de la gorge chez les enfants.

2° *Différentiel.* — 1° *Diagnostic de la dysphagie :* angine, corps étranger, adénoïdite (pour Marfan, les abcès rétro-pharyngiens sont des adénoïdites aiguës).

2° Plus tard : *diagnostic de la dyspnée ;* croup ; laryngite striduleuse ; œdème de la glotte chez l'adulte (qui peut du reste accompagner l'abcès rétro-pharyngien).

3° Mais surtout le diagnostic pourra se poser avec *l'abcès rétro-pharyngien du mal de Pott sous-occipital.*

Mais les signes fonctionnels sont moins marqués.

Au toucher, l'abcès n'est pas douloureux.

Rechercher les signes de mal de Pott. — Radio.

L'importance de ce diagnostic vient de ce qu'il faut éviter pour l'abcès froid la fistulisation dans le pharynx.

Traitement. — 1° Il faut inciser l'abcès.

Les voies : a) *Voie classique :* par la bouche, sans anesthésie.

Bistouri dont la pointe seule est libre et qui est guidé par le doigt.

Incliner la tête en avant dès l'incision.

b) *Voie cutanée.* — Bons résultats, anesthésie générale.

Incision derrière bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien ;

2° Dans quelques cas exceptionnels : *trachéotomie.*

II. — ABCES LATERO-PHARYNGIENS

Plus rares que les précédents, s'opposent à eux par quelques signes.

Etiologie. — Plus fréquents chez l'adulte.

Surtout d'origine bucco-pharyngienne (angine).

Anatomie pathologique. — C'est un adéno-phlegmon.

La collection siège en dehors du pharynx, sur la paroi externe, à la hauteur de l'amygdale, c'est-à-dire : *dans la région du paquet vasculo-nerveux latéro-pharyngien :*

D'où son intérêt, sa physionomie et sa gravité.

Symptômes. — Dysphagie moindre ; dyspnée rare, mais : irritations nerfs craniens ; d'où, douleurs vives, trismus, raideur nuque, vomissements fréquents, mort subite même, par *spasme de la glotte.*

Signes physiques. — La tumeur fait saillie d'abord dans le pharynx, puis bientôt dans la région du cou, derrière la branche montante du maxillaire inférieur soulevant *le sterno-mastoïdien.*

Examen. — L'amygdale est *soulevée,* rouge et tuméfiée, mais la tumeur est toujours *en arrière du pilier postérieur.*

Fluctuation facile à percevoir (un doigt dans la bouche, un doigt sur la tumeur extérieure).

Evolution. — 1° *Ouverture spontanée* fréquente et suffit à amener la guérison ;

2° Pas de danger d'asphyxie.

Complication. — Mais une complication grave est à redouter : *la rupture d'un des gros vaisseaux latéro-pharyngiens ;* dont les parois s'altèrent au contact du pus.

Mort par hémorragie foudroyante.

Traitement. — Ne pas attendre l'ouverture spontanée et évacuer le pus dès le diagnostic posé :

1° *Une seule voie :* incision cutanée pré ou rétro-sterno-mastoïdienne. (Jamais voie buccale : voisinage vaisseaux.)

2° Si hémorragie artérielle : *ligature carotide primitive.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 47, p. 862.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE

calme la toux

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ

POUVANT ÊTRE CROQUÉ OU PRIS DANS UN PEU D'EAU, DE TISANE

DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas.

Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ

30, Rue Armand-Sylvestre COURBEVOIE (Seine)

COURMONT

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 23 JUIN 1934. — N° 50.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de MM. les Etudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les craniopharyngiomes (tumeurs développées aux dépens des résidus de la poche de Rathke). Etude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique. Diagnostic des tumeurs suprasellaires (fin), par M. P. Meignant (de Nancy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

CHRONIQUE

Le dîner de l'Association des diplômés d'hygiène, par F. L. S.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Session de printemps du Comité permanent de l'Office international.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Leçon d'anatomie.* — Séance du 14 juin. — Question donnée : « Canal inguinal (et son contenu) chez l'homme. »

MM. Rudler, 26; Boudreaux et Poilleux, 25; Dufour, 23; Aboulker, 29.

Séance du 15 juin. — Question donnée : « Anatomie descriptive et topographique des deux troncs veineux brachio-céphaliques et de la veine cave supérieure (sans l'embryologie). »

MM. Beuzart, 24; Petit, 27; Zagdoun, Baumann et Guillot, 24.

Séance du 16 juin. — Question donnée : « Rapports de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. »

MM. Monod, 23; Dreyfus et Palmer, 24; Lance, 26; Billet, 25.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Jeudi 5 juillet 1934, à 9 h. : Clinicat médical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 5; adjoint. 1; — Clinicat de la tuberculose : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1; — Clinicat propédeutique : titulaires, sans indemnité, 3.

Samedi 7 juillet, à 8 h. 30 :

Clinicat des maladies des enfants : titulaire, avec indemnité, 1; adjoint, 1; — Clinicat de la première enfance : titulaires, sans indemnité, 3; — Clinicat des maladies infectieuses : titulaires, sans indemnité, 2; — Clinicat ophtalmologique (à 9 h.) : titulaire, avec indemnité, 1; adjoint, 1.

Lundi 9 juillet, à 9 h. :

Clinicat des maladies mentales : titulaires, avec indemnité, 3; sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies nerveuses : titulaires, sans indemnité, 2; — Clinicat des maladies cutanées : titulaire, sans indemnité, 1.

Mardi 10 juillet, à 9 h. :

Clinicat chirurgical : titulaires, sans indemnité, 4.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au samedi 30 juin inclus. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

INSTITUT DU CANCER. — L'inauguration de la section hospitalière de l'Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris, à Villejuif, par le Président de la République, aura lieu le lundi 25 juin, à 10 h.

GUERRE. — M. le médecin général des troupes coloniales Rousseau a été placé, à compter du 16 juin 1934, dans la 2e section (réserve) du Corps de santé militaire des troupes coloniales.

MÉDECINS DU SUD-EST. — Le dîner amical des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes de la région des Alpes et du Sud-Est aura lieu le mardi 26 juin, au restaurant Blanc, place Pereire, à 8 h. 30.

Prière de se faire inscrire au plus tôt chez le docteur Falcoz, 72, avenue Kléber (XVIe). Tél. Passy 32-33.

NECROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gauthier, médecin-colonel en retraite, décédé à Paris ; M. Alphonse-Charles Hurster, interne des hôpitaux de Strasbourg, victime du devoir professionnel, médaille d'or des épidémies.

CHRONIQUE

LE DINER DE L'ASSOCIATION DES DIPLÔMÉS D'HYGIÈNE

Pour la clôture de la XIIe session des cours de l'Institut d'hygiène, et en l'honneur des nouveaux diplômés, l'Association des diplômés d'hygiène vient de donner son dîner annuel.

La réunion, particulièrement nombreuse, était présidée par M. Louis Marin, ministre de la Santé publique. Il avait à sa droite M. Camille Blaisot, son prédécesseur, et à sa gauche le professeur Tanon. A la table d'honneur, on remarquait encore M. Brisac, le professeur Lemierre, MM. Weil-Hallé, F. Martin, Henri Labbé, Loir (du Havre), Legros, ancien député et père de la loi de 1902 ; Cavaillon, Dequidt, Briau, Desfosses, Joannon, Dumont, Navarre, Neveu, Mlle Leclerc, MM. Cambessedès, Nevot, Thépenier, G. Boyé, le médecin colonel Cot et le Dr Clerc, président de l'Association des diplômés d'hygiène.

C'est M. Clerc qui prit le premier la parole à la fin du succulent repas. M. Clerc n'est pas seulement un maître de maison courtois et charmant, c'est un orateur fort diplomate et avisé et ses toasts sont toujours pleins d'enseignements. Déjà, ces dernières années, il nous avait montré ses efforts pour faire donner aux diplômés d'hygiène les places qui leur reviennent et pour faire reconnaître aux dames diplômées le droit d'occuper des situations pour lesquelles elles sont particulièrement désignées. Cette année, les progrès réalisés par l'Association qui compte 218 membres à Paris et 700 membres pour l'ensemble de la Fédération lui donnent plus de force encore pour renouveler ses vœux. Il le fait avec infiniment de tact et, tout en se défendant de demander quoi que ce soit, il indique au ministre que lors de l'inévitable refonte de la loi de 1902 sur la Santé publique, il y aura lieu de renforcer le rôle des hygiénistes et d'adjoindre aux services administratifs des techniciens.

En saluant ses invités, M. Clerc n'avait pas manqué d'adresser un souvenir aux disparus et notamment à ce charmant Christian Zoeller (du Val-de-Grâce), si malheureusement enlevé au cours de l'année.

Après M. Clerc, dont le succès fut énorme et très justifié, notre ami Desfosses, en un très spirituel toast, apporte les vœux cordiaux de la presse médicale ; M. Legros remercie Tanon de lui avoir permis d'instaurer à la Faculté un cours de médecine sociale, et il dit toute sa confiance en M. Louis Marin, puis le Dr F. Kéchavarz, au nom des diplômés étrangers, prononce un toast chaleureux et très applaudi.

M. Louis Marin, ministre de la Santé publique, en un discours très cordial et très énergique, remercie M. Clerc de sa franchise, notamment en ce qui concerne la loi de 1902.

Avec non moins de franchise, le ministre aborde la question de front : La France, dit-il, est encore à la merci de certaines catastrophes. Le monde a vécu au milieu d'illusions et les cataclysmes peuvent survenir. Il y a des moments où il faut savoir faire des réformes en bloc. La réforme de la loi de 1902 est de celles-là. C'est une chose capitale qu'il faut faire sans délai.

L'allocution de M. Louis Marin a fait une très forte impression, elle fut vigoureusement applaudie.

En quelques mots pleins de cœur et d'esprit, mon vieil ami le professeur Tanon remercia le ministre, tandis qu'à son tour il était acclamé par ses élèves et ses amis.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

REMPLACEMENTS. — L'Association des étudiants en médecine de Paris, 15, rue de la Bûcherie (Ve), rappelle à MM. les docteurs qu'elle est à leur entière disposition pour leur fournir des étudiants en fin scolarité pour les remplacer. — Tél. Odéon 65-74, de 14 h. 30 à 18 h. 30.

Fds d' ORTHOPÉDIE, 31, r. de Seine. M. à p. 5.000 fr. (pt êt b.) Cons. : 2 000 fr. Adj. Et. THION DE LA CHAUME, not. 8, Bd Sébastopol, le 5 Juillet à 15 h 30 pr. S'y ad. et à M. LENOIR, synd. 6, quai de Gesvres.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte Anne, PARIS.2e

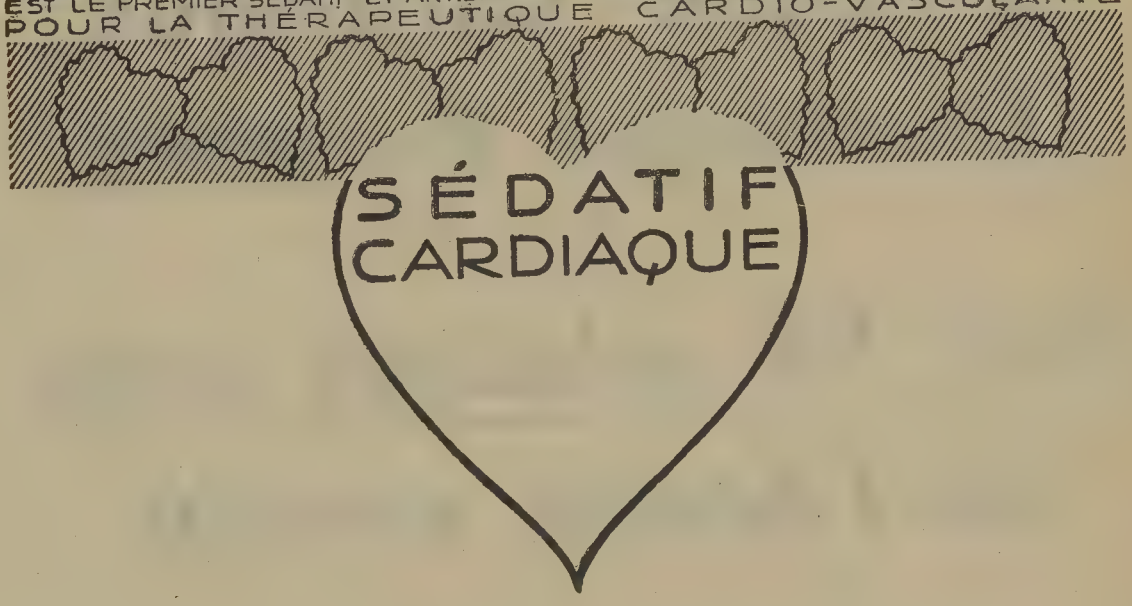
OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse BROMÉINE MONTAGU

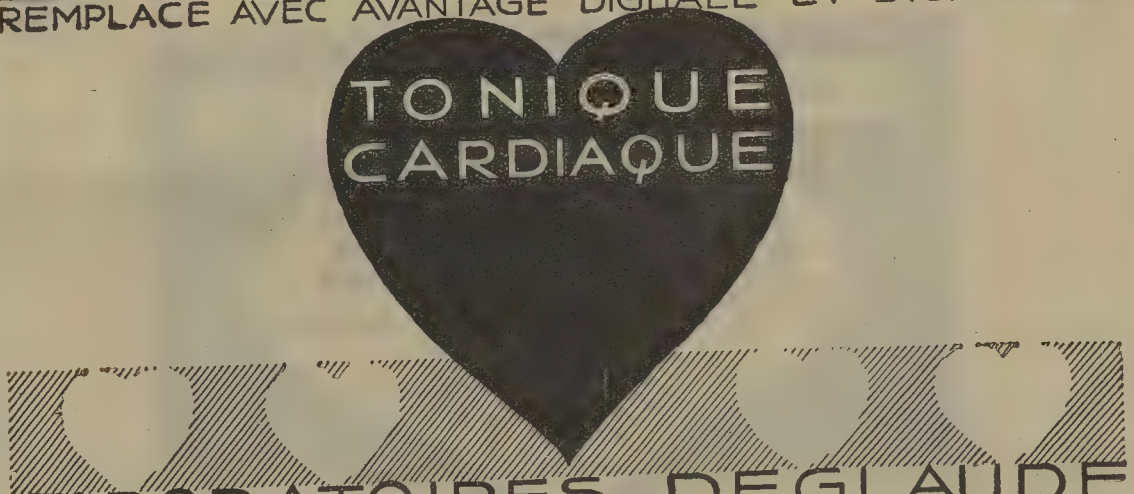
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

* *

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

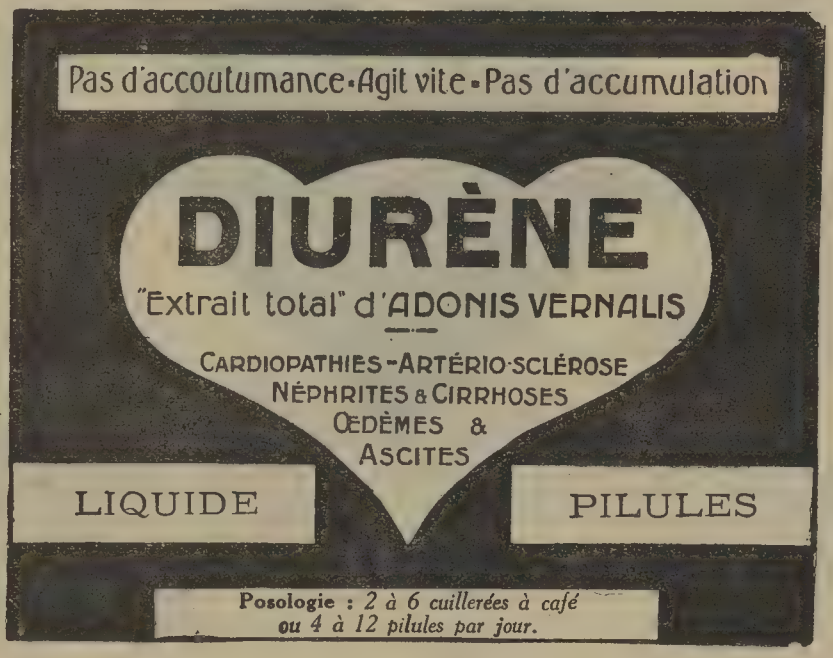
tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

REVUE GENERALE

LES CRANIOPHARYNGIOMES

(Tumeurs développées aux dépens des résidus de la poche de Rathke.)

Etude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS SUPRASELLAIRES [1]

Par M. PAUL MEIGNANT (de Nancy),

Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Formes cliniques. — 1° FORMES SYMPTOMATIQUES. — Nous n'insisterons pas sur les *formes symptomatiques de début*, que nous avons déjà signalées : forme à type d'hypertension intracranienne ; formes avec troubles dystrophiques prédominants (notamment formes à type d'infantilisme et formes prenant l'aspect du syndrome adiposogénital de Babinski-Frohlich) ; formes avec syndrome infundibulaire complet ou dissocié (formes narcoleptique, polyurique), formes avec surtout affaiblissement de l'acuité visuelle...). Nous insisterons seulement ici, une fois de plus :

d'une part, sur la *possibilité de syndromes dystrophiques dissociés* signalés par Puech et dont nous avons déjà parlé ; cette dissociation semble d'ailleurs pouvoir se retrouver dans la symptomatologie proprement infundibulaire puisque, à côté des formes polyuriques, on a signalé des formes avec oligurie, et que, à côté des formes hypersomniques, on a signalé des cas s'accompagnant d'insomnie ;

d'autre part sur la possibilité, notamment dans les phases initiales, de *formes sans concrétions calcaires à la radiographie*.

II. FORMES SELON L'ÉVOLUTION. — On pourrait ici citer les *formes rapides*, les *formes lentes* ; isoler des *formes à poussées successives*. C'est peut-être ici aussi qu'il faudrait placer les formes qui, plus rapidement et plus « purement » que d'habitude, si l'on peut dire, prennent le masque de *formes cérébelleuses, psychiques, pyramidales ou parkinsoniennes* (f. camouflées).

En fait, deux formes cliniques seulement nous paraissent mériter une description vraiment spéciale :

III. LA FORME DE L'ENFANT JEUNE qui s'accompagne d'*hydrocéphalie cliniquement appréciable*, et d'ailleurs toujours modérée : l'augmentation de volume du crâne est minime le plus souvent et mise seulement en évidence par des mensurations systématiques et successives. C'est en tous les cas une hydrocéphalie à début tardif et évolutive, et qui a tous les caractères des hydrocéphalies par obstruction :

Dans les cas frustes, les diamètres du crâne sont plus grands, aux mensurations, qu'ils ne devraient être chez un enfant normal ; les sutures sont disjointes ; le signe dit du bruit de pot fêlé est relativement fréquent : ce n'est pas, comme l'ont cru Bruns et Oppenheim, l'indice d'un amincissement des parois craniennes au niveau de la tumeur, c'est un signe d'hydrocéphalie en général (Bruening). Le meilleur signe d'hydrocéphalie fruste est d'ailleurs *radiologique* : disjonction des sutures avec impressions digitales (aspect cérébriforme ou état vacuolaire) de la table interne, nettes surtout dans la région frontale.

Dans les cas avancés, le crâne globuleux, avec front olympien, effacement des fosses temporales, contraste avec l'émaciation du visage ; les globes oculaires peuvent être exorbités et abaissés ; il existe une circulation veineuse collatérale ; les fontanelles sont disjointes. Le syndrome radiologique a son maximum de netteté. Ces cas, dans les craniopharyngiomes, sont rares.

Dans ces formes hydrocéphaliques des enfants jeunes, les signes cliniques d'hypertension seraient modérés. Les convulsions peuvent être particulièrement fréquentes.

IV. LA FORME INTRASELLAIRE. — C'est le cas, à la période initiale de leur développement tout au moins, des *craniopharyngiomes nés des amas embryonnaires inférieurs, reliquats du canal pharyngo-hypophysaire*. Tant que la tumeur n'a pas évolué à travers le diaphragme de l'hypophyse et n'est pas devenue secondairement suprasellaire, les signes généraux d'hypertension manquent ; les signes infundibulaires sont relativement tardifs. Les signes dystrophiques seuls (troubles de la croissance, de la nutrition, de l'évolution pubertaire) attirent l'attention. Le syndrome oculaire ne diffère pas beaucoup du syndrome oculaire des formes suprasellaires ; l'hémianopsie commencerait par le quadrant temporal supérieur. En fait, seule la RADIOGRAPHIE est caractéristique :

les *calcifications* ici ne sont pas extrasellaires, mais bien *intrasellaires* (ou à la fois intra- et extra-sellaires);

la *selle turcique* n'est plus intacte, mais *déformée comme dans n'importe quelle autre tumeur hypophysaire*, adénome par exemple. C'est alors la dilatation concentrique de la selle qui, agrandie de tous côtés, prend une forme « en ballon » caractéristique ; la lame quadrilatère est amincie et repoussée vers le sens vertical ; les clinoïdes postérieures sont usées, beaucoup plus vite que les antérieures, qui sont longtemps épargnées. Dans certains cas, l'image est celle des tumeurs hypophysaires malignes : la selle est alors détruite au niveau de son fond et entre en communication avec le sinus sphénoïdal ; les apophyses clinoïdes sont soulevées, puis détruites par la tumeur de bas en haut (Delmas-Marsalet). C'est dans ces cas, semble-t-il, qu'on peut parfois, à l'exploration du pharynx, découvrir une masse qui n'est que la portion inférieure d'un adamantinome ayant détruit le corps sphénoïdal.

Diagnostic. — Lorsque la symptomatologie est au complet, et notamment lorsque les signes ophtalmologiques et radiographiques ont été dûment constatés et interprétés, surtout lorsque des concrétions calcaires suprasellaires typiques ont été repérées, le diagnostic de cranio-pharyngiome est un diagnostic relativement facile. A quelques exceptions près, il est tout au moins facile d'aboutir à la conclusion qu'il existe une tumeur suprasellaire (au sens large du mot tumeur). La différenciation des tumeurs suprasellaires

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 48, p. 869.

entre elles reste cependant un problème plus délicat.

1) Nous ne nous étendrons pas ici sur les *diagnostics que peuvent poser tel et tel symptôme isolé parmi ceux que nous avons passés en revue à la symptomatologie.*

Si la constatation d'un syndrome d'*hypertension intracranienne* fait de suite penser à une tumeur possible et rechercher les signes de localisation (clinique, ophtalmologique, radiologique), des problèmes plus ardus dès l'abord peuvent être posés par la constatation isolée :

d'un *syndrome dystrophique* : diagnostic des nanismes, des infantilismes, des arrêts de croissance en général, des adiposités ;

d'*un syndrome infundibulaire dissocié* et *monosymptomatique : polyurie*, qu'il faut reconnaître, rattacher à l'atteinte de la région hypothalamique (diagnostic général des polyuries, notamment rénales) ; *troubles circulatoires*, rarement isolés il est vrai, mais d'interprétation souvent malaisée ; *hypersomnie*, qu'il faut non seulement diagnostiquer comme telle (diagnostic classique avec la torpeur, l'apathie et la somnolence des syndromes hypertensifs en général), mais encore distinguer des narcolepsies hystériques (?), essentielles ou symptomatiques (d'une érythrémie occulte par exemple : Lhermitte et Peyre) ;

d'un *syndrome oculaire* : la baisse de l'acuité visuelle notamment pose la question générale des névrites rétrobulbaires et des atrophies optiques primitives.

Un examen clinique général, neurologique, oculaire et radiologique complet permettra seul d'éviter les causes d'erreur grossières et les diagnostics insuffisants. Bornons-nous à insister ici sur le rôle capital de l'oculiste en pareil cas (le temps oculaire du diagnostic est un temps capital, et, comme l'a écrit de Martel, à propos des tumeurs suprasellaires en général et des méningiomes du tuberculum sellae en particulier, pas de diagnostic sans le concours d'un ophtalmologiste consciencieux) et sur la prudence avec laquelle, d'une façon générale, doivent être interprétées les radiographies sellaires (la selle peut être altérée par simple distension ventriculaire prolongée, en cas d'hydrocéphalie ou de tumeur postérieure par exemple, et il faut toujours se méfier lorsque, au cours d'un syndrome d'hypertension ou d'un pseudo-syndrome hypertensif sans autre signe, la selle apparaît lésée sur les radios) (Cl. Vincent, 1926).

Ceci dit, le diagnostic différentiel nous paraît pouvoir être schématisé de la façon suivante :

I. *Elimination des affections non tumorales ou tumorales ne siégeant pas dans la région suprasellaire ;*

II. *Diagnostic des diverses tumeurs suprasellaires entre elles.*

I. Elimination des affections non tumorales et des affections tumorales ne siégeant pas dans la région suprasellaire

Trois diagnostics surtout doivent être discutés : l'*encéphalite épidémique*, la *syphilis infundibulo-tubérienne*, les *tumeurs cérébelleuses* et les tumeurs de la fosse postérieure en général.

1) Encéphalite épidémique. — Les signes d'hypertension intracranienne peuvent être très discrets au cours des craniopharyngiomes. L'hypersomnie, continue ou passagère, peut se présenter de la même façon au cours des craniopharyngiomes et des encéphalites (narcolepsie par périodes plus ou moins longues dans certaines formes à rechutes de l'encéphalite) ; le parkinsonisme tardif de certaines tumeurs peut simuler le parkinsonisme tardif de l'encéphalite; on a signalé au cours des tumeurs de la région des algies et des myoclonies (par atteinte des pédoncules ou des couches optiques), à un stade tardif il est vrai. Il n'est pas jusqu'à l'évolution par poussées des craniopharyngiomes qui ne puisse faire impression. Tous ces faits peuvent rendre le diagnostic différentiel difficile, et de nombreux auteurs, récemment encore les auteurs lyonnais ont insisté sur ces difficultés.

Cependant, dans la majorité des cas, le diagnostic ne se pose guère : d'une part, les signes dystrophiques, dont l'importance est si grande dans l'histoire des craniopharyngiomes, n'existent guère dans l'encéphalite que sous la forme obésité (syndrome adiposo-génital ou obésité postencéphalitique simple) ; d'autre part, les signes proprement infundibulaires (diabète insipide) isolés paraissent rares après les atteintes encéphalitiques préalablement méconnues. Un cas de Pichard et Trelles doit rendre cependant circonspect, et c'est avec réserve que nous admettrons les conclusions d'Arnaud, qui écrit : « Serait-on autorisé, en face d'un syndrome infundibulaire sans antécédent notable, à penser à l'étiologie encéphalitique passée inaperçue, comme on le fait chaque jour pour les manifestations parkinsoniennes ? Nous ne le croyons pas, le cas que nous rapportons ci-dessus étant trop isolé pour qu'il nous soit permis d'en tirer une règle de conduite qui risquerait fort d'entraîner des erreurs. »

En fait, on retiendra surtout, en faveur de l'encéphalite, les signes propres de cette affection, et en particulier le début brusque, avec, dans les cas typiques, signes généraux infectieux et fièvre, la précocité des ophtalmoplégies avec dans la règle absence de stase ; l'absence d'hémianopsie et d'atrophie optique ; les caractères négatifs des examens radiologiques. Les cas vraiment difficiles sont ceux où une symptomatologie parkinsonienne évidente en impose : lorsqu'une telle symptomatologie est réalisée au cours de l'évolution d'une tumeur, celle-ci date de loin, elle est très étendue, inopérable... « et le diagnostic de tumeur n'a plus alors qu'un intérêt spéculatif ».

2) Syphilis infundibulaire (Lhermitte, Kyriaco).

La syphilis peut réaliser un syndrome infundibulaire complet ou dissocié tout à fait analogue à celui que donnent les tumeurs de la région suprasellaire. Elle peut par ailleurs réaliser un tableau d'hypertension pure, isolée, et aussi des syndromes chiasmatiques dont les modalités sont parfois proches de celles observées au cours des tumeurs.

Cependant, dans la plupart des cas de syphilis infundibulaire, la céphalée et les signes d'hypertension font défaut ; il n'y a pas de stase ; lorsqu'il y a une hémianopsie, elle s'accompagne le plus souvent de

signe d'Argyll-Robertson, ou de paralysies oculaires. Enfin et surtout, la radiographie est négative : ni modifications de la selle turcique, ni calcifications suprasellaires ne sont repérables. Lhermitte note seulement qu'il a, dans la syphilis de la région, trouvé une « densification de la partie basale de la selle, (un) rétrécissement apparent tout au moins de son orifice, mais jamais de dilatation, non plus que de déformation véritable des apophyses clinoïdes ».

Enfin, la syphilis se retrouve dans les antécédents; ou bien elle se marque par des manifestations cutanées ou viscérales classiques : hépatite ou aortite par exemple ; ou encore, et ceci est un argument de haute valeur, certains signes témoignent de l'atteinte par la syphilis d'autres régions du système nerveux que la région infundibulaire (abolition des réflexes tendineux, monoplégie plus ou moins discrète, épilepsie partielle). Le Bordet-Wassermann peut être positif dans le sang, et non seulement dans le liquide céphalo-rachidien (le B.-W. positif ne s'observe, en cas de tumeur, que s'il y a grosse hyperalbuminose céphalo-rachidienne, et ces cas, s'ils doivent être bien connus, restent malgré tout assez rares).

L'argument thérapeutique sera, dans les cas extrêmes, le suprême argument. Encore n'est-il pas indiqué, sous prétexte d'attendre les résultats éventuels d'un traitement d'épreuve, de reculer l'heure d'une intervention pour craniopharyngiome en laissant, pendant ce temps, s'aggraver l'amblyopie.

3) Tumeurs de la fosse postérieure. — A propos de la symptomatologie cérébelleuse rencontrée parfois, à une phase tardive, au cours de l'évolution des craniopharyngiomes, nous avons insisté déjà sur les difficultés éventuelles du diagnostic de ces tumeurs, surtout chez l'enfant, avec les tumeurs cérébelleuses. Nous avons dit combien souvent des malades, porteurs de tumeurs suprasellaires ou infundibulo-tubériennes, étaient, dans un premier temps, opérés par voie postérieure. En fait, une tumeur de la poche de Rathke peut donner un syndrome cérébelleux typique avec troubles de la marche, adiadococinésie, asynergie, dysmétrie, hypotonie et hyporéflexie, nystagmus. Les attitudes de la tête, sur lesquelles Stenvers a insisté dans les tumeurs du cervelet, ne sont elles-mêmes pas tout à fait caractéristiques des tumeurs de la fosse postérieure. Ni la nature, ni l'intensité des signes cérébelleux ne peut imposer un diagnostic sûr. « Le syndrome d'hypertension est souvent le même ; l'examen ophtalmoscopique aussi, montrant dans les deux cas (craniopharyngiome et tumeur du cervelet) l'existence d'une stase papillaire... Les lésions radiologiques de la selle turcique peuvent être analogues. Seule, l'existence d'une symptomatologie plus précise de la région infundibulo-hypophysaire (adiposité, syndrome adiposogénital, amaigrissement, diabète insipide, somnolence) permet d'orienter le diagnostic ; encore faut-il que ces signes soient précoces, car les tumeurs du cervelet avec hydrocéphalie déterminent aussi secondairement un syndrome dystrophique infundibulo-hypophysaire » (C. Vogt).

Le syndrome chiasmatique reste un gros argument en faveur d'une tumeur suprasellaire ou voisine du chiasma ; mais on décrit aussi des syndromes chiasmatiques par distension simple du troisième ventricule (voir plus loin). Et, finalement, on peut dire que, dans les cas difficiles, la radiologie seule tranchera le diagnostic : ou bien elle montrera des calcifications suprasellaires, éliminant alors les tumeurs cérébelleuses et confirmant l'existence d'une tumeur suprasellaire ; ou bien, s'il n'y a pas de calcifications visibles, elle montrera les aspects ventriculographiques spéciaux, sur lesquels nous reviendrons.

Nous avons mis en vedette les trois diagnostics différentiels de l'encéphalite, de la syphilis infundibulo-tubérienne, des tumeurs cérébelleuses, parce que ce sont ceux que la pratique pose avec le plus de fréquence. Nous serons brefs en ce qui concerne les autres causes d'erreur :

4) Les infections sinusiennes avec céphalée, œdème papillaire, atteinte du nerf optique, ont pu être envisagées. « Il est sage de toujours s'assurer de l'intégrité des cavités sinusiennes avant toute autre investigation. Bien souvent, le neurologue y sera amené par des caractères particuliers des douleurs, les antécédents, ou bien alors par élimination. » (Arnaud.) Nous ne ferons que rappeler ici les rapports que Salmon a établis dans certains cas entre affections du rhinopharynx et altérations fonctionnelles de l'hypophyse, sans autre symptôme endocrinien, et les faits rapportés par Citelli d'infantilisme, souvent fruste, lié à l'hypertrophie adénoïde du pharynx (guéri par simple curettage du cavum).

5) L'abcès du cerveau (après infection sinusienne ou auriculaire plus ou moins apparente et plus ou moins ancienne) peut tout simuler au point de vue symptomatologie cérébrale. On a insisté sur le cas d'abcès encéphaliques avec retentissement à la fois oculaire et infundibulaire (celui-ci parfois très net), réaction hypertensive au moins légère, diminution globale des facultés intellectuelles, signes moteurs ou cérébelleux plus ou moins accusés, évolution par poussées avec apyrexie dans l'intervalle de ces poussées. Le diagnostic peut être d'autant plus difficile que la réaction méningée, habituelle dans les abcès, peut se voir dans les craniopharyngiomes, et que dans ceux-ci peut aussi exister un syndrome sanguin avec leucocytose exagérée (polynucléose). La formule sanguine n'est cependant pas la même dans les deux cas et, vraiment, un tel diagnostic différentiel n'est qu'un diagnostic d'exception.

6) L'hydrocéphalie simple, chez l'enfant surtout, peut créer de toutes pièces un triple syndrome infundibulaire (adipose, retard du développement, retard pubéral, hypothermie, polyurie avec polydipsie, troubles circulatoires, narcolepsie), chiasmatique (hémianopsie bi-temporale, atrophie optique) et radiologique (selle comprimée, dilatée, aplatie). Elle peut aussi s'accompagner de troubles cérébelleux (statiques surtout) et pyramidaux. Si elle est bloquée, elle ne s'accompagne pas d'une hypertension vérifiable à la ponction lombaire. Ces cas d'hydrocéphalie par blocage des ventricules (en général par *arachnoïdite de la fosse postérieure*) ont fait l'objet d'excellentes études à la dernière Réunion Neurologique Internationale de Pa-

ris (1933). Le diagnostic se pose en réalité un peu comme celui des tumeurs cérébelleuses, que nous avons envisagé plus haut. Dans les cas difficiles, et en l'absence de calcifications suprasellaires, la ventriculographie seule sera décisive.

7) Nous ne citerons que pour mémoire la possibilité de syndrome infundibulo-hypophysaire par *traumatisme* (thèse de Paul Aubry, Nancy 1934) ou consécutif à telle ou telle maladie infectieuse (y compris la méningite tuberculeuse) ou telle ou telle intoxication.

8) Nous n'insisterons pas non plus sur le diagnostic topographique, qui se pose pourtant en présence de certains syndromes tumoraux, entre tumeurs suprasellaires et TUMEURS FRONTALES (avec retentissement infundibulaire et ataxie, en particulier avec hypersomnie), CALLEUSES ET SEPTALES (qui peuvent envahir la voûte du IIIe ventricule, et donner des signes infundibulaires par compression de voisinage), *pédonculaires* enfin et *temporales* ou *para-temporales* (méningiomes de la petite aile du sphénoïde...) : passer tous ces cas en revue serait passer en revue une grande partie de la neurologie et toute l'histoire complexe des tumeurs cérébrales.

Avant d'en arriver au diagnostic des diverses tumeurs suprasellaires entre elles, il nous faut cependant encore parler : d'une part, des *tumeurs hypophysaires proprement dites*, intrasellaires ;

D'autre part des *méningites localisées de la région* (arachnoïdites opto-chiasmatiques).

9) LES TUMEURS HYPOPHYSAIRES PROPREMENT DITES, INTRASELLAIRES, n'ont une symptomatologie proche de celle des tumeurs suprasellaires que lorsqu'elles débordent en haut la selle turcique. Le cas est fréquent, notamment lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes ou de craniopharyngiomes primitivement intrasellaires. Mais l'inverse est rare et, pratiquement, le fait de constater à la radio des signes de destruction importante de la selle suffit à prouver que la tumeur était primitivement exclusivement intrasellaire : rappelons qu'il y a, précocement, dans les tumeurs nitraturciques, augmentation de tous les diamètres de la selle, dilatation excentrique, globale, de celle-ci ; la selle est comme soufflée ; ses parois s'amincissent, deviennent plus transparentes, les clinoïdes étant, dans les adénomes, plus ou moins longtemps respectées ; parfois cependant, la selle s'évase vers le haut et prend un aspect spécial, en « coupe ». Par ailleurs, il est classique de dire que les adénomes hypophysaires vrais donnent une symptomatologie chiasmatique plus pure, et surtout plus symétrique, que les tumeurs suprasellaires en général, que les craniopharyngiomes sus-sellaires en particulier, dans lesquels, nous l'avons vu, l'hémianopsie bitemporale est rarement typique et égale d'un côté à l'autre.

(Remarquons en passant que, même pour les adénomes intrasellaires typiques, la tendance chirurgicale actuelle est d'opérer par voie haute, frontale, et non plus par voie sphénoïdale.)

10) LES ARACHNOÏDITES OPTO-CHIASMATIQUES (Cushing, Cl. Vincent) pourraient en réalité être englobées, sinon au point de vue logique, du moins au point de vue pratique, dans le cadre des tumeurs suprasellaires. Leur localisation, leur mode d'action, leur symptomatologie se confondent en effet avec ceux des tumeurs suprasellaires et rien souvent n'est plus voisin que l'aspect d'une arachnoïdite opto-chiasmatique et d'un méningiome suprasellaire (que nous étudierons plus loin). Pour tout dire, le diagnostic, en l'absence de données radiologiques en faveur d'une tumeur, est le plus difficile qui soit avant l'intervention. Clovis Vincent donne, en faveur de l'arachnoïdite opto-chiasmatique, les éléments de diagnostic suivants :

Arguments positifs : a) Début rapide par une baisse de l'acuité visuelle sans modification du fond d'œil (névrite rétrobulbaire), évoluant assez souvent vers l'atrophie optique du type primitif ;

b) Fréquence et précocité des scotomes centraux, alors que l'hémianopsie bitemporale typique est rare, ou tout au moins tardive. Au contraire, dans les tumeurs hypophysaires, principalement dans les adénomes, les scotomes centraux sont ordinairement rares ou tardifs, alors que l'hémianopsie temporale ou bitemporale est précoce ;

c) Existence des signes infectieux atténués et poussées successives au cours de l'évolution de la maladie.

Arguments négatifs : a) Selle turcique ne présentant habituellement pas d'altérations importantes ;

b) Absence habituelle des phénomènes hypophysotubériens, alors que ceux-ci sont pratiquement constants au début d'une tumeur de l'hypophyse. « Cet argument n'a pas une valeur absolue : certaines altérations inflammatoires de la région donnent à la fois de l'infantilisme, un diabète insipide et une atrophie optique primitive. »

En somme, calcifications suprasellaires mises à part, diagnostic souvent pratiquement impossible. Devant une petite collection séreuse à l'intervention, le chirurgien n'a d'ailleurs pas le droit de revenir sur ses pas. Après l'avoir évacuée, il doit vérifier s'il n'existe pas une tumeur plus loin. Ajoutons que, même en l'absence de tumeur concomitante, l'intervention « pour nettoyage de la région optochiasmatique » est indiquée avec de bons résultats. Les observations se multiplient de « réactions plastiques de l'arachnoïde (péri-opto-chiasmatique) coïncidant ou non avec une abondance anormale de liquide autour du cerveau, responsables de signes très impressionnants et sur lesquelles le traitement chirurgical n'est pas sans action ».

II. DIAGNOSTIC DES DIVERSES TUMEURS SUPRASELLAIRES ENTRE ELLES

A) Nous éliminerons d'abord, pour être complet, une affection rare, et qui d'ailleurs n'est pas à proprement parler une tumeur suprasellaire : il s'agit de la MALADIE DE SCHÜLLER-CHRISTIAN (*xanthomatose cranio-hypophysaire de Lesné*, histiocytose lipoïdique de M.-C. Sosman).

C'est une affection qui frappe les enfants de 3 à 6 ans, exceptionnellement de 15 ans, et surtout les garçons. A un syndrome infundibulo-tubérien dissocié (polyurie surtout, arrêt de croissance, infantilisme, éventuellement vrai syndrome adiposo-génital), s'ajou-

tent de l'exophtalmie (rare dans les craniopharyngiomes) et surtout des lacunes craniennes et osseuses caractéristiques : dans les cas extrêmes, elles sont évidentes cliniquement, semblables à des brèches de trépanation, à bords nets, rondes ou polycycliques (crâne mou, « en gelée »). A la radiographie les perforations osseuses apparaissent complètes, circulaires, à l'emporte-pièce ; il n'y a pas de calcifications anormales. La selle turcique est peu modifiée (tout au plus un peu élargie, avec des apophyses clinoïdes antérieures et postérieures érodées).

Il n'y a ni narcolepsie ni signes d'hypertension intracranienne ; on note parfois d'autres lésions xanthomateuses du squelette et des viscères que les lésions cranio-faciales. Le syndrome sanguin apparaît surtout caractérisé par une hypercholestérinémie. La radiothérapie locale est le meilleur traitement connu.

La pathogénie de cette singulière affection est discutée, son étiologie inconnue.

B) Quant aux TUMEURS SUPRASELLAIRES PROPREMENT DITES, les plus fréquentes sont, certes, les *craniopharyngiomes*, tumeurs développées aux dépens des vestiges du canal cranio-pharyngien de Rathke, que nous avons eues en vue dans cette étude. Toutefois, « il ne faudrait pas considérer toutes les tumeurs suprasellaires, même kystiques, comme des tumeurs de la poche de Rathke » (Guillain). On peut observer dans cette région des tumeurs ayant une toute autre origine : des endothéliomes ou *méningiomes* (Cushing, Gordon Holmes et Percy Sergent), des *adénomes hypophysaires suprasellaires*, des *gliomes* [notamment du chiasma et de ses enveloppes (Martin et Cushing)], des *cholestéatomes* et des *tératomes*, des *anévrismes*, des *chordomes*, enfin des tumeurs de natures diverses (papillomes choroïdiens, épendymomes...) qu'on peut grouper sous la désignation de *tumeurs du IIIe ventricule proprement dit*.

1. MÉNINGIOMES SUPRASELLAIRES (endothéliomes, désignés autrefois sous le nom de psammomes).

Il s'agit parfois de méningiomes, variété interne ou totale, de la petite aile du sphénoïde.

Il s'agit surtout de MÉNINGIOMES DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DU TUBERCULUM SELLAE. Bien étudiés notamment par Cushing et ses collaborateurs (Eisenhart, Gordon Holmes et Percy Sergent), en France par Vincent et de Martel, ils débutent cliniquement chez des *sujets d'âge moyen* (en général plus âgés que les sujets atteints d'adénome hypophysaire ou de craniopharyngiome). Les signes initiaux et longtemps exclusifs, au point de vue clinique, sont des *signes oculaires : syndrome chiasmatique, mais syndrome chiasmatique particulier :*

L'acuité visuelle est très tôt fortement touchée [il y a, dans ce cas, compression chiasmatique d'avant en arrière, donc atteinte précoce du faisceau maculaire (Cushing)] ; le malade de bonne heure a souvent dû, du fait de son amblyopie, abandonner sa profession ; la baisse de l'acuité visuelle peut être, est très fréquemment, asymétrique : un nerf optique peut en effet être très atteint (presque détruit) sans que l'autre ait souffert encore.

Le rétrécissement du champ visuel est plus tardif ; souvent il s'agit d'une hémianopsie bitemporale tout à fait définie (pour les couleurs d'abord, puis pour le blanc) ; parfois le rétrécissement a des limites irrégulières, et même variables d'un jour à l'autre (irrégularités des lacunes du champ visuel). On notera ici, en passant, que la compression de la pointe du lobe temporal se traduit schématiquement par une hémianopsie homonyme en quadrant supérieur : ce symptôme ne pourrait que compliquer la sémiologie d'une tumeur donnant déjà des signes chiasmatiques, telle un craniopharyngiome : Th. de Martel et ses collaborateurs signalent le cas d'un malade atteint de méningiome de la petite aile du sphénoïde et chez qui une hémianopsie en quadrant supérieur avait fait porter le diagnostic de tumeur de la pointe du lobe temporal.

Le fond de l'œil reste longtemps normal ; tardivement, apparaît une légère pâleur de la papille, puis l'atrophie papillaire devient évidente, à bords nets.

La stase est absente, en tous les cas inconstante.

C'est la RADIOGRAPHIE qui donne la clef du diagnostic et permet de faire celui-ci (d'avec toutes les causes d'atrophie optique primitive) avant même que se soit manifesté le premier signe d'hypertension intracranienne ou de compression focale autre que la compression des voies optiques : la selle turcique est normale (ni la lame quadrilatère, ni les clinoïdes postérieures ne sont usées) ; il n'y a en général pas de calcifications supra- ou intrasellaires proprement dites (dans 10 % des cas, cependant, on pourrait voir un nodule calcaire juste au-dessus du tubercule de la selle : Dew) ; par contre, le tubercule pituitaire (tuberculum sellae), point d'insertion de la dure-mère, montre un volume, une opacité, une rugosité exagérés. Cushing insiste sur le fait que ce signe radiologique ne se voit bien qu'à l'aide de la stéréoradiographie.

Si le diagnostic est fait alors, le pronostic est bon, car il est relativement facile de désinsérer le méningiome de son point d'attache, et, comme il est encore petit, de l'énucléer en le faisant basculer. Si on laisse les choses aller, tout se complique : d'une part, au point de vue du diagnostic, l'apparition des signes d'hypertension, puis de signes de la série infundibulo-hypophysaire (obésité légère, etc...), celle, éventuelle, de concrétions visibles à la radio, rendent le diagnostic différentiel malaisé d'avec toutes les tumeurs de la région, et notamment les craniopharyngiomes ; d'autre part, l'extension de volume de la tumeur en rend l'énucléation plus difficile ; serait-elle encore possible sans accident que le malade resterait ce qu'il était avant l'intervention tardive : aveugle.

2. ADÉNOMES HYPOPHYSAIRES SUPRASELLAIRES. — Il s'agit d'adénomes qui, se développant d'emblée au-dessus du diaphragme de la selle turcique, n'entraînent aucune déformation grossière de celle-ci.

Ils n'apparaissent *pas avant la troisième décade de la vie.*

Lorsqu'il ne s'agit pas d'adénomes acidophiles avec acromégalie, le *tableau symptomatique*, mis à part les signes dystrophiques inconstants, est à très peu de chose près celui des méningiomes suprasellaires. Ce-

pendant, le syndrome oculaire serait plutôt celui des tumeurs intrasellaires que celui des méningiomes (hémianopsie bitemporale plus typique, plus symétrique; acuité visuelle plus tardivement abaissée) ; d'autre part, si la selle apparaît souvent normale, s'il n'existe pas de concrétions calcaires, la symptomatologie radiologique sellaire serait plus riche que dans les méningiomes (de Martel, Nilus) ; mais ces modifications de la selle restent légères (un peu d'usure des apophyses clinoïdes postérieures, parfois de la lame quadrilatère, le plancher restant très longtemps intact). — Ce sont là des arguments bien fragiles, et, pratiquement, « on peut dire qu'il faut attendre la vérification opératoire pour faire le diagnostic entre un méningiome et un adénome suprasellaires, et qu'il est à peu près impossible de les distinguer cliniquement » (de Martel).

3. Les GLIOMES PRIMITIFS DU CHIASMA (ou de la portion intracranienne du nerf optique) représenteraient, pour Martin et Cushing, 3 à 8 % des néoplasmes suprasellaires.

Les malades sont ordinairement de *très jeunes sujets* (4 à 14 ans).

La *symptomatologie clinique* de ces gliomes n'est pas, par elle-même, très caractéristique : baisse de la vision rapidement progressive, asymétrique d'ailleurs ; atrophie optique plus ou moins marquée et plus ou moins dissociée d'un côté à l'autre, avec rétrécissement des vaisseaux ; altérations marquées du champ visuel, sans hémianopsie nette, mais avec lacunes irrégulières ; absence, au début tout au moins, de signes hypophysaires ou infundibulaires, tout ceci n'est pas essentiellement différent de ce qui se passe dans les compressions chiasmatiques pures et simples, par méningiomes du tuberculum sellae par exemple ou dans certains cas de craniopharyngiomes. Cependant, l'exophtalmie unilatérale ne serait pas rare, et surtout on peut noter, dans certains cas, à l'examen du fond de l'œil, une saillie révélatrice de l'existence de la tumeur progressant le long du nerf optique (signe de certitude).

La *radiographie*, dans les cas heureux, donne, elle, des renseignements beaucoup plus précis. Si la selle turcique est normale, les apophyses clinoïdes antérieures (ou tout au moins l'une d'elles) sont souvent entamées par une excavation profonde, conséquence de l'élargissement du trou optique. Le point de départ de la tumeur est en effet fréquemment le nerf optique lui-même dans sa portion canaliculaire : d'où un élargissement de la portion interne du canal optique, un amincissement consécutif de la portion osseuse qui sépare le canal optique de la fente sphénoïdale, l'effondrement du pilier qui soutient l'apophyse clinoïde antérieure. Dans les cas plus avancés, canal optique et selle turcique communiquent largement ; l'ensemble prend un *aspect en gourde*, la petite extrémité se trouvant au niveau du canal optique et le corps de la gourde venant s'inscrire dans le profil de la selle turcique.

Un certain nombre de tumeurs du chiasma ou de la portion intracranienne des nerfs optiques ne sont d'ailleurs qu'une manifestation, parmi d'autres, d'une *neurofibromatose de Recklinghausen*.

4. Les ANÉVRISMES DE LA BASE DU CERVEAU « étaient pour ainsi dire inconnus avant l'ère des rayons X. Le premier diagnostic posé radiologiquement fut celui de Grocbel chez un homme atteint d'atrophie optique avec stase gauche. La selle et le corps du sphénoïde étaient totalement détruits sur le cliché. Au-dessus de la plage entamée figurait une ombre opaque en forme de croissant ; l'opération, et plus tard l'autopsie, confirmèrent qu'il s'agissait d'un anévrisme de la carotide interne, qui s'étendait de l'orbite gauche à l'étage moyen du crâne, en envahissant complètement la selle turcique et l'hypophyse. Ce cas, avec celui de Heuer et Dandy (anévrisme de la sylvienne), et celui de Schuller (anévrisme de la carotide interne), étaient les seuls connus en 1920, quand Sosman et Vost publièrent les résultats de leurs recherches sur cette question, et, grâce à la stéréoradiographie, montrèrent qu'il est possible à un radiographe expérimenté de faire ce diagnostic difficile par la forme des plages opaques qui suivent le trajet des artères de la base du cerveau. Sauf les signes d'atrophie optique, d'ailleurs inconstants, les symptômes cliniques sont nuls jusqu'à la rupture de l'anévrisme, qui donne un tableau dramatique : céphalées extrêmes, perte de connaissance, hématorachie et, presque toujours, exitus » (Nilus).

C. Ces cas éliminés, le diagnostic de nature d'une tumeur suprasellaire, comme le diagnostic topographique exact, ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être précisé que par l'intervention ou l'autopsie.

a) Telles ces TUMEURS, pourtant ENCORE A PROPREMENT PARLER SUPRASELLAIRES, que sont :

Les *chordomes*, à symptomatologie chiasmatique (d'autres sont surtout rétrosellaires) ;

L'*angio-neuro-épithéliome kystique* de G. Guillain, Mollaret et Bertrand : dans l'observation de ces auteurs, il y avait hémianopsie bitemporale avec atrophie optique, diabète insipide léger, poussées passagères d'hypertension intracranienne ; la radio montrait une petite tache rétrosellaire. Le diagnostic clinique aurait été celui de cranio-pharyngiome si le malade n'avait eu déjà 40 ans, si l'hémianopsie et l'atrophie optique n'avaient évolué rapidement, si le siège de la petite tache calcaire n'avait été rétro- et non suprasellaire. De l'examen anatomique, on put conclure à une double origine de la tumeur : angiomateuse (cérébrale antérieure) et neuro-épithéliale.

b) Telles enfin ces tumeurs à point de départ mal précisé ou nettement rattachées au IIIe ventricule (TUMEURS PRIMITIVES DU PLANCHER), qu'il nous semble impossible encore actuellement de différencier en types anatomo-cliniques définis, les observations étant trop isolées et trop disparates au point de vue anatomique [*tératomes*, *gliomes* de tous types, *neurinome* (du faisceau de Vicq d'Azyr associé à une sclérose tubéreuse dans un cas de Globus), *cholestéatomes* (Ford, Penfield), voire *kystes parasitaires et tuberculomes* (Bristowe, de Schweinitz)].

Tout au plus, peut-on dire, au point de vue clinique, que l'évolution par poussées est ici particulièrement nette (avec parfois de véritables crises de céphа-

lées-narcolepsie, etc. et que les signes oculaires ne sont pas toujours au premier plan (1).

Le diagnostic de nature est cependant à la rigueur possible dans les cas de TUMEUR INFUNDIBULAIRE SECONDAIRE (à *un cancer du sein* par exemple : un cas de Baruk), à une *tumeur* (médulloblastome) *cérébelleuse* ou à un *pinéalome* (Bailey), ou enfin lorsqu'il existe par ailleurs des signes périphériques de *Maladie de Recklinghausen*.

***

Certaines MÉTHODES « CHIRURGICALES » DE DIAGNOSTIC peuvent-elles, dans les cas difficiles, apporter, avant l'intervention proprement dite, des éléments d'information ? Peu, à vrai dire.

1. La VENTRICULOGRAPHIE (Vincent, Puech et David ; Foerster ; Balado) peut fournir des arguments en faveur de l'existence d'une tumeur suprasellaire.

« A l'état normal, après une bonne insufflation d'air, sur des radiogrammes de profil, l'image du IIIe ventricule est identique à celle que donne un IIIe ventricule sectionné dans sa longueur et photographié. Il a la forme d'une sorte de quadrilatère, concave en bas, présentant quatre cornes ; deux postérieures, deux antérieures. Des deux postérieures, l'une est susépiphysaire, l'autre sous-épiphysaire. Dans celle-ci s'ouvre l'aqueduc. Les deux cornes antérieures sont l'une préchiasmatique, l'autre rétro-chiasmatique. Celle-ci est profonde et répond à l'insertion de la tige pituitaire. Dans le côté supérieur, vers l'extrémité du tiers antérieur s'ouvre le trou de Monro. »

Si, chez un malade donné, le IIIe ventricule est injecté (compte tenu des causes d'erreur et des défauts de technique), il n'y a pas de tumeur du IIIe ventricule proprement dit (mais hydrocéphalie simple ou communicante, tumeur de la fosse postérieure ou comprimant l'aqueduc de Sylvius, éventuellement tumeur de la région pinéale).

Mais, si le *IIIe ventricule est invisible sur tous les clichés*, il est à peu près impossible de dire, d'après la seule vue des films, si la tumeur comprime la partie antérieure du IIIe ventricule (gliome du chiasma par exemple), si elle occupe l'intérieur même du ventricule ou si elle est sous-jacente, suprasellaire. Si la tumeur n'est ni ancienne ni volumineuse, les ventricules latéraux peuvent paraître normaux ; si la tumeur est volumineuse, les ventricules latéraux sont plus ou moins dilatés, ce qui indique un certain degré d'*hydrocéphalie* et aussi un passage normal de l'air d'un ventricule latéral à l'autre ; tout au plus peut-on dire que, dans les *tumeurs antérieures*, l'asymétrie ventriculaire est plus fréquente que dans les *tumeurs suprasellaires* ou *intraventriculaires*, que les cornes frontales sont dans le premier cas plus souvent écartées, parfois relevées, que leur angle inférieur surtout est plus souvent amputé (Vincent, David et Puech). Foerster ajoute que, en cas de tumeur suprasellaire, les ventriculogrammes de profil mettent parfois en évidence la convexité vers le haut du plancher du IIIe ventricule refoulé : *aspect en virgule couchée*.

2. La méthode de *repérage ventriculaire* de Laruelle ne peut que montrer l'absence de « circulation » de l'air dans les ventricules ; elle n'indique ni le pourquoi de cette absence, ni même le siège exact de l'obstacle.

3. L'*encéphalographie artérielle d'Egas Monis* pourrait rendre des services dans certains cas, notamment d'anévrismes des artères de la base.

4. Quant à la PONCTION HYPOPHYSAIRE par voie transfrontale, selon la méthode de Simons et Hirschmann, elle peut apporter en principe des renseignements précis ; mais elle est peu utilisée et son innocuité a été contestée. Notons en passant que le cas princeps des auteurs allemands concernait un craniopharyngiome et qu'a pu être retiré un liquide ayant les caractères typiques du liquide intrakystique de ce type de tumeurs (riche en paillettes de cholestérine) : une telle éventualité paraît pour le moins devoir rester exceptionnelle.

En somme, les craniopharyngiomes, de diagnostic parfois très facile, notamment lorsque des concrétions calcaires suprasellaires typiques sont visibles à la radiographie, posent parfois des problèmes de diagnostic extrêmement délicats, notamment lorsque la radiologie est muette. En principe, et le plus souvent en fait, on arrive par la clinique et l'ophtalmologie, à affirmer la tumeur suprasellaire Il reste parfois impossible de dire plus, même après ventriculographie ; la notion d'âge, la notion de fréquence sont des arguments suffisants pour justifier une intervention.

Traitement. — Ni la craniectomie décompressive, ni la radiothérapie ne constituent à proprement parler des traitements des craniopharyngiomes. La *trépanation décompressive*, indiquée dans certains cas s'il y a des signes manifestes d'hypertension, ne soulage que passagèrement le malade de ses céphalées et n'empêche pas l'aggravation des troubles oculaires jusqu'à la cécité. La *radiothérapie* est déclarée par Cushing et la plupart des neurochirurgiens inefficace, ce qui s'explique d'ailleurs lorsqu'on considère la nature au moins partiellement calcifiée de la tumeur. Quelques cas d'amélioration par radiothérapie ont été rapportés (Nobécourt, Roussy et Bollack) : Vincent conteste la durée de ces améliorations. Puech par contre, à propos d'un cas aggravé à la suite de séances radiothérapiques, insiste sur les dangers éventuels de ce traitement.

Avec les auteurs américains, Cl. Vincent et de Martel, on s'accorde donc sur le fait que le *seul traitement efficace est le* TRAITEMENT CHIRURGICAL : *l'ablation du craniopharyngiome et, à défaut, son morcellement avec extirpation de la plus grande quantité possible de tissu néoplasique*. L'intervention est aujourd'hui bien réglée.

A. TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — 1. *La seule voie d'abord possible est la voie haute, transfrontale ou mieux sous-frontale, sus- ou sous-durémérienne* (cf. de Martel, Denet et Guillaume).

(1) Nous nous permettons de renvoyer, notamment sur ce point, à notre rapport sur « *Les tumeurs du IIIe ventricule, étude clinique et thérapeutique* » au XXXVIIIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française, Lyon, 16-21 juillet 1934.

a) Le malade est opéré assis, la tête maintenue droite, dans une position naturelle, par trois mains métalliques garnies de caoutchouc. Après anesthésie locale à la novocaïne à 1 pour 200, un *volet* est taillé, à droite en principe (l'opérateur, droitier, se placera à droite du malade, « travaillera » de la main droite, se servant de la main gauche pour soulever et récliner le cerveau : Cushing). Le volet taillé ne sera jamais trop grand, dit de Martel, qui donne comme limites : *en bas* (charnière du volet), une ligne allant depuis un point situé au-dessus et en avant de l'oreille, à l'union de la base et de la voûte du crâne, jusqu'à deux centimètres au delà (à gauche) de la ligne médiane, et passant au-dessus du sourcil, aussi bas qu'il est possible sans ouvrir le sinus frontal repéré préalablement à la radiographie ; *en arrière*, une ligne verticale partant au-dessus et un peu en arrière de l'oreille ; *en dedans* une ligne paramédiane parallèle au sinus longitudinal supérieur et à deux centimètres à sa gauche (ce dépassement de la ligne médiane est indispensable pour, ultérieurement, pouvoir désinsérer commodément la faux du cerveau et découvrir largement, sans tirer, la région chiasmatique). Nous n'insisterons ni sur la confection des trous de trépan, ni sur la section (à la scie hélicoïdale) des ponts osseux préalablement creusés, ni sur le temps qui consiste à soulever le volet osseux et à le briser à sa base, ni même sur l'*hémostase soigneuse* qui doit toujours être faite des surfaces osseuses. Ce premier temps achevé, de la novocaïne à 1 pour 200 est versée sur la dure-mère, entre elle et l'os, puis le malade est basculé, de telle sorte que l'axe antéro-postérieur de sa tête devienne presque vertical.

b) *Ponction du ventricule latéral.* — Le feuillet superficiel de la dure-mère est alors incisé au bistouri à 2 cm. en dehors du sinus longitudinal supérieur et à 2 cm. du bord postérieur de la brèche osseuse. Une aiguille mousse à œillet latéral (Cushing), enfoncée dans le plan sagittal, perfore le corps calleux et pénètre par en haut dans le ventricule latéral. On s'arrête dès que du liquide coule ; sinon, on risque de pénétrer dans le plancher du ventricule, ici la couche optique. L'aiguille peut être laissée en place pendant toute la durée de l'intervention.

c) *Libération de la dure-mère, soulèvement du lobe frontal et découverte de la lésion.* Ici, deux possibilités :

Ou bien, on décolle pas à pas la dure-mère avec de l'ouate humide et en soulevant dure-mère décollée et lobe frontal avec l'écarteur malléable. Le décollement s'opère sans difficulté *jusqu'aux zones d'adhérences* que constituent : *en dedans*, le trou borgne, l'apophyse crista galli (sommet de la faux du cerveau), la lame criblée de l'ethmoïde (avec le nerf et le bulbe olfactifs) ; *en arrière*, au delà du toit de l'orbite, une ligne courbe répondant exactement au bord postérieur de la petite aile du sphénoïde. On libère alors ces adhérences (autant que possible sans se servir d'instrument pour éviter les hémorragies, mais en utilisant des tampons d'ouate sèche), en dedans et d'avant en arrière. Arrivé sur la ligne médiane à l'union de la zone décollable et de la zone fortement adhérente, en un point qui, situé sur la face supérieure du corps du sphénoïde, se trouve un peu en dehors de l'apophyse clinoïde antérieure, on incise la dure-mère. Puis on va en dehors reconnaître la partie la plus externe du bord postérieur de la petite aile du sphénoïde (longée par le sinus de Bréchet) et de dehors en dedans, on incise la méninge le long et au-dessus de la petite aile droite, jusqu'à l'apophyse clinoïde antérieure, puis, au delà de la ligne médiane, le long du bord antérieur de la petite aile gauche.

Ou bien, une fois achevée la trépanation osseuse, *on incise directement la dure-mère* suivant les contours de l'orifice de trépanation (Adson, de Martel). Le cerveau est immédiatement et largement découvert, mais, toujours protégé par de l'ouate humide, prudemment récliné en arrière. On arrive ainsi directement sur la zone à explorer.

Dans tous les cas, le bord postérieur de la petite aile du sphénoïde d'abord, puis l'apophyse clinoïde antérieure constituent les deux premiers repères importants. Les seconds repères sont constitués par le nerf optique droit, l'angle antérieur droit du chiasma, plus en arrière la bandelette optique droite, et aussi par le bouquet carotidien (cérébrale antérieure, ophtalmique, cérébrale postérieure). Plus on approche, plus il faut aller doucement et prudemment : « l'opération ne fait que commencer » (de Martel).

2. Nous n'avons à envisager ici que les cas où l'on se trouve bien en présence d'un craniopharyngiome, et non d'un méningiome suprasellaire ou d'un adénome hypophysaire. Ces cas sont d'ailleurs parmi les plus difficiles. On *ponctionnera d'abord* (le fait de retirer un liquide chargé de paillettes de cholestérine confirme le diagnostic ; d'après la quantité de liquide retiré par ponction, on pourra juger, approximativement, du volume de la tumeur). Puis, on *ouvre le kyste* à la pointe du bistouri, on touche l'intérieur au Zenker, ce qui a pour effet de rendre la paroi friable du kyste plus solide et permet de mieux la saisir. Par *tractions douces, on cherche à l'attirer au dehors.*

La chose est relativement facile si la tumeur est petite : il peut alors être possible d'isoler toute sa surface, d'en faire le tour, de l'*extirper en totalité.*

Si la tumeur est trop grosse, trop étendue, si elle a contracté avec les organes voisins, en particulier avec le plancher du IIIe ventricule et les vaisseaux, des rapports intimes (voir anatomie pathologique), l'ablation complète devient impossible. Il faut alors, *soit* se contenter d'*évacuer le mieux possible le kyste, par ponction, soit enlever le plus possible de tissu tumoral*, « par copeaux », à l'électro. C'est une opération très longue et très délicate, qui ne va pas sans aléas : des artères sont rencontrées qu'on ne peut lier, soit parce que leur ligature serait catastrophique, soit parce qu'on ne sait pas au juste quelles elles sont (on peut cependant lier l'ophtalmique entre deux clips, et aussi parfois la communicante antérieure). Les nerfs optiques et le chiasma gênent parfois beaucoup les manœuvres : si le malade est hémianopsique et le chiasma fortement soulevé par la tumeur qu'il recouvre, il peut être permis de sectionner le chiasma dans le sens antéropostérieur, ce qui fera cesser la traction de la tumeur sur les voies optiques et sauvera ce qui reste de vue, ce qui rendra aussi plus accessible la partie supérieure, visible, de la poche, et rendra plus facile

la suite de l'opération (de Martel). « L'ablation complète (de telles tumeurs) est, dans la majorité des cas, impossible sans provoquer la mort du malade et l'on doit, sauf exception, se contenter de résection partielle... *Dans le monde entier, on peut compter les craniopharyngiomes enlevés en entier* » (Cl. Vincent, David et Puech).

3. Nous n'insisterons pas sur les *temps subséquents : hémostase* précise et minutieuse, patiente ; *suture de la dure-mère ; remise en place du volet osseux ; fermeture en trois plans.*

Si le malade est en mauvais état avant l'opération, de Martel conseille d'opérer en deux temps, mais séparés seulement par 20 heures d'intervalle.

B. Accidents opératoires. Incident postopératoire. — Les uns sont communs à toutes les opérations intracraniennes. Nous n'insisterons pas (hémorragies...). Les autres sont *plus spéciaux aux opérations portant sur la région* qui nous intéresse. Ils sont schématisés par de Martel de la façon suivante :

1. Accidents ou incidents immédiats, *pendant l'intervention même :*

a) *Douleur vive* provoquée par le décollement de la dure-mère de la lame criblée de l'etmoïde (sans gravité).

b) *Traumatisme de la région infundibulo-tubérienne*, au cours même de l'intervention, alors qu'on dégage la région sushypophysaire : soif intense, polyurie ; narcolepsie (le malade, non endormi, qui jusque-là répondait bien aux questions, répond moins bien, puis tombe dans un sommeil profond et l'opération se poursuit dès lors sur un malade dormant d'un sommeil plus ou moins ébrieux) ; respiration plus bruyante ; troubles thermiques (hypothermie à 36°).

c) *Syndrome apparemment lié à la compression du lobe frontal droit :* « Le malade, qui jusqu'alors parlait ou répondait fort correctement aux questions posées, devient désorienté dans le temps et dans l'espace. Il ignore entièrement son état et divague. Nous avons pu voir ce syndrome frontal presque expérimental subsister après l'opération » (de Martel), mais en général il s'atténue progressivement.

2. Accidents postopératoires.

a) Ils sont quasi constants sous la forme d'un « syndrome postopératoire du plancher du IIIe ventricule » (Cl. Vincent, de Martel) : sommeil profond, avec respiration régulière et tension artérielle normale, mais pouls accéléré. Après une ou deux heures, très rapidement en tous les cas, ascension thermique à 40°, 41° ou même plus ; vomissements. « Le malade réagit aux excitations un peu vives, sortant de sa torpeur et répondant très correctement aux questions posées. Spontanément il s'éveille pour demander à boire. » Il suffit de laisser le malade au repos, de le faire boire et inhaler de la poudre d'hypophyse (lobe postérieur) pour que, et très rapidement en général, 24 ou 48 heures après l'opération, les choses s'amendent ; « la température baisse, et, souvent en quelques heures, revient au voisinage de la normale. L'état narcoleptique est de moins en moins marqué. Le malade éveillé est d'ailleurs parfaitement lucide. Cinq jours après l'opération, tous ces troubles ont en général disparu » (de Martel).

Dans des cas plus rares, l'état narcoleptique persiste plus longtemps, ou bien persiste un véritable diabète insipide.

b) De Martel décrit encore un « *syndrome frontal postopératoire* », éventuellement associé au précédent. Le malade rêvasse. « Il prononce par instants quelques mots, témoignant de son absence, de sa désorientation dans le temps et l'espace. Lorsqu'on parvient à le tirer de sa torpeur, on constate que l'amnésie est globale, mais avec prédominance cependant pour les faits récents. Le malade ignore tout de son état antérieur et des principaux épisodes qui ont marqué le cours de son affection ; il n'a aucun souvenir de l'opération. Ces troubles mentaux, d'un caractère frontal très pur, auxquels ne se surajoute d'ailleurs aucun élément aphasique, régressent peu à peu parfois très brusquement. »

C. Résultats. — Malgré les aléas et les dangers d'une opération grave, malgré une mortalité opératoire immédiate ou secondaire encore très grande, la neurochirurgie compte, dans ce domaine qui n'est pas de ceux qui lui sont le plus favorables, de beaux succès :

Cushing, dès 1922, sur 27 cas opérés, comptait 11 résultats favorables ;

Cl. Vincent, en 1932, sur 8 craniopharyngiomes opérés, compte deux morts (soit 25 % seulement). Trois malades ont survécu un an ; un est mort au cours d'une nouvelle intervention, deux de récidives avec compression rapide du tronc cérébral ; trois survivent.

Certes, les cas très favorables, les guérisons complètes sont rares (parce que rares sont les cas où la tumeur peut être extirpée en entier) ; les récidives sont fréquentes et il faut réopérer (l'opération itérative n'étant d'ailleurs pas plus difficile que l'opération première) ; certes, la mort subite tardive a été signalée ; certes, l'infantilisme, même dans les cas les plus heureux ne régresse guère, et, si les lésions étaient trop avancées, la vue elle-même ne s'améliore pas. « On objectera sans doute que de tels résultats, pour des études cliniques aussi complexes et des opérations aussi dangereuses, sont maigres. Cependant, il faut se souvenir qu'on est en présence d'affections qui ne pardonnent pas. Le moindre résultat positif est donc une grande chose. De plus, les neurochirurgiens actuels font les premières recherches dans un champ ingrat et dangereux. Mais ils finiront par établir des règles relatives au développement, au diagnostic, au traitement des craniopharyngiomes. Nous pensons bien qu'une des premières choses qu'ils affirmeront est qu'on doit reconnaître et opérer ces tumeurs très tôt. Toutes choses égales d'ailleurs, plus la tumeur sera petite, plus elle aura de chance d'être enlevée complètement avec le minimum de danger » (Cl. Vincent, David et Puech).

L'hémo-vaccin (hémo-vaccinothérapie, selon la méthode du Dr Léon Michelet). — Chez l'auteur, 8, rue Gustave-Rouanet, Paris (18e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 19 juin 1934)

M. le Président fait part de la mort de M. Miguel Couto (de Rio de Janeiro), associé étranger depuis 1917.

Le rhumatisme chronique progressif généralisé à la Salpêtrière du temps de Charcot et de nos jours. — MM. F. Bezançon, O. Crouzon, M.-P. Weil et M. Gaucher. Il était intéressant de reprendre l'étude du rhumatisme chronique progressif généralisé, dans le milieu même de la Salpêtrière, où Charcot avait trouvé les matériaux de sa thèse inaugurale de 1853, en complétant les données fournies par l'étude clinique par celles apportées par la radiographie et les méthodes de laboratoire actuellement en honneur.

1° Un premier fait ressort de ces recherches : le caractère contingent des déformations, qui, comme l'avait déjà vu Charcot, peuvent être dues non à des lésions ostéo-articulaires, mais à des rétractions liées à des atrophies ou à des contractures musculaires. Ces déformations peuvent d'ailleurs complètement faire défaut. Ce ne sont donc pas elles qui créent le type clinique ;

2° L'importance trop grande donnée aux lésions des extrémités : le caractère acromélique manque très fréquemment ou n'est que tardif, la maladie débutant souvent par une grosse articulation ;

3° L'importance trop grande donnée à la notion de symétrie : celle-ci indiscutable dans les formes terminales, n'est bien souvent qu'un aboutissement dû à la généralisation des lésions. Par sa précocité et son importance, elle donne cependant son caractère à certains types cliniques.

4° L'importance exagérée des troubles trophiques, dont l'apparition précoce n'appartient également qu'à certaines formes particulières.

La radiologie témoigne de la diversité des types observés ; les aspects variables décelés à la radiographie (décalcification simple, érosions, interpénétration, fusion osseuse) correspondent non à des stades évolutifs successifs, mais à des états différents.

Encore qu'il paraisse hasardeux de vouloir superposer les types radiologiques aux types cliniques, il semble qu'il soit nécessaire de procéder à un travail de remaniement, voire de dissociation de la question du rhumatisme chronique généralisé, remaniement non basé sur les recherches de laboratoire qui malgré leurs persévérants efforts n'ont pas apporté aux auteurs de données positives.

Dans un premier groupe, le plus fréquent, la maladie évoque avant tout, de par son mode de début à type d'arthrite aiguë ou de crise polyarticulaire, de par son évolution par poussées successives, de par l'importance toute particulière des lésions synoviales et ostéo-articulaires, l'idée d'un processus inflammatoire pouvant relever de l'infection.

Dans un deuxième groupe au contraire, où prédominent les troubles paresthésiques et les phénomènes vaso-moteurs, le terrain sur lequel la maladie évolue plaide en faveur d'un processus vasculo-sympathique. Le lien qui cependant unit toutes ces formes, est la tendance à la généralisation qu'une étude mieux comprise des modes de début permet d'envisager moins inexorable que par le passé.

Viscosité sanguine et protection contre les états de choc. — M. Kopaczewski a proposé en 1914 l'explication physique du choc anaphylactique et de tous les états pathologiques que les cliniciens attribuent à l'anaphylaxie (maladie sérique, dermatoses, asthme, etc.). D'après lui, le choc serait dû à l'apparition d'une floculation des colloïdes plasmatiques. Cette hypothèse, aujourd'hui acceptée par un bon nombre d'auteurs en France et à l'étranger, a permis de trouver plusieurs techniques permettant de combattre ces états de choc. M. Kopaczewski, en s'appuyant sur les données connues en colloïdologie, concernant la stabilisation des systèmes colloïdaux, a proposé, tout d'abord, l'emploi des diverses substances abaissant la tension superficielle du plasma sanguin ; récemment, il a étudié l'action efficace de l'acide lactique, du camphre soluble, etc. Aujourd'hui, en rappelant ces recherches de 1917, il démontre l'utilité des diverses substances augmentant la viscosité sanguine : sucres, gommes, glycérine, pectines, etc., soit en injection, soit en ingestion.

Respiration artificielle. — M. Oudard présente au nom de M. Hederer, une étude critique et expérimentale des différents procédés de respiration artificielle.

Sa conclusion est que les appareils à compression sont supérieurs aux manœuvres manuelles. Il présente un appareil dénommé *pulmo-ventilateur*, qui réalise un progrès sur les autres appareils. Il utilise en outre le carbogène ou des mélanges dosés.

Le pulmoventilateur Hederer a été adopté dans la marine de l'Etat.

Existence d'un foyer endémique de typhus récurrent à Saint-Louis du Sénégal. — MM. Mathis et Durieux.

La synthèse de la vitamine C dans l'organisme du nourrisson. — MM. Rohmer, Bezssonoff et Stoerr.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité permanent de l'*Office international d'hygiène publique* (1) vient de publier le compte rendu de ses travaux pendant la session extraordinaire d'avril-mai 1934. Dans la brochure que veut bien nous communiquer le directeur de l'Office, M. Abt on trouve comme d'habitude de très intéressants documents sur l'état sanitaire dans le monde en 1933.

Après avoir examiné certaines questions relatives à la désinfection des navires, à la dératisation, au transport des pèlerins du Hedjaz, aux mesures prises pour éviter le transport des moustiques par les aéronefs, le Comité s'est occupé des facilités données aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes et de l'application de la convention de l'opium de Genève de 1925. Le comité permanent a passé ensuite à l'étude des grandes questions mises au programme.

Fièvre jaune. — Des recherches en vue de délimiter les foyers endémiques de la fièvre jaune ont été poursuivies depuis 1931 au moyen du test de protection de la souris blanche contre le virus amaril neurotrope, par l'injection simultanée de sérum provenant de sujets habitant la région étudiée : le sérum des personnes qui ont eu la fièvre jaune neutralise le virus. Cette méthode a été largement appliquée, surtout par la division d'hygiène internationale de la Fondation Rockefeller, avec la coopération des gouvernements intéressés. L'Office avait lui-même fait directement appel à la fondation et a demandé à plusieurs gouvernements de lui faciliter les recherches.

(1) 195, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

Environ 25.000 sérums, provenant de l'Afrique, de l'Amérique du Sud et de diverses autres régions du monde, ont été examinés dans les laboratoires de la Fondation à Lagos (Nigeria), à Bahia (Brésil) et à New-York. A l'origine, le but était de délimiter exactement les zones où l'on sait que la fièvre jaune existe, en Afrique Occidentale et dans l'Amérique du Sud. Puis, on a cherché, en Afrique, à tracer la limite jusqu'à laquelle la fièvre jaune s'est propagée à partir des foyers connus, et, dans l'Amérique du Sud, à découvrir les régions où s'entretient le virus sous une forme latente. La question de la spécificité du test s'est alors posée et a motivé son application à des sérums provenant de nombreux pays où la fièvre jaune n'a jamais été décelée.

Le Comité a aussi été mis au courant de l'état exact de la question de la vaccination contre la fièvre jaune, par des communications émanant des divers chercheurs qui s'en occupent : les docteurs Sawyer à New-York, Findlay à Londres, Pettit et Stefanopoulo à Paris ; Laigret à Tunis. Ce dernier met au point l'emploi de dilutions titrées de cerveaux de souris infectées, atténués par exposition à la température de 20° pendant 4, 2 et 1 jours ; il a pratiqué 24 vaccinations. Les autres expérimentateurs suivent la méthode de Sawyer, Kitchen et Lloyd, dans laquelle on associe l'inoculation de virus amaril et l'injection d'immun-sérum ; Pettit et Stefanopoulo se servent de sérum de cheval immunisé, au lieu de sérum d'ancien malade. 56 personnes ont été vaccinées à New-York, 264 à Londres, 12 à Paris, avec des résultats satisfaisants.

Choléra. — En ce qui concerne le nombre minimum de germes que devait contenir la dose de vaccin anticholérique injectée, lorsque pour des raisons d'opportunité, on est obligé de pratiquer l'immunisation à l'aide d'une injection unique, les réponses reçues à l'Office indiquent un chiffre moyen de 8 milliards de germes en une seule injection. La vaccination à deux injections devrait néanmoins rester la méthode de choix.

Le contrôle de la vaccination *per os* paraît irréalisable. La question de la préparation d'un sérum agglutinant étalon reste à l'étude.

Variole et vaccination antivariolique. — L'étude des diverses questions concernant la vaccination se poursuit. Le Comité continue à donner une attention particulière aux essais de culture du virus vaccinal sur des tissus vivants et de vaccination avec les produits ainsi obtenus. Il a reçu communication à ce sujet des travaux de Goodpasture et ses collaborateurs aux Etats-Unis : avec une souche dermique de vaccin, cultivée depuis deux ans sur l'allantochorion de l'embryon de poulet, on a préparé une grande quantité de vaccin exempt de bactéries, qui peut être utilisé immédiatement et conserve très longtemps son activité à 0°C. Ce vaccin donne à peu près les mêmes résultats que les vaccins de génisse commerciaux ; toutefois, les tissus sous-cutanés sont moins indurés au point d'inoculation, les pustules contiennent moins de pus, les cicatrices sont moins profondes. Plus de 1.000 enfants ont été vaccinés avec ce vaccin dans les écoles de l'Etat de Tennessee ; la proportion moyenne de succès a atteint 94 %. A l'Institut de vaccine de l'Institut d'Hygiène de Madrid, on a largement préparé du neuro-vaccin, suivant la méthode de Levaditi ; plus de 8 millions de vaccinations cutanées ont été effectuées avec ce produit, ainsi que 6.500 vaccinations sous-cutanées. Depuis que l'on a entrepris la culture de vaccin sur l'embryon de poulet, on juge cependant cette nouvelle méthode préférable.

Les expériences se poursuivent dans divers pays.

Typhus exanthématique. — Il a continué à sévir à la fin de 1933 et au début de 1934 dans divers pays : Chili, Egypte, Afrique du Sud, U. R. S. S.

DINITRA

alpha-dinitrophénol 1.2.4

OBÉSITÉ

HYPOTHERMIES _ HYPOSPHYXIES
HYPOTHYROÏDIES

HYPOMÉTABOLISMES

RALENTISSEMENTS
de la NUTRITION

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES, 5 & 7, rue Claude Decaen - PARIS 12e

DREVILL • grav.

Dans divers pays, on parle de typhus endémique, il serait préférable de l'appeler typhus à puces (par opposition au typhus à poux) ou typhus murin.

Psittacose. — On a encore signalé en 1933 et 1934 des cas humains de psittacose : en Angleterre, à Amsterdam, en Allemagne, en Californie. Le contrôle des élevages paraît la meilleure mesure de protection.

Fièvre scarlatine. — Aux Etats-Unis, on a obtenu des résultats satisfaisants, en procédant à l'immunisation avec cinq injections de toxine streptococcique. Les essais avec l'anatoxine streptococcique sont plus encourageants. Des essais analogues sont poursuivis au Canada et en Turquie.

Influenza. — Depuis la grande pandémie de 1918-1919, des épidémies apparaissent périodiquement dans divers pays (Etats-Unis, Allemagne, Suisse, Angleterre, etc.). En Angleterre, des recherches de Smith, Andrew et Laidlaw ont apporté des notions nouvelles sur le virus de l'influenza. C'est un virus filtrant. Les auteurs sont parvenus à immuniser le furet contre le virus humain.

Spirochétose ictéro-hémorragique. — On l'a constatée dans les Pays-Bas, en Allemagne, en France, en Suisse, au Danemark, dans l'Inde, aux Etats-Unis, au Japon (1.626 cas dans ce pays en 1933).

Vaccination contre la fièvre typhoïde. — La vaccination « per os » est appliquée au Japon. Elle est exceptionnelle en U. R. S. S. On ne l'emploie pas aux Etats-Unis. Notons que dans ce dernier pays, où la vaccination reste obligatoire dans l'armée, on a supprimé du vaccin les para A. et B. En Turquie, la vaccination est obligatoire dans l'armée et peut être rendue obligatoire dans la population civile.

Paludisme. — Dans la plupart des pays à paludisme, les mesures préventives comprennent la dose quotidienne de 0 gr. 25 de quinine ; dans quelques pays, la dose est portée à 0 gr. 40 et 0 gr. 60. Ces doses doivent être encore utilisées après le départ des régions impaludées pendant une période qui varie suivant les pays. Dans la marine allemande, on emploie la quinoplasmine au lieu de la quinine. En Angleterre, on préfère l'atébrine.

Leishmanioses. — Le Congrès de Marseille de 1932 a attiré l'attention des chercheurs sur la leishmaniose viscérale dans le bassin de la Méditerranée. Depuis cette époque, on a apporté de nouveaux cas observés en Yougoslavie, Egypte, Algérie, U. R. S. S.

Goitre. — Le goitre a été observé dans une forte proportion au Congo belge. Il devient rare en France et en Italie.

Le sel iodé qui a été recommandé dans les pays à goitre est préparé par l'addition d'iodure de potassium au sel déjà cristallisé ; l'opération est faite aux salines ou dans les entrepôts généraux. On pulvérise sur le sel une solution d'iodure de potassium et l'on fait ensuite un brassage énergique ; aux Etats-Unis, on ajoute au sel un mélange sec d'iodure de potassium, de carbonate de soude et de carbonate de magnésie. La dose d'iode est de 5 milligrammes par kilo en Suisse, Hollande, Pologne, de 10 milligrammes en Italie. Le sel est vendu dans des boîtes en carton, ou dans des pochettes en parchemin placées dans des boîtes en carton. L'usage des bonbons iodés est généralement déconseillé ; ils sont cependant employés en Italie, en Suède.

Désinfection terminale. — On peut dire que dans tous les pays, il y a une évolution dans les idées concernant les méthodes qui conviennent pour les désinfections finales ; mais la plus grande diversité apparaît dans le chemin parcouru, tant en général qu'à propos de maladies particulières. Les fumigations au formol ou à l'anhydride sulfureux sont conservées dans certains pays, au moins pour quelques maladies ; de même pour la désinfection des linges, de la literie, dans l'étuve à vapeur d'eau ou de formol. Ailleurs, la désinfection terminale comporte la pulvérisation de solutions antiseptiques, ou simplement le lavage général avec ces solutions, et le traitement des linges et objets souillés, soit par l'ébullition, soit par le trempage dans une solution antiseptique. Enfin, dans certains pays, le seul traitement final est le nettoyage complet de la maison par des moyens domestiques, l'aération et l'insolation, la stérilisation par immersion, dans une solution antiseptique, des ustensiles et la désinfection des literies, linges, etc., manifestement souillés. Il arrive fréquemment que la désinfection terminale complète, suivant l'ancienne pratique, soit prescrite par les règlements, mais qu'en fait, elle ne soit appliquée qu'exceptionnellement. L'adaptation aux idées nouvelles se fait progressivement, sans règle uniforme, et plus ou moins rapidement selon les parties du pays. Partout il y a une tendance à faire varier les méthodes selon les maladies. Ainsi, la désinfection terminale est abandonnée unanimement dans le cas de rougeole, coqueluche, oreillons. Au contraire, elle est pratiquée soigneusement et comporte le plus souvent les fumigations et étuvages, dans le cas de variole, choléra, peste, lèpre. Pour la tuberculose, dans certains pays on fait la désinfection complète ; dans d'autres on se contente d'un simple nettoyage à fond. Grandes sont aussi les divergences pour la scarlatine, la diphtérie et même pour les affections typhoïdiques, les dysenteries.

Le comité permanent a encore reçu de nombreuses communications particulières, relatives à la *lèpre* en Norvège (51 cas) à la *dysenterie amibienne*, dont on a découvert en 1933 des cas nombreux aux Etats-Unis, notamment à Chicago.

Enfin on a constaté pour la première fois du *botulisme* en Norvège, dans une ferme, où quelques cas, provoqués par la consommation de jambons, se sont échelonnés sur plusieurs mois.

F. L. S.

CONGRÈS

Les Journées Médicales de Bruxelles. — Le deuil national a incité le Comité des J. M. à supprimer la XIVe session, qui devait se tenir à la fin de ce mois.

Désirant rendre un public hommage à la mémoire du roi Albert, Son Haut Protecteur, le Comité se rendra, le samedi 23 juin, jour où devait s'ouvrir la session, à la crypte de Laeken et déposera des fleurs sur la tombe du regretté souverain. L'accès aux tombeaux royaux lui sera réservé à cette date à onze heures du matin.

Le Comité sera conduit par ses anciens présidents, auxquels se joindront des délégués de toutes les institutions scientifiques, des sociétés et de la Presse médicale du pays.

Les médecins français, qui ont toujours été accueillis avec tant de bienveillance par S. M. le Roi Albert, s'uniront avec ferveur à la pieuse pensée de leurs confrères de Belgique.

Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique progressif généralisé. (Aix-les-Bains, 28, 29, 30 juin et 1er juillet 1934). — Le succès de cette manifestation s'affirme de plus en plus par le nombre et la qualité des adhérents français et étrangers :

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIERES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique

PHYTO-SPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111BIS rue de Turenne PARIS 3e

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

aussi, comme elle se déroule alors que la saison est déjà commencée depuis deux mois, nous conseillons vivement aux retardataires de s'inscrire au plus tôt.

Le volume des rapports sera distribué à partir du 18 juin ; par la valeur exceptionnelle de sa documentation, il constitue l'ouvrage indispensable pour tous les rhumatologues.

En dehors de l'Exposition des Produits pharmaceutiques, une exposition rétrospective du Vieil Aix et une exposition de radiographie organisée par la Radiothèque de la Société médicale d'Aix-les-Bains rehausseront l'intérêt de la conférence.

Pour inscription et pour tous renseignements, s'adresser au docteur Dussuel, trésorier, 1, rue du Casino, Aix-les-Bains.

VIIe croisière de l'Association Guillaume Budé. — Cette croisière aura lieu du 25 août au 19 sept. 1934, à bord du *Théophile-Gautier* (M. M.).

Itinéraire. — Départ de Marseille pour Palerme, Zante, Mistra, Athènes, Les Météores, Salonique, Mt Athos, Brousse, Constantinople, Ohio, Patmos, Rhodes, Santorin, Monemvasie. Prix : de 2.100 à 7.750 fr.

Tous renseignements à l'Association Guillaume-Budé, 95, boulevard Raspail, Paris (Littré 70-55).

Le IIIe Congrès de la Fédération de la Presse médicale latine aura lieu à Paris, les 18, 19 et 20 octobre, sous la présidence de M. le docteur Mayer (Bruxelles), président de la Fédération, et de M. le professeur Etienne, de Nancy ; MM. Dartigues, Noël Fiessinger et J. Noir sont vice-présidents ; L.-H. Pierra, secrétaire général, et V. Gardette, trésorier général.

Les séances de travail se tiendront à la Faculté de Médecine. Cotisation : 100 francs français. Renseignements et adhésion auprès du docteur L.-M. Pierra, 8, rue Servandoni, Paris (6e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 26 juin. — Jury : MM. Bezançon, Gougerot, Chevallier, Richet. — M. Cucherousset. Complications pulmonaires septiques des cardiaques. — M. Ben-Béchir. Au sujet des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. Billard. Etude de la visibilité des scissures pulmonaires et leur valeur séméiologique. — M. Delaunay. Diagnostic de la tuberculose par la leuco-cytoréaction aux sels d'or. — Mlle Lazaresco. Le granulome annulaire et son traitement par les injections locales de sels d'or. — Mlle Lefèvre. Etude des troubles menstruels d'origine syphilitique.

Jury : MM. Lereboullet, président ; Nobécourt, Huguenin, Philibert. — M. François. Etude des stomatites et de leur traitement chez l'enfant. — M. Baillargé. Etude des faucaulites rhumatismales subaiguës chez l'enfant. — M. Gouait. L'antivirusthérapie appliquée à la prophylaxie et au traitement des crevasses du sein. — M. Grenet. Etude du rein et des fonctions rénales au cours de la diphtérie. — Mme Grenet. Etude des formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant. — M. Jancovici. Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez l'enfant. — Mlle Segall. Etude de la première dentition chez les enfants tarés.

Mercredi 27 juin. — MM. Léon Binet, président ; Gosset, Mathieu, Petit-Dutaillis. — M. Bourgoin. Essais de perfusion pulmonaire. — M. Cuculija. Etude de l'anesthésie générale par la voie intraveineuse. — M. Payen. Les anesthésiques de base. — M. Allard. L'arthrodèse dans la coxalgie. — M. Barou. Etude pratique de l'anesthésie générale courte ou prolongée au chlorure d'éthyle. — M. Gavrel. Traitement de certaines tuberculoses par l'allergine.

Jury : MM. Léon Bernard, président ; Marcel Labbé, Lemierre, Loeper. — M. Guidou-Smester. Etude des pneumonies aiguës simulant la T. F. — M. Madeuf. Etude de la statique abdominale et du traitement des états de ptose par la culture physique. — M. Piette. Etude de l'influence de l'exercice physique sur la croissance. — M. Polak. Du régime alimentaire des goutteux. — M. Raulot-Lapointe. Etude de la scarlatine puerpérale. — M. Furic. Les accidents des sels d'or. — M. Louvet. Etude de l'obésité dans la grande enfance et pendant la puberté.

Jeudi 28 juin. — Jury : MM. Brindeau, président ; Lenormant, Terrien, Lantuéjoul. — M. Beer. Les ruptures musculaires de la paroi abdominale au cours de la grossesse et de l'accouchement. — M. Contiades. Phlébites traumatiques et thromboses révélées par effort. — M. Intner. Etude des phlegmons de la base de la langue. — M. Escolan. Traitement endocrinien dans certaines formes de kératoconjonctivite phlycténulaire. — Mlle Koulfs. Etude sur la définition de la cécité. — M. Tabak-Kosman. Considérations sur le gliome bilatéral et le gliome héréditaire de la rétine.

Jury : MM. Achard, président ; Carnot, Tiffeneau, Troisier. — M. Kiszelnik. Maladie de Buerza et typhus exanthématique inapparent. — M. Weill. Valeur de la réaction de sédimentation globulaire dans les états cancéreux. — M. Berger. Abcès du poumon et pathogénie embolique. — M. Couturier. Etude du traitement des pneumopathies aiguës par les injections intraveineuses d'alcool à 33 p. 100. — M. Lafitte. La fonction vasculosanguine du foie en pathologie digestive. — M. Gurwic. Les vomissements et la diarrhée dans la maladie de Basedow. — M. Patte. Etude des affections sanguines révélées par des accidents buccopharyngés.

Vendredi 29 juin. — Jury : MM. Clerc, président ; Couvelaire, Lacomme, Portes. — M. Bernin. La courbe de pression intra-artérielle. — M. Despotoff. La péricardite calcifiante. — M. Chapoy. Néphrose lipoïdique et gestation. — M. Coladant. Etude physio-pathologique des troubles de la sensibilité en gynécologie. — M. Lepage. Etude de la pyélonéphrite dite gravido-toxique. — M. Leroy. Du traitement du placenta inséré sur le segment inférieur, à propos de 60 cas observés à la Maternité de l'hôpital Tenon. — M. Niederhoffer. Indications thérapeutiques dans les cas des fibromes utérins compliqués.

Samedi 30 juin. — Jury : MM. Claude, président ; Guillain, Hazard, Leroux. — M. Kerfridin. Essai de traitement de certains déments précoces, par le soufre pyrétogène associé à l'or. — M. Causse. L'affaire Casério. Etude de médecine légale et de psychopathologie historique. — M. Fundia. Le délire d'invention médicale et d'action curatrice. — M. Rougeau. L'attentat d'Orsini, étude psychopathologique. — Mlle Masson. Gliomes cérébraux et traumatismes craniens. — M. Potin. Formes tardives de la maladie de Kummel-Verneuil. — M. Ribadeau-Dumas. La paralysie périodique familiale.

Jury : MM. Brumpt, président ; Strohl, Tanon, Galliard. — M. Callot. Réactions d'hypersensibilité cutanée et diagnostic des maladies parasitaires (non bactériennes). — M. Deak. Le paludisme dans le delta danubien. — M. Bideau. Etude d'un électro-aimant oculaire fonctionnant sur secteur continu ou alternatif. — M. Gromez. Bases biologiques de l'eugénique. — M. Pruvost. Alcoolisme chez les gens du monde.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

"CALCIUM-SANDOZ"
(Gluconate de Ca Sandoz)
Injectable à doses efficaces sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse
Ampoules de 2 cc., 5 cc. et 10 cc. (solution à 10 %) — Une ampoule tous les jours ou tous les 2 à 3 jours.
Tablettes chocolatées (dosées à 1 gr. 5 de gluconate de Ca) — 3 à 6 par jour.
Comprimés effervescents (dosés à 4 gr. de gluconate de Ca) — 2 par jour.
Poudre granulée — 3 cuillerées à café par jour.
FORME NOUVELLE : "Calcium-Sandoz" Sirop.
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT
ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX
EKTOPHANOL
SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc
LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : Auteuil 26-62

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 58, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15 Boul. Pasteur — PARIS —

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 27 JUIN 1934. — N° 51.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La contagion tuberculeuse, par M. J. Paraf.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de chirurgie. — Société de pédiatrie. — Société de neurologie.
CHRONIQUE
La défense passive contre les attaques aériennes. Le poste-école de la S. S. B. M. à Versailles, par F. L. S.
AVIATION SANITAIRE
Les ailes qui sauvent.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le recensement, le classement et la réquisition des automobiles.
NOTES POUR L'INTERNAT
Signes et diagnostic du tabes.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Physiologie.* — Question donnée : « Fonction uropoiétique du foie. »

MM. Aboulker, 20; Dreyfus, 15.

— Un concours pour la nomination à la place de médecin en chef du sanatorium de Champcueil (Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 22 octobre 1934, à 17 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 20 septembre 1934 au mercredi 3 octobre inclusivement, de 15 à 18 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Un concours s'ouvrira le 12 novembre 1934 pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Le *Journal officiel* du 23 juin 1934 publie le décret suivant daté du 21 juin :

En vue de réaliser les compressions d'effectifs prescrites par le décret susvisé, le ministre de l'Education nationale pourra décider que, dans la mesure du nombre des emplois de leur catégorie qui seront supprimés, les agrégés des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des facultés de pharmacie cesseront leurs fonctions sans attendre le terme de leur période normale d'exercice.

Toutefois, cette mesure ne sera applicable qu'aux agrégés non pérennisés auxquels il reste moins de quatre années d'exercice à accomplir.

— Aix-Marseille. — Un emploi d'agrégé de physiologie est déclaré vacant. Un délai d'un mois, à dater du 21 juin, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service à l'asile Saint-Jacques, à Nantes, est vacant par suite du décès de M. le docteur Coulonjou.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE BIARRITZ. — Le poste est déclaré vacant. Un délai de 20 jours, à dater du 21 juin, est accordé aux candidats. — S'inscrire au ministère de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris (direction de l'hygiène, 6e bureau).

LOI SUR LES SÉRUMS. — Le *Journal officiel* du 22 juin publie une loi sur les sérums thérapeutiques et divers produits d'origine organique. Cette loi réglemente la fabrication, l'autorisation et la mise en vente de ces produits.

UMFIA (UNION MÉDICALE LATINE). — L'Umfia rendra en novembre prochain un hommage solennel à deux de ses membres d'honneur récemment disparus : Emile Roux et Calmette.

L'éloge du premier sera prononcé par le professeur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur. M. Guérin parlera de son maître Calmette.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Douz leçons sur les affections non traumatiques de la hanche*, du 16 au 28 juillet 1934, par le docteur André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'Hôpital maritime, avec la collaboration de MM. le professeur L. Ombrédanne, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; le professeur Ch. Lenormant, chirurgien de l'hôpital Cochin; le docteur E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau; le docteur G. Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades; les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'Hôpital maritime; le docteur M. Mozer, chef de laboratoire de l'Hôpital maritime; le docteur Parin, radiologiste de l'Hôpital maritime.

Les cours auront lieu chaque jour, à 14 h. 30, à l'Hôpital maritime, à l'exception du premier qui aura lieu, à 11 h., le lundi 16 juillet.

Les matinées seront consacrées aux diverses opérations de chirurgie osseuse et articulaire.

Les leçons seront suivies de visites de salles de malades adultes et enfants et d'exercices de pratique orthopédique et de laboratoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Delahaye, à l'Hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Association internationale de Pédiatrie préventive. — La IVe Conférence de l'Association internationale de Pédiatrie préventive (Section médicale de l'Union internationale de Secours aux Enfants) aura lieu, cette année, à Lyon, les jeudi et vendredi 27 et 28 septembre.

Les sujets mis à l'ordre du jour et les noms des rapporteurs sont les suivants :

1° *La prophylaxie de la malaria chez l'enfant.* — Prof. Cacace, de Naples ; prof. Gillot, d'Alger, et son assistant, docteur Larrouy. (Un rapporteur britannique colonial sera désigné ultérieurement.)

2° *La prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie.* — Prof. Adam, de Dantzig ; prof. Monrad, de Copenhague.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire de l'A.I.P.P., 15, rue Lévrier, Genève (Suisse) ; il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RECENSEMENT, LE CLASSEMENT ET LA RÉQUISITION DES AUTOMOBILES

Le *Journal officiel* du 20 juin 1934 publie une loi relative au recensement, au classement et à la réquisition des automobiles.

Recensement. — La déclaration d'une voiture est adressée au préfet (à Paris au préfet de police) en même temps que la déclaration de mise en circulation. La *carte grise* n'est délivrée qu'en échange de ces déclarations.

Classement. — Le classement est effectué par l'autorité militaire, d'après ces déclarations.

Réquisition. — Sont exempts de la réquisition les véhicules appartenant aux docteurs en médecine, aux vétérinaires et aux sages-femmes, à raison d'une voiture pour chacun d'eux, à condition qu'ils exercent réellement leur profession.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

AVIATION SANITAIRE

LES AILES QUI SAUVENT

On n'a pas oublié les brillantes journées d'aviation sanitaire qui se tinrent à Vincennes, il y a trois ans. L'ingénieur Némirowsky, l'un des pionniers de l'aviation sanitaire, pour continuer la propagande si bien commencée alors, a présenté la semaine dernière un film documentaire : « Les ailes qui sauvent. »

Ce documentaire a été réalisé, grâce à l'appui de M. le sénateur Chassaing et des « Amis de l'aviation sanitaire », sous le patronage de M. le Maréchal Lyautey et de M. le professeur Charles Richet. La plus grande partie a été tournée au Maroc par MM. Némirowsky et Charlet, avec l'autorisation de la Résidence générale et avec le concours du 37e régiment d'aviation.

Un prologue est consacré à l'aviation sanitaire en Laponie, film réalisé par les mêmes auteurs, avec l'agrément du gouvernement suédois.

C'est ensuite une partie historique rappelant les débuts de l'aviation sanitaire et les premiers aérochirs sur Bréguet.

Puis voici pris au Maroc un documentaire émouvant : il montre les progrès réalisés par l'aviation sanitaire venant au secours de nos blessés dans les montagnes de l'Atlas au cours de la dernière avance.

Dans une dernière partie, on voit l'aviation sanitaire seconder le toubib dans sa belle mission humaine et civilisatrice. Ce n'est pas la moins attachante.

Une nombreuse assistance fit le plus chaleureux accueil à ce beau film. On remarquait : MM. les médecins généraux inspecteurs Sieur et Cadiot, le général Cheutin, le Dr Foveau de Courmelles, un précurseur, le Dr Chauvois, le médecin lieutenant-colonel Mouchard, de nombreux aviateurs. Le ministre de l'Air était représenté par le commandant Le Petit.

A la sortie, MM. Némirowsky et Charlet reçurent les félicitations de tous ceux qui venaient d'applaudir leur magnifique réalisation (1).

F. L. S.

(1) « Les ailes qui sauvent » sont projetées sur l'écran de Ciné Auto, 31, boulevard des Italiens.

RENSEIGNEMENTS

O.-R. OU OPHTALM. est demandé pour collabor. avec chir. dent. (cab. exist. dep. 5 ans). — Naze, 106, rue Lamarck, Paris (XVIIIe), Montmartre 95-63.

Vente Étude Me PASTEAU, notaire, 11, rue Louis-le-Grand, 4 Juillet 1934, à 15 heures.
Fonds de Commerce de Construction.
APPAREILS SANITAIRES
exploité à **Montrouge** (Seine), rue Chopin, 5. M. à p. **100.000 fr**, *pouvant être baissée.* — 224

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE

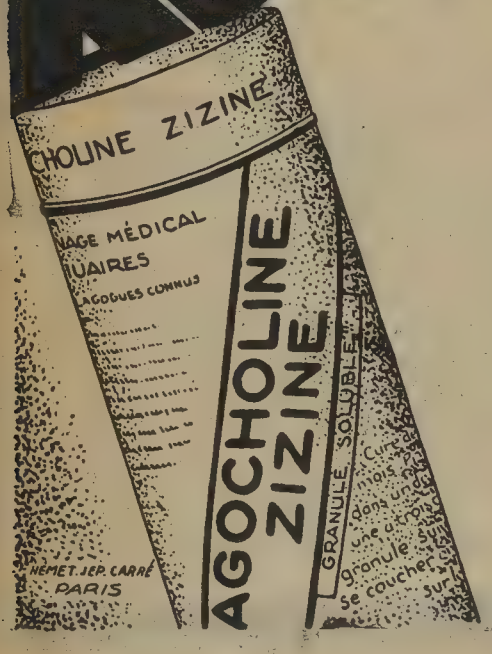
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

LA CONTAGION TUBERCULEUSE[1]

Par M. JEAN PARAF,
Médecin des hôpitaux.

Depuis qu'en 1866, Villemin eut démontré l'inoculabilité de la tuberculose, et qu'en 1882, Robert Koch en eut découvert, puis cultivé le bacille, il ne venait à l'esprit de personne de discuter la contagiosité de la tuberculose.

Elle était admise par tous les médecins qui la considéraient comme étayée sur des bases solides, et cette leçon ne figurerait certainement pas parmi les « actualités », si depuis quelques années, la contagiosité n'était de nouveau discutée et même niée par différents auteurs à l'étranger et en France, où en particulier Auguste Lumière lui a consacré une série de retentissantes publications.

Celles-ci, largement répandues dans les journaux médicaux de tous les pays, commentées par la grande Presse pour le public, ont jeté le trouble dans les esprits et il nous paraît nécessaire d'en reprendre ici l'étude et d'en discuter devant vous les différents points.

Ce sont les belles recherches de Villemin qui ont établi la contagiosité de la phtisie.

Sans doute, différents auteurs avaient-ils auparavant tenté de rechercher la contagiosité de la tuberculose et la présence de son virus. Landouzy avait retrouvé les édits de certains rois de Naples qui prescrivaient des mesures contre la diffusion de la phtisie.

Kortum avait essayé en vain d'inoculer le virus scrofuleux, Hébrard, médecin de Bicêtre, avait tenté sans succès d'inoculer des tubercules à des chiens.

Mais, toutes ces expériences avaient fourni des résultats négatifs et Cruveilhier et Virchow opposaient des soi-disant tuberculoses obtenues en inoculant à l'animal des poudres inertes.

C'est bien Villemin, qui le 5 décembre 1863, montra par des expériences vérifiables sur le cobaye et le lapin que la Tuberculose était une affection spécifique. « La cause réside dans un agent inoculable. Elle appartient à la classe des maladies virulentes et devra prendre place à côté de la syphilis, plus près de la morve et du farcin. »

Il établit dès cette première note, l'absorption du germe par les voies respiratoires, montra le faible rôle joué par l'hérédité et l'importance de la contagion tuberculeuse dans l'enfance.

La découverte de Villemin fut fortement combattue et malgré les appuis qu'il rencontra, ce n'est que la découverte du bacille par Robert Koch, en 1882, qui clôtura définitivement la discussion.

Le dogme de la contagiosité s'établit peu à peu sur des bases si solides, que jusqu'à ces dernières années, il était admis par tous.

Les travaux modernes sur l'étude de l'incidence des réactions à la tuberculine et de la tuberculisation presque complète de la population de nos villes ont d'ailleurs permis de préciser les caractères de la contagiosité tuberculeuse, montrant bien la différence totale qui existe à ce point entre l'enfant du premier âge et l'adulte et le grand enfant : différence capitale qui paraît malheureusement avoir échappé totalement aux détracteurs de la notion de contagiosité.

***

Le Bacille tuberculeux est présent dans toutes les lésions tuberculeuses quelles qu'elles soient.

Ce bacille, qui n'est apporté nous l'avons vu qu'exceptionnellement par la voie trans-ovulaire ou transplacentaire, ne peut venir que de l'extérieur.

Le bacille tuberculeux vient essentiellement de l'homme ou de l'animal tuberculeux.

L'origine humaine est de beaucoup la plus fréquente.

C'est essentiellement l'homme et l'homme malade qui est l'agent de contamination vis-à-vis de l'enfant sain.

L'existence de porteurs sains de bacilles de Koch n'est pas du tout démontrée. Quel que soit leur intérêt, les observations de Paisseau et Valtis (qui ont découvert un virus filtrant dans l'expectoration d'un enfant en apparence sain), les faits encore plus troublants rapportés par MM. Bezançon, Paul Braun et André Mayer, de cracheurs de bacilles authentiques sans lésions pulmonaires décelables cliniquement ou radiologiquement, sont encore d'interprétation discutable.

Pour notre part, nous avons suivi pendant plusieurs années un malade atteint d'une affection ulcéreuse de l'estomac et chez lequel nous avons trouvé à plusieurs reprises et à des mois d'intervalle, du bacille dans les crachats avec inoculation positive). L'examen clinique et radiographique était et resta négatif pendant les 3 années où nous pûmes suivre le malade. Ce dernier succomba à la suite d'une perforation et l'autopsie montra l'existence à la partie moyenne du poumon gauche d'une petite cavité remplie de caséum.

Plus rarement, le bacille provient des selles, des urines, du pus de malades atteints d'autres formes de tuberculose.

Contrairement à ce qu'avaient soutenu les auteurs lyonnais, la sueur des phtisiques, même avancés, si elle n'est pas souillée par les expectorations, n'est pas contagieuse.

Plus rarement, il s'agit d'une tuberculose d'origine animale ; le rôle de la tuberculose bovine et de la contamination par le lait ou la viande, n'est que très secondaire en France et dans toute l'Europe continentale, contrairement à ce qui semble se passer en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis.

Par contre, il ne faut pas négliger le rôle de certains animaux domestiques (chiens, chats) qui, vivant souvent dans l'intimité de l'enfant, peuvent le contaminer.

On a longuement discuté et on discute encore sur l'importance des voies respiratoires ou digestives comme porte d'entrée du bacille tuberculeux.

Tandis que Calmette et Behring pensaient que dans la majorité des cas, le bacille pénètre chez l'homme comme chez l'animal surtout par voie digestive, sans

(1) Leçon faite à la Clinique Médicale des Enfants.

léser l'intestin jusqu'au niveau des ganglions mésentériques et de là, par les ganglions médiastinaux gagne le poumon ; la plupart des auteurs français et étrangers continuent à attribuer la part prépondérante à l'appareil broncho-pulmonaire.

Sans vouloir exagérer l'importance de ces discussions pathogéniques, on peut justifier cette dernière opinion par un groupe de faits bien établis :

1° La quasi-constance chez le nourrisson de lésions ganglio-pulmonaires, se présentant avec le schéma maintenant classique de Kuss, Ghon, Robert Debré.

2° Tuberculisation expérimentale des animaux par inhalation (Calmette et Gryzes-Flugge).

3° Enfin, on peut invoquer les si regrettables accidents de Lubeck, où par suite d'une erreur, des nourrissons furent infectés avec du bacille virulent par voie digestive.

Tous ces enfants présentaient des grosses lésions entéro-mésentériques que l'on n'observe jamais dans la tuberculose spontanée du nourrisson.

Donc, dans la grande majorité des cas, le bacille contamine l'enfant par voie respiratoire, mais cette ascension du bacille se heurte à une série d'obstacles qui rendront difficile la contamination et expliquent les conditions mêmes de la contagion tuberculeuse.

Il existe en effet une série de barrières défensives depuis les amygdales, les nombreuses glandes à mucus des bronches, l'épithélium vibratile de la trachée jusqu'aux 404 millions d'alvéoles qui composent les poumons ; la plupart des poussières ou des gouttes bacillifères sont ainsi heureusement arrêtées.

En effet, le bacille peut avoir comme vecteur les gouttelettes humides ou les poussières desséchées : 30 à 40 % des tousseurs émettent en toussant des gouttelettes de 40 à 80 μ riches en bacilles (Ziecke). En une demi-heure, 400 à 20.000 bacilles sont ainsi projetés.

Les petites particules de 2 à 15 μ restent seules en suspension dans l'atmosphère et sont réfléchies par les plans. Elles peuvent pénétrer sans être arrêtées jusqu'à la bifurcation des bronches. *Le plus souvent d'ailleurs, elles ne contiennent pas de bacilles.*

Seules, les grosses gouttes (au moins 30 μ), contiennent du bacille. Mais elles tombent rapidement et dans la plupart des cas sont arrêtées et ne peuvent parvenir jusqu'à l'alvéole.

De même, les poussières sèches sont virulentes, mais ne le restent pas longtemps (Cornet, Calmette, Chaussé).

On conçoit donc aisément ainsi les conditions de la contagion tuberculeuse.

Seul, l'entourage immédiat du tuberculeux, continuellement « rechargé » de produits bacillifères, est contagieux, comme le montrent les expériences de contamination de cobayes par le séjour dans des salles où séjournent des tuberculeux (R. Debré et Coste).

Un contact unique est le plus souvent inoffensif, réalisant rarement les conditions de la contamination qui nécessite des contacts intimes prolongés et répétés.

Ces conditions sont réalisées au maximum chez le nourrisson en contact avec sa mère tuberculeuse, où il existe une inhalation répétée et massive de bacilles, par un organisme qui aspire pour ainsi dire directement les gouttes bacillifères.

De plus, la plupart des obstacles dont nous avons parlé n'existent pas ou peu chez le nourrisson : faible développement du tissu amygdalien, de l'épithélium cilié, des glandes muqueuses. Les voies respiratoires sont courtes. Les cris de l'enfant suivis d'inspirations brusques réalisent une ventilation rapide qui favorise l'inhalation des grosses gouttes bacillifères (1).

*
**

Toutes les conditions de contagion étant réalisées au maximum par la vie de l'homme en société et par les différents rassemblements humains qu'elle engendre, on peut dire que la contagion interhumaine est essentiellement fonction des groupements humains.

D'ailleurs, l'action de la vie grégaire ne se fait pas sentir que chez l'homme : chez les animaux, l'agglomération en troupeaux ou la stabulation sont des facteurs importants du développement de la tuberculose.

La tuberculose qui était exceptionnelle chez les bovidés vivant presque à l'état sauvage dans les pampas de l'Argentine, est très fréquente chez les mêmes animaux rassemblés ou confinés dans les étables.

La vie familiale qui représente un groupement d'individus vivant d'une vie commune, étroite, représente un des facteurs sociaux les plus importants de tuberculose.

Chez le nourrisson et l'enfant du premier âge, la tuberculose se manifeste essentiellement comme une maladie familiale et c'est ce qui explique que longtemps on a fait jouer un rôle si important à l'hérédité.

Léon Bernard et Robert Debré montraient que sur 124 nourrissons tuberculisés :

95 avaient une mère tuberculeuse ;
20 avaient un père tuberculeux ;
3 avaient une grand'mère malade ou autre parent habitant au foyer familial. 6 avaient eu des contacts de crèche ou d'hôpital.

Sur 405 nourrissons tuberculeux que nous avons pu étudier, soit à la crèche du Professeur Léon Bernard, à l'hôpital Laënnec, soit dans les services du Professeur Nobécourt à la Matenité ou à la Clinique Médicale des Enfants, nous trouvons les résultats suivants :

213 ont une mère tuberculeuse, soit 52,5 % ;
138 ont un père tuberculeux, soit 34 % ;
13 ont grands-parents tuberculeux, soit 8 %.

Dans 94 % des cas, la tuberculose du nourrisson apparaît donc comme une maladie à contagion familiale.

Chez l'enfant plus grand, même influence familiale :

Chez 45 enfants tuberculeux, de 3 à 15 ans, observés à la Clinique Médicale des Enfants, nous retrouvons dans 37 cas la tuberculose chez un des habitants du foyer familial.

(1) Aussi peut-on observer chez le nouveau-né ou le très jeune nourrisson, une contamination par contact unique (Léon BERNARD et R. DEBRÉ, Léon BERNARD et Jean PARAF).

Dans la plupart des cas, comme nous l'avons dit d'ailleurs précédemment, la contagion nécessite une série de circonstances que réalise rarement un contact unique ou peu répété.

L'intimité avec le tuberculeux, la cohabitation intime est le plus souvent nécessaire, pour que se produise la contagion.

En dehors du milieu familial, l'influence de la vie grégaire se fait sentir dans l'origine de la tuberculose du nourrisson par des épidémies de crèche où des nourrissons sont contaminés par une infirmière porteuse de lésions de tuberculose ouverte, telles qu'on les a signalées en Allemagne et telles que nous les avons rapportées avec le P. Nobécourt.

Chez l'enfant plus grand, l'Ecole peut être également la source de tuberculose et on a également rapporté des épidémies scolaires (Albin Landau, Gotenburg, Walgren, Klein, etc.).

A ces épidémies de primo-infection tuberculeuse du nourrisson ou de l'enfant, il faut rattacher les faits analogues observés chez les troupes noires nouvellement importées en France (Borel) ou dans des îles isolées où la population était jusque-là vierge d'infection tuberculeuse.

Le contact avec un cracheur de bacilles fut aussitôt suivi de l'éclosion de nombreux cas de tuberculose et de la tuberculisation progressive d'une grande partie de la population.

***

Chez l'adulte ou le grand enfant, on le sait, les choses se présentent différemment, car il s'agit le plus souvent alors d'individus allergiques ayant déjà subi une atteinte du bacille et possédant de ce chef une résistance plus ou moins marquée aux réinfections.

C'est ce point de vue pourtant si important qui semble avoir échappé à A. Lumière, dans son argumentation contre la contagion tuberculeuse.

Cependant, comme le faisait si judicieusement observer M. Calmette, le rôle de la contagion tuberculeuse est loin d'être nul chez l'adulte, et la plupart des faits invoqués par A. Lumière se retournent contre lui.

La question de la tuberculose conjugale a été fort débattue dans tous les pays depuis quelques années. Il est évident après ce que nous venons de dire sur l'état d'allergie des sujets de cet âge, qu'ils sont beaucoup moins sensibles à la contagion, et, cependant, il arrive souvent que les surinfections répétées de la vie conjugale activent une tuberculose latente chez le conjoint en apparence sain, puisque la mortalité tuberculeuse est deux fois plus forte chez les conjoints de tuberculeux que dans l'ensemble de la population du même âge.

Pour ne rapporter que quelques faits, on peut citer les observations de Libert (Assises nationales de la médecine française) : sur 12 femmes tuberculeuses, 8 avaient un conjoint tuberculeux avant le début de leur maladie ; de Pironneau : sur 81 conjoints de tuberculeux, la contagion apparaît nette chez 50 malades.

Citons également les faits observés à l'institut Phipps de Philadelphie : la contagion est évidente pour 12,4 % des femmes et 12,9 % des hommes apparamment indemnes lors du mariage et ayant vécu plus ou moins longuement avec un conjoint tuberculeux.

La contagion tuberculeuse joue de même un certain rôle dans la tuberculose des infirmières, en particulier de celles chargées de l'examen des crachats tuberculeux (Rist et Mlle Simon, Walgren), dans celle des étudiants en médecine et d'une manière générale, quoique à un degré moindre, pour un grand nombre d'adultes.

D'ailleurs, si on ne se contente pas de rechercher un contact proche, mais, si on fait une enquête sur la possibilité d'une contagion même ancienne qui a pu être à l'origine de la primo-infection tuberculeuse du sujet, on le retrouve dans un nombre important de cas.

C'est ainsi que Robert Debré et Mme Martigny-Gagey la retrouvent dans 74 % des cas de femmes tuberculeuses de leur service et chez 44 % des hommes.

Chez des non tuberculeux, en nombre analogue, on ne retrouve ce contact que dans 7 % des femmes et 4 % des hommes.

Lors de la réinfection de l'adulte, plus encore que pour la primo-infection de l'enfant, la contagion exige, pour être efficace, des contacts intimes et répétés que réalise tout ce qui favorise l'entassement de nombreuses personnes dans des espaces restreints privés d'aération ou de lumière, riches en poussières infectées. (Usines, ateliers, bureaux insalubres, taudis urbain ou rural.)

***

Si la contagion tuberculeuse avait encore besoin d'être démontrée, elle le serait d'une façon encore plus éclatante par l'étude de la tuberculose dans les collectivités animales : tuberculose des bovidés, tuberculose des animaux de basse-cour, avec parfois tuberculisation secondaire des porcs, infectés par les résidus de laiterie où existent des animaux tuberculeux. Même les poissons qui vivent dans le voisinage de la maison ou de l'étable ne sont pas épargnés par la tuberculose.

***

La contagion tuberculeuse existe donc, prouvée tant par la clinique que par l'expérimentation.

C'est donc, comme le disait si justement le si regretté Calmette, dans une de ses dernières publications, « une erreur, une très grave erreur, lourde de conséquences pour l'humanité, que de parler de contagionisme malfaisant... et d'annoncer au monde qu'il est parfaitement inutile de lutter contre la diffusion du bacille ».

Cette théorie malfaisante conduirait à l'inaction totale dans la lutte antituberculeuse, alors que jamais les procédés de la prophylaxie par l'isolement et la vaccination des enfants n'ont été si riches en résultats immédiats et en promesses d'avenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 23 mai 1934)

Tumeurs surrénales. — M. Roux-Berger, dans un cas d'hypernéphrome, a vu se dessiner après artériographie une image vasculaire typique de tumeur maligne.

Branchiomes. — M. Mondor rappelle trois cas étudiés par Lecène.

Arthrites suppurées du genou. — M. de Fourmestraux (Chartres) rapporte trois cas d'arthrites suppurées traumatiques, guéries par arthrotomie et mobilisation immédiate après anesthésie locale des ligaments articulaires.

Appareillage de Hennequin et fractures de cuisse. — M. Yves Delagénière (Le Mans) insiste sur les avantages de l'appareillage de Hennequin dans le traitement sanglant des fractures de cuisse.

Algies symptomatiques et anévrysme aortique. — M. Y. Delagénière rapporte l'observation d'un blessé par éclat d'obus qui présentait des algies multiples. Radicotomie postérieure de plusieurs racines dorsales. La névralgie thoracique cesse. Apparition d'algies de cuisse traitées par section du nerf fémoro-cutané. Au cours de cet examen, on trouve un gros hématome sous-péritonéal. Décès par hémorragie quelques jours plus tard. Un anévrysme de l'aorte s'était rompu dix-huit ans après la blessure.

Névralgies faciales opérées par voie postérieure. — M. Petit-Dutaillis, dans la névralgie faciale, a utilisé 25 fois la voie postérieure de Dandy : après avoir récliné le cervelet, on doit coaguler une petite veine avant de sectionner la racine sensitive du trijumeau, relativement éloignée à ce niveau de la racine motrice. Sur 25 cas, on compte un cas de mort, un échec, et des succès. Dans quatre cas, on découvrit une tumeur du recessus latéral, cause de la névralgie faciale.

Tétanos. — M. Bazy rapporte un travail de MM. Augé, Mazeyrie et Orsoni qui ont guéri un tétanos grave en utilisant le sérum à 20.000 unités.

Kyste hydatique du rachis. — M. Picot rapporte cette observation de M. Arnaud (Marseille) qui intervint localement sur la colonne en raison de la paraplégie présentée par ce malade. Décès quelque temps plus tard. L'autopsie n'a pas montré d'autre kyste.

Perforations utérines au cours du curettage. — M. Proust commente deux observations de M. Brouet : dans le premier cas, un médecin avait tenté un curettage à la suite duquel on observa quatre perforations du grêle et une perforation du côlon sigmoïde ; dans le second cas, lors du temps de dilatation, une laminaire fut placée dans le Douglas. Laparatomie et guérison.

(séance du 30 mai 1934)

M. Georges Labey annonce le décès de M. Harwood, chirurgien canadien-français de Québec, et grand ami de la France.

A propos du pneumo-péritoine. — M. d'Allaines a observé un cas de pneumo-péritoine post-opératoire, consécutif à l'aspiration de l'air par l'orifice du drain trop précocement enlevé.

M. Moulonguet a observé un cas de pneumo-péritoine, dont l'origine est restée inconnue même après laparotomie.

Diverticules pharyngo-œsophagiens inextirpables. — M. Grégoire estime que la péridiverticulite peut constituer une contre-indication opératoire. L'aspect friselé de la poche opaque, à la radio, permet de poser ce diagnostic.

Kyste du péroné et syphilis osseuse. — MM. Sorrel et Richard communiquent une observation de kyste du péroné, répondant au kyste osseux essentiel. Intervention. La guérison fut extraordinairement rapide ; or, la réaction de Wassermann ayant été positive, un traitement antisyphilitique avait été institué.

M. Moulonguet estime que, dans ces cas, la syphilis n'intervient qu'indirectement, et peut-être, comme le dit M. Bazy, par des modifications du tissu conjonctif.

M. Pierre Duval ayant fait pour ostéite kystique une résection diaphysaire complète du tibia, avec greffe du péroné, observa quelques années plus tard une ostéite kystique diffuse du greffon.

A propos des perforations utérines. — M. Alglave rapporte une observation de M. Didier, dont tous les cas ont guéri sans intervention. Il estime que la véritable thérapeutique des perforations utérines est préventive, et consiste à ne faire qu'exceptionnellement des curettages utérins.

MM. Brocq et Gueullette jugent que toute perforation utérine doit être opérée systématiquement.

M. Monod, après avoir rappelé les données anatomopathologiques des perforations utérines, estime qu'on ne doit pas les comparer absolument aux plaies perforantes de l'abdomen. A son avis, l'abstention dans certains cas est parfaitement défendable et permet de guérir un grand nombre de malades. De plus, quand on intervient, il juge que l'on peut être très souvent conservateur.

M. Bréchot estime que la conduite à tenir varie suivant qu'il s'agit d'une perforation faite dans un service hospitalier, ou d'un accident survenu dans des conditions inconnues ou mal précisées. On doit, dans ce second cas, intervenir systématiquement.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 15 mai 1934)

Emphysème sous-cutané infantile. — M. Comby sait gré à M. Armand-Delille d'avoir attiré l'attention sur un syndrome quelque peu oublié et négligé, auquel il avait lui-même consacré, dès 1914, un mémoire basé sur 10 cas personnels, dont 6 suivis de guérison. Cette affection ne lui semble pas se détacher assez nettement dans les grands traités de V. Hutinel et de Nobécourt et Babonneix des maladies du poumon, dont il ne constitue, il est vrai, dans la plupart des cas, qu'une complication : par ses caractères bien tranchés, l'emphysème sous-cutané généralisé mérite une description à part.

Abcès du poumon à staphylocoques chez un nourrisson de 15 mois. — MM. Nobécourt et Paul Ducas présentent un abcès primitif du poumon à staphylocoques survenu chez un nourrisson de 15 mois, et qui évolua sous le masque d'une broncho-pneumonie. Le diagnostic, soupçonné à l'occasion d'une vomique, fut confirmé par une radiographie et une ponction exploratrice qui ramena du pus à staphylocoques. Ils insistent sur la rareté et la gravité de ces

faits chez le nourrisson, car l'intervention chirurgicale est mal supportée et généralement suivie d'issue fatale.

Syndrome pyramido-cérébelleux chez une petite hérédo-syphilitique. — MM. Babonneix et Guilly présentent une petite fille de 4 ans porteuse d'une carie noire, donc hérédo-syphilitique, chez laquelle est survenu insidieusement un syndrome pyramido-cérébelleux.

Résultats éloignés de la splénectomie dans un cas d'anémie pseudo-leucémique. — M. Babonneix présente une fillette opérée le 20 février 1931 par M. Mouchet pour une anémie pseudo-leucémique, et dont l'état de santé est aujourd'hui parfait, bien que sa formule sanguine ne soit pas revenue à la normale.

Ictère hémolytique chez un garçon de dix ans. — MM. Babonneix, Maurice Lévy et Golé présentent un garçon de 10 ans atteint, depuis sa troisième semaine, d'un ictère hémolytique, comme le montre, en plus de l'hépato-splénomégalie, l'examen du sang. Il n'y a aucune raison de penser ni à l'hérédo-syphilis ni à la tuberculose. Etant donné la gravité de l'anémie, ils se proposent de recourir prochainement à la splénectomie.

Pneumothorax suffocant consécutif à un abcès du poumon chez un nourrisson. M. Jeannin (de Dijon) a observé chez un nourrisson de deux mois une broncho-pneumonie ayant suppuré secondairement, et qui fut suivie de pneumothorax de la grande cavité. Celui-ci fut facile à diagnostiquer en raison de sa bruyante symptomatologie, mais il convient de signaler, au milieu du cortège symptomatique, l'existence de troubles circulatoires dans le territoire de la veine cave supérieure, qui constituent une éventualité très rare.

Cancer primitif du foie. Guérison opératoire. MM. Armand-Delille, Fèvre et Lestocquoy présentent une enfant de 10 ans chez laquelle ils ont fait, au mois de janvier 1934, le diagnostic de tumeur du foie, à l'occasion d'une infection intercurrente banale, et sans qu'aucun signe n'attire spécialement l'attention sur la région hépatique. Au cours de l'intervention chirurgicale, ils ont constaté qu'il s'agissait d'une tumeur solide, bien limitée, mais non encapsulée. On put faire une hépatectomie partielle de 12 centimètres sur 15. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma primitif du foie. Les suites opératoires furent des plus simples.

Ce cas est le troisième opéré dans la littérature mondiale, et le premier ayant notablement survécu à l'intervention.

Naevus pigmentaire à disposition zoniforme. — M. J. Hallé présente une fillette de 15 ans qui fut opérée à l'âge de 9 ans d'un naevus pigmentaire étendu, occupant une grande partie du thorax et du bras gauche.

Actuellement se manifestent autour de la cicatrice des récidives, encore limitées, mais qui peuvent faire craindre l'évolution ultérieure d'un mélanome.

L'auteur rappelle à ce propos que l'extirpation chirurgicale au bistouri est en pareil cas formellement contre-indiquée, et que le traitement de choix semble être l'électro-coagulation. Il insiste, de plus, sur la fréquence, en pareil cas, des malformations rachidiennes.

Pneumothorax révélateur d'un abcès du poumon chez un prématuré hérédo-syphilitique. — MM. J. Milhit et Royer de Vérigourt rapportent l'observation d'un prématuré de cinq semaines, vraisemblablement hérédo-syphilitique, chez lequel s'est développé en ce court délai un abcès du poumon à staphylocoques évoluant à bas bruit. La suppuration pulmonaire s'est révélée par une vomique soudaine et par un pneumothorax resté pur pendant plus d'un mois. Après une tendance spontanée à la résorption, contrôlée par les radiographies successives, le pneumothorax s'est élargi à nouveau, puis il s'est transformé en hydropneumothorax.

Les auteurs insistent sur la fréquence relative de l'abcès du poumon chez le nourrisson depuis quelques années, et soulignent le jeune âge et l'apyrexie de leur malade, ainsi que l'évolution discrète de l'abcès.

Rachitisme tardif coexistant avec une néphrite chronique et une glycosurie. — MM. Robert Debré, Julien Marie et Messimy rapportent l'observation d'un rachitisme tardif du type dit « rénal ». Les troubles rachitiques s'installèrent à l'âge de 4 ans et réalisèrent en quelques années un syndrome rachitique complet. La néphrite chronique était en outre caractérisée par l'albuminurie, la cylindrurie granuleuse et l'élévation de la constante d'Ambard.

Ce nanisme rénal était remarquable par l'association de troubles importants du métabolisme des graisses (adiposité du tronc et de la racine des membres, hyperlipémie) et des troubles du métabolisme hydrocarboné (glycosurie sans hyperglycémie, mais avec acétonémie).

Strabisme passager déterminé par la flexion de la tête dans les méningites aiguës du nourrisson. — MM. R. Debré et Julien Marie ont observé dans deux cas de méningite non tuberculose ce nouveau signe, sur lequel l'attention n'avait pas encore été attirée.

Résultats éloignés des interventions sur la fosse cérébelleuse. — M. Cl. Vincent, Mme Roudinesco et Mlle Rapoport présentent 12 malades, opérés depuis plusieurs mois de tumeurs de la fosse cérébelleuse, et menant actuellement une vie normale, alors qu'ils étaient impotents avant l'intervention.

En se basant sur leur expérience de 5 ans, ils estiment que l'exploration est toujours possible sans dangers et permet dans certains cas l'extirpation au moins partielle de la tumeur. Le pronostic varie beaucoup avec la nature de la néoformation : les épendymomes et les médulloblastomes sont de mauvaises tumeurs ; les astrocytomes comportent au contraire un pronostic relativement favorable, à la seule condition qu'ils soient extirpables.

L'avenir de ces sujets est variable : on peut chez certains espérer la guérison définitive, tandis que chez d'autres les récidives assombrissent l'évolution.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un diagnostic précoce, permettant une opération en temps voulu et sans gravité exagérée ; ils considèrent qu'une exérèse partielle de la tumeur peut déjà donner une longue survie ; ils rappellent enfin qu'il ne faut opérer à aucun prix un tubercule cérébral, car on observe toujours en pareil cas une granulie consécutive à l'intervention.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(séance du 3 mai 1934)

Deux cas de spasme de torsion. — M. Heuyer, Mlle Roudinesco, M. Macé de Lépinay présentent deux malades : le premier, âgé de treize ans, a eu une encéphalite à l'âge de quatre ans. Un spasme de torsion à forme hémiplégique, avec torticolis spasmodique, s'installa progressivement, avec arriération intellectuelle et troubles graves du caractère. La deuxième malade, âgée de vingt-neuf ans, fut présentée en 1927 avec spasme de torsion. Dans les années qui suivirent, l'état s'aggrava, des crises oculogyres apparurent, la contracture se généralisa. Mais, par périodes, la contracture cessait, les troubles oculaires disparais-

saient, sans que l'amélioration pût être mise en rapport avec le traitement. Récemment, à l'occasion d'une période de contracture, on put mettre en évidence la nature infectieuse du processus, sous la forme d'une poussée fébrile, qui cessa avec la contracture. Ainsi ces deux cas de spasme de torsion ou de dystonie d'attitude encéphalitique sont distincts de la forme de Ziehen et Oppenheim, et distincts aussi l'un de l'autre : le premier à forme hémiplégique et progressive, le second à forme intermittente et à éclipses.

Accidents oculaires au cours de la ventriculographie. — M. A. Baudouin présente un malade, chez lequel un syndrome de « moria », puis de dépression et de stupeur, avait fait soupçonner la possibilité d'une tumeur du lobe frontal. Une ventriculographie, pratiquée par M. Puech, ne permit de constater aucune anomalie, mais donna un encéphalogramme. Le lendemain, le malade présentait de gros troubles de la vue, dont il ne se plaignait pas, d'ailleurs, et dont il semblait ne pas se rendre compte. L'acuité visuelle était nulle. Les troubles s'atténuèrent lentement ; le dix-septième jour, on constatait pour la première fois un retour de la vision ; le quatre-vingtième jour, l'acuité visuelle était revenue à 1, mais il persiste une hémianopsie en quadrant inférieur gauche. Les troubles mentaux, qui avaient incité à pratiquer la ventriculographie, ont maintenant complètement disparu.

L'auteur rapproche ce fait des accidents analogues signalés par Masson à New-York, et qui s'observeraient dans 6 % des ventriculographies. Cependant, dans les cas relatés par l'auteur américain, les troubles de la vue ne durent pas plus de quelques heures, quelques jours au plus.

Il est probable qu'il s'agit de lésions traumatiques de la région calcarine, déterminées par le passage de l'aiguille au cours de la ventriculographie.

M. Puech incrimine, soit l'œdème aigu traumatique du cerveau, de même que MM. Baudouin et Hartmann, soit une hémorragie sous-piale. Il observe parfois la transformation de la ventriculographie en encéphalographie; le mécanisme de cet incident reste indéterminé ; on en est averti par la douleur, généralement frontale, qu'accuse le malade.

M. Lhermitte a noté l'apparition d'hallucinations visuelles au cours de la ponction ventriculaire. Il oppose le « Nichtsehen » de ces variétés de cécités, qui sont corticales, au « Schwartzsehen » des cécités habituelles.

M. Baruk signale un cas d'état de mal mortel à la suite d'une ventriculographie, chez un malade qui n'avait pas de tumeur cérébrale. M. Vincent précise que cet accident est le seul qui se soit produit, dans son service, sur 150 ventriculographies pratiquées dans les mêmes conditions.

Somatoagnosie et apraxie du membre supérieur gauche. — MM. Alajouanine, Thurel et Ombrédanne présentent un homme de cinquante ans, qui a été atteint d'hémiparésie gauche progressive, puis de troubles de l'écriture et de la représentation spatiale, d'écholalie, de somnolence. Après une phase d'inertie des quatre membres, les mouvements ont réapparu, d'abord à droite, puis à gauche. Il persiste des troubles de l'orientation : pendant la marche, le malade se déplace en biais, la tête tournée vers la droite ; il conserve une grave hémianopsie gauche ; il ne peut écrire, malgré l'intégrité des mouvements du membre supérieur droit ; il lit très mal, en épelant ; enfin, il ignore complètement l'existence de son membre supérieur gauche, qui n'est cependant plus paralysé, et dont les sensibilités aux divers modes sont conservées, malgré une mauvaise localisation. Il faut ajouter que le malade présente, en outre, une amnésie importante avec désorientation, bien que l'affectivité soit normale ; enfin il existe des signes d'irritation bilatérale du faisceau pyramidal. Il y a ici association de l'apraxie à un autre trouble qui se rapproche de l' « anosoagnosie » de Babinski, mais qui s'en distingue, et que les auteurs proposent de désigner sous le nom de *somatoagnosie*.

La nature des lésions serait vraisemblablement infectieuse. Leur siège est sans doute diffus, mais elles doivent affecter surtout les lobes postérieurs.

M. Lhermitte, qui a soigné ce même malade, croit à une lésion de la partie inférieure du lobe pariétal, avec dégénérescence du pli courbe et de la partie postérieure du corps calleux.

M. Charpentier fait remarquer que le trouble affecte le côté gauche, comme c'était le cas pour tous les faits d' « anosoagnosie » de Babinski.

Le « phénomène de flexion des petits orteils ». — M. J. Thiers montre un malade qui présente le phénomène de flexion des petits orteils, décrit en 1913 par l'auteur avec M. P. Marie. Il s'agit d'un réflexe de flexion des quatre derniers orteils, provoqué par la percussion d'un point quelconque du membre inférieur. Ce phénomène, distinct du signe classique décrit par Bechterew et par Mendel, serait l'indice d'une lésion très légère de la voie pyramidale ; il serait, à cet égard, plus sensible — quoique beaucoup moins fréquent — que le signe de Babinski. Le malade présenté est atteint de spasmes du membre inférieur, d'origine encéphalitique.

Les spasmes de la face et leur traitement. — MM. Alajouanine et Thurel ont rassemblé 75 cas de mouvements involontaires de la face, et, à l'aide de ce matériel d'étude, ils reprennent la classification et la description des spasmes faciaux.

Le seul traitement logique et efficace de l'hémispasme facial vrai est l'alcoolisation du nerf facial, qui, pour ne pas provoquer de paralysie durable, doit être pratiquée au niveau où le nerf sort de la parotide avec une dose d'alcool exactement appropriée.

MM. Baudouin, Haguenau, Cl. Vincent, Chavany signalent les difficultés de cette technique, le caractère inconstant et passager des résultats obtenus.

Sur un malade présenté par MM. Alajouanine et Thurel, le résultat se maintient néanmoins depuis sept mois.

Trois cas d'ataxie aiguë chez le singe après intoxication expérimentale. — MM. Mollaret et Stefanopoulo ont réalisé, à trois reprises, chez le singe, par intoxication massive à l'aide d'un dérivé arsenical, un syndrome d'ataxie aiguë. Le substratum fondamental semble résider dans l'atteinte labyrinthique, que démontre particulièrement l'abolition des différentes variétés de nystagmus provoqué aux trois épreuves rotatoires, épreuves de choix pour l'exploration labyrinthique des animaux.

La soif morbide. Polydipsie élective par lésion hypothalamique. — MM. J. Lhermitte et Albessard présentent un malade de soixante-huit ans, qui est atteint de polydipsie élective pour les spiritueux avec polyurie, hypnolepsie, déchéance sexuelle, et chez lequel la loge hypophysaire est normale, tandis que l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une hyperalbuminose avec hypercytose, et le sang une réaction de Bordet-Wassermann positive ; les auteurs, à ce propos, montrent que le diabète insipide comprend, en réalité, deux groupes de faits. Le premier, le plus important, où la polyurie apparaît primitive, le second où la polydipsie commande les modifications du taux de la diurèse. La pathogénie de ces deux états est nécessairement différente. Or, ainsi que le montre le malade présenté, la

polydipsie peut s'entourer de caractères qui forment contraste avec le simple besoin de boire du diabétique insipide ; elle se marque par une appétence pour les boissons fermentées ou gazeuses, qui flattent le palais et assouvissent, tout ensemble, un besoin physiologique et psychologique. La rétropituitrine, la ponction lombaire n'ont pas modifié les symptômes.

M. Cl. Vincent, d'après son expérience sur les opérations pratiquées dans la région infundibulo-hypophysaire, croit également que le diabète insipide commence tantôt par la polydipsie, tantôt par la polyurie.

Etude anatomo-clinique d'un cas de névrite hypertrophique. — MM. SOUQUES et J. BERTRAND montrent en projection les lésions d'un cas de névrite hypertrophique dont l'évolution clinique avait offert quelques particularités : absence de tremblement intentionnel, de dysarthrie, de scoliose, de trouble pupillaire chez une malade morte à cinquante ans. L'étude de la moelle, des racines et des nerfs périphériques permet de constater, à ces divers étages du système nerveux, les mêmes lésions de « schwannite hypertrophique », qui sont ici de type fibrillaire plutôt que lamellaire.

M. André Thomas remarque combien les lésions histologiques sont différentes suivant les cas de névrite hypertrophique.

Encéphalite de nature indéterminée avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Forme pseudo-tumorale. — MM. J. DEREUX et G. LIAGRE (de Lille) rapportent l'observation d'une jeune malade atteinte d'une encéphalite avec syndrome hypertensif et stase papillaire, tension de 70 du liquide céphalo-rachidien en position couchée.

Cette encéphalite, non épidémique, de nature indéterminée, a guéri en quelques mois sous l'influence d'un traitement anti-infectieux. Les interventions chirurgicales ont montré la fréquence de ces affections. Les auteurs insistent sur l'aspect pseudo-tumoral qu'elles revêtent parfois et qui pose des problèmes pratiques de thérapeutique très importants.

Hallucinations visuelles chez une malade atteinte de syndrome de Weber. — M. L. CORNIL (de Marseille) relate une observation de syndrome de Weber par métastase de cancer du sein. Les hallucinations qui accompagnent le syndrome sont périodiques et rythmées par les époques cataméniales.

A propos de la ventriculographie. — MM. Cl. VINCENT et P. PUECH rappellent les immenses services qu'a rendus la ventriculographie dans le diagnostic des tumeurs du cerveau. On en fait actuellement volontiers, non seulement pour savoir s'il existe une tumeur cérébrale ou non, pour connaître sa localisation, mais, dans un certain nombre de cas, pour connaître la forme et l'étendue à donner au volet cranien.

Cependant la ventriculographie ne permet pas toujours de résoudre le problème qui est posé au neuro-chirurgien par un syndrome d'hypertension intracranienne, comme Bailey en convient lui-même.

De plus, dans certains cas, la ventriculographie ne peut être pratiquée, parce que les ventricules ne peuvent être trouvés, lors même que le sujet est bien atteint de tumeur cérébrale.

Enfin, dans une autre catégorie de faits, l'injection d'air peut être pratiquée ; il existe une déformation des

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude
●
125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.
●
Organisation sanatoriale et médicale moderne
Galeries de Cure privées
●
Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • Autocars : GRENOBLE MARSEILLE
●
Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

ventricules ; et cependant, on est en présence d'une encéphalite localisée, et non pas d'une tumeur.

Rôle éventuel de la vaccination antityphique dans le développement d'une syringomyélie. — MM. GUILLAIN et ROUQUÈS ont observé une syringomyélie chez un homme de trente-cinq ans, qui avait été vacciné deux ans auparavant contre la fièvre typhoïde, et qui avait présenté, aussitôt après la vaccination, une névrite brachiale, de l'atrophie musculaire et des troubles de sensibilité objective de la main.

ACTUALITÉS

LA DÉFENSE PASSIVE CONTRE LES ATTAQUES AÉRIENNES

Le poste-école de la S. S. B. M. à Versailles (1).

Le vote prochain rendant obligatoire l'organisation de la défense passive, donne un intérêt immédiat aux réalisations actuellement existantes.

Dans la région parisienne, où la mise en train a été particulièrement laborieuse pour des raisons qui n'ont rien de commun avec l'hygiène, il faut citer deux abris collectifs qui peuvent servir de modèles.

D'abord l'abri réalisé aux Invalides, par M. le pharmacien-colonel Bruère. C'est un abri-type à atmosphère surpressée. Il renferme tous les perfectionnements réalisables à l'heure actuelle. Il mériterait le nom de poste-école comme celui que la sous-commission de la défense passive de banlieue, présidée par le professeur Tanon, a visité récemment à Versailles, sous la conduite du médecin-colonel Anglade, assisté du Dr Altenbach, médecin du bureau d'hygiène et du Dr Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise.

*
* *

Le Poste-Ecole de Versailles, installé par le médecin-colonel Anglade, à l'hôpital militaire Dominique-Larrey, pour la Société de secours aux blessés militaires (section de Versailles) constitue une organisation souterraine type, à grand rendement, pour *victimes civiles d'une attaque aérienne.*

On sait que l'hôpital militaire occupe les anciens « grands communs » du château. Il possède à une dizaine de mètres sous terre de très vastes caves voûtées donnant toute sécurité. L'aménagement de l'abri a été réalisé par M. Anglade avec la plus grande ingéniosité et des moyens très réduits.

Notons que ces travaux ont été exécutés sans aucune dépense pour l'administration de la guerre. En cas de mobilisation, ce poste *municipal* passerait au seul point de vue discipline et surveillance, sous les ordres du médecin-chef de l'hôpital militaire.

Tous les médecins connaissent trop bien la question des abris et des gaz, pour qu'il soit nécessaire de faire une description détaillée. Nous allons seulement tâcher de dégager les points originaux de l'organisation de M. Anglade.

Avant de visiter l'abri, examinons d'abord le matériel de l'*équipe mobile de secours* qui doit aller chercher les blessés en cas d'attaque aérienne. L'équipe comprend :

1° Une voiture de tourisme quelconque tenue toujours en ordre de marche et prête à partir avec une conductrice et quatre infirmières (S. S. B. M.) ;

2° Une remorque contenant une rampe de pulvérisation avec réservoir sous pression d'une solution neutralisante, — des pulvérisateurs de 10 litres sous pression évitant toute fatigue aux infirmières masquées, — des pansements et des gouttières, — des tubes à oxygène et carbogène, — des ampoules de coramine avec seringues scellées, — un détecteur avec flacons spéciaux, — des brancards. Prix de revient : 2.500 fr. environ.

La remorque étant détachée, la voiture de tourisme est rendue libre pour des missions de liaison ou de transports, tandis que l'équipe neutralise le terrain et donne les premiers soins aux blessés.

Descendons maintenant dans l'abri par un large escalier. La particularité la plus originale de l'installation est le poste du *chef d'abri.* Celui-ci a la surveillance de la « vie en milieu confiné », il a les détecteurs à sa portée et dispose d'un tableau de commande lui permettant de donner tous les ordres nécessaires. Le chef d'abri n'a pas d'autre occupation que la surveillance, ce n'est pas une sinécure.

Le *médecin chef du triage* examine les entrants, prend connaissance de la fiche de détection établie par l'équipe mobile et il dicte à un secrétaire le texte de la fiche de triage. Dans la *salle de triage*, existe une grande rampe de pulvérisation permettant de neutraliser la pièce. Signalons aussi le niveau d'eau pour surpression (Bruère), l'appareil de régénération de l'air à grand débit ingénieusement monté avec un aspirateur de ménage (Lux).

La répartition se fait : côté hommes, côté femmes.

Dans la salle d'attente des *vésiqués*, deux points à noter : A. Pendant que les vêtements sont à la neutralisation, le contenu des poches de chaque blessé, portefeuilles, argent, est placé dans une boîte en fer-blanc portant un numéro répété sur les vêtements et sur une fiche attachée au poignet du patient. B. Pour remplacer les vêtements trop souvent détériorés par l'opération, il est prévu un approvisionnement de pyjamas. Puis voici la *salle de douches* et de soins pour les yeux. C'est enfin l'embaumement des *brûlés.* Les pulvérisations d'ambrine se font avec une simple seringue de « Fly Tox » plongée dans un bain-marie à 70°. *La salle d'opération* a des dégagements évitant le retour par les couloirs où ont passé les gazés.

Dans la salle des *asphyxiés*, nous trouvons l'appareil de respiration artificielle à décubitus ventral du médecin-colonel Cot. Particularité : il est placé sur une table pour éviter au médecin traitant la position accroupie. On retrouve là tout le matériel de secours aux asphyxiés, utilisé par les médecins des sapeurs-pompiers de Paris.

Indiquons encore l'installation généreuse de l'éclairage électrique — avec groupe de secours, — tous les détails sont d'ailleurs très minutieusement prévus.

*
* *

A dessein nous avons montré seulement les particularités de cet abri, modèle d'ordre et de bonne organisation.

Son fonctionnement exige le personnel suivant : médecins non mobilisables 9, dont 4 dames ; infirmières de la S. S. B. M., 30. Rendement : 200 gazés à l'heure.

L'abri peut contenir 4 à 500 personnes. L'évacuation des gazés traités sur des hôpitaux ruraux du département de Seine-et-Oise permet d'éviter tout encombrement.

Tel quel, le poste-école de Versailles est équipé pour fonctionner sans délai. Il fait le plus grand honneur au général de Riencourt, secrétaire permanent du comité de défense passive du département ; à nos confrères MM. Anglade, Altenbach et Aublant, ainsi qu'au comité de la S. S. B. M. de Versailles.

F. L. S.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 4, p. 69, et n° 47, p. 850.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

SIROP DU Dr REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)
au Phosphate de Chaux hydraté
TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE
DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge
ASSIMILATION COMPLÈTE
PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon
BERTAUT-BLANCARD FRÈRES 64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)
PAS D'ACIDE LIBRE

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU TABES

GENERALITES

Le tabès — maladie de Duchenne — est essentiellement caractérisé :

1° Par les altérations des racines et des cordons postérieurs de la moelle ;

2° Par des signes de syphilis.

CLINIQUE

Début. — Rien n'est plus variable que le début du tabès.

a) Soit des troubles moteurs : gêne de la marche ;

b) Soit des *troubles sensitifs : début fréquent ;* il peut s'agir d'un malade qui souffre :

α) De *douleurs périphériques* paroxystiques ou continues au niveau des membres ou du tronc ;

β) De *douleurs viscérales*, en particulier de *crises gastriques.*

c) Soit des troubles sensoriels : les troubles oculaires, en particulier, peuvent amener le malade à consulter ; un examen ophtalmologique fait alors rechercher les autres signes de tabès.

d) Soit des troubles génitaux ou urinaires ; l'impuissance ou les troubles de la miction peuvent être des symptômes initiaux de tabès.

d) Soit des troubles trophiques : un mal perforant, des fractures spontanées, des arthropathies peuvent orienter le diagnostic.

e) Soit l'examen systématique : il s'agit d'un syphilitique ancien, que l'on examine systématiquement, et l'on trouve des signes typiques de tabès.

Examen. — Dans tous les cas, on recherche : 1° les signes cardinaux du tabès : 1° ataxie ; 2° hypotonie musculaire ; 3° abolition des réflexes tendineux ; 4° syndrome d'Argyl-Robertson.

2° On fait un examen neurologique complet.

3° On fait le bilan des tares viscérales syphilitiques.

1° L'examen neurologique. — On devra le faire systématiquement, en examinant successivement les différents troubles.

A. TROUBLES MOTEURS. — Ils sont parfois évidents : tabès à une période avancée. Ils sont le plus souvent à rechercher.

1. La force segmentaire est normale (pas de paralysie).

2. L'ataxie est nette :

a) Statique : rechercher le *signe de Romberg*, malade debout, les talons joints, les bras étendus, les yeux fermés : le malade oscille et perd son équilibre.

Parfois Romberg « latéralisé » : par l'épreuve à cloche-pied on note une ébauche de Romberg.

b) Dynamique :

α Aux membres supérieurs : doigt sur nez, etc.;

β) Aux membres inférieurs : talon sur genou, etc... faire marcher le malade pour noter *le degré* de gêne de la marche :

α) Soit *démarche incertaine* : difficulté de marcher, *titubation...*

β) Soit gêne moins marquée : *talonnement ;* les jambes sont lancées brusquement et retombent en frappant le sol du talon d'abord.

γ) Soit *léger talonnement*, et en interrogeant le malade, on apprend que le soir, dans l'obscurité, depuis quelque temps, il éprouve une certaine gêne à marcher, bute ; la montée ou la descente des escaliers lui est particulièrement difficile. Il est bon, dans ces cas, de faire *les épreuves classiques de Fournier.*

B. TROUBLES DU TONUS MUSCULAIRE. — L'*hypotonie musculaire* est un signe assez précoce et un symptôme cardinal du tabès : rechercher l'hypotonie des doigts (hyperextension), la flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le tronc, la laxité anormale et exagérée des articulations. *Dans les cas frustes*, recourir à la méthode des empreintes plantaires (Alajouanine) : *l'affaissement de la voûte plantaire* est en rapport avec l'hypotonie musculaire.

C. TROUBLES DES RÉFLEXES. — 1° *Tendineux :* les rechercher avec soin ; obtenir un relâchement complet ; faire plusieurs examens.

Abolition de l'achiléen, du *médio-plantaire*, du rotulien, du stylo-radial, du radial, de l'olécranien...

2° *Ostéo-périostés.* — Ils sont souvent plus précocement atteints.

3° *Cutanés.* — Abdominaux, crémastériens, bulbo-caverneux, plantaires, sont fréquemment abolis.

D. TROUBLES SENSITIFS. — Ils sont importants.

1° Troubles subjectifs : l'interrogatoire doit s'efforcer de bien mettre en relief leurs caractères.

a) *Soit douleurs périphériques.* — α) *Douleurs fulgurantes.* — Début brutal, inopiné : au niveau d'un ou des membres inférieurs ; irrégulières ; cessant brusquement ; difficiles à bien définir : en éclair ; les paroxysmes douloureux évoluent *par accès*, durant de quelques heures à quelques jours ; dans les jours qui suivent : possibilité d'*ecchymoses...*

β) *Douleurs constrictives.* — Au niveau des genoux, des poignets, des chevilles, avec sensation de broiement osseux ; parfois douleurs *en ceinture*, au niveau du thorax.

b) *Soit douleurs viscérales.* — α) *Crises gastriques.* — Brusques dans leur apparition, intenses, arrachant des cris au malade, à siège épigastrique d'abord, puis irradiant à tout l'abdomen. Elles s'accompagnent parfois de vomissements, d'hématémèses : l'intolérance gastrique est absolue. Elles cessent brusquement, soit *sous l'effet d'injections intra-veineuses d'atropine*, soit spontanément. Elles ne laissent aucun trouble dyspeptique à leur suite. Leur évolution est essentiellement capricieuse.

β *Crises entéralgiques.* — Avec coliques, diarrhée incoercible, ténesme ; elles sont le plus souvent associées aux crises gastriques.

γ) Notons la possibilité de *crises cystalgiques, rénales,* génitales... (*A suivre.*)

La ponction cisternale (ponction sous-occipitale), par Mariano R. CASTEX, recteur de l'Université de Buenos-Ayres, membre et ancien président de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale, et Luis-E. ONTANEDA, chef de salle à l'hôpital militaire central, Dr du dispensaire anti-vénérien J.-M. Bloch, chef de travaux pratiques à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres. Un vol. in-8° de 70 pages, avec 17 figures en noir dans le texte et 5 planches en couleurs hors texte. — Prix : 35 francs. — Paris, G. Doin et Cie. — Traduction du docteur Gaullieur-l'Hardy, vice-président d'honneur, fondateur de l'Union médicale latine (U. M. F. I. A.).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie — 10, Rue Crillon — PARIS

A. GUERBET & Cie PHARmiens
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22, Rue du Landy — St-Ouen près Paris
R. C., 225.781 B

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant.: 56, Boul^e Ornano PARIS

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.
6, Rue Abel PARIS (12e)

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

CONCOURS HIPPIQUE DE VICHY. — Vichy, la reine des Villes d'eaux, vous offre, comme chaque année, pour l'inauguration de sa saison, un brillant Concours hippique.

Cette manifestation sportive, réputée entre toutes, se déroule du 21 juin au 3 juillet, à l'Hippodrome du Sichon. Son succès habituel est complété par l'éclat de fêtes artistiques et mondaines.

Et c'est à peu de frais que vous pouvez vous rendre à Vichy. Si vous voyagez avec votre famille, vous bénéficiez d'une réduction de 25 % pour la deuxième personne, 50 % pour la troisième, 75 % pour chacune des suivantes.

Au départ des gares de Saint-Etienne, Thiers, Riom, Roanne, Moulins Nevers, Clermont-Ferrand, Lyon, utilisez les billets de fi nde semaine, avec réduction de 40 %, valables du samedi midi au lundi midi.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

De Trouette-Perret

l'
Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la
Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la
Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE | **ENTÉRITE** *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE
DIURÈSE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 30 JUIN 1934. — N° 52.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

XIVe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE. (Compte rendu, par M. Jean Lereboullet.)

Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT. (Fin. Compte rendu, par M. M.-G. Thieulin.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

CHRONIQUE

L'inauguration de l'Institut du cancer, par F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Ecrit.* — Question donnée : « Ruptures traumatiques de l'urètre. »

MM. Dreyfus, 25; Palmer, 28; Boudreaux et Petit, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Fondation J.-A. Sicard.* — La Commission de la Fondation J.-A. Sicard se réunira au mois de novembre 1934 en vue d'attribuer les arrérages de ladite Fondation s'élevant à 25.000 fr.

Le but de cette Fondation est de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Les candidats devront adresser pour le 15 octobre 1934, dernier délai, au doyen de la Faculté, une demande établie sur papier timbré à 4 fr. Ils devront indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions qu'ils poursuivent en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires.

Il ne peut être désigné qu'un ou deux bénéficiaires.

— Strasbourg. — La chaire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie est déclarée vacante.

LUCHON. — M. le professeur agrégé Sandrail, de la Faculté de médecine de Toulouse, a commencé, au vaporarium de Luchon, une série de recherches du plus haut intérêt comme suite à la dernière communication de M. le docteur Molinéry sur ce mode de traitement.

M. Sandrail pratique les prélèvements de sang, de sueur et des relevés de tension artérielle avant et après le traitement dans les galeries du vaporarium..

Il sera intéressant de connaître les résultats relevés par le professeur de la Faculté de Toulouse et de voir s'ils sont en concordance avec ceux que déjà on nous a laissés pressentir.

ASSISTANCE AUX BLESSÉS NERVEUX DE LA GUERRE [35, avenue de Saint-Ouen, Paris (XVIIe)]. — M. Adrien Marquet, ministre du Travail, présidera le 1er juillet la fête artistique du Centre d'apprentissage d'Arnouville.

Théâtre en plein air avec le concours des artistes de la Comédie Française et de l'Opéra.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chaire d'anatomie médico-chirurgicale. (Professeur : M. Robert Proust.) — *Cours de perfectionnement de chirurgie urinaire.* — Le cours de médecine opératoire des voies urinaires, en six leçons, par M. le docteur Cordier, prosecteur, commencera le lundi 9 juillet 1934, à 16 h. 30, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Ce cours sera fait en liaison avec le cours de chirurgie urinaire de M. le professeur Maurice Chevassu, à l'hôpital Cochin.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Clinique oto-rhino-laryngologique. — *Cours de perfectionnement* du professeur Portmann, avec la collaboration de MM. les professeurs Dupérié, Jeanneney, Leuret, Papin, Petges, Réchou, Teulières, de MM. les professeurs agrégés Delmas-Marsalet

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

et Despons, et de MM. les docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et Junca, ancien aide de clinique.

Ce cours aura lieu du lundi 16 juillet au samedi 28 juillet 1934.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants; la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. — Droit d'inscription : 300 fr.

VIIIe Congrès des Sociétés françaises d'oto-neuro-ophtalmologie. — La réunion primitivement prévue pour 1934 et qui devait se tenir à Barcelone a dû, en raison d'empêchements majeurs que n'ont pu surmonter ni le zèle ni la meilleure volonté de la Société d'O. N. O. de cette ville, être ajournée.

Il est maintenant assuré que la session pourra être organisée à Nice à l'époque de Pâques 1935.

Sur la question mise à l'ordre du jour par l'assemblée au Congrès de Limoges en 1933 : « *Les abcès du cervelet en oto-neuro-ophtalmologie* », les rapports prévus seront établis et présentés par MM. *Ramadier* et *Caussé* (otologie), *André-Thomas* et *Barré* (neurologie), *Velter* (ophtalmologie). Secrétaire général : Dr *Auguste Tournay*, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e). Tél. Littré 53-25.

Association internationale des hôpitaux. — Au mois d'août prochain auront lieu le 2e cours de perfectionnement de l'Association internationale des hôpitaux et un voyage d'études dans le canton des Grisons. Le cours se divise en trois sections A, B et C, qui sont indépendantes les unes des autres ; les participants auront toute faculté de s'inscrire pour les sections de leur choix.

Section A : Séances et visites à Bâle, à Zurich et à Lucerne, 15 *au* 18 *août*. — Cartes d'admission à 90 fr. suisses, comprenant : a. Participation aux conférences et visites ; b. Pension complète, du 15 au 17 août, à Bâle, Zurich et Lucerne ; banquet à Zurich ; visite du Kursaal, à Lucerne ; c. Voyage en chemin de fer Bâle-Zurich-Lucerne (2e classe). — Excursions sur les lacs de Zurich et des Quatre-Cantons. — Voyage en autocar Lucerne-Brunig-Berne. — Usage de l'autobus pour les visites des établissements.

Section B : Cours de perfectionnement à Berne et à Leysin, 19 *au* 23 *août*. — Carte d'admission à 150 fr. suisses, comprenant : a. Participation aux conférences et visites. Visite de l'exposition ; b. Banquet officiel (vin inclus) à Berne ; c. Pension complète, du 18 au 22 août, à Berne et à Leysin ; d. Voyage (aller) Berne-Aigle. Voyage (aller et retour) Aigle-Leysin. — Excursion au Gurten. — Usage de l'autobus pour les visites des établissements.

Section C : Voyage d'étude dans le Canton des Grisons, 23 *au* 28 *août*.

Inscription aux trois sections du cours. — On est prié de s'inscrire avant le 1er juillet, quelles que soient les sections qu'on choisisse, au secrétariat du cours de perfectionnement 1934, Obergrundstrasse 13, Lucerne.

Prière de faire les versements jusqu'au 15 juillet à : L'American Express Company Inc., Löwenstrasse 6, Lucerne, ou en un chèque bancaire, sur Lucerne, en francs suisses, à l'ordre de l'Association Internationale des Hôpitaux, ou en un chèque postal au compte de chèques postaux VII 3432, à Lucerne.

Dès que le montant de la souscription aura été versé, le participant au cours recevra la carte d'admission et tous les renseignements utiles. Le comité organisateur prie les participants de s'inscrire le plus tôt possible.

Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. — On nous rappelle que la 9e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, qui se tiendra à Varsovie les 4, 5 et 6 septembre, comprend deux catégories de membres : les membres de l'Union, qui sont de droit membres de la conférence et les membres de la conférence (non membres titulaires), qui ont versé une somme de 50 zlotys polonais.

Les personnalités désireuses de participer à cette Conférence sont priées d'en aviser, le plus tôt possible, le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris, qui, d'après les statuts de l'Union, doit présenter au Comité d'organisation de la Conférence les membres français de celle-ci.

Les conditions du voyage sont les suivantes :

Réduction de 50 % sur le tarif des billets de chemins de fer polonais, de la frontière polonaise à Varsovie et retour ;

Même réduction sur les chemins de fer français ;

Les chemins de fer allemands accordent une réduction de 33 1/3 % pour un groupe de 12 personnes au moins.

Les médecins participant à la conférence de Varsovie pourront se procurer les billets de chemins de fer, avec l'ensemble des réductions, en s'adressant à la succursale de l'Agence Orbis, 5, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

Les participants à la conférence recevront prochainement le programme détaillé de la réunion.

L'ashénie. Syndrome. Maladie. Diagnostic. Traitement, par R. Benon. In-8°, 236 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, M. Vigné.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

Prendre pendant les quinze premiers jours de chaque mois :

SANOQUINOL
"CIBA"

Médicament anti-arthritique lytique et éliminateur

L'hiver a été fertile en occasions diverses d'encombrement tissulaire : sédentarité, alimentation surazotée, états fébriles, etc...

Une cure de « lixiviation » est opportune à beaucoup de sujets, aux arthritiques surtout, aux rhumatisants, aux pléthoriques, aux myalgiques.

Nul médicament ne convient mieux à cette « cure de printemps » que le SANOQUINOL qui, mobilisant les dépôts uratiques et les floculats, stimulant les fonctions rénales et hépatiques, redonne aux tissus et organes leur souplesse et leur activité métabolique amoindries.

Le Sanoquinol réalise le thermalisme à domicile avant ou après le thermalisme à la station.

Granulé de saveur agréable

(2 à 4 cuillerées à café par jour)

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND

109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

* *

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ
ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS _ LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS _ PARIS-15e

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHTS _ 3, rue WATTEAU. COURBEVOIE _ Seine

SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT
ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL
SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.
LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

XIVe RÉUNION
NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Paris, 5 et 6 juin 1934 (1).

LES CENTRES VÉGÉTATIFS DU DIENCÉPHALE MÉDIAN

PREMIER RAPPORT

Partie anatomique.

Par M. LARVELLE (Bruxelles).

Dans ce travail très documenté et très fouillé dont nous ne pouvons donner qu'un aperçu d'ensemble, l'auteur étudie uniquement les centres supérieurs contenus dans le diencéphale médian, c'est-à-dire dans la partie du cerveau intermédiaire qui forme la paroi du troisième ventricule.

1° Différenciation des types cellulaires et topographie des noyaux du diencéphale médian. — L'auteur a étudié ces types cellulaires à l'aide des imprégnations argentiques (technique de Reumont) et de diverses autres techniques. Il considère comme végétatives des cellules de forme allongée, bipolaires, disposées en « bancs de poissons » dans un courant fibrillaire. Le type en est le noyau dorsal du vague. Une bonne orientation de coupes est indispensable pour apprécier ces caractères. Plus rarement on observe des arrangements en pelote ou en ordre dispersé.

Ces critériums permettent de décrire un certain nombre de noyaux : substance grise centrale, noyau supraoptique, noyau paraventriculaire, noyaux basaux du tuber, noyau tubéro-maxillo-trigonal, noyaux du corps maxillaire, noyau intercalé, noyau de la substance réticulaire hypothalamique, noyau rétinien, noyau paramédian, auxquels il faut ajouter un noyau pallido-infundibulaire, un noyau interfornicatus, le corps subthalamique de Luys. L'auteur précise la topographie de ces différents noyaux.

2° Voies de conduction. — L'auteur distingue : *a*) des *voies purement somatiques* qui connectent entre eux les différents centres du rhinencéphale ;

b) Des *voies somato-végétatives* qui connectent le rhinencéphale aux noyaux du diencéphale médian. Elles comprennent un faisceau antéro-postérieur ou faisceau olfactif nasal d'Edinger (qui se divise en faisceau fronto-supra-optique et faisceau fronto-tubérien), un faisceau reliant l'écorce olfactive temporale au corps mamillaire, une liaison entre le striatum et l'hypothalamus, enfin des fibres qui réunissent les différents noyaux de la paroi du troisième ventricule avec les noyaux du thalamus ;

c) Des *voies purement végétatives* et notamment les connexions entre le noyau supra-opticus et l'hypophyse (tractus supra-optique hypophysaire) dont l'auteur précise le trajet. A ces connexions se rattache le système des fibres pâles ou fibres zonales et le système tangentiel périventriculaire qui relie le diencéphale médian aux centres inférieurs du névraxe.

3° Le point de vue anatomique dans la question des localisations végétatives. — L'auteur montre la difficulté de telles études du fait des variations de la cyto-architectonie dans la série animale rendant difficile la comparaison des résultats obtenus chez les animaux en expérience du voisinage et de l'interpénétration des différents noyaux, de la difficulté qu'il y a à différencier à ce niveau les images normales des images pathologiques. Il aboutit néanmoins à quelques conclusions.

La substance grise centrale aurait une importance relativement grande ; ce serait le lieu d'élaboration et de propagation des excitations perçues au niveau de l'épendyme ; elle pourrait intervenir dans divers mécanismes, et notamment dans le mécanisme du sommeil. Le groupe antérieur des noyaux de l'hypothalamus (noyaux supra-optiques et paraventriculaires) et les noyaux propres du tuber sont fonctionnellement solidaires de l'hypophyse. Le corps mamillaire peut être considéré comme un relais de voies rhinencéphaliques destiné à faire intervenir les excitations olfactives dans le mécanisme des réflexes végétatifs. Le noyau tubéro-maxillo-trigonal est peut-être en relation avec les échelons végétatifs mésencéphalo-ponto-bulbaires. Enfin les cellules géantes de la substance réticulaire semblent intervenir dans la fonction du sommeil.

Dans l'ensemble, le diencéphale médian est dominé par la sphère olfactive ; ceci cadre avec la physiologie qui montre que les fonctions végétatives et les instincts sont conditionnés en ordre principal par l'excitant olfactif. La diminution du nombre des noyaux dans l'hypothalamus humain est fonctionnellement compensée par la différenciation beaucoup plus poussée des cellules constituant ces noyaux.

L'auteur conclut en montrant les relations étroites qui existent d'une part entre cette région et les autres parties du névraxe, et d'autre part les différents noyaux de cette région qu'il ne faut pas vouloir compartimenter à l'excès.

DEUXIÈME RAPPORT

Essai d'orientation neuro-physiologique.

Par M. Auguste TOURNAY.

Après quelques données d'ordre général, l'auteur restreint son étude à deux exemples : le besoin d'oxygène et le besoin d'eau.

A. Le besoin d'oxygène. — La notion d'un centre respiratoire unique décrit par la physiologie classique a fait place, à la suite des expériences de Lumsden et de Taylor, à celle d'une série de centres étagés. Il semble que ces centres respiratoires, pris en bloc, puissent avoir un fonctionnement autochtone comme tendent à le prouver les expériences de Heymans sur la tête isolée et celle d'Adrian et Buytendik qui mesure les courants d'action du tronc cérébral complètement isolé.

Les processus qui règlent le rythme respiratoire sont multiples ; il faut tenir un compte particulièrement important de la teneur du sang en CO^2 et en O.

Il existe aussi une corrélation entre la ventilation pulmonaire et l'équilibre thermique qu'elle peut contribuer à maintenir en permettant une perte d'eau. Aussi est-il logique de chercher un centre régulateur de la respiration au niveau du mésodiencéphale où semble se trouver déjà le centre thermique.

Plusieurs expérimentateurs agissant sur l'hypothalamus ont d'ailleurs observé des effets respiratoires. Mais ces effets restent difficilement interprétables. Il serait intéressant qu'à l'occasion les neuro-chirurgiens mettent à profit les circonstances réalisées chez l'homme pour observer de plus près le comportement de la fonction respiratoire, les variations thermiques et la déperdition d'eau.

B. Le besoin d'eau. — La constance en eau des divers tissus est particulièrement remarquable. Elle est régie en grande partie par des phénomènes d'ordre physico-chimique. Mais comment le système nerveux intervient-il pour régler cet équilibre ? C'est là un problème extrêmement com-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

plexe dont, par quelques exemples, l'auteur montre les difficultés en étudiant en particulier le rôle des plexus de Meissner dans les acquisitions d'eau et les influences nerveuses qui règlent la sortie de l'eau par le rein, les poumons, la peau. Il montre le rôle du système nerveux sur la teneur en eau du sang, et sa dilution après réchauffement ; cette dilution est supprimée par l'anesthésie ou la décérébration. Il pose le problème de la polyurie expérimentale, de la régulation des entrées d'eau, la question de la soif qui peut être déclenchée par une excitation directe des hautes régions végétatives par un acte expérimental ou neuro-chirurgical.

C. **Principes d'orientation.** — L'auteur montre que, malgré l'intérêt de l'expérimentation sur l'animal, on ne peut en tenir compte qu'avec la plus grande prudence ; seules des constatations expérimentales neuro-chirurgicales peuvent être véritablement probantes.

Il est difficile, étant donné le voisinage des noyaux, de circonscrire suffisamment les excitations pour individualiser la fonction de chaque groupe cellulaire ; mais plus que le repérage microscopique, le repérage des fils conducteurs pour la recherche des courants d'action peut être instructif.

Mais la grande difficulté réside dans l'étude des corrélations neuro-humorales. Il existe, en effet, des cas où on peut attribuer à de véritables hormones des activités jusqu'alors attribuées au système nerveux lui-même. Cet enchaînement neuro-humoral peut ne plus coïncider en totalité, ni avec le tracé anatomiquement préétabli des arcs et circuits réflexes, ni avec la hiérarchie organisée par niveaux entre les relais sympathiques. La vieille notion de deux systèmes antagonistes peut rester féconde, à condition de ne pas la comprendre dans un sens trop étroit. Tout se tient dans les interactions assurées tant par les agencements du système nerveux que par les transports humoraux, et, dans l'étude des diverses régulations, il ne faut pas oublier tout ce qui dans l'organisme concourt à informer d'une cause de déséquilibre et à effectuer les manœuvres nécessaires au rétablissement de la fixité.

TROISIÈME RAPPORT

Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique.

Par M. Lhermitte.

Le rapporteur pense qu'il faut distinguer très nettement les problèmes anatomo-chimiques des problèmes physiopathologiques et borne son exposé au premier groupe de problèmes.

Il commence par un court rappel des connexions anatomiques et physiologiques des appareils végétatifs hypothalamiques avec l'hypophyse et des interactions physiologiques hypophyso-diencéphaliques. Il ne fait que mentionner les syndromes dont l'origine hypophysaire n'est plus discutée : acromégalie, gigantisme, nanisme, basophilisme hypophysaire, cachexie hypophysaire (sur laquelle d'ailleurs l'accord est beaucoup moins unanime) pour étudier uniquement les syndromes infundibulo-tubériens.

A. Le **diabète polyurique ou insipide** est indiscutablement d'origine nerveuse, et il n'existe aucun cas de diabète insipide par lésion pure de l'hypophyse. L'influence antidiurétique de l'extrait hypophysaire ne démontre pas l'origine hypophysaire, mais est assimilable à l'influence de l'insuline dans le diabète sucré diencéphalique.

B. La **narcolepsie** et ses dérivés sont aussi indiscutablement diencéphaliques.

C. L'**hyperorexie**, la **boulimie** ont la même origine.

D. La **polydipsie** est d'origine diencéphalique comme le montrent les travaux des neuro-chirurgiens. Peut-être certains cas de diabète insipide sont-ils la conséquence de la polydipsie.

E. La **glycosurie** voit son origine diencéphalique prouvée par de nombreux faits expérimentaux et cliniques. L'argument décisif tient dans l'association du diabète sucré à diverses manifestations végétatives diencéphaliques. Non seulement le métabolisme de l'eau et des glucides peut être modifié, mais il s'y adjoint parfois une perturbation de la régulation du chlorure de sodium.

L'insulino-résistance de certains diabètes est peut-être révélatrice d'une désorganisation de l'appareil végétatif diencéphalique.

F. **L'obésité et les lipodystrophies.**

a) L'**obésité diencéphalique** est indiscutable, et a été prouvée expérimentalement. C'est une obésité disproportionnée prédominant sur le tronc, l'abdomen et la racine des cuisses et souvent accompagnée d'autres signes d'atteinte hypothalamique. Elle est fréquente après les encéphalites hypothalamiques (encéphalite épidémique, maladie de Heine Medin, syphilis). Elle serait due, pour Sanchez, à des lésions des noyaux mamillaires supra-optiques et paraventriculaires. Elle s'oppose à l'obésité hypophysaire décrite par Cushing (basophilisme hypophysaire).

b) La **lipodystrophie progressive** (Barraquer-Simons) est caractérisée par la maigreur de la face et des membres supérieurs contrastant avec l'adipose des membres inférieurs. Elle semble liée à une altération du système végétatif central.

G. Le **syndrome de Laurence-Moon Biedl** est une affection familiale voisine du syndrome de Fröhlich mais comportant en outre une rétinite pigmentaire. Il semble d'origine diencéphalique, contrairement au syndrome de Leschke ou dystrophie pigmentaire qui est l'expression d'une altération hypophyso-surrénale.

H. Le **syndrome adiposo-génital** est considéré par les uns comme d'origine hypophysaire, par d'autres comme d'origine diencéphalique, par d'autres enfin comme dû à une modification conjointe de l'appareil nerveux et de la pituitaire. Le plus souvent, il est d'origine infundibulaire, mais on ne peut nier l'association fréquente de symptômes hypophysaires. Il est en tout cas impossible d'en faire deux variétés, l'une pituitaire, l'autre diencéphalique. Il faut insister sur la fréquence relative avec laquelle il apparaît dans l'encéphalite épidémique ; le tableau est alors variable suivant l'âge auquel il survient ; le syndrome adiposo-génital prépubéral s'accompagne habituellement d'un retard de la croissance, mais peut s'accompagner d'une accélération de la croissance.

La **macrogénitosomie précoce** a longtemps été considérée comme d'origine pinéale. En réalité, de nombreuses observations montrent qu'elle est due à une lésion des tubercules mamillaires ou du plancher du troisième ventricule.

A ce propos, le rapporteur se demande si, comme tendent à le prouver quelques observations, il n'y a pas parfois une répercussion lésionnelle des glandes génitales sur l'hypothalamus.

Le rapporteur étudie ensuite toute une série de symptômes dont on a discuté l'origine diencéphalique :

La **maladie de Simmonds ou cachexie hypophysaire** semble souvent d'origine diencéphalique plus qu'hypophysaire.

Le *rôle de l'hypothalamus sur l'hématopoièse* n'est plus discutable. On a constaté de la leucocytose myélogène par irritation ventriculaire et à la suite des tumeurs du troisième ventricule. La polyglobulie d'origine diencéphalique est actuellement bien prouvée ; elle peut disparaître après ablation de la tumeur ; elle est souvent associée à d'autres symptômes diencéphaliques.

Enfin, certaines anémies cryptogénétiques semblent liées à des altérations infundibulo-tubériennes.

Certaines *dystrophies osseuses et musculaires* ont pu être considérées comme d'origine infundibulaire, mais ces faits semblent discutables ; il en est de même pour la myotonie atrophtique.

L'*épilepsie diencéphalique de Wilder Penfield* pose un problème particulièrement intéressant. Il est incontestable en effet qu'il existe dans certaines tumeurs du ventricule moyen des crises très spéciales avec vaso-dilatation cervicale, sudation, lacrymation, mydriase, exophtalmie, troubles circulatoires et respiratoires, hypothermie, qui peuvent être considérées comme des équivalents végétatifs de l'épilepsie jacksonienne. Mais l'association de désordres végétatifs à une crise comitiale ne suffit pas à prouver l'existence d'un centre épileptogène diencéphalique.

La question des *perturbations psychiques* a suscité de nombreux travaux d'ordre plus métaphysique que scientifique qui nous ramènent aux idées de Descartes. Néanmoins il est certain que certaines tumeurs du troisième ventricule peuvent retentir sur le psychisme ; la manifestation dominante est l'hallucination ; on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un dérèglement de la fonction hypnique et plus spécialement onirique.

En conclusion, le rapporteur montre la difficulté qu'il y a à donner une spécificité physiologique aux divers noyaux du diencéphale qui sont entre eux en corrélation très étroite. L'intensité et l'étendue d'une lésion importent beaucoup moins que sa qualité et sa topographie. Enfin, il est extrêmement difficile de distinguer les lésions destructives des lésions excitatrices. Souvent des actions très différentes déclenchent des processus identiques et parfois de volumineuses destructions n'entraînent aucun trouble.

QUATRIÈME RAPPORT

La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne.

Par M. André THOMAS.

Après avoir rappelé les notions essentielles concernant la régulation thermique qui s'opère par les deux mécanismes opposés de la thermolyse et de la thermogenèse et le rôle important du système nerveux dans cette régulation, le rapporteur divise son exposé en trois parties :

I. **Physiologie.** — De très nombreux procédés ont été utilisés et les recherches ont porté sur des régions variées ; les résultats obtenus sont contradictoires et il semble que des régions très diverses soient chargées de régler la température.

La **piqûre thermique** n'apporte que des notions assez vagues, car elle produit l'hyperthermie avec des applications de topographies très diverses.

L'**excitation électrique** a donné aussi des résultats variables.

Les **destructions et sections** montrent l'importance de la région hypothalamique. Ce sont les lésions destructives localisées dans le tuber qui troublent le plus la *thermorégulation ;* l'animal devient poïkilotherme.

Il est nécessaire que la lésion soit à la fois bilatérale et médiane. Inversement, les irritations du tuber produisent les plus fortes répercussions thermiques. La décérébration ne modifie pas la régulation ; par contre, la transsection au niveau du bord antérieur du pont entraîne une perte de la fixité de la température centrale. L'intégrité de l'infundibulum est de première importance et les centres situés près de la ligne médiane agissent à la fois sur la thermogenèse et la thermolyse.

Le **refroidissement et l'échauffement des centres nerveux** produisent des modifications inverses de la température centrale. Ces modifications disparaissent après destruction des centres malheureusement insuffisamment délimités au cours de ces expériences.

Les **réactions au chaud et au froid,** tel le frisson, font défaut chez les animaux qui ont subi une lésion destructive de la région hypothalamique. L'échauffement du tuber produit un abaissement thermique et une forte sécrétion sudorale qui peut être produite isolément par excitation d'un centre frontal sus-chiasmatique. L'échauffement des centres produit une vaso-dilatation de l'oreille.

L'**hyperthermie** ou l'**hypothermie** peuvent être produites par de nombreuses substances chimiques ou bactériennes. L'effet hypothermisant de certains de ces poisons s'accuse après circulation d'eau chaude dans les centres. Après ablation du cerveau intermédiaire chez le lapin, l'inoculation de trypanosome ou l'injection de cultures de staphylocoques ne produit pas de fièvre. Cette même absence d'élévation est notée chez les animaux infundibulectomisés après injection de poisons bactériens, de sérum, de diverses substances chimiques.

La physiologie expérimentale fournit donc une documentation importante à l'étude de la régulation thermique : excitabilité des centres, avec une localisation élective dans la région infundibulo-tubérienne, leur réactivité vis-à-vis de la température du sang, des modifications de la température focale, leur rôle dans l'hyperthermie pharmacodynamique et l'hyperthermie fébrile.

II. **Pathologie.** — L'hyperthermie a été signalée dans de nombreuses affections du système nerveux central ; mais avant de l'attribuer à une cause nerveuse, il faut éliminer les autres facteurs éventuels : complications intercurrentes, accidents broncho-pulmonaires, maladie infectieuse.

Dans les tumeurs cérébrales, il faut s'efforcer de faire la part de la localisation et celle de la pression du liquide céphalo-rachidien. On peut observer des courbes thermiques à type fébrile qui sont à l'origine d'importantes erreurs de diagnostic. Dans les tumeurs strictement localisées à l'infundibulum, la température reste habituellement normale, mais à intervalles plus ou moins irréguliers apparaissent des crises d'hyperthermie comparables aux crises de narcolepsie, aux crises végétatives signalées dans d'autres domaines. Ordinairement, les divers phénomènes s'associent : c'est ainsi que l'association hyperthermie-narcolepsie a été plusieurs fois signalée.

L'hyperthermie peut s'observer aussi dans les tumeurs de la base, les tumeurs de l'hypophyse, les tumeurs qui compriment le plancher du troisième ventricule.

L'**hyperthermie chirurgicale** est connue depuis longtemps et l'hyperthermie post-opératoire est la « bête noire des chirurgiens ». Généralement accompagnée de symptômes graves, elle est parfois très précoce, pouvant survenir au cours même de l'intervention. Elle a été souvent constatée au cours d'interventions sur la région hypophysaire ou juxta-hypophysaire, mais elle reste dans la majorité des cas indépendante du siège du néoplasme. Elle paraît liée au déséquilibre de la pression intraventriculaire et peut-être à la réaction des plexus choroïdes ; il est possible que la réfrigération relative prolongée des centres ou des troubles circulatoires jouent un rôle. Elle serait moins fréquente si un drainage est établi. Dans certains cas plus tardifs, il peut s'agir de méningite aseptique.

D'autres interventions, ponction du corps calleux, ponction ventriculaire, ventriculographie, encéphalographie, voire simple ponction lombaire, peuvent la produire.

L'encéphalite épidémique s'accompagne avec prédilection de troubles thermiques qui se présentent sous des aspects divers :

Hyperthermie d'emblée, qui constitue un syndrome de gravité et non de fatalité ;

Poussées d'hyperthermie échelonnées sur une longue période ;

Inversion du rythme thermique ;

Légère hypothermie.

Ces troubles sont habituellement associés à des troubles végétatifs.

Dans le **diabète insipide,** les troubles thermiques sont plus rares.

L'étude des variations thermiques au cours des affections organiques du système nerveux apporte donc des indications encore indécises sur le rôle qui revient aux centres tubériens. Il serait utile d'étudier ces malades avec plus de méthode. Il serait aussi intéressant d'étudier les autres phénomènes habituellement concomitants en cas de fièvre ; c'est ainsi notamment que certaines influences pathologiques, mécaniques ou chimiques s'exerçant sur les centres et notamment sur la région infundibulaire peuvent faire apparaître une leucocytose, une leucopénie, une polyglobulie ou une diminution du nombre des globules rouges.

III. **Mécanisme physiologique.** — Les uns accordent une plus grande importance à la thermolyse, d'autres à la thermogenèse. Il semble que même sur ce dernier mécanisme les centres nerveux puissent avoir une influence considérable.

Il est encore à peu près impossible de dire si les lésions de la région hypothalamique sont irritatives ou paralytiques; de même l'étendue des lésions chez l'homme n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des troubles végétatifs, et de très importantes lésions peuvent ne s'accompagner d'aucun trouble ; il faut remarquer d'ailleurs que, dans bien des observations, l'étude des troubles thermiques manque de précision.

Dans l'étude physiologique chez l'animal, beaucoup plus riche en enseignements, les troubles thermiques sont aussi malheureusement trop souvent passés sous silence.

L'étude de phénomènes observés dans des conditions pathologiques, qu'ils soient subjectifs (besoins) ou objectifs (réactions), est aussi particulièrement instructive, notamment au cours des interventions chirurgicales. Tout se passe comme si le plancher du troisième ventricule représentait un carrefour de première importance où aboutiraient les exigences de l'organisme, quelques-unes se présentant comme des lésions conscientes, parce que la satisfaction nécessite l'intervention de la volonté et du système cérébro-spinal, les autres restant inconscientes comme les fonctions de nutrition, les métabolismes, la régulation thermique.

Les réactions physiologiques de cette région sont des réflexes usuels, l'afférence étant à la fois nerveuse et physico-chimique, l'efférence étant de destinée variable suivant la qualité et l'origine de l'afférence. Cette variabilité est considérable suivant la nature, le siège de l'excitant, et même d'un sujet à l'autre, d'un moment à l'autre.

On a pu se demander si la région tubérienne n'agissait pas comme centre végétatif par l'intermédiaire d'une véritable hormone. Il n'en est rien, et des expériences de section ont montré l'existence de voies conductrices entre ces centres et la périphérie, par l'intermédiaire de centres secondaires bulbaires et spinaux.

Les excitations sont ainsi transmises aux organes et aux appareils ; les glandes vasculaires sanguines, le foie, la rate, le muscle, jouent un rôle important dans la thermo-régulation.

Mais le mécanisme interne des phénomènes physico-chimiques et biologiques qui sont ainsi produits déborde le cadre de ce rapport.

L'hyperthermie *post mortem* est difficilement explicable. Peut-être est-elle due à la suspension définitive des fonctions nerveuses modératrices.

La complexité des phénomènes végétatifs est telle qu'il est très artificiel de parler de centres, comme le font la majorité des auteurs. Et si le tuber joue un rôle prépondérant dans la régulation thermique, il ne faut pas oublier que des lésions plus ou moins éloignées peuvent aussi modifier la courbe thermique ; on doit aussi tenir compte de l'individualité.

Les recherches expérimentales mises à part, il faut donc reconnaître que la plupart des observations empruntées à la pathologie apportent plus d'arguments de probabilité que de certitude en faveur d'un centre tubérien ou hypothalamique, mais la juxtaposition des désordres thermiques et d'autres troubles végétatifs dans la sémiologie infundibulaire leur confère une valeur indéniable qui permet de comprendre la régulation infundibulo-tubérienne dans le plan général anatomique et physiologique de la régulation thermique.

Discussion des rapports.

MM. Roussy et Mosinger pensent que l'hypothalamus doit être défini embryologiquement par les formations nerveuses provenant de la plaque limitante du diencéphale et du segment inférieur de la plaque sous-épendymaire du diencéphale ; tandis que la plaque du fond donne naissance au diencéphale moteur. Ils éliminent ainsi de l'hypothalamus : 1° les segments internes du thalamus (substance grise périventriculaire, noyaux de la commissure médiane, noyau paratænial) ; 2° la zone préoptique développée autour du recessus sus-optique qui est télencéphalique.

Les auteurs proposent de diviser l'hypothalamus végétatif, ou hypothalamus proprement dit, en deux segments : *a*) l'hypothalamus antérieur ; *b*) l'hypothalamus postérieur. Cette subdivision qui diffère essentiellement de l'ancienne distinction de Ris (*pars optica* et *pars mamillaris*) se justifie du point de vue histophysiologique. L'hypothalamus antérieur contient, en effet, les noyaux excito-sécrétoires de l'hypophyse et d'un autre côté, tout en envoyant des fibres aux noyaux végétatifs sous-jacents, s'imprègne de colloïde hypophysaire.

L'hypothalamus postérieur comprend deux segments : le segment mamillaire à fonctions olfacto-végétatives et le segment péri-mamillaire à fonctions végétatives.

Les auteurs retiennent parmi les connexions de l'hypothalamus, les fibres afférentes et les fibres efférentes. Les fibres afférentes proviennent en grande partie de centres olfactifs primaires ou secondaires, du cortex temporal, du thalamus, des formations extrapyramidales et des voies sensitives et sensorielles centrales. Les fibres efférentes de l'hypothalamus vont à l'hypophyse (faisceau hypothalamo-hypophysaire), au thalamus, aux centres extra-pyramidaux, aux noyaux végétatifs mésencéphalo-bulbo-médullaires.

Dans leurs conclusions physiologiques, les auteurs insistent d'abord sur le fait que le système cérébro-spinal entre en connexions intimes avec le système neuro-végétatif au niveau de l'hypothalamus qui est ainsi le centre réflexe principal des réflexes sensitivo et sensorio-végétatifs. Les relations intercentrales entre l'hypothalamus et le système extrapyramidal expliquent dans une certaine mesure l'intrication fréquente des phénomènes végétatifs et extrapyramidaux et les troubles extrapyramidaux dans les lésions hypothalamiques. Quant au complexe hypothalamo-hypophysaire, deux groupes de mécanismes doivent être envisagés : les mécanismes corrélatifs et les mécanismes doués d'automatisme.

En terminant, les auteurs insistent sur l'absence de voies hypothalamo-corticales directes. Les troubles psychiques observés dans les lésions de l'hypothalamus doivent s'expliquer dans une large mesure par le fait que le cortex est, par rapport à l'hypothalamus, un organe d'exécution.

M. Nicolesco (Bucarest) pense que la dénomination topographique qu'il a adoptée avec Foix correspond à la réalité. Il précise les connexions des noyaux du diencéphale médian en montrant en particulier qu'il faut séparer le noyau périventriculaire juxta-trigonal des noyaux végétatifs qui appartiennent au champ de Forel. Il rappelle que le système porte hypophyso-tubérien envoie des ramifications plus nombreuses dans la région du noyau périventriculaire juxta-trigonal. Il montre l'étroitesse des connexions hypophyso-tubériennes : des métastases néoplasiques de l'hypophyse postérieure peuvent donner des lésions de la bandelette optique et produire un diabète insipide ; le métabolisme de l'eau et des sels nécessite l'intégrité des noyaux de la bandelette, des noyaux périventriculaires et de l'hypophyse.

M. André Thomas, malgré l'intérêt des travaux anatomiques, pense qu'il ne faut pas en vouloir tirer plus qu'ils ne peuvent donner ; il faut en effet tenir un grand compte des différences réactionnelles individuelles.

M. Fedele Negro (Turin) se demande si la polyarthrite chronique ankylosante ne dépend pas de l'appareil diencéphalique. Il a traité avec succès des polyarthrites avec des doses élevées de lobe postérieur d'hypophyse. Il souligne la fréquence du rhumatisme chronique chez les parkinsoniens chez qui les lésions infundibulaires sont fréquentes.

M. Froment (Lyon) souligne le fait que d'importantes lésions du tuber peuvent ne déterminer aucun syndrome végétatif. Hypophyse et thalamus semblent deux parties d'un tout. Les troubles psychiques infundibulaires sont vraisemblablement de nature onirique.

M. Lhermitte pense, en effet, que l'hallucinose pédonculaire est un sommeil dissocié.

MM. T. de Martel et J. Guillaume ont étudié depuis plusieurs années les réactions neuro-végétatives et en particulier les troubles de la régulation thermique secondaires aux interventions sur l'encéphale ; ils ont été amenés à considérer l'hypertension intraventriculaire comme jouant un rôle capital dans le déterminisme de ces troubles. Par un dispositif spécial leur permettant de maintenir constante cette pression et de contrôler ses variations, ils ont pu apporter de nombreux faits en faveur de l'intervention des centres diencéphaliques. Ils ont montré que toute variation brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien dans le troisième ventricule aussi bien dans le sens d'une hypotension que d'une hypertension agissait sur ces centres.

D'autre part, le traumatisme direct de la région infundibulo-tubérienne au cours des interventions sur la région hypophysaire déclenche des troubles de la régulation thermique dont l'apparition est rapide et indépendante des modifications de tension intraventriculaire.

Ils concluent donc au rôle capital de ces centres, qu'ils soient atteints directement au cours de l'intervention ou secondairement par l'intermédiaire des modifications de tension du liquide céphalo-rachidien.

M. André Thomas est entièrement de l'avis de M. de Martel. Il souligne l'intérêt de la différenciation entre l'hyperthermie par dénivellement du liquide céphalo-rachidien et l'hyperthermie par excitation de la région infundibulaire. Il y aurait intérêt à étudier la température de façon continue avec des thermomètres physiologiques.

M. Guillain se demande si, comme en cas d'hémorragie méningée, le sang épanché n'est pas un facteur pyrétogène.

M. de Martel croit en effet que le sang peut avoir une action irritante sur le liquide céphalo-rachidien ; mais il n'est pas en soi-même pyrétogène, notamment quand il est épanché dans le péritoine ou dans une articulation. Il peut obstruer les voies de sortie du liquide céphalo-rachidien. Le drainage est fort utile, car il empêche le sang de s'accumuler dans le liquide céphalo-rachidien.

M. André Thomas oppose l'intervention opératoire à la ventriculographie ; dans le premier cas, les facteurs pyrétogènes sont multiples et on ne peut négliger le rôle du sang.

M. de Martel pense qu'il y aurait intérêt à réchauffer la salle d'opération à 40° ; mais cela n'est plus tolérable pour la majorité des chirurgiens.

M. David souligne l'importance des irritations méningées à la suite des injections d'air ; on peut voir de véritables méningites puriformes aseptiques. M. Clovis Vincent n'observe plus d'hyperthermie malgré l'absence de drainage. Il faut tenir compte du sang épanché et surtout de l'œdème cérébral ; ce dernier est de plus en plus rare.

Communications.

Epilepsie diencéphalique post-traumatique. — M. Brousseau rapporte l'observation d'un homme de vingt-cinq ans qui, à la suite d'un traumatisme occipital suivi de céphalée tenace, présenta de la sudation des mains, des bâillements, de la somnolence qui firent porter le diagnostic d'épilepsie diencéphalique.

L'encéphalographie montra l'absence de dilatation ventriculaire. L'hyperpnée permit le déclenchement de troubles sympathiques reproduisant exactement les troubles spontanés : vaso-dilatation cutanée, hypersécrétion lacrymale et sudorale, horripilation, tremblements, frissons, bâillements incoercibles, somnolence progressive, ralentissement de la respiration, abaissement de l'indice oscillométrique. La ponction lombaire montra de l'hypertension avec hyperalbuminose. Dans une seconde série d'expériences, on observa de plus en plus des secousses myocloniques du membre supérieur gauche.

Forme fébrile hémimyoclonique pseudo-encéphalitique d'un gliome kystique du tronc cérébral. — MM. Roger, Raybaud et Mosinger (Moselle) apportent un cas dont l'intérêt fut marqué par l'existence d'hyperthermie avec tout un riche cortège symptomatique : myoclonies, atrophie musculaire des extrémités dont la marche, répartie sur une durée de cinq ans, évolua en trois phases : la première pseudo-infectieuse, la seconde pseudo-encéphalitique, thalamo-striée, la troisième enfin objectivant, dans les derniers jours de la vie, la présence d'une tumeur de l'encéphale, un oligodendogliome du méso-diencéphale très expansif.

Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse. — M. Cossa (Nice). Chez une malade porteuse depuis quarante ans d'un goitre parenchymateux, survenue d'une crise brutale de délire hallucinatoire, en relations avec une hypertension artérielle à 20-13-9. Traitement à l'acétylcholine. Régression rapide des troubles mentaux et de l'hypertension. Puis extirpation du goitre. Depuis (six mois), la tension artérielle et l'état psychique sont normaux. Le mécanisme vasomoteur paraît ici indiscutable comme intermédiaire entre le désordre glandulaire et le désordre psychique. A-t-il été seul en jeu ? Y a-t-il eu action directe de la sécrétion endocrine anormale sur les centres diencéphaliques — et sur lesquels ?

Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite léthargique. — MM. G. Marinesco et G. Buttu rapportent l'observation d'un malade qui — à la suite d'une encéphalite léthargique — présenta, en de-

hors des symptômes parkinsoniens, le tableau d'un syndrome infundibulo-tubérien caractérisé par une dystrophie adiposogénitale (précédée d'une phase d'hyperexcitation génitale) et par des troubles de l'élimination aqueuse.

La succession des troubles génitaux les fait croire à l'existence isolée des centres tubériens qui régissent les fonctions sexuelles.

Syndrome infundibulo-tubérien à la suite d'un traumatisme cranien. — MM. G. Marinesco, R. Façon et A. Bruch relatent l'observation d'un malade qui — après un traumatisme cranien — présenta : *a*) des troubles pyramidaux et vestibulaires (ces derniers décelés par la recherche des réflexes de position) ; *b*) des troubles du fonctionnement des centres tubériens caractérisés par des troubles génitaux, des troubles de l'élimination aqueuse et de la répartition des lipides, et de l'insomnie ; *c*) des crises « hystéroïdes ».

Ils attirent l'attention sur la fréquence des troubles génitaux à la suite des traumatismes craniens et émettent l'opinion que ceux-ci sont dus à des lésions minimes des centres génitaux tubériens.

Quant aux crises « hystéroïdes » qui font partie du tableau de la névrose post-commotionnelle, ils les rapprochent des crises hypertoniques qui surviennent chez les parkinsoniens et leur assignent aussi comme substratum un trouble humoral réversible dans la région sous-corticale.

La division amitosique dans les cellules nerveuses végétatives de l'hypothalamus. — M. Dide (de Toulouse), évoquant ses travaux de 1902 sur la division amitosique des cellules nerveuses adultes du cobaye, montre que le phénomène est constant et normal chez l'homme dans le mésocéphale, quoique relativement rare. Si les auteurs ont méconnu ce fait évident, c'est qu'ils ont recherché des figures de karyocinèse, effectivement absentes, alors que la division nerveuse, tant chez l'embryon que chez l'adulte, se réalise par scissiparité.

M. Lhermitte a observé des cellules à deux noyaux dans le diencéphale.

M. Nicolesco pense que les cellules à deux noyaux réalisent un point de passage entre système nerveux périphérique et système nerveux central.

M. Jean Titica (Bruxelles) a vu des métaphases dans les cellules nerveuses.

Les syndromes hypothalamiques en psychiatrie. — M. Maurice Dide (de Toulouse) rappelle que le grand groupe des vésanies relève d'une perversion ou d'un fléchissement des sources instinctives et végétatives de la pensée ; la plus complète parmi les vésanies est l'hébéphréno-catatonie qu'on devrait appeler *athymhormie* (défaut d'élan viscéral). Ce vaste syndrome a permis à l'auteur d'y révéler, depuis une trentaine d'années, toutes les manifestations connues des anomalies hypothalamiques (lipodystrophie infundibulo-tubérienne avec, accessoirement, anomalies génitales, pseudo-œdème, variation de la formule leucocytaire et de la régulation thermique, diabète insipide, etc.). La pathologie mentale des états vésaniques entre ainsi dans une voie scientifique. La subordination des troubles perceptifs et représentatifs à des fléchissements de l'instinct reçoit de la sorte une explication objective.

M. Lhermitte souligne la fréquence des troubles sexuels et neuro-végétatifs dans l'hébéphréno-catatonie et la paralysie générale ; dans ces cas, on observe assez souvent des lésions infundibulo-tubériennes. Mais il serait excessif de mettre le siège de la conscience à ce niveau.

Etudes expérimentales sur le mécanisme du sommeil. — M. Néri (Bologne) a pratiqué l'excitation de l'infundibulum chez des chiens à circulation croisée ; le sommeil est apparu immédiatement chez l'animal excité et s'est accompagné des modifications respiratoires habituelles en ce cas ; l'autre animal n'a présenté aucune réaction. Le mécanisme du sommeil est donc purement nerveux et non humoral.

M. Lhermitte pense qu'il y a là essentiellement une action d'inhibition réflexe.

M. Thomas montre l'intérêt qu'il y aurait à rechercher par cette méthode les troubles thermiques.

Troubles de la respiration et de la pression artérielle par excitation mécanique de l'infundibulum. — M. Néri obtient par traction sur l'infundibulum un rythme respiratoire périodique. Ce « rythme périodique infundibulaire » s'observe au cours des accès de migraine.

M. Tournay souligne l'intérêt de ces respirations périodiques ; il faut distinguer la respiration de Cheynes-Stokes et la respiration en apneuse.

Trois cas de tumeur cérébrale avec atteinte diencéphalique. — M. Alala (Rhône) rapporte trois cas de tumeur cérébrale dans lesquels s'observent des symptômes d'atteinte du mésodiencéphale.

Quelques données nouvelles sur le métabolisme de l'eau. — M. Rizzo (Milan) a étudié le métabolisme de l'eau dans le diabète insipide par l'épreuve de dilution de Volhardt ; il a observé dans ces cas d'importantes modifications de la courbe d'élimination de l'eau et des chlorures.

Diabète insipide consécutif à une fièvre typhoïde datant de cinq ans. Guérison par rœntgenthérapie de la région diencéphalique. — M. Vercelli (Milan) a observé un diabète insipide après une fièvre typhoïde chez une femme de vingt-sept ans ; la polydypsie avait précédé la polyurie. Le traitement radiothérapique fut suivi de succès.

Lésions infundibulaires dans un cas de syndrome neuro-anémique. — MM. Lhermitte, Worms et Ajurriaguerra, dans un cas de syndrome neuro-anémique, ont observé, outre les lésions médullaires habituelles, des lésions dégénératives dans les gaines de l'infundibulum ; ils rapprochent ce cas d'un cas de Paviot et Dechaume.

Tumeur du troisième ventricule et hyperthermie. — M. André Thomas, chez un malade dont l'aspect clinique rappelait celui d'une tumeur du cervelet, a observé une hyperthermie post-opératoire à 42° sans aucun autre syndrome végétatif. Il s'agissait d'une tumeur infiltrée du troisième ventricule.

Influence de certaines réactions conjonctivo-lymphatiques sur les troubles vago-sympathiques des affections intracraniennes. — M. Alquier pense que le tissu conjonctif accolé au squelette cranio-rachidien est infiltré et enraidi dans toute affection inflammatoire ou dégénérative du névraxe. La réflexothérapie de la rétractilité tissulaire assouplit les crispations et enraidissements, faisant jouer un réflexe neuro-végétatif, distinct de la vaso-motricité. Ce réflexe réalise la diffusion des infiltrats, et leur résorption. En même temps, s'améliorent bien des symptômes, qui reparaissent dès qu'une irritation reproduit la crispation tissulaire.

Exposé des travaux du Fonds Déjerine.

Les dysplasies neuro-ectodermiques congénitales. — M. Ludo Van Bogaert (Anvers). La réunion sous l'appellation générale de « dysplasies neuro-ectodermiques congénitales » que l'auteur a adoptée n'est pas arbitraire. Trois d'entre elles ont en commun leur origine dystrophique, leur siège ectodermique, et de se développer aux dépens d'ébauches fœtales du même âge. On peut contester, d'un point de vue

embryologique, l'appellation de dystrophie ectodermique. On verra en effet dans l'exposé des faits qui vont suivre que la malformation peut s'étendre aux dérivés mésodermiques, sinon endodermiques. Nous voulons exprimer par cette appellation que *les manifestations les plus apparentes, celles qui sont la base du type clinique, restent localisées au revêtement cutané, à l'ectoderme neural et à ses prolongements.* Sans doute, l'origine intime de ces dysplasies si protéiformes n'a-t-elle rien livré de son secret. Mais, que vaut cette ignorance si l'on songe aux *problèmes généraux* que pose l'étude de ces maladies ?

L'exploration de la sclérose tubéreuse nous ramène à l'étude des spongioblastomes.

L'histologie des schwannomes périphériques conduira peut-être à une revision du problème des névrites hypertrophiques. L'étude des neuro-fibromatoses à évolution maligne touche à celle des néoplasmes conjonctifs. L'exploration de l'angiomatose renouvellera la classification des tumeurs rétiniennes et optiques.

Ce rapprochement nosologique est en outre justifié par quatre ordres de faits :

1° *Les tumeurs de la neurofibromatose, de la sclérose tubéreuse, de l'angiomatose adoptent fréquemment une disposition métamérique* et parfois — par exemple dans le cas des nævi pigmentaires et sanguins — *une topographie cutanée qui répond à l'innervation sympathique.* De telles répartitions confirment les relations neurales de leur développement ;

2° *Les dysplasies ectodermiques et mésodermiques naissent* dans les trois maladies, le plus volontiers, *au niveau de territoires d'une haute intrication embryonnaire,* se conformant à un principe général connu en tératologie. Nous savons en effet que la différenciation des feuillets et du tube neural atteint sa plus grande complexité au niveau des renflements céphalique et caudal. Or, c'est à ce niveau que les manifestations tumorales et dystrophiques tendent à se grouper ;

3° *La participation mésodermique est commune aux trois maladies.* Elle diffère de l'une à l'autre, variable dans la neurofibromatose, importante dans l'angiomatose, différente d'un cas à l'autre dans la sclérose tubéreuse. L'incidence de ces manifestations conjonctives réalise des types mixtes d'une importance théorique considérable, mais dont on s'est servi à tort pour contester l'individualité clinique des trois états ;

4° *Ces dysplasies prennent naissance dans une période fœtale assez limitée.* Celles de la sclérose tubéreuse et de la neurofibromatose répondent à une période plus ancienne et qu'on peut situer aux environs des troisième et quatrième mois de la vie intra-utérine ;

5° L'étude de ces maladies touche au problème de la *pathologie constitutionnelle.* Leurs relations entre elles sont démontrées non seulement par l'expérience des types de transition, par l'analogie de leurs lésions histo-pathologiques, mais par ce fait que chacun de leurs symptômes doit être envisagé en connexion avec ceux qui l'accompagnent, sous peine d'en méconnaître ou d'en surestimer la signification. C'est de ce dernier fait que l'étude des formes frustes tire son importance ; mais on comprendra aussitôt qu'elle n'est instructive que dans le cadre de la pathologie familiale où leur vraie signification, au point de vue de la perpétuation du type morbide, se découvre dans les générations successives.

Le travail que l'auteur apporte aujourd'hui porte sur un nombre restreint d'observations sélectionnées soigneusement et dont l'exploration a été conduite aussi loin que possible. Il a écarté presque toutes les observations sporadiques. La majorité de ces cas n'ont pu être étudiés aussi complètement que grâce à la collaboration des nombreux chercheurs.

La syphilis du cervelet. — M. Christophe (Paris). — Ne pouvant envisager dans son travail la totalité des faits susceptibles d'être rattachés à la syphilis du cervelet ou de ses conducteurs, l'auteur limite son étude aux faits anatomo-cliniques ayant pour base des lésions diffuses syphilitiques, méningo-parenchymateuses, véritable expression de la syphilis du cervelet. Cette méningo-cérébellite syphilitique doit être envisagée sous plusieurs chefs principaux :

1° *La méningo-cérébellite de la paralysie générale.* Celle-ci, dans les formes typiques de l'affection, se traduit par des lésions anatomiques exclusives que l'auteur a étudiées dans 9 cas de paralysie générale de l'adulte et un cas de paralysie générale juvénile. Cliniquement, il est souvent difficile d'établir une concordance entre les lésions anatomiques et des nuances cliniques donnant une note cérébelleuse à certains symptômes habituels de la paralysie générale.

Dans les formes cérébelleuses de la paralysie générale au contraire, dont l'auteur rapporte 4 cas, dont 2 anatomo-cliniques, aux lésions de méningo-cérébellite prédominantes correspond une symptomatologie cérébelleuse bilatérale à prédominance de troubles statiques. Ces formes doivent être différenciées de certains hémi-syndromes cérébelleux à prédominence de troubles de la coordination, observés chez les paralytiques généraux, et qui correspondent à des lésions en foyer siégeant au niveau des conducteurs ;

2° *Certaines atrophies cérébelleuses* au cours de syphilis diffuses du névraxe pouvant se traduire par des lésions d'apparence systématisée et qui sont des formes de transition entre la méningo-cérébelllite de la paralysie générale, et

3° *Les atrophies cérébelleuses progressives d'origine syphilitique.* Faisant l'étude clinique d'une de ces formes, l'auteur discute ses rapports avec les atrophies progressives dégénératives du type de l'atrophie corticale tardive.

L'étude de cette méningo-cérébellite syphilitique aboutit ainsi, par l'observation de faits voisins les uns des autres, à discuter la question capitale du rôle de la syphilis à l'origine d'atrophies cérébelleuses systématisées, dites abiotrophiques, et, si l'on veut aller plus loin, le rôle de l'hérédo-syphilis comme facteur d'hérédo-dégénérescence à l'origine d'affections cérébelleuses primitives.

JEAN LEREBOULLET.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de G.-H. Roger, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. Tome IV : Respiration (1).

On trouvera dans ce nouveau tome du Traité de physiologie, consacré entièrement à la respiration, des faits d'ordre physiologique et clinique que les médecins rencontrent fréquemment. L'étude des troubles de la fonction respiratoire met particulièrement en valeur les services que la médecine peut demander à la physiologie pour guider, asseoir ou renforcer le diagnostic, pour raisonner, diriger et contrôler le traitement.

Plan de l'ouvrage. — Données générales sur la respiration (étude biologique), par Pierre Thomas. — Le poumon ; considérations histophysiologiques et biochimiques, par Léon Binet. — Les échanges gazeux, par Lucien Dautrebande. — Les fonctions internes du poumon, par Léon Binet. — Le métabolisme de base, par H. Hermann. — L'innervation respiratoire, par C. Heymans. — Etudes physio-pathologiques de divers troubles respiratoires, par Léon Binet.

L. G.

(1) In-8 de 474 pages avec figures. — Prix : broché, 80 fr. ; relié, 100 fr. — Paris, Masson et Cie.

Xe CONGRÈS MONDIAL DU LAIT

Rome-Milan, 30 avril-6 mai 1934 (1).

Après le *bacille tuberculeux* et le *bacille de Bang*, divers *streptocoques* de la mammite bovine constituent des agents qui peuvent présenter un réel danger pour l'homme.

En dehors du streptocoque de la mammite contagieuse de Nocard et Mollereau (*Streptococcus mastitidis*) non pathogène pour l'homme, si l'on s'en rapporte à la fréquence de la maladie et à l'innocuité du lait même consommé cru, il existe divers streptocoques occasionnels mal définis et mal classés. Les types de streptocoques qui sont à l'origine des épidémies chez l'homme sont variables, au moins dans leur fréquence, selon les pays ; mais on ne saurait douter du rôle du *Streptococcus phogenes*, alias *Streptococcus epidemicus*, dans les épidémies qui procèdent du lait aux Etats-Unis, alors que les mêmes germes agissant dans les mêmes conditions sont rarement incriminés en Allemagne. Savage, Théobald, Smith et Brown ont établi qu'à côté des streptocoques non pathogènes pour l'homme et agents habituels de la mammite, il en est d'autres décrits comme streptocoques hémolytiques, qui ont été isolés du lait de vache appartenant à des étables ayant provoqué des épidémies et qui ont été retrouvés chez les personnes infectées. Le type le mieux caractérisé est le streptocoque béta-hémolytique de Brown.

L'infection de la mamelle par *Streptococcus pyogenes* (très pathogène pour l'homme), considérée comme exceptionnelle, est à la vérité plus largement répandue qu'on ne l'aurait cru jusqu'à présent, et il y a lieu de tenir compte du fait pour reviser nos idées sur l'importance de la mammite bovine dans l'appréciation de la valeur hygiénique du lait.

En Allemagne, Seelemann et Hadenfeldt ; en Autriche, Diernhofer ; en Grande-Bretagne, Savage, Smith isolent le streptocoque hémolytique dans des cas de mammites. Minett et Stableforth trouvent 13 fois sur 82 cas de mammite streptococcique, des streptocoques que rien ne distingue du streptocoque pyogène. Le même agent est retrouvé dans 15 p. 100 des mammites streptococciques en Grèce, sans que le lait ait été incriminé à l'origine d'épidémies d'angine chez l'homme (Styglianopoulos, 1934).

Les discussions continueront de se poursuivre sur la nature exacte des streptocoques du lait qui sont à l'origine des épidémies chez l'homme ; elles ne doivent pas faire négliger le danger qui peut résulter pour l'homme de la consommation du lait provenant de vaches dont la mamelle est le siège d'une infection streptococcique. Tout ceci en dehors des contaminations directes du lait effectuées par les trayeurs et manipulateurs, malades ou porteurs de germes.

Le danger réside dans la consommation du lait cru. *Les épidémies streptococciques transmises par le lait sont rares, mais elles sont graves.* Les infections de l'homme par le lait contaminé par *Streptococcus pyogenes* se manifestent en foyers où le nombre des malades est considérable en quelques jours. Les adultes sont plus éprouvés que les enfants. Les cas observés en même temps chez les clients d'une même laiterie sont un précieux élément de diagnostic.

Le danger du lait provenant d'une mamelle infectée par des staphylocoques n'a pas été démontré. Nombre de troubles gastro-intestinaux, mal définis et plus ou moins graves, qu'on observe chez les enfants, peuvent être rapportés vraisemblablement à l'*ingestion de lait provenant d'une mammite staphylococcique. Même stérilisé*, le lait peut encore renfermer des *toxines du staphylocoque* (A. Rochaix).

On peut noter que dans un cas, un lait infecté par l'*entérocoque* a paru être à l'origine de la diarrhée observée chez un jeune enfant ; la suppression du lait fut suivie de la guérison de l'enfant (Adam).

L'infection par le *pyobacille*, celle plus rare par le *B. pyocyanique*, ne semblent pas avoir été incriminées à l'origine d'accidents imputables au lait. La présence du pus dans le lait entraîne une altération qui peut rendre la consommation de ce lait dangereuse, ses qualités nutritives pouvant être, pour le moins, profondément modifiées.

Le *danger du lait des animaux charbonneux* n'a peut-être pas été pris en considération avec tout l'intérêt qui s'y rattache. L'étude d'un petit foyer de charbon s'étant manifesté dans une exploitation a montré que, chez des sujets ayant encore toutes les apparences de la santé, le lait, non encore modifié dans son abondance ni dans ses caractères, renfermait déjà des bactéridies charbonneuses (Fettick et Szolyes). L'expérience a montré que la bactéridie pouvait se développer dans la mamelle sans créer l'infection générale (Styglianopoulos).

La *fièvre aphteuse* est transmissible à l'homme dans des conditions exceptionnelles ; les faits, bien que rares, sont en faveur de cette opinion, malgré les tentatives expérimentales négatives. L'expérience ancienne de Hertwig, Man et Vilain ne permet guère de douter du rôle du lait dans la transmission à l'homme. Cependant l'étendue du danger est peu considérable. Le virus persiste environ vingt heures dans le lait entier, le lait écrémé, le babeurre. La fermentation lactique diminue jusqu'à faire disparaître l'action pathogène du virus. Le danger du lait aphteux, considérable pour les jeunes animaux, est minime pour l'homme.

L'infection du lait par les *colibacilles*, bien que ce germe ne soit pas, à proprement parler, classé comme un germe pathogène, est loin d'être sans intérêt. Quelquefois introduit dans le lait par suite d'une infection primitive de la mamelle, ce germe est plus souvent apporté au cours de la traite et des manipulations ultérieures. Il joue certainement un rôle dans l'étiologie des gastro-entérites des nourrissons. Il est, en tout cas, *une preuve de la pollution du lait* et à ce titre, pour le moins, *il y a intérêt dans l'appréciation de la valeur hygiénique d'un lait, à tenir compte de la présence de ce germe.*

Le rôle important qui doit être dévolu aux *bacilles paratyphiques* comme agents pathogènes dans les différentes espèces, notamment dans l'espèce bovine, est maintenant reconnu. Au cours des septicémies qu'ils sont capables d'occasionner, ces microbes peuvent passer dans la mamelle et provoquer une *sécrétion virulente.* On possède la relation d'une épidémie de paratyphoïde dont l'origine a pu être attribuée à la consommation du lait fourni par une vache infectée (Kolf). On ne mentionne ici que pour mémoire le rôle important joué par le lait dans la propagation par des *individus porteurs de germes.*

En dehors de tout cela, les inflammations microbiennes suppuratives de la mamelle, encore qu'elles ne soient pas provoquées par des germes spécifiques et habituellement pathogènes, peuvent donner un lait alimentaire dont la valeur hygiénique doit être considérée comme suspecte.

*
* *

3° **L'hygiène du lait.** — Toutes les considérations précédentes relatives aux dangers que peut présenter le lait (lait de consommation en nature et produits dérivés) obligent maintenant à étudier les bases mêmes de la *produc-*

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 47, p. 856, et n° 49, p. 901.

tion hygiénique du lait. Le rapport général du professeur L. Grassi, inspecteur général du Service vétérinaire au ministère de l'Intérieur à Rome, nous permet d'énoncer rapidement les points essentiels sur lesquels il faut se baser.

Constatant que, de plus en plus, actuellement, on semble s'intéresser à cette question, le rapporteur général insiste sur le fait que le but ne sera jamais atteint si l'on ne se propose d'assurer le *contrôle hygiénique du lait dès l'origine*. C'est là une des mesures des plus indispensables qui soient, et qui, à ce titre, doit être prise avant toute autre. Il ne *servira de rien* d'améliorer le service de distribution et de vente dans les villes si, en même temps, on ne fait pas observer les règles d'hygiène que l'on doit suivre pour la *récolte du lait* et les premières manipulations dont il est l'objet. Il faut, avant tout, que le lait soit produit par des *vaches laitières saines*, et manipulé par un *personnel sain*. Ces deux règles constituent une prémisse nécessaire et absolue : son importance ne perd de sa valeur en aucun cas. Le *contrôle à la production* devra s'exercer par une visite pour enquête préventive et par des inspections périodiques ; *le médecin et le vétérinaire*, à la suite de leur visite, devant permettre ou interdire la production du lait. Il s'agit là de l'*autorisation préalable*, c'est-à-dire de l'obligation pour le producteur de se soumettre à certaines prescriptions élémentaires d'hygiène et de s'y tenir.

En ce qui concerne la question du *lait cru* et du *lait pasteurisé*, chacun reconnaît que, en dehors de la digestibilité différente de chaque lait, il est très difficile de fournir un *lait cru parfait*. Les conditions dans lesquelles il faut se placer, la sélection des animaux, les précautions innombrables qu'il faut prendre ne permettent d'arriver qu'à un *lait cru*, véritable lait de luxe, quant à son *prix de revient*. Même encore, ce lait pourra contenir quelques germes dont l'action pathogène n'est pas douteuse. L'ingestion répétée d'un tel lait par de jeunes enfants *peut* être la cause d'un réel danger. Pour cette raison, on ne peut pas conclure à l'avantage, toutes choses égales d'ailleurs, du lait non chauffé.

Au contraire, un lait produit dans les conditions hygiéniques les meilleures puis effectivement pasteurisé, ne pourra que donner de bons résultats. La pasteurisation ne sera pas là *un remède*, mais constituera une *ultime précaution* grâce à laquelle on ne risquera pas de pénibles surprises.

Quant aux moyens à employer pour améliorer la production hygiénique du lait, le professeur C. Gorini, directeur des laboratoires de bactériologie à l'Ecole supérieure d'agriculture de Milan, en conclusion de différents rapports, conseille, avant tout, la *méthode éducative*. Cette *méthode éducative* devrait être à la base de la recherche du progrès. Les *mesures législatives* et le *stimulant économique* seraient, d'après le professeur Gorini, des compléments.

Tout en réservant nos commentaires pour le chapitre suivant, nous constatons, dès maintenant, que l'exemple a montré l'insuffisance du recours en la bonne volonté.

***

Nous bornons là le compte rendu du X° Congrès mondial du lait et nous pensons, sans nous être trop étendu, avoir donné une idée suffisante des divers problèmes qui ont fait l'objet de rapports et de discussions. Nous nous sommes ici simplement occupé des questions susceptibles d'intéresser les lecteurs de ce journal.

Nous pensons ajouter à ces quelques pages un complément utile en montrant comment a été résolu à l'étranger, et particulièrement en Italie, la question si importante de l'hygiène du lait. Les grandes villes que sont Milan et Rome possèdent un ravitaillement en lait de consommation en nature tout à fait satisfaisant. Nous verrons ensuite rapidement la situation telle qu'elle se présente en France.

La ville de Milan consomme environ, par jour, 200.000 à 250.000 litres de lait, soit le quart de ce que consomme journellement l'agglomération parisienne. Deux catégories de lait : *lait pasteurisé* (les neuf dixièmes environ), *lait cru* (à peu près le dixième). Les producteurs de lait sont groupés en un consortium qui s'administre lui-même et qui fournit son lait à une *Centrale*. La *Centrale* a le monopole du lait pasteurisé dans sa ville, à condition de satisfaire entièrement aux obligations diverses qui lui sont édictées par un règlement soigneusement établi. La *Centrale* reçoit le lait, le vérifie (contrôle physico-chimique et contrôle hygiénique), le pasteurise (pasteurisation basse, trente minutes à 65°), le refroidit (à +2°). Immédiatement après, le lait, refroidi, est mis en flacons de verre (flacons d'un litre et d'un demi-litre). Ces flacons sont automatiquement capsulés et la capsule porte la date du jour de l'opération. Les bouteilles de lait sont mises en chambre froide jusqu'à leur livraison, soit quelques heures. La *Centrale* reçoit deux livraisons de lait par jour et les traite aussitôt. Selon la *qualité du lait fourni* par le *producteur*, son lait lui est payé comme *lait alimentaire* (environ 0 lire 60-0,70) (1), ou comme *lait industriel* (environ 0 lire 40-0,50). Il s'agit là d'un *stimulant économique* de première importance. Quant au lait cru, il est produit par des fermiers qui n'ont pas craint d'affronter les prescriptions draconiennes fixées par la loi. En dehors des sévères conditions d'hygiène imposées (personnel, animaux, matériel) aux producteurs, il faut que ce lait aussitôt trait soit mis en bouteilles immédiatement cachetées et placées en chambre froide jusqu'à la livraison.

Les principales caractéristiques de cet ensemble de mesures sont les suivantes :

1° **La production du lait en Italie n'est pas libre.** Il faut une *autorisation préalable* (inspection médicale et vétérinaire). Des *visites complémentaires* de contrôle, après autorisation donnée, sont prescrites.

2° **Le lait pasteurisé est effectivement pasteurisé.** La pasteurisation est complète ; la réfrigération est immédiate.

3° **Tout le lait est livré en bouteilles cachetées.**

4° **Le lait cru subit un contrôle des plus sévères.** Il n'est pas mauvais d'ajouter que le litre de lait pasteurisé, livré en bouteilles, est vendu à Milan, actuellement, 1 lire 35. C'est un prix très bas si l'on veut bien considérer les soins qui ont présidé à la récolte de ce lait, à son triage, à son traitement et au mode de livraison.

Toute cette organisation est la conséquence de la loi italienne du 9 mai 1929.

Nous avons pu personnellement vérifier la réalité des faits que nous avançons. Il est évident que tout n'est pas encore parfait, et que, par exemple, toutes les villes italiennes n'ont pas encore réalisé ce que nous avons vu exister à Milan, à Rome et même à Naples. Néanmoins, ces réalisations étonnantes ont pu être faites en quelques années.

***

Où en sommes-nous en France ? — Le contrôle physico-chimique du lait existe réellement. En vertu de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, du décret du 22 janvier 1919 fixant la procédure à suivre et du décret (règlement de définition) du 25 mars 1924, il est procédé à des analyses fréquentes par le service de la répression des fraudes et les poursuites engagées tendent effectivement à diminuer, en les punissant, le nombre des fraudeurs.

(1) La lire vaut actuellement 1 fr. 30.

Mais le *contrôle officiel hygiénique n'existe pratiquement pas.* Des écrits surprenants, signés de gens autorisés, ont pu laisser croire que *la production hygiénique du lait était réglementée en France.* Ayons le courage de dire qu'*il n'en est rien.* Une circulaire ministérielle, en date du 15 novembre 1927, conseillait à MM. les préfets d'instituer dans leur département le contrôle *facultatif* du lait, et fournissait en même temps un modèle d'arrêté, fixant les conditions à respecter par le producteur voulant livrer du *lait officiellement contrôlé.* Le principe était parfait, mais le *nombre de producteurs ayant sollicité ce contrôle officiel est tout à fait restreint.* Nous ne contestons pas ici la valeur des prescriptions édictées, nous reconnaissons un grand mérite aux rares industriels et producteurs qui ont répondu à cet appel. Nous constatons que *la quantité de lait ainsi livré est infime.*

Celui qui veut, produit, en France, le lait qu'il veut.

Les industriels ont à leur disposition, comme matière première, un lait malpropre. Pour approvisionner une ville comme Paris (1.200.000 litres de lait par jour), il faut que ce lait parcoure des dizaines de kilomètres, car l'agglomération parisienne s'étant étendue, les zones de production ont, bien entendu, reculé. La concurrence ne permet pas au ramasseur d'agir sur le producteur, car, n'oublions pas, le *consommateur ignorant* veut un lait *le moins cher possible.* Tandis que la formule devrait être : *le meilleur lait au meilleur prix.* Les industriels laitiers ont fait de grands efforts. On peut même dire qu'eux seuls en ont fait. Nous ne mettons donc pas en cause ici l'auto-contrôle que les sociétés en question ont dû instituer pour livrer un lait le meilleur possible.

Mais il faut prendre le problème à sa base.

Le décret du 24 janvier 1934, pris en exécution de l'article 7 de la loi du 7 juillet 1933, précise :

a) Les laits provenant d'animaux tuberculeux dont la maladie donne lieu à déclaration obligatoire et à déclaration d'infection (tuberculose avancée du poumon, tuberculose de l'intestin, de la mamelle et de l'utérus) devront être détruits dans tous les cas.

b) Les laits provenant des animaux atteints des autres formes de tuberculose, ainsi que les laits renfermant des bacilles tuberculeux, ne pourront être utilisés pour l'alimentation de l'homme ou des animaux, soit en nature, soit sous forme de produits dérivés, qu'après chauffage assurant la destruction du bacille tuberculeux.

En dehors de cela, le décret du 3 juin 1929 et l'arrêté ministériel du 2 octobre de la même année stipulent que, en cas de mélitococcie (fièvre de Malte), « le lait ne peut être consommé sur place, vendu, transporté, ou utilisé pour la fabrication de fromage ou de tout autre produit (crème, beurre, etc.) qu'après ébullition ou pasteurisation dûment constatée.

Nous avons parlé de la circulaire ministérielle du 15 novembre 1927. Nous n'insisterons pas sur les ordonnances préfectorales qui ont pu être prises dans les départements ; nous avons souligné l'ampleur des résultats atteints.

Un projet de loi (Pams et Klotz) fut préparé en 1912, ayant pour but d'arriver ou bien au *contrôle sanitaire à la production,* ou bien, faute de mieux, à la *pasteurisation effective des laits de consommation en nature.* Ce projet n'a pas vu le jour, ayant soulevé à la Commission d'agriculture une protestation unanime et véhémente.

La situation est donc claire. Ajoutons que le décret du 25 mars 1924 annonçait la parution prochaine de la liste des maladies dont ne devraient pas être atteintes les vaches laitières pour que leur lait pût être consommé. Cette liste n'a pas encore paru.

Nous n'insisterons pas davantage.

Nous rangeant au nombre des hygiénistes qui veulent voir exister en France la *production hygiénique du lait,* nous nous bornerons, pour terminer cet exposé que nous espérons devoir être utile, aux conclusions suivantes :

1° Actuellement et d'une façon générale, **le lait produit en France est un lait malpropre.** Devant une telle matière première, l'industriel (nous prenons l'exemple de Paris qui représente le cas le plus difficile à cause de la quantité de lait consommé journellement et des longs transports nécessaires) ne peut que *nettoyer le lait* qui lui est fourni. Après une *épuration sévère* et *indispensable* (filtration et épuration centrifuge), un *chauffage effectif* tue les germes pathogènes et la plupart des ferments lactiques : ce qui permet de prolonger la *durée de vie commerciale d'un tel lait.*

2° **Le producteur et le consommateur, ignorants et indifférents, se désintéressent** de la question.

*
* *

Quant à l'avenir pour lequel nous voulons espérer d'heureuses solutions, nous nous permettons de fixer les quelques points suivants :

1° **La production du lait ne doit pas être libre.** L'autorisation préalable et les visites de contrôle (contrôle médical et vétérinaire) permettent d'édifier solidement les bases mêmes d'une production hygiénique. C'est *à la source* qu'il faut d'abord porter les efforts.

2° **Quant à la nature même du lait** qui pourra être offert au consommateur, nous partageons l'avis de notre ami, le Dr A. Névot, vétérinaire sanitaire, chef du laboratoire du lait au Service vétérinaire sanitaire de la Seine, à savoir que nous ne reconnaissons que deux catégories de lait :

a) Un *lait courant pour tous, à prix normal, lait pasteurisé,* refroidi après pasteurisation, et mis immédiatement en bouteilles cachetées ;

b) Un lait « spécial », *lait cru,* véritable lait de luxe, étant donné son prix de revient certain imposé par les prescriptions absolument draconiennes qui doivent présider à sa récolte et à ses manipulations.

3° **Il faut arriver à la pasteurisation obligatoire** des laits de consommation en nature (exception faite du lait cru précité). Mais *il faut pasteuriser un lait propre et sain.* La *pasteurisation* ne doit pas encourager une *production défectueuse,* mais, bien au contraire, *constituer une ultime garantie.*

4° La **pasteurisation** est une opération qui, pour être complète, doit comprendre : le *chauffage du lait,* sa *réfrigération,* sa *mise immédiate en bouteilles cachetées.*

5° Les **principaux modes de pasteurisation** sont excellents, à condition que l'opération soit effective ; *il faut respecter les différentes techniques dont dépend la valeur d'un procédé* (degré de température atteint, durée du chauffage). En ce qui concerne le lait de consommation en nature, la pasteurisation haute ou basse, si elle est effective, a peu d'importance. C'est, ici, question secondaire. Les vitamines A et D, résistantes à la chaleur, sont surtout très *sensibles à l'oxydation.* La vitamine C, en tous cas fragile, est facilement remplacée.

6° Quant aux **moyens à utiliser** pour atteindre notre but, nous reconnaissons à l'*éducation* une *importance considérable ;* nous pensons que le *stimulant économique* est un *encouragement précieux,* mais, *devant l'échec plusieurs fois répété des tentatives de contrôle facultatif, nous ne craignons pas d'affirmer qu'il faudra « imposer la production hygiénique du lait ».*

M.-G. THIEULIN,
Agrégé des Ecoles Nationales Vétérinaires,
Rédacteur en chef de la Revue « Le Lait ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1934)

Notice. — M. TIFFENEAU lit une notice nécrologique sur M. Jean Cantacuzène (de Bucarest), membre associé depuis 1929, récemment décédé.

Rapport. — M. MARCHOUX donne lecture d'un rapport sur les centres de malariathérapie.

Résultats éloignés du traitement chirurgical des vertiges auriculaires. — M. A. HAUTANT expose les indications, la technique et les suites éloignées des interventions chirurgicales sur le labyrinthe dans les cas de vertiges invétérés, notamment dans les surdités unilatérales. Il insiste sur la nécessité de bien différencier les crises vertigineuses pures, survenant par accès, liées à un déficit vestibulaire, des crises vertigineuses sympathologiques avec manifestations vaso-motrices intenses. Les premières seules sont d'ordre chirurgical. Suivant les cas, il préconise l'ouverture du vestibule ou bien celle d'un canal semi-circulaire. Ces interventions sont sans danger et guérissent rapidement. Plus de 50 % sont guéris depuis une période de 1 à 10 ans. Dans aucun cas, l'état n'a été aggravé. La trépanation du labyrinthe doit prendre place dans le traitement des vertiges prolongés.

La vaccination antipesteuse à Madagascar. — MM. GIRARD et ROBIC font connaître les résultats de leurs recherches entreprises depuis plusieurs années à l'Institut Pasteur de Tananarive, concernant la vaccination contre la peste.

Ils ont utilisé chez l'homme un vaccin vivant, préparé avec des bacilles de virulence atténuée. Pour la première fois, une vaste expérience de ce genre a été tentée, avec succès, sur la population des hauts plateaux de Madagascar, où la peste sévit sous ses formes bubonique et pulmonaire. 15.000 vaccinations ont été pratiquées. Les premiers essais datent de 18 mois, et les résultats les plus favorables ont déjà été enregistrés.

Poussières et hygiène dans les mines de fer. — La sidérose des mineurs et ses caractères. — MM. F. HEIM DE BALSAC et FEIL. L'examen clinique des mineurs exerçant leur profession depuis plus de 15 ans ne révèle aucune action appréciable des poussières ferrugineuses sur le poumon.

10 à 15 % des mineurs du fond présentent des images radiographiques pulmonaires anormales, qui ne rappellent, en aucune façon, les images de la tuberculose, mais sont comparables à celles déterminées par les poussières de charbon, dans les mines de charbon non siliceuses. Ces images ne peuvent s'interpréter que par l'existence d'une pneumoconiose, sidérotique, tardive, discrète, qui s'allie à un excellent état général.

Il ne peut être question, dans les mines de fer, de silicose pulmonaire, mais d'un tatouage pulmonaire. Cette sidérose ne peut être considérée comme une véritable maladie professionnelle ; elle n'influe pas sur la capacité de travail ; elle peut être, pratiquement, évitée, par une série de mesures restrictives de la diffusion de la poussière dans les galeries de mines.

Emulsions diverses. Lysogytie. — M. DELBET.

CHRONIQUE

L'INAUGURATION DE L'INSTITUT DU CANCER

En 1930, M. le Président Doumergue inaugurait, à Paris, le groupe des laboratoires de l'Institut du Cancer. C'était le noyau du premier des centres créés sur l'initiative de M. le sénateur Paul Strauss, alors qu'il était ministre de l'Hygiène.

Le 26 juin 1934, M. le Président Albert Lebrun est venu à son tour inaugurer la section hospitalière qui complète l'Institut et en fait le plus bel établissement anticancéreux de France et de l'étranger. La cérémonie a été l'occasion d'un reconnaissant hommage envers M. Paul Strauss, et aussi d'un véritable triomphe pour M. le professeur Roussy.

On sait que l'Institut du Cancer s'élève à Villejuif ; il est contigu à l'hôpital Paul Brousse. Les deux établissements sont situés dans un beau parc, et des plates-bandes fleuries marquent seulement leurs limites. C'est dire l'aspect accueillant de l'Institut du Cancer.

Les nouveaux bâtiments comprennent : à l'entrée, le pavillon de l'administration. Puis un long bâtiment abrite le groupe hospitalier. Sur ce bâtiment, élevé de 3 étages, long de 280 m., sont greffées des antennes perpendiculaires comprenant les chambres et les salles des malades. Tous les services annexes se trouvent en arrière du bâtiment principal, tous communiquent avec lui par de vastes couloirs souterrains.

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS
R.C., 221.339, Se.

Parcourons-les rapidement sous la conduite de M. le professeur Roussy, qui est l'âme de l'Institut et en assure *la direction médicale* (1).

Le pavillon de l'administration est le domaine de M. Bley, directeur de l'hôpital Paul Brousse et *directeur administratif* de l'Institut. Ce pavillon est un véritable poste de commandement, où le directeur, grâce à des tableaux lumineux, grâce à un central téléphonique, peut contrôler la vie matérielle de la maison.

Dès ce pavillon, nous pouvons constater que les éminents architectes MM. Madeline et Varenne, que l'ingénieur M. Bellat, se sont appliqués à donner à l'établissement le plus grand de tous les conforts : le silence. Depuis les machines à écrire, jusqu'aux chaises et aux tables dont les pieds sont caoutchoutés, tout est silence dans cette maison, tout concourt à assurer le repos du malade.

Abordons le bâtiment principal : voici l'entrée des malades, les voitures accostant *à quai*, l'entrée va être couverte, donc plus de secousses de porteurs, plus de brancards exposés à la pluie.

Nous entrons dans la consultation : salle d'attente, deux couloirs séparant les hommes et les femmes, salles de petits examens, salles de petits pansements.

Dans toute notre description, nous passerons rapidement et nous signalerons spécialement ces mille perfectionnements qui montrent avec quel soin M. Roussy a pensé aux moindres détails.

La grande salle de consultations, où nous trouvons le docteur Leroux, est largement éclairée par des glaces descendantes — mais ici, comme dans tout l'hôpital, les glaces descendantes sont aussi pivotantes, pour faciliter le nettoyage. Devant les fenêtres, des supports de radiographie. Un fichier très ingénieux. Dans les salles, j'aperçois des chariots à brancards démontables, et comme il ne faut pas abîmer les murs, ces derniers sont protégés par des butées chromées.

A la suite de la consultation, l'hôpital. Il renferme 158 lits, répartis en 3 étages, en des salles de 12 et de 4 lits, plus des chambres à un lit pour malades payants.

Tout l'hôpital est longé par un vaste couloir à l'épais tapis de caoutchouc. Ce tapis, ou un épais linoléum, nous les retrouverons partout : silence. Nous remarquons aussi que les portes ne battent pas. De très ingénieuses butées à billes les maintiennent ouvertes ou fermées, il n'y a qu'à pousser. A l'entrée de la salle, à droite et à gauche, le cabinet de la surveillante, l'office. Chaque lit, muni d'un curieux matelas métallique très confortable, a une lampe de chevet ; une veilleuse placée à 50 cm. du sol éclaire la nuit sans éblouir. A côté du lit, une armoire métallique à vêtements, ainsi rien ne traîne ; pas de sonneries, signaux lumineux ; lavabos individuels près du lit ; pieds de chaises et de tables caoutchoutés ; vastes fenêtres à glaces descendantes déjà signalées ; stores roulants se relevant à l'italienne. Et partout dans cet étage une peinture bleu outremer très reposante à l'œil. Une salle de repos, meubles en rotin et T.S.F.

Bref, tout le confort qu'on trouve dans une maison de santé de grande classe.

Les chambres payantes sont à un lit avec cabinet de toilette.

Signalons pour mémoire les vastes ascenseurs et les salles de bains comme j'en voudrais une.

Au-dessus, les salles sont d'un vert tendre, nous sommes en chirurgie, chez le professeur Pierre Duval. Dans la salle d'opérations ultra-moderne, signalons le chauffage par plaques chauffantes à circulation accélérée d'eau chaude. Pour l'été, un chauffage réduit par plaques alimentées par la vapeur.

Remarquons l'appareil de projections pour radio pendant l'opération et la salle d'anesthésie parfaitement comprise.

Passons à la curiethérapie, que dirige Mme Simone Laborde. Ici, les murs sont jaune clair. Mme Laborde nous montre la bombe qui renferme cinq grammes de radium, sous une protection de 15 cent. de plomb. Nous remarquons la forte protection des murs, planchers, les vitres au plomb. Voici encore 2 grammes de radium en tubes et aiguilles.

Au sous-sol, c'est le royaume du docteur Belot et de son laboratoire de radiographie. L'installation est une des plus perfectionnées qui existent. Notons l'installation de climatisation de l'air. Trois fois par heure, l'atmosphère est épurée par des filtres à huile, chauffée et humidifiée.

Et maintenant le professeur Roussy nous entraîne dans les sous-sols de l'usine — car c'est une véritable usine. Notons la chaufferie : mazout et brûleurs automatiques — les générateurs et transformateurs électriques — la cuisine enfin : une salle de palais avec fourneaux électriques, annexes au gaz, pâtisserie... que sais-je ? Est-il besoin de dire qu'il n'y a pas de buée dans ce salon du chef, et que l'aération en est parfaite.

Ce n'est pas tout. Le professeur Roussy nous fait visiter la salle de cours. Du bois verni, des strapontins confortables qui se relèvent silencieusement, des pupitres avec une petite lampe électrique permettant à chaque auditeur de prendre des notes dans l'obscurité.

J'ai peut-être abusé des détails dans cette description. Mais quand dans une installation de grande allure comme celle que vient d'inaugurer le Président de la République, on trouve tant de détails ingénieux, on peut être assuré qu'on est très près de la perfection. C'est le cas de l'Institut du Cancer.

F. L. S.

(1) Au point de vue *scientifique* l'Institut du Cancer dépend de la Faculté de Médecine de Paris. Le personnel médical comprend, sous la direction de M. Roussy : 19 médecins traitants ou spécialistes et 6 internes en médecine.

Au point de vue *matériel*, il appartient au département de la Seine. Sa circonscription hospitalière comprend la banlieue parisienne et les départements de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Loiret, Yonne et Sarthe. Des sous-centres existent dans la plupart de ces départements.

Le prix de la journée est fixé à 38 francs pour les assistés de la Seine, à 48 fr. pour les malades des autres départements, à 65 fr. pour les malades payants.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 2 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président : Robert Debré, Etienne Bernard, Lacomme. — M. Boussard. Réflexions sur le résultat éloigné du traitement de l'hérédo-syphilis. — M. Gilbert. Le fonctionnement de la maternité Lariboisière en 1933. — Mlle Blot. Natalité et obstétrique en Indochine. — Mme Grand. Néphrites chroniques et gestation. — M. Simon. Fonctionnement de la consultation de stérilité conjugale (résultats positifs). — Mlle Aghion. Maladie de Gaucher dans l'enfance (forme cardio-rénale). — M. De Lafond. De l'étude et de l'exercice de la médecine en France par les étrangers. — Mlle Sabetay. Etude du streptocoque hémolytique de la scarlatine.

Jury : MM. Marcel Labbé, président ; Loeper, Alajouanine, Donzelot. — M. Matti Semidei. Les nouvelles indications du tubage duodénal. — M. Ageon. Cas d'ataxie aiguë polynévritique curable avec dissociation albumino-cytologique. — M. Bernaud. Cas d'association de catalepsie, d'aphasie, d'aphraxie et d'agnosie. — M. Brito-San-

ASTHÉNIE GÉNÉRALE
Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

6 à 9 pilules par jour.

HOMOLOGUE FÉMININ : YO-GYNINE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107, Rue des Dames, PARIS

tos. Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques affections gastro-intestinales. — M. Hirsz. Valeur thérapeutique des algues marines. — M. Huillet. Perturbation du métabolisme des corps créatiniques dans les myopathies. Essai de traitement par le glycocolle. — M. Lachelin. Etude expérimentale de certains dérivés de la choline. — M. Suralski. A propos d'un cas d'arthropathie tabétique de la hanche.

Mardi 3 juillet. — Jury : MM. Lenormant, président ; Olivier, Mocquot, Wilmoth. — M. Buot. Etude des aplasies costales. — M. Debray. Etude des suites éloignées de l'hystérectomie. — M. Laurian. Etude des ostéomes du plancher buccal et des muscles masticateurs. — M. Lebel. Les traumatismes du foie, traitement et pronostic. — M. Personnaz. Epididymectomie par voie inguinale dans la tuberculose orchi-épididymaire. — M. Vautrin. Considération sur l'attaque. — M. Lhuillier. L'abcès du poumon après tonsillectomie (en particulier chez l'enfant).

Jury : MM. Brindeau, président ; J.-L. Faure, Lantuéjoul, Vaudescal. — M. Badea. Provocation du travail de l'avortement et accouchement au moyen du ballon de Champetier de Ribes. — M. Bergeault. Difficulté du diagnostic de certains kystes volumineux de l'ovaire coexistant avec la grossesse. — M. Boisramé. Etude de la césarienne basse chez les femmes ayant déjà subi une hystérectomie. — Mlle Loebel. Etude de l'interférométrie en gynécologie. — M. Mouktar. Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire. — M. Prévost. Etude du chimisme gastrique dans les affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum. — M. Sanchez Puyana. Chirurgie plastique mammaire. Indications et contre-indications.

Jury : MM. Carnot, président ; Rathery, Maurice Villaret, Philibert. — M. Gautier. Thérapeutique des insuffisances génitales par le lobe antérieur de l'hypophyse. — M. Phelut. Les complications broncho-pleuro-pulmonaires des rétrécissements de l'œsophage. — M. Ledmh Thi. L'électroradiothérapie dans la maladie de Basedow. — M. Brzezinski. Sources thermales de la Palestine et en particulier celles de Hamei-Tibéria. — M. Chomet. Etude du traitement des spondyloses rhizoméliques. — M. Jame. Les dyspepsies gastriques des affections non ulcéreuses du duodénum.

Jury : MM. Bezançon, président ; Chevallier, Lian, Oberling. — M. Achard. Cas de gangrène symétrique des doigts à évolution aiguë. — M. Delattre. Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. — M. Gaucher. Le rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. Giraud. Radiothérapie surrénale et métabolisme de base. Résultats dans la maladie de Basedow. — M. Kessaris. Diagnostic des pneumothorax spontanés à début insidieux. — M. Lafargue. Essai d'interprétation de la ligne capillaire en radiographie pulmonaire. — M. Lowenbraun. Le gluconate de calcium en phtisiothérapie. — M. Pineau. Complications des phlegmons périamygdaliens. — M. Langlois. Etude du rhumatisme psoriasique.

Mercredi 4 juillet. — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Proust, Hetz-Boyer. — M. Benaerts. Les échecs de la physiothérapie dans les fibromes utérins. — M. Ménendez-Féros. Les hématuries secondaires des contusions rénales. — M. Minet. Etude de 12e côte et de ses variations. — M. Naggiar. Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'électrorésection tridoscopique. — M. Billet. Traitement des diverticules pharyngo-œsophagiens par la résection en un temps. — M. Anger. Fréquence des métastases après le traitement chirurgical du cancer du sein. — M. Gillet. Etude de la réaction d'Ashheim et Zoudek dans la môle hydatiforme et le chorio-épithéliome malin de l'utérus.

Jury : MM. Clerc, président ; Fiessinger, Lemierre, Moreau. — M. Kiani-Zadek. Le point de côté auriculaire de Vaquez. — M. Marçais. La syphilis dans la famille. — M. Nikoff. Le rythme bigéminé dans les dissociations auriculo-ventriculaires. — M. Papazoglou. Etude des dilatations anévrismales de l'oreillette gauche. — M. Rosanoff. Les péricolites chroniques. Les poussées aiguës. — M. Aubert. La précision des numérations hématologiques. — M. Duflo. L'endocardite du nourrisson.

Jury : MM. Tanon, président ; Boulin, Lemaire, Troisier. — Mlle Blumenfeld. Action des intoxications chroniques sur les fonctions de reproduction et sur la descendance. — M. Bosquet. Emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire. — Mme Breton. Protection de la première enfance, étude critique de l'organisation et de la législation. — M. Bueno. La prophylaxie du paludisme à Cuba. — M. Calamy. La désinfection du rhino-pharynx dans les maladies contagieuses. — M. Dequerint. Essai de traitement des intoxications fongiques. — M. Grange. Rapport de la lèpre de l'homme et de la lèpre du rat. — M. Lombard. Industrie du gavage des pigeons et l'hygiène.

Jeudi 5 juillet. — Jury : MM. Chevassu, président ; Pierre Duval, Terrier, Basset. — Mlle Babole. Emploi du sérum anti-gangréneux de l'Institut Pasteur dans les injections génito-urinaires de l'homme et de la femme. — M. Vallancien. Etude des tumeurs congénitales solides du cou. — M. Gandy. Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. — Mlle Gautheron. Les formes occlusives des grossesses extra-utérines. — M. Tourtelier. Etudes des péritonites encapsulantes. — M. Bastan. Valeur et indications de la stricturotomie dans le traitement des affections des voies lacrymales. — M. Coche Duval. La kérato-conjonctivite pustuleuse de l'enfant et les affections du rhino-pharynx.

Jury : MM. Roussy, président ; Léon Bernard, Huguenin, Leroux. — Mme Liberson. Etude de la rœntgenthérapie et affections inflammatoires aiguës. — M. Fallourd. Sur un cas de galactorrhée. — M. Le Foll. Le lymphangiome intestinal. — M. Enquin. Valeur clinique de la réaction de sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. — M. Echeverri. Etude des réticulo-sarcomes du médiastin. — M. Prost. La conception du 19e siècle sur la contagion de la tuberculose. — Mlle Regnault. Etude du traitement des pleurésies purulentes, compliquant le pneumothorax artificiel.

Jury : MM. Lereboullet, président ; Sergent, Chailley-Bert, Richet. — M. Delvincourt. L'acrodynie infantile dans la région de Reims. — Mlle Silvy. Mongolisme et malformations cardiaques. — M. Simon. Etude radiologique de la maladie de Parrot. — M. Voutyrakis. Etude des variations de la cholestérolémie au cours de quelques pneumopathies aiguës de l'enfant. — M. Tissot. Pronostic et tempérament. — M. Thomas-Fouard. Cas de tétanie gastrique au cours d'une crise de cholécystite. — M. Lair. Etude des artérites des membres inférieurs chez les syphilitiques.

Jury : MM. Nobécourt, président ; Chabrol, Galliard, Henri Labbé. — M. Chalkias. Syphilis du foie dans la moyenne et la grande enfance. — M. Maynadier. L'obésité chez l'enfant. — Mlle Polanektoff. Etude du traitement de l'asthme infantile par les rayons ultra-violets. — M. Traut. Importance de la fonction sous-occipitale, dans le traitement de la méningite cérébro-spinale. — M. Wechsler. Le mongolisme, étude clinique et thérapeutique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes — PARIS (17e)
G. CHENAL — PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

BELLAFOLINE
"SANDOZ"
Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e
B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
INTESTIN
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE
DIURÈSE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 4 JUILLET 1934. — N° 53.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de spirochétose anictérique (avec 1 fig.), par M. le professeur A. Lemierre et M. R. Laplane.

Action des eaux minérales de « Slanicul-Moldovei » sur l'entérocolite muco-membraneuse, par M. L. Rodescu (de Bucarest).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie.

CHRONIQUE

La maison du médecin.

NOTES POUR L'INTERNAT

Signes et diagnostic du tabes (suite).

LIVRES NOUVEAUX

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Ecrit.* — Question donnée : « Ruptures traumatiques de l'urètre » (*suite*).

MM. Aboulker, 28; Benzart, 25; Rudler, 29; Lance, 26.

Médecine opératoire. — Opérations : « Ligature de l'artère fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. — Désarticulation médio-tarsienne dite de Chopart. »

MM. Aboulker, 29; Benzart, 24; Rudler et Petit, 26; Dreyfus, 15; Boudreaux, 21, Palmer, 26; Lance, 21.

Admissibles : MM. Aboulker, Rudler, Petit, Palmer.

Dissection prolongée. — « L'artère carotide interne, sans les branches collatérales et terminales. »

GUERRE. — Service de santé. — Les médecins dont les noms suivent ont obtenu, après concours, le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes :

Médecine légale et neuro-psychiatrie. — M. Buffet, médecin de 1re classe, en service à l'hôpital maritime de Lorient.

Dermato-vénéréologie. — M. Masure, médecin principal, médecin-major du croiseur *Colbert*.

MÉDAILLE DU PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE. — Les amis et les élèves du professeur Jean-Louis Faure ont l'intention, à l'occasion de son prochain départ des hôpitaux et en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Charles Pillet, grand prix de Rome.

Une souscription est ouverte à cet effet. Tout souscripteur de 100 fr. au moins aura droit à un exemplaire de la médaille.

Prière d'adresser les souscriptions au trésorier, M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). (Compte chèques postaux, Paris 599.)

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Comme chaque année, le cours de vacances d'anatomie de l'Ecole de médecine de Besançon ouvrira le 15 septembre et se terminera le 15 octobre.

Ce cours est destiné à préparer les étudiants à leurs stages de clinique en leur faisant disséquer les organes thoraciques et abdominaux. En raison également de la courte durée des études d'anatomie, il donne à ceux qui le suivent une avance notable sur leurs camarades.

Les élèves suivent le matin les cliniques hospitalières où un accueil spécial leur est réservé.

De plus, afin de ne pas faire perdre aux étudiants le bénéfice d'une partie de leurs vacances, le cours est entrecoupé d'excursions, de visites de musées et d'établissements, de façon à leur faire connaître cette région extrêmement intéressante qu'est la Franche-Comté.

Le droit à verser est de 200 fr.

S'adresser, pour tous renseignements complémentaires, au docteur Duvernoy, professeur d'anatomie, Ecole de médecine, Besançon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à Viroflay, de M. Louis-Albert Petit, docteur en pharmacie et directeur des Laboratoires Petit-Mialhe.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

CHRONIQUE

LA MAISON DU MÉDECIN

A Valenton, dans le parc séculaire du château des Charmilles qui abrite la maison de retraite des médecins, a eu lieu, la semaine dernière, l'inauguration du buste de Maurice Cazin, ancien président et bienfaiteur de cette belle œuvre de solidarité professionnelle.

De nombreuses personnalités du monde médical et scientifique avaient tenu à montrer, par leur présence, tout l'intérêt qu'elles portent à la maison du médecin.

A leur arrivée, les invités furent reçus par M. le prof. Bernard Cunéo, M. le Dr Dupuy de Frenelle et M. le Dr Raphaël Massart, au nom de la Maison du Médecin.

Dans l'assistance, nous remarquons Mmes Paul Reynier, P. Claisse, Cunéo, Dupuy de Frenelle, Massart, Cibrie, Soupault, J. Bongrand, Signoret, A. Bécart, Chifoliau, Blondel, C. Roederer, Calonne, Meuriot, Froyez, Viard, etc.

M. Paul Strauss, ancien ministre ; M. le prof. Roule, M. le prof. Gravier, M. le prof. Bouvier (du Museum) ; MM. les Drs Cibrie, J. Bongrand, P. Lutaud, Labey, Hautefort, Peugniez, Buizard, Noir, Verchère, Smester, Vimont, Jayle, Régis, Chifoliau, Duchesne, Signoret, P. Claisse, P. Gastou, Bonamy, R. Blondel, C. Roederer, P. Gallois, Burty, Bertillon, Guyot, Cautru, Viard, Lecerf, Vitry, H. Meuriot, Houlmann, Bucquet, Bernheim, Michel, Bouchet, Leibovici (père), Coyola, Mme le Dr Bohn, Mme le Dr Vouaux, Mme le Dr Waynbaum, M. Demachy, M. Cargill, M. Bureau, maire de Valenton.

M. Paul Strauss, ancien ministre, le professeur Roule du Muséum, le professeur Bernard Cunéo, le Dr Dupuy de Frenelle, après avoir évoqué les belles figures des présidents défunts Courtault, Paul Reynier et Edward Schwartz, rendirent un juste hommage à celui qui, après s'être entièrement dévoué à l'œuvre, la laissa prospère en lui léguant sa fortune.

S'il est triste de voir tant de places vides dans le Livre d'or des bienfaiteurs de la Maison du médecin, et s'il est pénible de constater que ce sont ceux-là mêmes dont le renom et la notoriété devraient leur en faire un devoir, qui n'y figurent pas, il est consolant de voir qu'un homme comme Cazin, dont la vie laborieuse a été une lutte perpétuelle, a eu encore le temps de penser aux humbles, aux déshérités de la profession, à tous ceux-là qui ne se sont pas enrichis, qui restent seuls, vieux, souvent malades et incapables de supporter les lourdes charges de la vie.

La présidence actuelle du professeur Cunéo, dont la grande bonté et dont le dévouement sont bien connus à la Maison du Médecin, donne pleine confiance en l'avenir.

Après l'inauguration du buste et un charmant remerciement plein de cœur, prononcé par le doyen des pensionnaires, le Dr Leter, MM. Dupuy de Frenelle et Raphaël Massart firent aux visiteurs les honneurs de la Maison, de son parc, de son jardin, des dépendances ; ils montrèrent toutes les améliorations faites : l'infirmerie modèle qui permet aux malades de rester à Valenton pour y être soignés, l'ascenseur qui rend tous les étages agréables à des jambes fatiguées, les aménagements nouveaux, les communs.

Le corps médical en entier ne saurait se désintéresser d'une fondation qui vient au secours du médecin devenu vieux, en lui assurant, à l'abri du besoin, une digne vieillesse. Qui sait ce que l'avenir réserve à chacun de nous, et qui sait si un jour, des ruines et des revers ne nous amèneront pas à frapper à la porte de Valenton ?

La proximité de Paris, le charme du cadre, devraient faire de Valenton un but d'excursion ; nos vieux confrères seraient heureux de voir qu'on ne les oublie pas et je suis sûr que mieux connue, l'œuvre serait encore plus prospère.

La Maison du Médecin n'a pas la tristesse des asiles de vieillards, c'est la maison de campagne où l'on trouve, au soir de la vie, le calme, le repos, l'absence de soucis que méritent ceux-là mêmes qui, s'étant dévoués aux autres, n'ont pas assez songé à eux.

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

La phrénicectomie (1), par L. BÉRARD, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon ; F. DUMAREST, médecin en chef du Sanatorium Mangini, à Hauteville, et DESJACQUES, chirurgien des Hôpitaux de Lyon.

Les publications parues depuis dix ans sur la « Phrénicectomie » dans le monde entier sont très nombreuses, et l'emploi de cette technique s'est vite généralisé dans le traitement de la plupart des formes de la tuberculose pulmonaire.

C'est d'après une expérience de près de 700 cas que *les auteurs apprécient la valeur de l'exérèse du nerf phrénique dans le traitement des affections du poumon* (Chapitres II et III : Bases anatomiques, bases physiologiques de la Phrénicectomie) ; *ils discutent aussi de la valeur de l'alcoolisation, de l'écrasement du nerf, décrivant les techniques et précisant les indications.* (Chapitres IV, V et VI : Technique, accidents, incidents, complications.)

Sans prétendre diminuer la valeur de la phrénicectomie, les auteurs considèrent qu'on doit en préciser les indications et qu'on ne doit pas juger l'intervention d'après quelques cas isolés suivis pendant trop peu de temps. (Chapitre VIII : Indications.)

Ils mettent en garde également sur la rapidité avec laquelle une guérison peut être obtenue.

Si la phrénicectomie offre sur le pneumothorax l'avantage qu'on peut en suivre les effets sans être contraint de les attendre pendant un temps dont on est embarrassé de fixer la durée, on ne peut pas plus conclure, pour la phrénicectomie que pour le pneumothorax, à la guérison clinique avant un délai de trois ans, et même davantage. Dans la hiérarchie des ressources thérapeutiques dont nous disposons, le traitement général garde toujours la première place. (Chapitres VIII et IX : Indications et résultats.)

L. G.

(1) In-8 de 114 pages avec 19 figures et 17 planches hors texte avec schémas. — Prix : 30 fr. — Paris, Masson et Cie.

Fds PHARMACIE dit "Pharmacie de du Caducée".
114, Bd St-Germain. M. à P. : 250.000 f. (pt ét. b.)
Mat. march sus. cons. 20.000 fr. esp. Adj. 17 juillet 1934 à 14 h. 30. Et. SIMON, not. 26, Bd St Michel.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

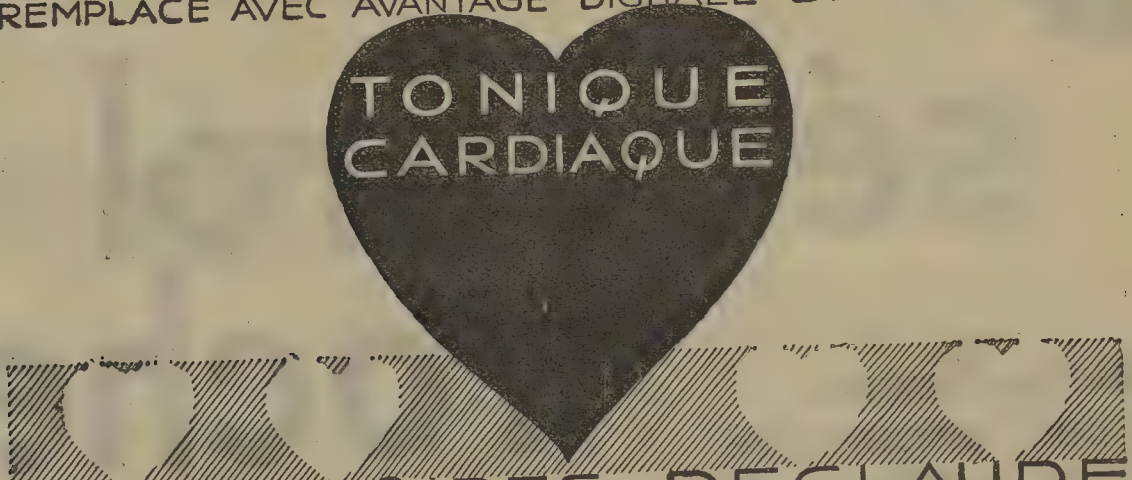
Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

SPIROCHÉTOSES
ET PARASITOSES
INTESTINALES
HELMINTHIASES

DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
DIARRHÉES CATARRHALES

Stovarsol

ACIDE OXYACÉTYLAMINOPHÉNYLARSINIQUE

ACTION ANTIPARASITAIRE, ANTISEPTIQUE
ET ANTIFERMENTESCIBLE

FAIBLE TOXICITÉ MALGRÉ LA TENEUR
ÉLEVÉE DU STOVARSOL EN ARSENIC

PROPRIÉTÉS RECONSTITUANTES

ADMINISTRATION FACILE

COMPRIMÉS :
à 0 gram. 25
à 0 gram. 05
à 0 gram. 01

Société Parisienne d'Expansion Chimique ○ SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple, 86 - Paris-3e

traitement bromuré intensif dissimulé.

sédobrol
"roche"

tablettes d'extrait
de bouillon concentré
achloruré et bromuré
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10 Rue Crillon PARIS

SUR UN CAS DE SPIROCHÉTOSE ANICTÉRIQUE

Par M. le professeur A. LEMIERRE et M. R. LAPLANE.

La spirochétose ictérigène est susceptible de se montrer sous des aspects anormaux ne rappelant que d'assez loin la description classique de cette maladie.

Sans doute, quand cette notion aura mieux pénétré dans les esprits, verrons-nous se multiplier les exemples d'états infectieux au premier abord mal déterminés, mais qu'une enquête étiologique plus approfondie, une analyse plus minutieuse des symptômes associés à la fièvre, orientant vers certaines recherches de laboratoire précises, permettront d'attribuer au spirochète d'Inada et Ido. L'observation qu'on va lire constitue un de ces exemples.

Observation. — M. A..., Emile, 36 ans, employé à la Compagnie du Gaz, ressent le 5 septembre 1933, à son réveil, de vives courbatures généralisées et se trouve mal à l'aise. Il se rend néanmoins à son travail. Mais, vers la fin de l'après-midi, il est pris de frissons et d'un mal de tête intense. Il rentre chez lui et se met immédiatement au lit. Sa température à ce moment est à 39°6. La nuit suivante est sans sommeil et le malade a un vomissement.

Les jours suivants, la fièvre persiste, oscillant entre 38° et 39° dans la matinée, pour monter le soir entre 39° et 40°. La céphalalgie est permanente et assez vive. Il existe des douleurs lombaires et des douleurs dans les muscles des cuisses et des mollets.

L'inappétence est absolue, la fatigue est extrême ; le malade ne souffre pas de la gorge ; il ne tousse ni ne crache. Le médecin qui le suit ne constate ni angine, ni symptômes bronchiques ou pulmonaires. Cependant une éruption d'herpès apparaît aux lèvres. La constipation, très accentuée les trois premiers jours, est remplacée par une légère diarrhée.

Le 10 septembre, la température, qui la veille au soir avait atteint 40°, tombe le matin à 37°5, pour remonter le soir à 38°5. Le 11 septembre, elle se mantient pendant toute la journée à 38°5.

Malgré cette diminution de la fièvre, le sujet demeure en proie à une sensation d'extrême lassitude ; il continue à souffrir de courbatures, de rachialgie et de douleurs dans les muscles des membres inférieurs.

Le 12 septembre, dans la matinée, il entre à l'hôpital Claude-Bernard.

C'est un homme d'apparence robuste, d'aspect un peu amaigri. Ses téguments ont une coloration jaunâtre, bistrée, il n'y a pas cependant de subictère des conjonctives, et il est très vraisemblable, comme le malade l'affirme, qu'il s'agit là d'une pigmentation d'origine solaire, apparue pendant le très récent séjour à la campagne. Le médecin qui a suivi cet homme depuis le début des accidents affirme qu'il n'y a eu à aucun moment d'ictère conjonctival. La température est à 37°8, le pouls à 96, la tension artérielle à 12-8.

L'examen des poumons, du foie, de la rate, du système nerveux est négatif. Les urines présentent une coloration orangée ; elles contiennent une forte proportion d'urobiline, mais ni albumine, ni glucose, ni pigments, ni sels biliaires.

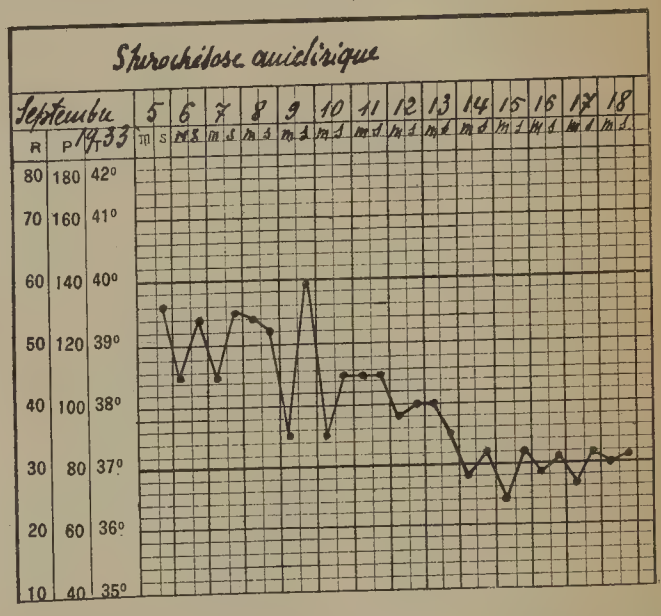
Le malade se plaint encore d'une légère céphalalgie et d'une grande fatigue. Ses courbatures et ses myalgies se sont atténuées, mais persistent encore. Les muscles des mollets sont un peu douloureux à la pression.

Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 80. Dans la soirée, la température étant à 38°, on pratique une hémoculture qui restera négative.

L'examen hématologique donne les résultats suivants :

Gl. rouges : 4.400.000. Gl. blancs : 8.000.
Poly-neutro : 75 pour 100.
Poly-éosino : 0.
Grands et moyens mono : 18 pour 100.
Lymphocytes : 7 pour 100.

Dans les antécédents du malade, on note seulement quelques troubles dyspeptiques pendant 2 mois en 1928, et en 1932 une fracture du radius avec plaies ayant nécessité une injection de sérum antitétanique.



Sur les circonstances qui ont précédé l'apparition de la maladie actuelle, le malade fournit un renseignement important : du 20 au 30 août, étant en vacances près de Chevreuse, il a pris assidûment des bains dans une petite rivière, l'Yvette, à un endroit particulièrement boueux et infesté de rats.

Le 13 septembre, la température du matin est à 38°, celle du soir à 37°5. Le malade se sent beaucoup mieux, quoique encore très fatigué. Il a émis en 24 heures 1 litre et demi d'une urine encore foncée et renfermant encore de l'urobiline, mais sans pigments ni sels biliaires.

Le 14 septembre, la température tombe définitivement à 37°. Le malade se sent bien et manifeste de l'appétit. Il a émis 2 litres d'urine de coloration normale, ne renfermant plus d'urobiline.

Les jours suivants, la convalescence se poursuit sans incidents. Le malade est réalimenté progressivement. Le volume des urines oscille entre 1 litre et demi et 2 litres et demi par 24 heures.

Le 16 septembre, le malade commence à se lever, et il sort de l'hôpital le 25 *septembre*.

Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 68 le 16 *septembre* et 0 gr. 35 le 21 *septembre*.

Le 13 *septembre* et le 25 *septembre*, le séro-diagnostic avec les bacilles typhique et paratyphiques est négatif.

Le 14 *septembre*, 10e jour de la maladie, et le 17 *septembre*, 13e jour de la maladie, le culot de centrifugation des urines est inoculé à deux cobayes, qui ne manifestent aucun trouble par la suite.

Le 25 *septembre*, 21e jour de la maladie, du sang est prélevé et envoyé à l'Institut Pasteur pour pratiquer le séro-

diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique : ce séro-diagnostic est positif.

Le malade à sa sortie se sent encore très fatigué ; au cours de l'infection pourtant d'ailleurs assez bénigne qu'il a présentée, son poids a diminué de six kilogrammes. Ce n'est qu'au bout de deux mois de repos qu'il est capable de reprendre son travail.

La maladie dont notre sujet a été atteint s'est caractérisée par les symptômes suivants : un début brusque avec frissons, céphalalgie violente, ascension thermique à 39°6 ; puis pendant quatre jours encore une fièvre atteignant chaque soir entre 39° et 40°, avec rémissions matinales entre 38° et 39°, suivie d'une chute graduelle de la température avec retour définitif à la normale le dixième jour, après le début des accidents. Au cours de cette affection fébrile il ne s'est produit aucune détermination viscérale cliniquement appréciable ; il n'y a eu ni angine, ni atteinte pulmonaire, ni splénomégalie, ni hépatomégalie. Les seules particularités qui méritent retenir l'attention sont l'intensité des courbatures, des arthralgies et des myalgies, l'apparition d'un herpès labial, la constatation, au 8e jour de la maladie, d'une forte urobilinurie et d'une azotémie à 0 gr. 80 cgr.

L'allure même des accidents, la soudaineté de leur apparition, l'absence de splénomégalie, la négativité du séro-diagnostic pour les bacilles typhique et paratyphiques nous ont permis d'écarter le diagnostic de fièvre typhoïde ou de paratyphus. Le défaut de catarrhe rhino-pharyngé, de manifestations bronchopulmonaires plaidait contre la possibilité d'une grippe banale, d'ailleurs bien rare en plein été ou d'une grippe à forme nerveuse dont la durée est beaucoup plus courte.

D'emblée l'intensité des phénomènes douloureux articulaires et musculaires, l'herpès, l'urobilinurie, l'azotémie, nous ont au contraire poussés à rechercher s'il ne s'agissait pas, chez notre sujet, d'une forme atypique de spirochétose ictérigène, d'une *spirochétose anictérique*, et le fait que quelques jours avant de tomber malade, cet homme avait pris des bains dans une petite rivière vaseuse et infestée de rats est venu renforcer la vraisemblance de cette hypothèse.

Au moment où il est entré à l'hôpital, sa température était déjà tombée aux environs de 38° ; aussi devant la certitude d'un échec, avons-nous renoncé à pratiquer l'inoculation de son sang au cobaye. Nous nous sommes contentés, le 10e et le 13e jours de la maladie de rechercher la présence du spirochète d'Inada et Ido dans le culot de centrifugation des urines et d'inoculer à des cobayes ce culot de centrifugation. Examens directs et inoculation sont restés négatifs. Peut-être aurions-nous dû les renouveler plus tardivement encore. Mais du sang prélevé le 21e jour après le début des accidents et adressé à l'Institut Pasteur en vue du séro-diagnostic de la spirochétose ictérigène a fourni un résultat positif.

Ce séro-diagnostic ayant une valeur absolue, nous sommes en droit de conclure, comme la clinique nous permettait de le supposer, que notre patient a été atteint d'une spirochétose anictérique.

Ajoutons que, malgré la brièveté de la maladie, dont la durée n'a pas excédé neuf jours et qui n'a revêtu à aucun moment un cachet de gravité, la convalescence a été très longue et que c'est seulement au bout de deux mois que le sujet a pu reprendre ses occupations. Là encore nous retrouvons la marque de la spirochétose.

Les auteurs qui, pendant la guerre, ont le plus contribué à nous faire connaître la spirochétose ictérigène, Stokes, Ryle et Tytler sur le front anglais, Renaux sur le front belge, Costa et Troisier, L. Martin et Pettit, Garnier et Reilly, Clément et Fiessinger, Pagniez, Bloch et Hébert sur le front français, ont montré que si cette maladie peut revêtir les aspects les plus divers, depuis celui de l'ictère infectieux à rechute ou maladie de Mathieu-Weil, le plus classique et le plus commun, jusqu'à celui de l'ictère grave ou de l'ictère infectieux bénin à type catarrhal, toutes formes cliniques où l'ictère demeure le symptôme majeur, il est des états morbides provoqués par le spirochète d'Inada et Ido où la jaunisse peut faire défaut, ou n'exister qu'à l'état d'épisode transitoire à peine appréciable.

Ces formes anictériques de la spirochétose la preuve de leur existence a été faite par les examens de laboratoire, inoculation du sang et des urines au cobaye, constatation du spirochète à l'examen direct des urines, recherche de la réaction agglutinante et même de la réaction des immunisines dans le sang des malades.

Mais certains détails de leur symptomatologie ont permis, en l'absence de tout ictère, de soupçonner leur origine étiologique et d'effectuer justement les recherches nécessaires pour mettre en lumière cette origine. En effet la fièvre et la jaunisse ne résument pas tout le tableau de la spirochétose ictérigène : tant à la phase préictérique qu'à la phase ictérique de cette maladie existent toute une série de phénomènes qui achèvent de lui donner une physionomie bien particulière : les courbatures, les arthralgies, les myalgies, l'herpès, l'injection des conjonctives, le syndrome méningé, l'azotémie, puis après une première défervescence, une reprise temporaire de la fièvre.

Tous ces éléments groupés au cours de l'évolution d'une courbe fébrile, constituent un ensemble assez significatif pour le médecin, surtout lorsqu'ils sont complétés par la connaissance de certaines circonstances étiologiques spéciales : profession du patient, apparition de la maladie pendant la saison estivo-automnale chez des sujets s'adonnant aux bains froids dans les rivières, les étangs, les piscines. C'est justement parce que la plupart de ces conditions cliniques et étiologiques se sont trouvées rassemblées dans l'observation rapportée au début de ce travail que nous avons pu penser à la possibilité d'une spirochétose anictérique et en demander la preuve à la réaction agglutinante.

Les formes anictériques de la spirochétose d'Inada et Ido peuvent revêtir des aspects divers suivant que prédomine tel ou tel des symptômes qui habituellement dans la spirochétose ictérigène se montrent en même temps que la jaunisse, ou suivant que l'ensemble des symptômes autres que la jaunisse existe nettement, mais en général sensiblement atténué.

La forme de spirochétose anictérique qui paraît avoir été le plus souvent observée est la *forme mé-*

ningée. Jean Troisier et Yves Boquien (1) en ont récemment publié une étude très fouillée et richement documentée. Ils en ont relevé dans la littérature une vingtaine de cas, dont un certain nombre leur sont personnels. Comme son nom l'indique, cette forme est caractérisée par la prédominance et aussi l'intensité du syndrome méningé, se montrant soit d'emblée, soit seulement au bout de deux ou trois jours. La réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien y est constante et en général très accentuée, tandis que l'hyperalbuminose est au contraire discrète. Point assez particulier, jamais, jusqu'à maintenant, on n'est parvenu à trouver le spirochète à l'examen direct du liquide céphalo-rachidien et l'inoculation même de ce liquide au cobaye est moins souvent positive que dans la spirochétose ictérigène vraie. Par contre la présence de ce parasite a été fréquemment constatée dans l'urine, soit par l'examen direct, soit surtout par l'inoculation.

Si le syndrome méningé est prédominant, les autres symptômes de la spirochétose, à l'exclusion de l'ictère, ne font habituellement pas défaut : le début brutal, les courbatures, les arthralgies, les myalgies, l'herpès, la rougeur des conjonctives sont de règle. L'urobilinurie est fréquente ; on a même dans certains cas décelé dans l'urine des pigments et des sels biliaires. Il existe une légère azotémie. La guérison survient au bout de sept à dix jours. La rechute fébrile a été constatée dans 70 % des cas, accompagnée ou non d'une reprise des signes méningés. Signalons enfin qu'un certain nombre de cas de spirochétose méningée se sont produits à la suite de bains de rivière ou de piscine.

Le syndrome méningé peut au cours des spirochétoses anictériques ne se montrer que passagèrement et risquer alors de passer inaperçu. Ainsi chez un malade de Mersmann, Friess et Coumel il n'a été apparent que pendant un après-midi. Dans un cas de Costa et Troisier, la spirochétose ne s'est tout d'abord manifestée que par un état fébrile avec courbatures, myalgies, herpès, injection des conjonctives, au cours duquel le sang prélevé s'est montré virulent pour le cobaye ; c'est seulement pendant la rechute fébrile que le syndrome méningé a fait son apparition.

Entre la spirochétose ictérigène et la spirochétose méningée anictérique, il n'existe pas de cloison étanche. Nous avons mentionné que, dans celle-ci, l'urobilinurie n'est pas rare et la cholurie possible. Plus proche encore de la spirochétose ictérigène est ce que Jean Troisier et Boquien désignent sous le nom de *forme méningo-subictérique* : celle-ci se caractérise, indépendamment du syndrome méningé, par une teinte jaune des conjonctives qui peut même déborder sur les téguments sous forme d'un très léger subictère, Jean Troisier et Boquien disent qu'il existe cinq observations de cette forme. Nous pouvons y adjoindre un sixième cas inédit.

L'un de nous a eu l'occasion de voir en 1926 une femme de trente ans atteinte depuis neuf jours d'une maladie ayant débuté brutalement par des courbatures extrêmement violentes, une céphalalgie très vive et une ascension immédiate de la température à 40°. La fièvre était demeurée à 40° pendant trois jours encore, puis avait commencé à descendre en lysis. De l'herpès labial s'était montré dès le deuxième jour, et, en même temps, un syndrome méningé consistant en raideur de la nuque et signe de Kernig, qui avait retenu toute l'attention du médecin traitant et qui persistait encore très net quand nous avons examiné la malade.

Mais à ce moment deux faits nous ont frappé : en premier lieu la présence d'urines fortement urobiliniques, où faisaient d'ailleurs défaut les pigments et les sels biliaires ainsi que l'albumine ; en second lieu un léger subictère des conjonctives et une coloration jaunâtre très discrète des téguments.

Nous avons appris aussi que, depuis quelque temps, la malade fréquentait différentes piscines de Paris où elle apprenait à nager et avait absorbé involontairement et à mainte reprise une certaine quantité d'eau. Le diagnostic de spirochétose paraissait dès lors presque évident. La ponction lombaire ne put être pratiquée : mais le sang prélevé le 10e jour de la maladie contenait 0 gr. 55 d'urée et l'inoculation à deux cobayes de l'urine recueillie le 13e jour de la maladie a déterminé chez ces animaux une infection mortelle avec ictère, hémorragies et constatation du spirochète dans le foie, le rein et les capsules surrénales. Cette forme ménigo-subictérique fut de plus marquée par l'apparition d'une rechute fébrile des plus nettes.

S'il est des spirochétoses méningées où se manifestent des signes atténués d'une atteinte hépatique, il peut arriver, dans d'autres cas, qu'un examen attentif permette de déceler l'existence d'une sévère atteinte rénale. Dans une observation publiée en 1917 par Sacquépée et Boidin une azotémie de 3 gr. 33 a été constatée au 4e jour d'une spirochétose méningée avec léger subictère. L'azotémie a ensuite décru progressivement et la guérison est survenue. L'inoculation du sang et des urines au cobaye a donné un résultat positif.

Jean Troisier et Boquien proposent pour cette observation l'appellation de *forme méningo-rénale*.

La mention de cette forme méningo-rénale nous conduit à parler du rôle joué par la spirochétose dans l'étiologie de certaines néphrites aiguës. Nous rappellerons, sans insister, que l'azotémie fait partie au tableau de la spirochétose ictérigène classique, et que lorsque cette affection se termine par la mort, c'est au milieu de symptômes d'insuffisance rénale et avec présence dans le sang d'un taux d'urée extrêmement élevé. Garnier et Reilly ont décrit des *formes rénales* de la spirochétose ictérigène où la note rénale prédomine pendant toute la durée de la maladie.

Il semble exister aussi des néphrites aiguës sans ictère ni syndrome méningé dues au spirochète d'Inada et Ido. Ameuille, en 1916, a émis l'hypothèse que certaines néphrites de guerre reconnaissaient sans doute cette origine. Salomon et Neveu, en 1918, chez trois sujets atteints de néphrite aiguë de guerre, ont trouvé des spirochètes dans l'urine à l'examen direct; mais leurs observations ont été discutées. Récemment,

(1) Jean Troisier et Yves Boquien. *La spirochétose méningée*, Masson, édit., Paris 1933.

Prosper Merklen et Gounelle (1) ont rapporté deux cas de néphrite azotémique fébrile, survenues après des bains de rivière où transparaissaient au second plan certains stigmates de la spirochétose : injection des conjonctives, courbatures, myasthénie, contracture passagère des muscles de la nuque. Dans un des cas, deux rechutes fébriles se sont produites pendant la convalescence ; de plus la néphrite a évolué vers la chronicité avec persistance de l'albuminurie et d'une élimination défectueuse de la phénol-sulfonephtaléine.

Chez les deux malades de Prosper Merklen et Gounelle, la spirochéturie a été démontrée par l'examen direct, mais l'inoculation est restée négative. La preuve définitive de la nature de la maladie a été fournie par la constatation d'un séro-diagnostic positif.

Nous avons signalé que les arthralgies et les myalgies font en général partie intégrante du tableau clinique de la spirochétose méningée. Il peut arriver que, dans la spirochétose anictérique, ces phénomènes prennent, en raison de leur acuité, une place prépondérante. Il en a été ainsi dans une observation de *spirochétose anictérique à forme myalgique* rapportée par Bloch et Hébert : dans cette observation, malgré que l'attitude du malade rappelât celle d'un méningitique, il n'y avait pas de raideur vraie de la nuque ni de signe de Kernig et le liquide céphalo-rachidien fut trouvé normal. La température tomba dès le huitième jour et une reprise fébrile survint le vingtième jour. L'hyperesthésie musculaire persista encore, en s'atténuant graduellement, pendant la convalescence.

Il peut exister enfin des formes plus dégradées encore de la spirochétose, *des formes anictériques pures*. La fièvre en est l'élément principal, mais on y retrouve pourtant certains symptômes qui permettent de dépister l'intervention du spirochète d'Inada et Ido: la brusquerie du début, l'herpès, la rougeur des conjonctives, des arthralgies et des myalgies, de l'urobilinurie, un certain degré d'azotémie. La fièvre élevée au début, tombe rapidement et l'apyrexie survient du septième au dixième jour. Parfois une légère recrudescence fébrile interrompt la convalescence. Il persiste souvent après l'apyrexie définitive un état de fatigue hors de proportion avec la gravité apparente de l'infection. On pourrait dire, en face d'un tel tableau morbide, que l'on a affaire à une spirochétose à minima réduite à la seule phase préictérique.

L'observation que nous avons rapportée au début de cet article nous paraît devoir rentrer dans ce groupe de faits.

Les symptômes propres à la spirochétose s'y sont montrés notablement atténués. Ils ont été suffisamment nets cependant et les circonstances qui avaient présidé à leur apparition assez significatives pour que nous ayons pu soupçonner la véritable nature de l'infection et demander au séro-diagnostic de nous en donner la confirmation.

(1) Pr. MERKLEN et GOUNELLE. Sur l'existence de néphrites aiguës à spirochètes, *Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1933, p. 1582.

ACTION DES EAUX MINÉRALES DE « SLANICUL-MOLDOVEI » SUR L'ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par M. LÉON RODESCU (de Bucarest),

Membre de la Société de gastro-entérologie de Paris et de la Société de thérapeutique de Paris.

L'entérocolite muco-membraneuse (colopathie muco-membraneuse, Legendre ; colite muqueuse, Nothnagel ; entéronévrite ou entéronévrose muco-membraneuse, entérospasme mucorrhéique) est caractérisée par des *troubles moteurs* (la constipation), des *troubles sensitifs* (douleurs intestinales) et des *troubles sécréteurs* (présence de mucus sous différents aspects, parfois sanguinolents, dénommés par Lasègue : *crachats intestinaux*).

Les malades présentent des douleurs continuelles, de temps en temps des crises qui peuvent présenter, d'après M. le Professeur Carnot, 3 types : entéralgiques, dysentériques et diarrhéiques.

D'après certains auteurs (Mathieu, J.-Ch. Roux, Villaret et Moutier) on serait en présence d'un syndrome plutôt d'origine thérapeutique, provoqué par l'abus des lavements.

Le plus souvent il y a une prédisposition de terrain (des neuro-arthritiques ou des personnes ayant souffert pendant l'enfance de colites aiguës).

***

Dans le tableau ci-contre on peut voir un nombre de 15 cas d'entérocolite muco-membraneuse, que nous avons soignés jusqu'à présent dans la Station « *Slànicul-Moldovei* » (1) où nous exerçons pendant l'été (en dehors des cas soignés en ville).

Dans tous les cas nous avons obtenu des bons résultats, parfois même excellents, manifestés par la raréfaction des crises et même leur disparition, l'amoindrissement du mucus et l'amélioration de la constipation. Nous avons employé les eaux chauffées à 40°-45° et les sources ont varié d'après l'acidité gastrique des malades.

Nous donnons plus bas un nombre de 3 observations plus intéressantes de ces malades, qui ont été revus ou dont nous avons des nouvelles certaines.

Comment agissent les eaux de *Slànicul-Moldovei* sur l'entérocolite muco-membraneuse ?

Nous savons que l'on a émis les théories suivantes pour expliquer la Pathogénie de ce syndrome :

1) *Théorie infectieuse* (Nothnagel, Combe).

2) *T. biliaire*, il y a un déficit biliaire et donc de l'antimucinase, de H. Roger.

3) *T. thyroïdienne* (Hypothyroïdie, Trémolière).

4) *T. de la stase intestinale*, elle serait consécutive à la constipation (Potain, G. Sée, Hayem, A. Mathieu, Smidt, Boas).

5) *T. nerveuse* (V. Noorden), *névrose du sympathique* (G. Lyon), entéro-névrose (Dubois de Berne).

(1) Station avec eau chlorurée-sodique bicarbonatée (alcaline) carbo-gazeuse très réputée pour les maladies du tube digestif et de la nutrition.

6) Notre Maître, le Professeur Alb. Robin, disait qu'il n'a jamais observé une entérocolite muco-membraneuse sans des troubles gastriques associés ou plutôt antérieurs. Il soutenait qu'au début on observe de l'*Hyperchlorhydrie* et plus tard de l'*Hypochlorhydrie*.

7) Mes Maîtres, MM. les Professeurs Dieulafoy et Loeper, ont observé la coexistence de la lithiase intestinale.

8) *T. de la constitution vago-tonique*. Eppinger et Hess soutiennent que nous sommes en présence de l'Hypervagotomie. Spitzig, Chiray soutiennent qu'il y a une prédisposition dont dépendent les troubles vago-sympathiques, l'origine de la maladie. L'origine de ces troubles neuro-végétatifs se trouve dans un état de déséquilibre humoral, qui est à l'origine de la diathèse neuro-arthritique et la crise colique serait une forme clinique du choc colloïdoclasique.

La cause de la localisation au plexus solaire ou mésentérique serait la présence d'une affection abdominale.

Premièrement les eaux de *Slànicul-Moldovei* doivent avoir un effet excitant ou calmant sur l'acidité stomacale anormale et sur la sécrétion biliaire. Puis elles ont un effet favorable sur la stase intestinale, faisant disparaître la constipation. Enfin les eaux radioactives de Slànic-Moldova ont un effet favorable sur le déséquilibre vago-sympathique et la température de 40°-45° influence favorablement les spasmes intestinaux. L'ion *magnésium* influence de même d'une manière favorable la musculature lisse intestinale.

La lithiase coexistante est de même influencée. Certainement le régime aide aussi et le système nerveux est favorablement influencé par le traitement adjuvant (bains, hydrothérapie, applications de compresses avec des eaux minérales, électrothérapie, etc.).

Il est probable que l'introduction prochaine de nouveaux traitements de cure (entéroclyses, massage sous l'eau, douches sous l'eau, etc.) influenceront encore mieux ces malades.

OBSERVATION I. Mme F..., Fani, Braila, 32 ans, se présente à la consultation le 6 juillet 1929. A l'occasion d'un accouchement, elle a commencé à souffrir. Elle a du pyrosis après les repas, des renvois aigres, un goût amer le matin dans la bouche, des mucosités, constipation et crises douloureuses sur le trajet du côlon transverse, des hémorroïdes, une grande nervosité, des douleurs ovariennes.

L'estomac est de grandeur normale, la matité absolue hépatique : 10 cm. Diagnostic : entérocolite muco-membraneuse avec hyperchlorhydrie. Traitement hydrominéral : le matin à jeun : eau de Slàniec N° 3 (chauffée au bain-marie), 300 gr. ; à 5 heures de l'après-midi N° 3 (chauffée), 200 gr. ; à table N° 1, 200-400 gr. ; le soir, au coucher, des applications pendant 2 heures de compresses mouillées dans de l'eau N° 3 (chauffée). Du régime, bains minéraux, de la valériane. En 1930, la malade se présente à la consultation le 3 juillet. Elle déclare que les crises ont cessé. Le pyrosis a été moins marqué l'année passée. A la radioscopie, on a trouvé une ptose du pylore et de l'appendicite chronique.

La matité absolue hépatique est 8 1/2 cm. Traitement : le matin à jeun, l'eau N° 3 (chauffée au bain-marie), 300 grammes ; à 5 heures de l'après-midi, N° 1 *bis*, 200 gr. ; à table, 1 *bis*, 200-400 gr. ; le soir, au coucher, des compresses mouillées dans le N° 6 (chauffée) pendant deux heures, sur l'abdomen.

Régime, belladone et jusquiame.

La malade se trouve très bien à son départ.

OBS. II. — Mme K... Adèle, Bucarest, 36 ans, se présente à la consultation le 18 juillet 1931. A été soignée par nous antérieurement à Bucarest.

Elle souffre depuis longtemps, a des douleurs sur le trajet du côlon, des crises fréquentes abdominales et plusieurs confrères ont diagnostiqué une entérocolite muco-membraneuse.

Parfois, elle est constipée, elle a des selles avec des mucosités.

Parfois pyrosis, diarrhée sous l'influence de l'alimentation avec des légumes verts.

La radioscopie indique une ptose gastro-colique.

La matité absolue hépatique, qui a été plus grande à Bucarest, est à présent : 7 cm. Douleurs dans les annexes. De temps en temps, on observe une anémie conjonctivale.

Diagnostic : entérocolite muco-membraneuse avec hyperchlorhydrie, ovarite double.

Traitement. — Le matin, à jeun, l'eau N° 3 (chauffée) : 300 gr. ; à 5 heures de l'après-midi : N° 1 *bis*, 200-300 grammes ; à table, 1 *bis*, 200-400 gr. ; le soir au coucher pendant deux heures des compresses mouillées dans de l'eau N° 6 (chauffée) et appliquées sur le trajet du côlon. 10 bains minéraux à 32°, pendant 15 minutes. Régime.

A son départ, elle n'a plus aucune douleur. Jusqu'à l'été suivant, elle a été sous notre surveillance à Bucarest ; elle s'est sentie beaucoup améliorée, présentant quelques légères crises, accompagnées d'élimination de peu de mucus. En 1932, elle se présente de nouveau à la consultation de « Slanicul-Moldovei » le 1er août. A ce moment, le côlon n'est pas douloureux, la grande courbure gastrique se trouve à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La matité absolue hépatique : 7 cm. Souffle systolique mitral, tension artérielle (Vaquez-Laubry) : 13×7.

Traitement. — Le matin à jeun, la source N° 3 (chauffée), 200 gr. ; à 5 heures de l'après-midi, N° 3 (chauffée), 200 grammes ; à table, 1 *bis*, 200-400 gr. ; le soir au coucher, pendant 2 heures, compresses mouillées dans l'eau N° 6 (chauffée). Régime.

Le 9 août, la malade se sent bien. Nous lui prescrivons d'augmenter la dose du matin du N° 3 à 300 grammes. A son départ, état excellent.

En 1933, elle se présente dans la 3e saison de cure, à la consultation de Slànic le 24 juillet. Elle n'a plus de crises du tout pendant l'année passée. Elle a éliminé peu de mucosités et très rarement, elle a eu de légères douleurs polyarticulaires. A cause de ça, elle a fait une analyse de l'acide urique dans le sang, par la méthode de Follin-Wu, 0,32 mgr.

Analyse des urines (juin 1933) : nuage fin d'albumine ; urobiline : traces ; oxalates de Ca : petits cristaux.

La grande courbure gastrique est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La matité absolue hépatique : 8 cm. La matité splénique : 7×7 cm. Elle présente des extrasystoles.

Traitement. — Le même que la saison précédente.

Le 15 août, la malade déclare qu'elle n'a pas du tout de douleurs. La matité absolue hépatique, 7 1/2 c. m. La matité splénique : 7 1/2× 7 1/2 cm. Le côlon normal ne présente pas de spasmes. La langue est légèrement chargée. Nous lui prescrivons de prendre le matin du N° 3 (chauffée), 400 gr. A son départ, elle se sent très bien et de même à Bucarest jusqu'à présent.

OBS. III. — Mme P... Hélène, Sulina, 37 ans. Elle se présente à la consultation le 29 juin 1932.

Elle souffre depuis 5 ans dans les intestins. Elle sent une douleur dans tout l'abdomen, à cause de cela, elle ne peut soulever aucun poids. Elle a souvent de la constipation et elle élimine dans les selles de temps en temps des mucosités.

Par la palpation, on provoque des douleurs accentuées de droite à gauche sur le trajet du côlon. Les douleurs se propagent dans les régions rénales. Elle présente encore des points névralgiques dans les régions pectorale et dorsale. La matité absolue hépatique : 7 1/2 cm. La matité splénique : 7/8 cm. La grande courbure gastrique : un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'analyse du suc gastrique (Dr Diaca) : H=0,555 p. 100 ; C=0,642 p. 100 ; A=1,197 %. Diagnostic : entérocolite muco-membraneuse avec hypo-acidité gastrique.

Traitement. — Le matin à jeun, l'eau N° 6 (chauffée au bain-marie), 200 gr. ; à 5 heures après-midi, le N° 8 (chauffée), 200 gr. ; à table N° 1, 200-400 gr. ; le soir au coucher, des compresses mouillées dans l'eau N° 6 (chauffée), appliquées pendant deux heures sur le trajet du côlon. Le 2 juillet, matité absolue hépatique : 7 1/2 cm. ; la matité splénique : 7×8 cm. La grande courbure gastrique à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 18 juillet, la matité absolue hépatique : 7 cm. La matité splénique : 7 1/2×8 cm. Nous lui prescrivons de prendre le matin à jeun du N° 6 (chauffée), 300 gr.

Le 19 juillet, la matité absolue hépatique : 7 cm. La matité splénique : 7×8 cm. La grande courbure gastrique : 1 1/2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Elle présente un point douloureux à l'ombilic. Nous lui prescrivons de prendre le matin du N° 6 chauffée), 400 gr.

Le 21 juillet, la matité absolue hépatique : 7 1/2 cm. La matité splénique : 8×8 cm. La grande courbure gastrique, 1 1/2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle se sent très bien.

L'année suivante, elle n'est plus venue à Slànic, car, d'après les dires de son mari, qui est venu seul faire sa cure, elle s'est très bien sentie pendant toute l'année passée. Elle n'a plus du tout de douleurs. Nous lui avons indiqué avec quelles eaux elle continuera sa cure à domicile.

Conclusions. — 1° Chez 15 malades d'entérocolite muco-membraneuse traités à *Slànicul-Moldovei*, avec des sources différentes et en rapport avec l'acidité gastrique, j'ai observé des bons résultats, qui se manifestent par la diminution du nombre et même la disparition des crises, la diminution du mucus et l'amélioration de la constipation.

2° Chez ces malades les eaux minérales de Slànicul-Moldovei ont un effet excitant ou calmant sur l'acidité gastrique et la sécrétion biliaire. Elles ont un effet favorable sur la stase et les spasmes intestinaux, de même sur le déséquilibre vago-sympathique.

3° Le traitement adjuvant influence favorablement le système nerveux.

Tableau du nombre des cas d'entérocolite muco-membraneuse traités à « Slanicul-Moldevei ».

Nom.	Diagnostic.	Traitement.
	1929	
G... (Nina),	Ent. m. m.	
Buc., 26 ans ...	Hyperchl.	3(c),1.
Fl... (Fani),	»	
Braila, 32 ans..	.....	3(c),1.
	1930	
Nic... (Vle),	Hyperchl.	
Sibiu, 34 ans...	.....	3(c),1*bis*.
B... (Gh.),	»	
Buc., 43 ans ...	.....	3(c),1(c),3(c)compr.
Lt. B... (Ctin),	»	
Roman, 28 ans .	.....	3(c),1(c),3(c)compr.
	1931	
D... (Demètre),	»	
Buc., 41 ans ...	.....	3(c),1*bis*.
Kn (Adèle),	»	
Buc,, 36 ans ...	.....	3(c),1*bis*,3(c)compr.
	1932	
D... (Devy),	Ent. m. m.	
Faurei, 36 ans..	Hypo-acidité	6(c),8(c),1,6 compr.
P... (Hélène),	»	
Sulina, 37 ans..	.....	6(c),8(c),1,6(c)compr.
Pan...,	»	
Silistra, 30 ans.	.....	8,10.
Schus... (Stép.),	»	
R. Sarat, 44 ans.	.....	6(c),8(c)1,6(c)compr.
	1933	
D... (Sarita),	Ent. m. m.	
Buc., 28 ans...	Hyperchl.	3(c),1(c),3(c)compr.
Cek... (Dorina),	Ent. m. m.	
Tecuci, 22 ans .	Hypochl.	6(c),8(c),1,6(c)compr.
Fey (Guido),	»	
Buc., 85 ans...	.....	8(c),10(c),1,6(c)compr.
Roib... (Ctin),	Ent. m. m.	
Vanjulet, 34 ans	Hyperchl.	3(c),1*bis*,3(c)compr.

BIBLIOGRAPHIE

AUBERT. — Entérocolite de l'adulte, d'origine anaphylactique, *Th. de Paris*, 1923.

BOWING. — Vegetatives Nervensystem u. Path. d. Verdanung, *Arch. Verd.* XXXIII.

CARNOT et HARVIER. — Les colites, Baillière, 1923.

CHABROL. — *Précis Mal. T. Dig.*, Baillière.

CHIRAY. — Syndromes neuro-végétatifs, *Nouv. Traité Médecine*. Masson, fasc. XXI.

CHIRAY et STIEFFEL. — *Entérocolite muco-membraneuse*, Masson, 1930.

COMBE. — *T. Entérocolite muco-membraneuse*, Baillière, 1911.

COURTOIS-SUFFIT. — Mal. Intestin, *Traité Méd.*, Masson, 1900.

DIEULAFOY. — *Clin. méd.*, Masson.

FAROY. — Traitem. hydrominéral des colites. *Progrès méd.*, 19 juillet 1924.

FLORAND et GIRAULT. — Affections tube digestif, Masson, 1922.

GALLIARD. — *Maladies intestin.*, Baillière, 1907.

HURST. — Treatment of Colitis, *Lancet*, 27 nov. 1926.

KRAUS. u. BRUGSCH. — *Sper. pathol. u. ther. um. kr. Urb et Schw.*, 1916.

LABBÉ (Marcel). — *Précis t. digestif*, Masson.

LŒPER (M.). — *Leçons pathol. dig.*, Masson, 1926 ; *Mal. intestin*, Masson, 1908 ; *Thérapeutique médicale*, Masson, t. I-II, 1930.

LYON (G.). — Traitement de la colite muco-membraneuse. *Bul. méd.*, 1921, 12 mars.

LYON. — *Névroses intestinales*, Masson.

MATHIEU. — *Mal. est. intestin*, Doin, 1901.

MATHIEU et J.-Ch. ROUX. — *Pathol. g. int.*, Doin, 1909.

MATHIEU et ROUX. — *Gaz. Hôp.*, 1905, p. 101.

MAZERAN, CADE, etc. — Entérites et colites, cure hydrominérale, *Exp. sc. fr.*, 1923.

Noorden (Von) et Smidt. — *Clin. Darmkr. Bergmann*, 1921.
Noorden (Von) u. Dapper. — *Uber Schlemkolik.*, Berlin, 1903.
Nothnagel. — *Erk. d. Darmes*, Wien, 1905.
Robin (Alb.). — *Thérap. prat.*, Rueff, 1912. ; *thérap. usuelle*, Vigot frères, 1912.
Roger (H.). — Les vagotoniques, *Rev. méd.*, 1922.
Roger, Widal-Teissier. — *Nouv. traité méd.*, Masson.
Roger et Trémolières. — *J. physiol. et path. gén.*, 1908, N° 60.
Roux (J.-Ch.) et Moutier. — *Pathol. g. int.*, Doin, 1925.
Savignac, Sarles et M. de Fossey. — *Colites et troubles nerveux*, Baillière.
Spitzig. — Vagotony and its relations in mucous colitis, *J. A. M. A.*, 1914, p. 364.
Theohari Anibal. — *Tr. terapeuticà. Boalele Intestinalini, Cartea Rom.; traitement hydrominéral stom. intest.*, Cartea Rom, Buc.
Trémolières. — Entérite muco-membraneuse, *Th. de Paris*, 1905.
Tudoran. — *Slânicul Medical. Rev. méd. chir.*, Jassy, An. 42, N° 1.
Tudoran si Baltaceanu. — *Baile si apele de Slànicul-Moldovei*, Jassy.
Villaret et Just. Bezançon. — *Clin. thr. hydro-climatiques*, Masson, 1930, t. I.
Villaret et Moutier. — *Cures thermales en gastro-entérologie*, Masson, 1933.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MAI 1934)

Etude radiographique, anatomique et chimique d'un cas de péricardite calcifiante. — MM. Duvoir, Pollet, Chapireau et Mlle de Cursay. Résultats de l'autopsie d'un cas de péricardite calcifiante. Seuls apparaissent nettement sur le film les anneaux de calcification épais. Les calcifications prédominent dans le tissu cellulaire graisseux épicardique. Chimiquement, il s'agit de concrétions composées de 3/4 de carbonate de chaux et de 1/4 de phosphate de chaux.

Ascite cirrhotique guérie après 84 ponctions. Guérison maintenue depuis plus de 4 ans. — MM. Ravina et Brunet. Observation d'un malade ayant subi en deux ans 84 ponctions lui ayant soustrait 950 litres de liquide. Guérison complète depuis quatre ans. Foie atrophié pendant l'ascite. Reprise des habitudes alcooliques ; le foie apparaît de nouveau hypertrophié.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1934)

Arthrite suppurée du genou. — M. Métivet estime que l'arthrotomie ne doit être exécutée qu'en présence de pus franc, l'injection de stock-vaccin à la phase de début pouvant parfois éviter l'intervention.

Volvulus du cœcum. — Dans cette observation de M. Barbilian (de Jassy), rapportée par M. Rouhier, il s'agissait d'un volvulus cœcal sur l'axe vertical.

Allongement opératoire du fémur. — M. Putti étudie les indications de cette méthode, utilisée dans les grands raccourcissements à la suite de coxalgie ou de luxation congénitale. La technique est la suivante : section oblique du fémur, traction de 15 à 20 kg. pendant plusieurs semaines, un fil de contre-extension étant placé dans le massif trocantérien, et mise d'un plâtre solidarisé avec les broches. Certains allongements atteignent 7 cm. 5.

Chirurgie cholédocienne en deux temps. — M. Moulonguet pense que, dans les cas où l'exploration directe de la voie biliaire est difficile, il est indiqué de pratiquer une cholédocographie lipiodolée. Si un calcul est décelé par cet examen, on peut intervenir secondairement assez aisément.

M. Hartmann demande si l'on a vérifié la disparition du lipiodol des canaux intra-hépatiques.

M. Desplas estime qu'il s'agit là d'une bonne méthode et que les incidents sont exceptionnels.

M. Gosset pense que la méthode est excellente pour l'exploration.

M. Brocq insiste sur l'utilité de pratiquer l'injection loin des repas, pour éviter tout phénomène d'autolyse du pancréas.

Blocage ventriculaire. — Ce travail, de MM. Fontaine et Froelich, est rapporté par M. Petit-Dutaillis. Chez un fracturé du crâne présentant une céphalée intense avec somnolence, une encéphalographie lombaire montre que l'air ne passe pas dans les ventricules. Guérison.

Opération d'Ody. — M. Petit-Dutaillis rapporte deux observations de MM. Maës et Tailhefer concernant deux cas d'hypertension intra-cranienne avec blocage, au cours de fractures du crâne. Opération d'Ody. Guérison.

M. Proust insiste sur la nécessité de la rachi-manométrie et sur la possibilité de reséquer l'arc postérieur de l'axis.

Présentation de malades :

M. L. Bazy présente un bon résultat d'arthroplastie du genou par le procédé de Putti.

M. Basset montre une malade chez qui il intervint avec bon résultat pour une déchirure sus-rotulienne du tendon quadricipital.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 12 MAI 1934)

Etude comparative des protides et de l'azote non protéique dans le sang de l'artère et de la veine rénales chez le chien. — MM. Ch. Achard, M. Bariéty, A. Codounis et E. Hadjigeorges. La traversée rénale abaisse habituellement d'une façon légère la protidémie totale ; cet abaissement porte surtout sur la sérine. Elle élève, dans des proportions modérées, l'azote non protéique.

Action expérimentale des sels biliaires dans la genèse de certains troubles nerveux produits chez l'animal par injections de biles humaines recueillies par tubage duodénal. — MM. H. Baruk et L. Camus, ayant observé chez l'animal, à la suite d'injections de biles humaines recueillies par tubage duodénal, une série de troubles nerveux, ont essayé de préciser la part qui revient aux sels biliaires dans leur genèse. A cet effet, ils ont injecté à divers animaux des solutions de sels biliaires à des taux de concentration et à des doses très variés. Ils ont observé ainsi tantôt du sommeil, tantôt des paralysies, tantôt enfin, chez le pigeon et la souris, des troubles végétatifs impressionnants (ralentis-

sement respiratoire, angoisse, apnée, mort subite). Avec les sels biliaires seuls, ils n'ont jamais pu reproduire ni la stupeur, ni la catalepsie telle qu'ils les avaient réalisées par la bile humaine duodénale.

Sur une substance sensibilisant à l'acétylcholine, formée dans le tronc du nerf vague au cours de l'excitation électrique. — MM. L. BINET et B. MINZ. L'extrait de nerf vague excité exerce, sur le muscle de sangsue, une action beaucoup plus marquée que celle du nerf non excité. De plus, en traitant préalablement le muscle par l'extrait du nerf excité, on obtient un renforcement d'action de l'extrait du nerf non excité ou de solutions pures d'acétylcholine. Ces effets ne paraissent pas pouvoir être rapportés à l'augmentation, du fait de l'excitation électrique, de la teneur du nerf en acétylcholine, car on obtient le même renforcement avec un extrait de nerf excité ne renfermant pas d'acétylcholine. Il semble plutôt que l'on puisse interpréter ces résultats en admettant la libération, dans le nerf, au cours de l'excitation électrique, d'une substance qui sensibilise à l'acétylcholine.

Sur les réactions des cobayes vaccinés par l'anatoxine diphtérique vis-à-vis de l'inoculation de bacilles diphtériques et de bacilles diphtérimorphes non pathogènes. — MM. R. DEBRÉ, G. RAMON, E. NORMAND et G. SÉE. Afin de préciser le mode d'action de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine, les auteurs ont inoculé à tout un lot de cobayes, les uns vaccinés, les autres neufs servant de témoins, des bacilles diphtériques pathogènes et ils ont procédé à des examens histologiques suivis des régions inoculées.

Les animaux vaccinés résistent à l'injection microbienne et présentent très rapidement une lésion suppurative sans aucun signe de nécrose, lésion qui s'enkyste ou disparaît suivant la dose injectée, alors que les témoins meurent après avoir présenté une lésion locale inflammatoire caractérisée par l'intensité de la nécrose.

La même recherche effectuée avec des bacilles non pathogènes montre des lésions du même ordre chez les animaux vaccinés et témoins, établissant le rôle, dans la première expérience, de la toxine élaborée par les bacilles pathogènes.

Sur les réactions histologiques des tissus des cobayes vaccinés par l'anatoxine diphtérique vis-à-vis de l'injection de toxine diphtérique. — MM. R. DEBRÉ, G. RAMON, E. NORMAND et G. SÉE. En suivant la même technique, si l'on injecte de la toxine aux animaux, on constate chez les vaccinés des lésions nécrotiques locales, rapidement constituées et dont la gravité est proportionnelle à la dose injectée. Elles se réparent d'ailleurs rapidement et la guérison de l'animal est complète dans un temps plus court qu'après injection de bacilles.

Sur les réactions des tissus de cobayes immunisés passivement vis-à-vis des bacilles diphtérimorphes pathogènes et non pathogènes. — MM. R. DEBRÉ, G. RAMON, E. NORMAND et G. SÉE. Si l'on pratique les mêmes injections de bacilles à des cobayes immunisés passivement, on observe des troubles identiques à ceux présentés par les cobayes vaccinés.

Les expériences montrent le rôle exclusif de l'antitoxine présente dans le sérum des animaux immunisés, antitoxine qui neutralise la toxine élaborée par les bacilles, supprime donc les effets toxiques locaux et à distance et permet le libre jeu des défenses de l'organisme, défenses qui servent à éliminer les bacilles inoculés.

La vaccination contre la diphtérie par l'anatoxine, a donc un double pouvoir direct ou antitoxique et indirect ou antimicrobien.

Etude des albuminuries. — M. H.-R. OLIVIER et Mlle S. MATHIEU étudient surtout les globinuries au cours des néphrites chroniques, de l'hypertension artérielle et également quelques cas de globinuries isolées ou dominantes.

Persistance de B. melitensis (variété caprine) chez les vaches naturellement infectées. — MM. TAYLOR, VIDAL et ROMAN ont isolé du lait de 35 vaches, non pas B. Abortis (B. de Bang) qui est l'hôte fréquent de ces animaux, mais B. melitensis. C'est là une constatation des plus inquiétantes pour l'avenir de la mélitococcie en France ; car, si le premier est rarement pathogène, du moins sur notre territoire, le second est toujours doué d'une grande virulence. Circonstance aggravante, dix-huit mois après le premier isolement du malade, on l'a retrouvé, avec ses mêmes caractères, dans le lait de 5 d'entre elles (sur 9 qui ont pu être réexaminées). On conçoit le danger que représente l'élimination persistante par le lait de microbes aussi pathogènes.

Activation du suc pancréatique de lapin par acidification. — M. LISBONNE et Mlle FRANK. Le suc de lapin s'active, vis-à-vis des protides, par acidification, comme le suc de chien. Dans les deux cas, les conditions d'activation sont identiques ; même pH (4,1-4,2) mêmes limites très étroites (3,8-4,6), d'où la très grande difficulté de déclancher cette activation avec des acides faits, tels que HCL N/10.

L'activation par acidification est une propriété générale des sucs pancréatiques de diverses espèces animales.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Samedi 7 juillet. — Jury : MM. Achard, président ; Léon Binet, Brumpt, Champy. — M. KLEINBERG. La maladie de Nicolas Favre et son traitement par le salicylate de Na. — M. TOUATI. Pneumonies prolongées simulant la tuberculose pulmonaire. — M. MOSCOVICI. Mesure du rayonnement de la peau humaine. — M. HILM. Prophylaxie des bilharzioses. — M. LEBLOND. Recherches histochimiques sur la localisation et le cycle de la vitamine. — M. NEBENZAHL. Homologies des sarcomes avec ceux des mammifères et de l'homme.

Jury : MM. Claude, président ; Guillain, Gayet, Giroud. — M. CHAZEAUD. Etude sur l'épilepsie expérimentale. — M. ROZENBERG. Remarques sur quelques cas d'angoisse de guerre, chez les juifs de l'Europe orientale. — Mlle DEMOULIN. De divers traitements du tic douloureux de la face. — M. FARDET. Les encéphalites hémorragiques. L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique. — M. GOBY. Etude des accidents nerveux au cours de la vaccination anti-typho-paratyphoïdique.

Jury : MM. Gougerot, président ; Bulliard, Hazard, Sézary. — Mlle CHUIT. Etude de l'aménorrhée syphilitique. — M. CLARY-BOUSQUET. Etude des lichens plans médicamenteux. — Mlle FÉRET. La microsporie du chat et sa transmission à l'homme. — M. GIL. Le dépistage de la syphilis ignorée au dispensaire par la méthode de Vernes. — Mlle ILIA POPOFF. Traitement de la furonculose par les injections de cyanure de mercure. — M. RABATE. Zona et traumatisme. — M. SEGAL. Etat actuel du traitement de la maladie de Nicolas Favre. — M. TREYSSER. Etude de la pathogénie du lichen plan. — M. VELASQUEZ. Le traitement de la maladie de Nicolas Favre.

Lundi 2 juillet. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Lemierre, président ; Proust, Lesbouyriès, Panisset, Coquot,

NÉVROSES
INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

Bressou. — MM. DROMBY : Recherches expérimentales sur le Charbon des oiseaux. — SUCHARD : Virulence du bacille tuberculeux desséché. — DEVEAUX : La mamelle, note de chirurgie canine.

Jeudi 5 juillet. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. TANON, président ; Létard, Vergé. — M. CABUZEL : Qualification des viandes de boucherie.

Vendredi 6 juillet. (Thèses vétérinaires.) — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Létard, Simonnet, Bressou, Coquot. — MM. PONCELET : Avoine germée dans l'alimentation du cheval. — RUFIN : Chirurgie esthétique de l'oreille du chien.

Samedi 7 juillet. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Bressou, Lesbouyriès. — M. LE GALL : Col de l'utérus.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU TABES [1]

2° *Troubles objectifs : même à un examen rapide,* ils sont faciles à noter : *la notion de position, la dénomination des objets, la sensibilité viscérale* en sont les principaux temps d'examen.

α) *Sensibilité superficielle souvent altérée* (tact, douleur, chaleur) affectant une *topographie radiculaire* avec *plaques d'hyperesthésie* et *zones d'anesthésie* (ceinture, face postéro-interne du bras), les retards de perception, les erreurs de localisation ne sont pas rares.

β) *Sensibilité profonde :* encore plus marquée (dissociation cutanéo-musculaire de Souques), avec :

Perte de la notion de position (gros orteil fléchi ou étendu), de poids.

Astéréognosie : le malade, les yeux fermés, ne reconnaît pas par le toucher l'objet qu'on lui met dans la main. Anesthésie osseuse (diapason).

γ) *Sensibilité viscérale : Anesthésie du cubital* (S. de Berniaki) ; *Analgésie testiculaire.*

E. TROUBLES SENSORIELS. — Les troubles sensoriels ont une grosse valeur :

Parfois *paralysies oculaires* (3e paire) avec strabisme et ptosis. Ces paralysies sont au début passagères et incomplètes ; elles deviennent ensuite définitives.

Parfois *troubles de la vision :* diminution de l'acuité visuelle, dyschromatopsie, plus rarement amaurose.

Voir l'état des *pupilles :* inégales, irrégulières, déformées. Elles ne réagissent pas ou très paresseusement à la lumière (dans les cas douteux, s'aider d'une loupe) ; le réflexe à l'accommodation est conservé. Plus rarement, dilatation à la lumière (signe de Piltz). On peut encore constater une décoloration de l'iris, un cercle sénile (gérontoxon). Faire faire un *examen du fond de l'œil* pour rechercher la *décoloration de la papille.*

Les troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat sont beaucoup moins importants à signaler.

Il faut encore penser, lorsqu'on examine les troubles possibles des différentes paires craniennes, aux *crises laryngées,* avec leurs deux caractères principaux : 1. constriction *laryngée ; 2. ictus.*

Quelquefois, d'ailleurs, elles sont plus caractéristiques, avec accès de suffocation, toux et dyspnée, cyanose de la face, convulsions périodiques.

Le pronostic de ces crises laryngées est toujours réservé.

F. TROUBLES GÉNITAUX ET URINAIRES. — Ils sont assez fréquents et prêtent à erreurs de diagnostic (« faux urinaires » de Guyon). Ils se voient surtout dans les *tabès sacrés :*

a) Soit accidents ano-rectaux : constipation opiniâtre et rebelle ; accidents légers et intermittents d'incontinence anale ; incontinence permanente ; ténesme anal ; anesthésie ano-rectale ; crises rectales.

b) Soit accidents urinaires (Fournier et Guyon) : parésie vésicale ; paralysie vésicale ; incontinence d'urine ; perte de la sensibilité vésicale ; besoins impérieux...

c) Soit accidents génitaux : surexcitation génésique ; *impuissance ;* rechercher l'anesthésie « en selle ».

G. TROUBLES TROPHIQUES. — Toujours les rechercher, car les troubles trophiques sont souvent précoces et peuvent évoluer avec des signes frustes de tabès. PAR ORDRE DE FRÉQUENCE :

a) Les arthropathies (4 à 5 p. 100 des cas), atteignant le genou, le pied, la hanche et l'épaule.

α) *Au genou :* arthropathie hypertrophique où après une *phase aiguë,* un début brusque de quelques jours, les lésions s'organisent et donnent de *grosses déformations* articulaires et périarticulaires atteignant *tous les tissus,* avec *laxité articulaire remarquable et indolence caractéristique.*

β) A la *racine des membres :* formes atrophiques, nettes sur les radiographies.

γ) Le *pied tabétique,* raccourci, élargi, cubique, avec affaissement de la voûte plantaire, est caractéristique.

La radiographie est souvent nécessaire pour bien étudier les arthropathies des petites articulations : mains, doigts, temporo-maxillaires, ou les arthropathies vertébrales.

b) *Les fractures spontanées* du fémur, des os de la jambe avec traumatisme minime, sont fréquentes : indolence absolue, gêne fonctionnelle à peine marquée, consolidation souvent imparfaite.

c) *Mal perforant plantaire.* — Ulcération arrondie, cratériforme, atone, sanieuse, aux bords épaissis et cornés, peu douloureuse, avec anesthésie des bords. Les récidives, la chronicité, la tendance à creuser en profondeur en sont les principaux caractères.

Le mal perforant buccal est beaucoup plus rare.

d) *Les troubles trophiques cutanés* sont à rechercher : état ichtyosique de la peau ; ecchymoses ; purpura ; éruptions zostériennes ; troubles des phanères (ongles, dents) ; les escarres *précoces* sont relativement fréquentes.

e) *Les atrophies musculaires :* en rechercher les trois localisations principales :

1° *Aux membres inférieurs : pied de Joffroy* (varus équin avec flexion des orteils).

2° *Aux membres supérieurs :* type Aran-Duchenne.

3° *Hémiatrophie linguale.*

(à suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1934, n° 51, p. 938.

Le traitement aurique de la tuberculose, par V. HINAULT, médecin assistant à l'hôpital Cochin, et H. MOLLARD, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Préface du docteur P. Ameuille. In-8° de 325 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Vigot frères.

Hypochlorémie et accidents post-opératoires. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique, par MM. H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL. Un volume de 146 pages avec 9 figures. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 63). — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

SULFUREUX POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON :
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

OLÉTHYLE-BENZYLE

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 7 JUILLET 1934. — N° 54.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les lobites tuberculeuses (avec 2 schémas), par MM. H. Warembourg et L. Christiaens (de Lille).
TRAVAUX ORIGINAUX
Préparation du sujet pour un examen radiologique de l'appareil urinaire, par M. Darricau.
NOTES DE MÉDECINE LÉGALE
Les maladies professionnelles.
Zona et traumatisme, par M. Courtois-Suffit.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de pédiatrie. — Société de médecine d'Alger.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — L'inauguration du nouveau service d'électroradiologie de la Pitié, par M. Mourier, aura lieu le 12 juillet, à 11 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Avis.* — Pour les étudiants ayant un stage à compléter pendant les vacances les deux services ci-dessous désignés seront ouverts du 16 juillet au 30 octobre :

1° Clinique médicale de la Pitié (M. le professeur Rathery).

2° Clinique chirurgicale Cochin (M. le professeur Lenormant).

Les étudiants, autorisés par la Commission scolaire à compléter un stage, devront se faire inscrire au guichet V les mardis, jeudis et samedis, de 12 à 15 h.

— Toulouse. — MM. Abelous et Audebert, professeurs à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE PARIS. — L'inauguration du bas-relief élevé à la mémoire de M. le docteur Roux, en commémoration de la découverte de la sérothérapie antidiphtérique et de son application à l'hôpital des Enfants-Malades en 1894, aura lieu le mardi 10 juillet 1934, à 11 h. 1/2 du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Une médaille a été frappée d'après le bas-relief de l'hôpital des Enfants-Malades. Elle est déposée chez MM. Masson et Cie, éditeurs, et à la librairie Lefrançois. Son prix est de 35 fr.

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 1er juillet 1934 publie une loi tendant à assurer la loyauté du commerce des fruits et des légumes et à réprimer la vente des fruits véreux.

Le même numéro publie une loi relative à la protection des produits laitiers (interdiction de la vente de produits de fantaisie ou de remplacement sous le nom de beurre, crème et lait).

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Sont nommés membres de la Commission permanente chargée d'établir, pour les services d'assistance médicale gratuite, la liste des spécialités constituant véritablement des spécialités pouvant être remboursées :

MM. le conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance, ou son délégué, président; le conseiller sanitaire technique pour la pharmacie au ministère de la Santé publique; le représentant de l'Académie de médecine de Paris; le doyen de la Faculté de médecine de Paris; le doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; le professeur de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris; le professeur de pharmacologie de la Faculté de médecine de Paris; le professeur de matières médicales de la Faculté de pharmacie de Paris; le professeur de pharmacie chimique de la Faculté de médecine de Paris; le pharmacien des hôpitaux de Paris, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux; le direc-

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

eur du laboratoire national de contrôle des médicaments; le représentant de la Confédération des syndicats médicaux français; le représentant de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques; le représentant de la Chambre syndicale des fabricants de produits biologiques; le représentant du Comité intersyndical des groupements pharmaceutiques nationaux.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Bourses familiales du Corps médical* (fondation de M. le docteur Roussel). — Le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 fr. mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France par le docteur Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille, s'est réuni le 26 juin et a examiné 50 demandes.

Ces bourses ont été attribuées à des confrères pères de plus de 6 enfants et à des veuves de médecins dont une est restée avec 6 enfants âgés de moins de 17 ans, une autre a perdu son mari récemment ayant 3 enfants plus sa mère infirme à sa charge, et pour toutes ressources 1.500 fr. de revenus!

Le jury d'attribution était composé de Mme Jayle, vice-présidente de la Société de femmes et enfants de médecins; M. le docteur Roussel, fondateur; M. le docteur Paul Gallois, représentant l'Association des médecins de la Seine; M. Lanoye, chef du bureau de la natalité au ministère de la Santé publique; M. le médecin général Gay-Bonnet, représentant M. le médecin général Cadiot; MM. les docteurs Darras, Bongrand, Claisse, Foveau de Courmelles, Paul Lutaud, Vimont, de l'Association générale des médecins de France; M. le docteur Cibrie, représentant la Confédération des syndicats médicaux. M. Chapon, président de l'A. G., appelé en province, s'était excusé de ne pouvoir présider la séance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Mme Pierre Curie, née Marie Sklodowska, décédée dans un sanatorium de Haute-Savoie. Mme Curie était professeur à la Faculté des sciences, directeur de l'Institut du radium et membre de l'Académie de médecine depuis 1922.

PARIS-VICHY EN MOINS DE QUATRE HEURES. — A partir du 9 juillet, Paris-Vichy en moins de quatre heures par l'autorail Bugatti du P.-L.-M. L'horaire permet d'aller déjeuner à Vichy et de rentrer dîner à Paris.

Congrès de la colibacillose. — Le Congrès de la colibacillose, des infections et intoxications d'origine intestinale aura lieu à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), les 23 et 24 septembre 1934, sous la présidence de M. le professeur Carnot.

Rapporteurs du congrès. — Professeur Heitz-Boyer (de Paris) : le syndrome entéro-rénal. — Professeur R. Debré (de Paris). — Professeur Brulé et docteur Garban (de Paris) : retentissement hépatobiliaire des affections intestinales. — Professeur Chiray (de Paris) et professeur Lebon (d'Alger) : les intoxications d'origine intestinale. — Professeur Guy Laroche (de Paris) : l'indoxylurie au cours des affections intestinales. — Docteur Goiffon (de Paris) : renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires. — Professeur Mouriquand (de Lyon) et Mlle Schœn : infections colibacillaires chez l'enfant. — Professeur Laporte, docteurs Planques et Laboucarié (de Toulouse) : les troubles nerveux des affections intestinales. — Professeur Vaucher et docteur Kabacker (de Strasbourg) : les septicémies colibacillaires. — Professeurs Chauvin et Jean Piéri (de Marseille) : les localisations génitales du colibacille chez l'homme. — Professeur A. Guillemin (de Nancy) : colibacillose et gynécologie. — Docteur Desgeorges (de Vichy) : l'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques. — Professeur Damade (de Bordeaux) : thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales. — Professeur Duhot (de Lille) : thérapeutique hydrominérale des infections et des intoxications d'origine intestinale et de leur retentissement sur l'organisme. — Professeur Hermann (de Lyon) et docteur Morin : considérations physiologiques sur la motricité intestinale.

La cotisation est fixée uniformément à 50 francs pour les membres titulaires comme pour les membres associés.

Des réductions sont accordées sur les chemins de fer. Un programme très brillant de réceptions et d'excursions a été élaboré.

Pour inscriptions et renseignements, s'adresser au secrétariat général aux Grands Thermes à Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).

XXIe Congrès d'hygiène, Paris (22, 23 et 24 octobre 1934.) — La Société de médecine publique et de génie sanitaire organise cette année, comme les années précédentes, un congrès d'hygiène.

Ce congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. Louis Marin, ministre de la Santé publique; il tiendra séances les lundi 22, mardi 23 et mercredi 24 octobre 1934, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le professeur Paul Lemoine, directeur du Muséum national d'histoire naturelle, président de la Société pour 1934.

Rapports. — I. — *La question de l'eau aux points de vue géologique, bactériologique, chimique et génie sanitaire.*

II. — *Les phénomènes météorologiques et cosmiques au point de vue de la santé publique.*

Conférence. — MM. R. Taylor, Lisbonne et J. Vidal. — *Le Centre de recherches sur la fièvre ondulante. Organisation. Fonctionnement, résultats obtenus* (1930-1933). Cette conférence sera suivie d'une discussion sur la question de la fièvre ondulante en France.

La société accueillera avec plaisir les communications dont les titres lui parviendront avant le 15 juillet 1934, à l'adresse du secrétaire général de la Société : M. R. Dujarric de la Rivière, à l'Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris (15e).

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons: 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

En hiver

la lumière intégrée peut se substituer à celle que masque l'écran atmosphérique et l'administration du

FORTOSSAN IRRADIÉ

est le procédé le plus efficace pour rétablir l'équilibre eutrophique des jeunes organismes qui souffrent de la carence solaire.

1/2 cuillerée à 2 cuillerées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

adh

REVUE GENERALE

LES LOBITES TUBERCULEUSES

PAR MM.

HENRI WAREMBOURG, Médecin des hôpitaux et LOUIS CHRISTIAENS, Interne des hôpitaux de Lille.

Travail du service de M. le professeur JEAN MINET. *(Clinique médicale et phtisiologique de l'hôpital de la Charité.)*

La notion de lobite tuberculeuse est relativement récente. Le mot a été utilisé pour la première fois par Léon Bernard il y a une douzaine d'années. Sur ce terme d'ailleurs, l'accord n'est point parfait entre les phtisiologues, et Léon Bernard s'élève avec une certaine violence contre ce qu'il appelle des abus de langage propres à créer la confusion dans l'esprit du lecteur et à « ruiner la personnalité » des faits qu'il a voulu décrire. Le but de ce travail est d'analyser les faits étudiés sous le nom de lobite et de les confronter avec les observations recueillies au Pavillon de cure de l'Hôpital de la Charité à Lille, durant ces dernières années.

Du point de vue historique, on ne parle pas de lobite avant 1923. Mais il convient de rappeler, avec Sergent et Aris, que de nombreux auteurs ont donné des descriptions de tuberculose lobaire, dont les rapports avec la lobite de L. Bernard sont justement le fond de la question qui paraît séparer les deux écoles.

Grancher, dans son étude de la pneumonie tuberculeuse, donne déjà la description d'une forme rare au cours de laquelle le processus lobaire circonscrit ne se ramollit pas et passe à la chronicité. Tripier et Beriel établissent l'importance de l'élément pneumonique tuberculeux au cours de l'évolution de la bacillose. Sabourin en 1908 décrit des pneumonies et des pleuro-pneumonies nécrosantes au cours de la tuberculose chronique. Bard dans sa classification range la tuberculose lobaire dans les formes fibro-caséeuge la tuberculose lobaire dans les formes fibro-caséeuses localisées. Bezançon et Braun décrivent en 1912 les pneumonies tuberculeuses curables et les reproduisent expérimentalement. Ribadeau-Dumas et Rolland décrivent des faits semblables.

Tels sont, entre autres, quelques travaux antérieurs qui attirent l'attention sur des formes localisées de tuberculose, sans qu'interviennent encore les deux notions capitales en cette matière : l'atteinte totale du lobe et la limite scissurale.

Serrant de plus près le problème, Rist et Ameuille donnent en 1922 une conception d'ensemble de la tuberculose, où le processus pneumonique joue le rôle capital, d'abord lors de l'installation de la maladie, puis à l'occasion de chaque poussée évolutive.

Dans cette description, ils insistent sur la prise fréquente de la totalité d'un lobe pulmonaire. Cette tuberculose pulmonaire peut régresser, c'est exceptionnel ; elle s'excave souvent ; dans la majorité des cas, elle laisse des foyers qui évoluent.

Ces mêmes auteurs étudient les déformations de la scissure interlobaire et mettent en évidence la limitation lobaire des lésions tuberculeuses ; ils apportent en somme les deux notions (atteinte totale d'un lobe et limite scissurale des lésions) que réunit la nouvelle description clinique.

C'est à peu près en même temps qu'à l'étranger et en France se dégage une description nouvelle : celle d'une forme clinique particulière par ses caractères anatomopathologiques, cliniques et surtout radiologiques et aussi par son pronostic.

Rennebaun en mars 1923 décrit « la tuberculose exsudative à évolution relativement bénigne » du lobe supérieur droit. Son travail n'est pas connu en France lorsque Léon Bernard et Bethoux en septembre 1923 créent le terme de lobite en décrivant une localisation de la tuberculose à tout un lobe, le plus souvent le lobe supérieur droit, avec limite scissurale nette et évolution particulière.

Depuis lors, les travaux se sont succédé nombreux sur ce sujet. Ce sont d'une part la thèse de Bethoux en 1924, de Mlle de Cursay en 1926, puis le travail de J. Marie en 1931, pour l'Ecole de L. Bernard. On trouve une vue d'ensemble de ces travaux et la description de la lobite dans le chapitre synthétique de l'ouvrage de Léon Bernard : « Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire ».

D'autre part, l'Ecole de Sergent accorde à l'étude de la tuberculose lobaire toute une série de travaux et de contributions publiés tant en France qu'en Amérique latine. En 1924 Aris, élève de Sergent, consacre sa thèse à la tuberculose lobaire. En 1926 Sergent et Oury décrivent la lobite moyenne. En 1928, Tocilescu étudie la lobite gauche qu'il prétend fréquente. On trouve une vue d'ensemble de toutes ces notions dans le volume de Sergent : « Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose » et dans les publications plus récentes de cet auteur.

Les travaux que nous venons de citer ne sont que les jalons principaux. Il existe en effet une grande quantité de publications, dont la diversité est telle que le lecteur ne se fait plus d'idée précise au sujet d'un terme qui est employé par certains à tous propos et réservé pour d'autres à une forme très particulière de tuberculose pulmonaire.

Nous n'en voulons pour preuve que les articles parus à peu près en même temps l'année dernière dans la *Revue de la tuberculose* et dans la *Presse Médicale*, signés d'une part de Dufour, Badinaud et Rouquin de Lyon et d'autre part de Poix et Denécheau de Paris. Les premiers, plus royalistes que le roi si l'on ose dire, accentuent l'individualité de la lobite dont ils font une forme fibreuse de bacillose, alors que Poix et Denécheau à partir d'examens anatomiques fort précis, élargissent cette forme qui peut revêtir tous les aspects anatomopathologiques sans tendance particulière à la sclérose. Denécheau a d'ailleurs consacré en 1932 à la lobite supérieure droite une étude extrêmement détaillée à laquelle nous nous référerons souvent.

1° **L'étiologie.** — *Fréquence.* — Au cours de son premier travail, Bethoux trouve 45 lobites sur 4.000 tuberculeux (soit un peu plus de 1 %).

Depuis lors, l'attention étant attirée sur ce point, il semble que l'on trouve beaucoup plus de lobites. Par exemple Denécheau, dans un sanatorium de 200 lits, en rencontre 15 cas.

Au pavillon de cure de Lille, ces dernières années, nous avons relevé :

9 lobites sur 280 malades.

Sexe. — Il semble que le sexe féminin soit le plus touché — 75 % dans la statistique de J. Marie. Pour Aris, le sexe n'a aucune importance. Pour Denécheau, avant 35 ans, il y a grosse prédominance en faveur des femmes, ensuite le chiffre est un peu en faveur des hommes.

Age. — Alors que pour Sergent l'âge n'a pas d'importance, pour L. Bernard, la lobite se manifeste chez des sujets moins jeunes que les autres formes de début de la bacillose. Dans la thèse de Mlle de Cursay, on trouve 51 % des cas de 15 à 25 ans, 30 % de 20 à 35, et 17,5 de 35 à 55 ans.

Mais la lobite peut exister chez le jeune enfant ; il a été publié des cas authentiques à l'âge de six mois. Sous le titre de lobite tuberculeuse de l'enfant, Charles Lestoquoy attire l'attention sur une forme de début de la tuberculose chez l'enfant qui lui paraît fréquente. Tandis que la symptomatologie est souvent très fruste au point que la découverte est parfois le fait du hasard, cette localisation est très nette au point de vue radiologique :

« Ombre dense non absolument homogène, à limites bien dessinées, souvent même à limite inférieure linéaire, triangulaire dans l'ensemble : en un mot, ombre rappelant l'ombre classique de la pneumonie. »

C'est cette lésion que Lestoquoy appelle lobite : il indique la difficulté d'en établir la nature tuberculeuse ; cutiréaction, enquête sociale, évolution et surtout bacilloscopie, sont indispensables pour l'affirmer.

Lestoquoy étudie à partir de 32 cas de malades cracheurs de bacilles et porteurs d'une ombre de ce genre, l'évolution de cette localisation. Il s'élève contre l'interprétation univoque de ces images sous l'étiquette de foyers pneumoniques curables, car il les voit souvent évoluer vers la caséification et la persistance d'activité qui s'accompagne de fièvre et d'amaigrissement.

Anatomiquement, il a constaté des lésions strictement lobaires, surtout droites supérieures et moyennes et généralement caséeuses.

En conclusion, Lestoquoy estime que la tuberculose de la première enfance, caséeuse et massive, condensante, peu ulcéreuse, avec adénopathies marquées, revêt souvent le caractère lobaire. Elle appelle d'urgence selon lui l'intervention par pneumothorax.

On remarquera que la notion d'une limite scissurale nette n'intervient pas dans la description de Lestoquoy ; dans ces conditions, on peut se demander s'il s'agit bien de lobite dans tous les cas que comportent ses travaux.

Siège. — Un premier fait certain est la grande prédominance au lobe supérieur droit.

90 % des cas environ pour l'Ecole de L. Bernard ;

65 % dans le travail d'Aris.

Une discussion surgit au sujet de cette localisation : L. Bernard croit à la fréquence presque absolue de la L. S. D. dont il fait une entité clinique, alors que Sergent et Tocilescu soupçonnent les difficultés techniques d'être pour une grande part dans cette constatation. On sait que la scissure gauche, inclinée à plus de 45° sur l'horizontale n'est visible que de profil en pratique. Aussi Tocilescu croit-il que l'absence d'examen de profil explique la soi-disant rareté des lobites supérieures gauches. L. Bernard d'ailleurs ne souscrit nullement à cette façon de voir.

Les lobites moyennes dont on ne trouve aucun cas dans le travail de Bethoux ni dans celui de Mlle de Cursay sont au nombre de deux sur 56 cas dans les statistiques de J. Marie. Sergent et Oury en ont donné la description magistrale avec 3 cas purs et 4 cas observés au cours d'un processus extensif. Nous avons observé deux fois des images de lobite moyenne, c'est-à-dire des images d'atteinte globale d'un lobe moyen avec limite scissurale. C'était dans les deux cas au cours d'une bilatéralisation rapide, et la lobite moyenne y apparaissait beaucoup plus comme une image intéressante à signaler que comme une véritable entité clinique.

Il nous semble que les images de lobite moyenne sont surtout nettes à la radioscopie. A la radiographie, en effet, aucune position de l'ampoule ne permet une prise correcte des deux scissures, l'une est toujours floue sur le cliché alors qu'en scopie, selon les lois de Béclère, on peut obtenir, en faisant varier l'ampoule, des images successives de chaque ligne scissurale.

Quant aux lobites inférieures, on n'en trouve aucun cas dans les travaux de l'Ecole de L. Bernard. La thèse d'Aris en apporte 3 cas dont 2 à droite et un à gauche ; on en connaît quelques cas isolés, dont 1 de Jacob qui le considère comme absolument exceptionnel. Nous en avons observé 1 cas (Obs. IX). Schéma II.

Il est enfin deux variétés rares de lobites, celle du lobe azygos entièrement étudiée par Le Bourdelles et qui existerait dans une proportion de 4 pour 100 des lobites. Nous avons eu l'occasion d'observer non pas une lobite azygos, mais une lobite supérieure droite respectant exactement le lobe azygos (Obs. V). Schéma I.

La dernière est la lobite cardiaque, décrite également par Le Bourdelles, et qui est rarissime. Cet auteur a toutefois établi de façon indiscutable que la tuberculose peut frapper avec électivité le lobe cardiaque, à l'exclusion de toute autre manifestation bacillaire.

Terrain. — Enfin il est impossible de baser sur les observations publiées jusqu'à ce jour des particularités certaines du terrain sur lequel se développe la lobite. Anciens bacillaires avec états-séquelles faciles à vérifier, ou au contraire sujets neufs récemment infectés massivement, les porteurs de lobites donnent lieu au point de vue de l'enquête étiologique aux difficultés très grandes d'interprétation de tous les bacillaires. Pour Bethoux, il s'agirait toujours de sujets anciens bacillaires, dont le début de la maladie est impossible à préciser. Ces sujets constitueraient un terrain extrêmement favorable à l'évolution fibreuse curable que Bethoux assigne à la lobite.

2° **Etude clinique.** — *Cliniquement*, la lobite se développe dans deux conditions :

1° Chez un individu non atteint antérieurement de tuberculose évolutive : c'est là un mode de début de la

maladie bacillaire. Cette forme est de beaucoup la plus intéressante, c'est elle que les auteurs ont surtout en vue dans leurs descriptions cliniques.

2° Il existe de plus une lobite par bilatérisation : un lobe contro-latéral présente une atteinte massive et limitée par la scissure, l'histoire clinique étant celle

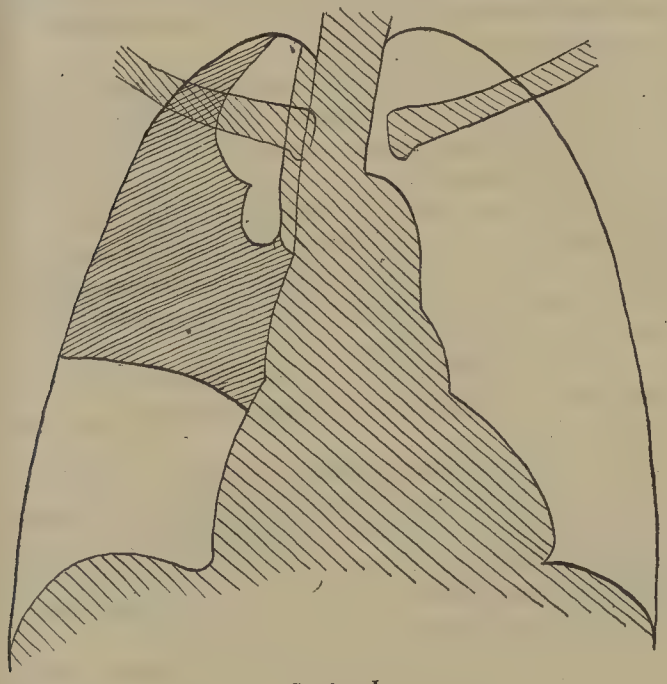


SCHÉMA I.

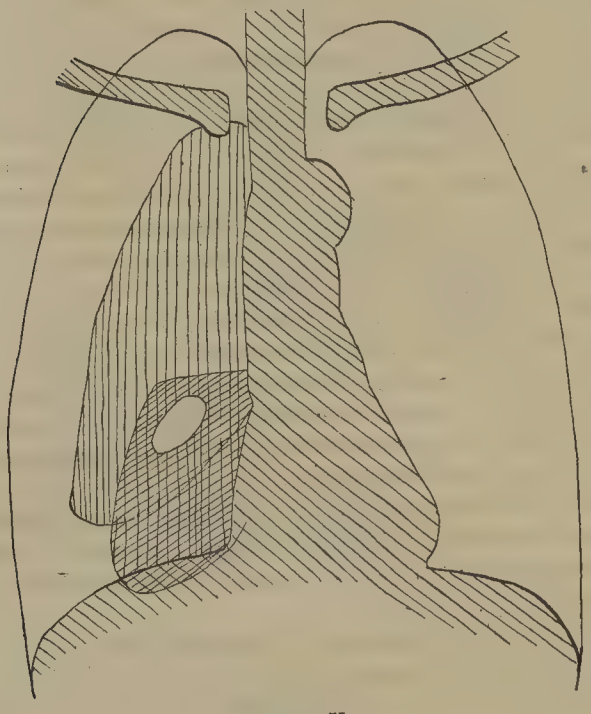


SCHÉMA II.

d'une tuberculose qui se bilatéralise, par infection globale ou par poussées successives.

Quand elle est une forme de début de la tuberculose, la lobite de L. Bernard a presque toujours un début insidieux. 93 % des cas dans la thèse de Mlle de Cursay, dont 62 avec un début impossible à préciser et 31 marqués par un incident fébrile, de la toux, un syndrome dit d'imprégnation bacillaire. Ce sont sensiblement les résultats de Dufour.

Par contre, Aris relève comme très fréquent le début de type aigu tel que Besançon et Braun le décrivent au processus de bacillose pneumonique curable.

Le début hémoptysique est exceptionnel.

A la période d'état, aucun élément du syndrome clinique n'est pathognomonique. On distingue habituellement, répondant à trois schémas radiologiques :

a) Un syndrome de condensation ;

b) Un syndrome d'infiltration et ramollissement avec essentiellement le craquement sec ou humide ;

c) Un stade cavitaire, avec souffle et râles bulleux.

Nous ne pouvons insister sur ces signes qui n'ont, de l'avis unanime, absolument rien de particulier dans la lobite.

Ce qui importe plus, c'est l'étude de l'évolution.

Or la difficulté de cette étude résulte des deux faits suivants :

a) La lobite appelle le pneumothorax qui a sur elle une influence des plus favorables et en masque l'évolution spontanée ;

b) Il est vraiment impossible d'additionner les statistiques des auteurs que nous avons cités jusqu'à présent et d'en tirer une vue d'ensemble. Elle serait infidèle. Car à confronter ces résultats, on n'a pas l'impression qu'il s'agisse toujours des mêmes faits. Nous ne pouvons donc que tenter d'établir les notions les plus remarquables.

I. Dans un certain nombre de cas, une image de lobite régresse pour aboutir à une lésion localisée à la base du lobe, donnant alors l'impression qu'il s'agit d'une réaction pneumonique d'ordre *banal* autour d'un foyer juxta-scissural. C'est pour ces cas qu'on a parlé d'une espèce de phénomène de Koch pulmonaire, comme nous le verrons plus loin. Mais si l'on n'a pas assisté au début des accidents, peut-on assurer qu'il s'agit bien là d'une lobite ? Denécheau parle de lobites partielles, dans lesquelles une partie du lobe (le sommet le plus souvent) reste sain. Nous nous demandons si une telle dénomination est acceptable dans ces cas.

II. Très souvent, sans que nous puissions donner de chiffres pour les raisons indiquées, l'évolution encore favorable, mais sous un autre type, montre une prédominance de la réaction scléreuse sur le processus ulcératif. Deux cas sont à distinguer :

a) Il se forme un bloc fibreux qui se rétracte et s'éteint pour aboutir à une sorte de fibro-thorax localisé avec grosse attraction trachéale, et d'excellent pronostic.

b) Il se constitue des cavernes, souvent muettes avec grosse sclérose et activité très réduite.

Dufour insiste sur le point suivant :

Une lobite s'installe rapidement, brûle les premières étapes ; mais c'est une sorte de feu de paille. Bientôt la lésion se stabilise et traîne ensuite au point d'arriver fréquemment à la cicatrisation complète.

III. Dans un certain nombre de cas, la lobite devient une lobite dépassée (16 % des cas par J. Marie) ou

bien l'on assiste à une bilatéralisation qui se fait pour Bernou selon le schéma suivant :

51 % des cas d'un sommet à l'autre sommet.
10,9 d'un sommet à la base opposée.
5,45 d'essaimage dans tout l'autre poumon.

On chercherait en vain à mettre plus de clarté dans cet aperçu de l'évolution, et l'on en arrive à cette conclusion qu'à côté d'un nombre important de lobites qui ont une tendance nette à la sclérose et à l'évolution favorable, on ne peut fermer les yeux sur des cas d'authentiques lobites qui s'excavent rapidement, sautent la barrière scissurale, se bilatéralisent.

De cette double constatation dérivent les divergences qui séparent encore les auteurs sur la valeur évolutive et pronostique de la lobite ; d'une part, Léon Bernard qui a créé le nom de lobite lui donne un sens précis qui étiquette une forme clinique particulière : fibro-ulcéreuse, de pronostic relativement bénin. Pour lui donc, la constatation du syndrome radiologique de lobite a une grande valeur dans l'appréciation de la forme de tuberculose et permet de préjuger de son avenir. Dufour allant plus loin range la lobite parmi les formes fibreuses. Pour Sergent au contraire la lobite de Léon Bernard n'est qu'une des formes cliniques de la tuberculose lobaire, elle-même presque toujours pneumonique ; la constatation du syndrome radiologique de lobite n'a qu'une valeur topographique et ne permet pas à elle seule de préjuger de l'évolution. Les constatations anatomiques de Denécheau semblent abonder dans le même sens.

Quoi qu'il en soit, un seul point est certainement acquis : le diagnostic positif de la lobite n'est pas un diagnostic clinique parce que la lobite est avant tout un syndrome radiologique à l'étude plus complète duquel nous arrivons.

3° **Examen radiologique.**— Comprise comme une lésion tuberculeuse étendue à la totalité d'un lobe, avec limite scissurale nette, il est évident que la lobite ne peut être affirmée et souvent même soupçonnée sans l'aide de la radiologie. « L'examen stéthacoustique est tout à fait incapable de faire même présumer la lobite. Seuls les rayons Rœntgen sont susceptibles de le dévoiler » (L. Bernard). « Seules les données de l'écran, en mettant en évidence la délimitation scissurale des lésions, permettent d'en établir l'existence » (Aris).

Il convient de distinguer deux cas : celui où la scissure est normale, celui où elle est le siège de déformations pathologiques.

Dans le premier cas, il suffit de se rappeler la disposition anatomique des scissures. *A droite* la scissure principale naît à 6 cms au-dessous du sommet du poumon, ce qui correspond au IIIe espace intercostal, lui-même en face de l'implantation de l'épine sur l'omoplate ; oblique en bas et en avant, elle aboutit à l'extrémité antérieure du Ve espace, croisant la ligne axillaire moyenne au niveau de la IVe côte. En ce point se détache la scissure supérieure qui est à peu près horizontale, légèrement ascendante pour se terminer à l'extrémité antérieure du IIIe espace.

A gauche la scissure commence un peu plus haut qu'à droite et se termine à l'extrémité antérieure de la VIe côte, elle est donc sensiblement plus oblique que la droite.

Invisible à l'état normal, l'interlobe devient visible dans les cas pathologiques surtout en observant les lois de Béclère.

1° Quand le malade a la poitrine contre l'écran et que les rayons traversent le thorax par sa face postérieure, l'interlobe devient visible seulement dans les position élevées de l'ampoule.

2° Quand le malade a le dos contre l'écran et que les rayons traversent le thorax par sa face antérieure, l'interlobe devient visible seulement dans les positions basses de l'ampoule.

Ces lois valent pour les lésions de l'interlobe, mais également pour les lésions limitées par la scissure : les périscissurites et les lobites. Les conséquences en sont que l'examen radiologique ne sera pas aussi évident pour les différents lobes.

1° Lobe supérieur droit. — Ici, l'examen frontal est suffisant pour mettre en évidence une limite qui saute aux yeux.

2° Lobe supérieur gauche. — Même en observant les lois de Béclère, on n'obtient pas toujours d'images nettes, l'examen de profil est indispensable, avec une incidence haute pour dissocier des lésions qui de face se superposent. Sergent et Tocilescu ont insisté longuement sur ces données.

3° Lobes inférieurs droit et gauche, exceptionnellement atteints à l'exclusion des autres : les remarques précédentes s'appliquent exactement à leur examen.

4° La lobite moyenne. — On n'en possède qu'un minimum d'observations, relevées par Sergent ; et le syndrome radiologique est celui d'un triangle à base axillaire, à sommet hilaire, qui n'est pas ce que laisse présumer la disposition anatomique du lobe moyen.

5° La lobite azygos. — 6° La lobite cardiaque.

Mais il faut observer que très fréquemment les scissures sont le siège de déformations : ascension, déformation convexe en haut (observée de face et en transverse) par attraction rétractile (Rist et Lévesque), etc. Ces déformations rendent les notions précédentes beaucoup moins absolues. La radioscopie permet seule de découvrir la bonne incidence qui prendra la scissure en enfilade et découvrira la limite inattendue entre le lobe sain et le lobe malade.

Les lésions de ce dernier revêtent tous les types, depuis la masse homogène jusqu'à la cavité géante, en passant par les pommelures et les images en mie de pain.

En dehors de ces notions classiques, un fait se trouve mentionné par les auteurs, qui nous a paru d'une importance tout à fait primordiale. C'est que bien souvent la topographie lobaire d'une affection bacillaire n'apparaît qu'après pneumothorax. A l'occasion de celui-ci, on assiste à une inégale rétraction des lobes et à une délimitation scissurale extrêmemnt nette alors que l'examen antérieur n'avait pas attiré l'attention sur ce point. La scissure plus ou moins déformée avait échappé à l'examen radioscopique et à fortiori au cliché tiré sans précautions particulières.

Ceci est surtout valable pour les lobites moyennes ; dans l'observation initiale de Sergent de lobite pure moyenne, le diagnostic ferme est fixé après pneumo-

séreuse. Il en est de même dans les deux cas de lobite moyenne que nous avons observés. De plus, nous avons eu souvent l'occasion de relever ce fait pour des lobites supérieures. Nous ne nous dissimulons pas qu'une erreur d'interprétation est possible : après collapsus, il peut se développer une atélectasie autour d'une lésion de peu d'étendue et l'on obtient alors une image de lobite collabée qui ne répond pas à la réalité. Il faut savoir interpréter ces cas par comparaison avec la radiographie tirée avant le collapsus.

Il n'en demeure pas moins que fréquemment le pneumothorax n'est pas la cause d'une image de lobite, mais que celle-ci se révèle seulement après son installation (voir les observations V et IX).

A côté de la radiologie, le second élément de diagnostic positif est fourni par la bacilloscopie.

Chez l'enfant, on a vu que Lestoquoy insiste sur la fréquence du diagnostic différentiel avec une lobite non bacillaire.

Par contre chez l'adulte, en dehors du bloc cancéreux simulant une lobite, qui a été quelquefois signalé, et de la lobite syphilitique dont l'hypothèse a été soulevée une fois, sans vérification du reste, le diagnostic différentiel ne se pose pas. La difficulté commence lorsqu'il s'agit de définir si oui ou non il s'agit d'une lobite vraie ou d'une autre lésion lobaire : périscissurite, foyers multiples à prédominance lobaire. Le problème est facile pour le lobe supérieur droit, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent. Il est déjà beaucoup plus difficile pour le côté gauche où les interprétations ne se feront que de profil. Il est tout à fait ardu pour les lobites moyennes ainsi que le signale Sergent en les distinguant, pour la première fois, d'avec les lésions scissurales et périscissurales.

4° **Pathogénie.** — Il est certain que la lobite est une tuberculose de réinfection.

Pour L. Bethoux, le début par lobite marquerait la fin de la première infection de l'enfance et répondrait à la première réinfection sous l'influence d'une cause anergisante, exogène ou endogène. L. Bernard fait de la lobite un des modes de début, tout à fait particulier d'ailleurs, de la tuberculose de réinfection endogène et fait remarquer que celle-ci, dans le cas de lobite, et contrairement à la règle, ne s'axe pas sur un état-séquelle antérieur.

En ce qui regarde le mécanisme d'infection, Aris distingue les lobites par envahissement progressif qui ressortissent à la pathogénie de l'embolie bronchique de Sabourin et celles par envahissement massif, sorte de phénomène de Koch à l'occasion d'une infection abondante (endogène ou exogène). Sergent insiste sur la possibilité de l'origine vasculaire de l'infection à partir d'un foyer hilaire actif et non évolutif.

Denécheau insiste sur le rôle des lymphatiques.

Le problème pathogénique le plus important est celui du rôle joué par la scissure. Sans rapporter toute l'histoire de la scissure dans la T. P., deux faits sont à retenir, entre lesquels d'ailleurs il n'est pas facile de trouver un lien.

1° La scissure est un point d'appel pour la bacillose. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler la fréquence des scissurites et périscissurites.

Qu'il s'agisse de tuberculose purement pleurale : pleurite sèche, pleurésie séro-fibrineuse, pleurésie purulente, ou de tuberculose à prédominance parenchymateuse : point de côté fébrile de Malloizel, cortico-pleurite basale de Bezançon, cortico-pleurite nécrosante caséeuse, il est évident que de très nombreuses lésions ont leur point de départ dans la scissure comme si elle était un réservoir de virus. Léon Bernard a eu l'occasion de suivre l'installation d'une lobite depuis la scissure jusqu'à la corticalité du lobe et il n'hésite pas à écrire de la scissure : c'est elle qui fixe, puis oriente la lésion.

2° La scissure constitue très fréquemment une barrière pour la bacillose. Ceci est la loi de la limitation lobaire de Rist et Ameuille. C'est une notion classique sur laquelle nous n'insisterons pas. Il ne s'agit pas d'une barrière scléreuse liée à une symphyse pleurale antérieure ainsi qu'on l'a cru autrefois, mais bien d'une barrière anatomique, souvent saine qui prouve l'indépendance physio-pathologique des lobes. « Chaque lobe est un petit poumon » (Sergent).

Un autre point de pathogénie soulevé par la lobite est celui de la fréquente localisation au sommet droit. Toutes les causes morphologiques et mécaniques ont été invoquées : ossification précoce des cartilages costaux, bronche éparterielle, insuffisante ventilation, mauvaise vascularisation, pauvreté lymphatique, sans que l'on ait apporté au problème une solution définitive.

(*A suivre.*)

PRÉPARATION DU SUJET POUR UN EXAMEN RADIOLOGIQUE DE L'APPAREIL URINAIRE

Par M. DARRICAU,

Directeur des services électro-radiologiques à Vittel.

Les masses aéro-gazeuses constituent en radiologie des obstacles nuisibles pour la visibilité des différents organes. Ceci est vrai en particulier pour les examens de l'appareil urinaire. Le gros intestin recouvre une partie des reins et l'intestin grêle se projette sur le plan des uretères et du champ vésical. La différence de perméabilité que créent ces gaz par leur présence rend l'appréciation des images sous-jacentes difficile et souvent inexacte.

D'où viennent ces accumulations gazeuses ?

L'aérophagie en est, sans doute, une des causes importantes mais pas unique. Les aérophages nocturnes sont nombreux ainsi que les fumeurs-aérophages, les tiqueurs à l'air, etc...

Les abus alimentaires et en particulier d'*hydro-carbones* sont souvent à incriminer. Beaucoup de sujets ballonnés suivent des régimes dans lesquels les féculents figurent en première ligne ; ce sont des gastro-entéritiques, des dyspeptiques, etc...

Les cures hydro-minérales sont également une cause fréquente d'aérocolie. A Vittel, j'ai pu étudier en détail l'étiologie de ces productions gazeuses. Sans doute, le fait de boire de l'eau, souvent dans la journée, et par petites gorgées provoque-t-il des déglutitions qui amènent de l'air dans l'estomac, mais il y a autre chose.

Les eaux de Vittel, tant la Grande Source que la Source Hépar, introduites dans l'organisme amènent, de par leur composition, l'introduction simultanée des sulfates alcalino-terreux dans le métabolisme stomacal et intestinal. Ces sulfates subissent une réduction forcée. L'oxygène disparaît et est remplacé par de l'hydrogène ; l'ion sulfaté est transformé en sulfure, d'où production d'hydrogène sulfuré qui compose en grande partie les gaz intestinaux qui se forment en cours de cures.

Peut-on éviter la production de ces gaz anormaux ?

Les radiologues ont essayé à cet effet toute la série des poudres absorbantes. Certaines d'entre elles donnent des résultats sur les accumulations gazeuses gastriques, mais il semble qu'elles agissent plutôt comme saturants que comme absorbants. Leur action sur l'intestin est assez irrégulière et limitée.

Il existe souvent dans l'estomac des causes irritatives. Ce sont des cas de digestions lentes avec sensation de pesanteur à l'estomac et présence de liquide résiduel abondant au delà des quatre heures classiques que nécessite l'évacuation gastrique d'un repas. Quand on examine ce liquide résiduel chez des gens qui suivent un régime normal on constate presque toujours qu'il existe *un retard manifeste de la digestion des féculents*. Ce liquide résiduel contient de l'amidon en quantité importante comme on peut s'en rendre compte après tubage par la recherche avec la liqueur de Lugol.

L'hyperacidité est également une cause fréquente de retard. Cet état gastrique fausse la digestion des aliments qui fermentent et occasionnent dans l'intestin la production de gaz accumulés dans le coecum et le côlon droit. Ces gaz gagnent de proche en proche, atteignant l'angle splénique qui forme une cloche aérocolique. Les champs rénaux droits et gauches sont par ce fait moins clairs à l'examen du cliché.

Les amidons mal digérés jouent un rôle primordial dans ces productions gazeuses.

Quelle est donc la préparation rationnelle à leur opposer qui permettra de corriger ce chimisme défectueux ?

Pendant les 8 à 10 jours qui précèdent l'examen radiologique, le sujet devra s'astreindre à un régime spécial sans féculents, autant que possible. « Chez un individu donné, l'ingestion d'un excès d'aliment hydro-carboné ou albuminoïde dépassant le pouvoir digestif augmente, dans le premier cas, les fermentations, et dans le second cas les putréfactions, en proportion des déchets alimentaires ayant pénétré dans le côlon » (1).

De plus, on aura intérêt à faire prendre à la fin de chacun des deux principaux repas du sirop Amylodiastase Thépénier à raison de 2 cuilleries à café à 1 cuillerée à bouche dans une boisson chaude (infusion d'anis de préférence, ne dépassant pas 60° centigrades, de façon à respecter les diastases naturelles vivantes).

L'action de l'Amylodiastase est tout à fait remarquable lorsqu'elle se prolonge de 8 à 10 jours avant l'examen parce qu'elle digère les amidons et qu'elle supprime ainsi la cause principale de l'aérocolie.

(1) HEITZ-BOYER et GRIGAULT. *Journ. de Méd. de Paris*, juillet 1933.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

MALADIES PROFESSIONNELLES

On sait que, légalement (art. 2 de la loi du 25 oct. 1919), sont considérées comme maladies profesionnelles, les affections aiguës ou chroniques mentionnées aux tableaux annexés à la loi, lorsqu'elles atteignant les ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants.

La loi de 1919, complétée par la loi du 1er janvier 1931, donne l'énumération suivante :

Maladies engendrées par l'intoxication saturnine ;
Maladies engendrées par l'intoxication mercurielle ;
Maladies engendrées par l'intoxication tétrachlorétane ;
Maladies engendrées par l'intoxication benzinique ;
Maladies engendrées par l'intoxication phosphorique ;
Maladies engendrées par les rayons X ou les substances radio-actives.

On sait que cette liste est limitative et que le droit à l'indemnité ne s'applique qu'aux maladies ci-dessus énumérées.

Cette liste limitative n'est-elle pas encore incomplète ? Nous croyons qu'elle devrait être étendue aux dérivés du goudron, de plus en plus utilisés dans l'industrie, et connus pour exercer une action nocive sur l'organisme.

Commis par la juridiction spéciale d'un juge de paix, nous venons d'observer une véritable épidémie d'accidents dus à la manipulation du trichloro-naphtalène, dans une fabrique de condensateurs. Peu de temps auparavant, le docteur Touraine, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, en collaboration avec son interne, Ménétrel, avait fait une enquête très approfondie dans la même usine et étudié les manifestations cutanées dont étaient atteints un nombre très considérable d'ouvriers. Grâce à leur documentation complète, j'ai pu me rendre compte de la gravité et de la multiplicité des accidents, et j'ai ultérieurement déposé en leur nom, à la Société de Médecine légale, un mémoire très complet sur cette question.

On sait que le goudron de houille donne, par distillation, trois sortes de carbures d'hydrogène, dont les densités et les points d'ébullition sont de plus en plus élevés.

A chaque série de distillation correspondent des types différents de manifestations toxiques chez les ouvriers.

Un des produits de corps, la naphtaline, a vu ses applications industrielles s'étendre considérablement, surtout par ses dérivés chlorés. Un de ces dérivés, le trichloronaphtalène, est depuis peu utilisé pour ses propriétés isolantes et son pouvoir diélectrique, dans la fabrication des condensateurs. Ce sont les accidents dus à ce produit qu'il nous a été donné d'étudier, à la suite d'une plainte déposée en justice par les ouvriers de la même usine.

Les accidents observés sont des manifestations cutanées : prurit, érythème, mais surtout acné comédon, de beaucoup la lésion la plus fréquente (répondant à la description de l'acné chlorique, et siégeant seulement à la face, sur le front, les régions péri-orbitaires, les pommettes, les oreilles...).

Notons que ces manifestations siègent toujours sur les régions découvertes, et ajoutons *qu'aucune mesure prophylactique* n'a encore été arrêtée.

Nous devons insister encore sur ce fait qu'il s'agit de manifestations extrêmement rebelles, ne cédant que difficilement à toutes les tentatives thérapeutiques et créant une véritable infirmité permanente et partielle, nécessitant l'arrêt du travail pendant un temps prolongé.

Or, il ne saurait subsister le moindre doute sur les rapports de cause à effet entre l'intoxication et les manifesta-

tions locales et souvent générales. C'est au cours du travail, pendant le travail, et du fait *seul* du travail, que les accidents se produisent.

Il s'agit donc, au premier chef, d'une *maladie professionnelle*.

Or, dans l'instance engagée, nous avons dû conclure qu'il ne s'agissait pas d'une affection couverte par la loi, et les ouvriers ont été déboutés. Ils ont dû « attaquer » en droit commun, comme ils disent. Le procès est en cours. Ce qui est curieux, c'est, paraît-il, que le directeur de l'usine présente actuellement les mêmes manifestations cutanées que ses ouvriers !

Cet avertissement « d'en haut » suffira-t-il à améliorer les conditions d'hygiène d'une industrie où tout, à ce point de vue, est à faire ?

ZONA ET TRAUMATISME

La question des rapports du zona et du traumatisme est toujours d'actualité, et depuis le mémoire de Thibierge, en 1923, plusieurs cas de zona traumatique ont été signalés dans la littérature.

En 1931, André Thomas en cite encore de nombreux exemples.

MM. Fribourg-Blanc et Marquise en rapportent une observation intéressante, dont on peut dire qu'elle répond aux conditions que réclamait Thibierge pour que l'étiquette « zona traumatique » soit justifiée, à savoir : éruption incontestablement zonateuse ; traumatisme manifeste ; la commotion ayant directement atteint les ganglions répondant à la zone radiculaire intéressée.

Est-ce à dire que le zona est « traumatique », et qu'un choc à lui seul puisse déclencher un zona (considéré avec raison à l'heure actuelle comme une maladie infectieuse spécifique), sans que l'intervention d'un état pathologique antérieur soit nécessaire ? Les auteurs ne le pensent pas ; mais ils sont tentés d'admettre le pouvoir de déclenchement du traumatisme, ainsi que cela est observé dans nombre de maladies spécifiques, ce qui permettrait, du point de vue médico-légal, de consacrer l'existence *juridique* du zona.

C. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 JUIN 1934)

Mesure de l'excitabilité corticale par la voie percutanée après craniectomie et cicatrisation. — M. et Mme A. CHAUCHARD.

(SÉANCE DU 25 JUIN 1934)

Gélification des sérums. — M. KOPACZEWSKI a mis en évidence récemment un phénomène curieux, la gélification des sérums par l'acide lactique. Dans des notes antérieures présentées à l'Académie des Sciences, il a étudié l'action des divers agents physiques et chimiques sur cette gélification ; dans la note que M. d'Arsonval a présentée à l'Académie des sciences hier, M. Kopaczewski démontre que cette gélification sérique est due avant tout à la richesse des sérums en globulines. Etant donné que le taux des globulines sériques subit des variations fréquentes dans divers états pathologiques, dans le cancer en particulier, il est évident que le phénomène mis en évidence par le Dr Kopaczewski est susceptible d'avoir un intérêt diagnostique tout particulier. Précisément, dans sa première note, le Dr Kopaczewski a signalé déjà que le sérum des cancéreux se gélifie par l'acide lactique avec une rapidité extraordinaire. Les constatations publiées hier corroborent et expliquent cette accélération de lactogélification sérique.

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1934)

Chronaxie et posture. — M. LAPICQUE présente une note de M. MOLLARET sur les modifications des chronaxies des muscles antagonistes sous l'influence de la posture locale et contro-latérale. Les expériences faites dans des conditions variées montrent qu'il s'agit d'une action centrale rentrant dans le cadre de la subordination nerveuse.

Globulines du sérum. — M. A. DESGREZ communique un travail de Mme A. ROCHE et de M. J. BRACÈS, établissant que les globulines du sérum ont un poids moléculaire élevé susceptible de présenter des variations expérimentales étendues.

Election. — M. le professeur G. SANARELLI (de Rome) a été élu à l'unanimité membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Jean Cantacuzène (de Bucarest), décédé.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1934)

Rapport. — M. RADAIS lit un rapport sur des demandes en autorisation de sérums.

Syphilis expérimentale. — M. BÉCLÈRE apporte un travail sur la transmission expérimentale de la syphilis à l'espèce bovine.

Le traitement des infections variées par les injections intraveineuses de carbone animal. — MM. GAUDIER et DEMAREZ apportent une très intéressante note sur ce sujet. Ils rappellent que le professeur Saint-Jacques, de Montréal, dans une communication à l'Académie le 30 janvier 1934, préconisait comme traitement des infections les injections intraveineuses de 3 à 4 centimètres cubes d'une suspension à 2 p. 100 de carbone animal finement pulvérisé.

M. Gaudier a expérimenté la méthode dans 25 cas d'infections très différentes. Il a obtenu des résultats excellents fort encourageants. Il insiste sur l'innocuité complète de ce mode de traitement.

Etude sur les radiations mitogénétiques. — MM. MARINESCO, JONESCO-SISESLI et SAGER. Employant deux méthodes différentes, les auteurs montrent que le pouvoir radiant du sang varie chez le sujet normal en rapport avec l'âge, atteignant son maximum chez l'enfant et disparaissant totalement chez les vieillards.

A l'état pathologique, le pouvoir irradiant varie avec la maladie. Dans un grand nombre d'expériences portant sur les maladies familiales du système nerveux, les auteurs ont trouvé une diminution considérable du pouvoir mitogénétique indépendamment de l'âge et de l'état général des sujets.

De plus, les auteurs ont été les premiers à chercher le pouvoir mitogénétique du bout central et du bout périphérique du nerf sectionné, en démontrant qu'il existe une différence manifeste entre les deux bouts en faveur du bout central. Les expérimentateurs voient l'explication de ce phénomène dans l'intensité du processus oxydant que l'on trouve dans le bout central.

Enfin, dans une autre série d'expériences, les auteurs cherchent à démontrer l'existence d'une augmentation du pouvoir mitogénétique dans l'Area striata (champ 17) du lapin après un éclairage intense de l'œil correspondant.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1934)

Polynévrite pseudo-myopathique. — MM. R. Debré, Julien Marie et Messimy rapportent une observation de polynévrite pseudo-myopathique d'Alajouanine chez un enfant de 5 ans. Ils insistent sur les signes permettant de différencier cliniquement cette variété de polynévrite des myopathies chroniques : début progressif et rapide, caractère évolutif de l'affection, abolition précoce et diffuse de la réflectivité tendineuse, régression en 3 mois de tous les symptômes. Ils démontrent enfin que la seule analogie qu'on puisse retenir entre ces deux affections si dissemblables est leur localisation identique sur les muscles lombo-dorsaux et de la ceinture pelvienne.

Pneumonie du lobe cardiaque. — MM. R. Debré, Mignon et Mme Bernard-Pichon ont observé chez un enfant d'un an une pneumonie du lobe cardiaque. Sur les clichés radiographiques, l'image pneumonique était nettement limitée par une scissure anormale.

Un cas de kératose palmo-plantaire.— MM. R. Debré et Desbucquois. (*Présentation du malade.*)

La méningocèle, forme contestée des « spina bifida ». — M. Jacques Leveuf présente 8 observations de méningocèle, sept lombo-sacrées et une cervicale. La méningocèle est caractérisée par le fait que la poche du spina bifida qui contient le liquide céphalo-rachidien n'est traversée ni par la moelle, ni par des cordons nerveux. Sa paroi est constituée par de l'arachnoïde épaissie, sans présence de tissu médullaire.

Les enfants qui en sont atteints ne présentent aucune autre malformation et n'ont aucun signe de déficience nerveuse. Si la méningocèle menace de se rompre, il faut intervenir d'urgence : l'opération est facile, peu choquante, et aucun des 8 opérés n'a succombé des suites de l'intervention.

Les résultats éloignés sont bons : aucun des enfants présentés et qui ont été opérés avec un recul allant jusqu'à 12 ans, ne présente d'hydrocéphalie, de troubles nerveux, de paralysie des membres inférieurs. Leur développement intellectuel est normal. Ce fait tient à ce que les lésions médullaires sont en pareil cas insignifiantes.

Dysostose cranio-faciale. — MM. H. Grenet, J. Leveuf et P. Isaac-Georges indiquent quelques constatations faites dans un cas de dysostose cranio-faciale présentée à la société au mois de janvier dernier.

Dans l'espoir d'obtenir une amélioration des signes visuels signalés à cette époque, on tente une trépanation décompressive au cours de laquelle on constate l'absence de tout blocage ou de toute hypertension intra-cranienne. L'enfant succomba les jours suivants d'accidents de décompression.

L'examen anatomique montre une voûte cranienne mince, de nombreuses impressions digitiformes sur la voûte et la base, l'absence totale de sutures visibles sur la voûte et surtout un rétrécissement en entonnoir du canal optique qui explique parfaitement l'écrasement du nerf optique.

MM. Garcin et Chevalley présentent à ce propos le crâne entier d'une autre dysostose cranio-faciale qu'ils ont pu examiner complètement. Ils confirment les constatations de M. Grenet et insistent sur les nombreuses anomalies de trajet des nerfs craniens.

Calcul vésical chez l'enfant.— M. A. Martin rapporte l'observation d'un enfant chez qui un calcul vésical se traduisit uniquement par un syndrome douloureux de courte durée de la fosse iliaque droite et fut ultérieurement diagnostiqué par la radiographie.

Plaie du sciatique poplité externe traitée chirurgicalement. — M. A. Martin présente un enfant chez lequel il a fait 17 mois auparavant une suture du sciatique poplité externe. Les résultas fonctionnels sont satisfaisants.

Forme fruste de dyschondroplasie. — MM. Lesné, J.-A. Lièvre et Loisel présentent un enfant de 5 ans, dont la morphologie rappelle celle d'un achrondroplasique. Mais la radiographie des os longs montre des encoches en coup d'ongle, limitées par des becs saillants, qui rappellent en tous points celles de la dyschondroplasie. Il existe également aux extrémités des métacarpiens des saillies chondromateuses multiples. Cette observation souligne l'existence de formes frustes de diagnostic difficile ; entre les deux affections, le diagnostic ne peut être fait que par un examen radiologique minutieux.

Agranulocytose rapidement mortelle chez une enfant de 5 ans. — MM. G. Blechmann et P. Bagot rapportent l'observation d'une enfant de 5 ans qui présenta au huitième jour d'un épisode infectieux aigu une anémie extrême et de la fétidité de l'haleine, due à des ulcérations nécrotiques de la muqueuse pharyngée. Une hémoculture montre la présence dans le sang de streptocoque hémolytique ; des numérations globulaires successives montrent une chute progressive du taux des leucocytes, avec disparition des polynucléaires. Il s'agit donc d'un cas d'agranulocytose, dont seules quelques très rares observations sont connues chez l'enfant. La mort survint le 12e jour, malgré deux transfusions.

La néphrose lipoïdique. Considérations pathogéniques. — M. G. Blechmann rapporte la première observation française de néphrose lipoïdique familiale. Elle se rapproche de la double observation déjà publiée par Volhard.

L'auteur insiste spécialement sur le fait que, s'il est indéniable que la néphrose apparaît le plus souvent à la suite d'une angine, la prédisposition familiale aux néphropathies invoquée par Hutinel et par Castaigne trouve sa preuve absolue dans les observations familiales relatées. Cette prédisposition pose de la façon la plus formelle la question du terrain : le primum movens de la néphrose est d'ordre extra-rénal et consiste en une méiopragie créée par le tréponème et d'ordre complexe néphro-humoral et endocrinien.

Examen anatomique d'un cas d'obésité dite nerveuse. — MM. H. Grenet et R. Levent communiquent les résultats de l'autopsie d'une malade atteinte d'obésité avec scoliose et anomalies du système pileux, et dont ils avaient antérieurement rapporté l'histoire clinique. Ils ont constaté des lésions de méningite chronique de la base, un adénome cyanophile de l'hypophyse et des lésions thyroïdiennes paraissant en rapport avec l'altération hypophysaire. L'intensité des lésions glandulaires contraste avec la négativité de tous les tests glandulaires qui avait fait auparavant conclure à l'origine nerveuse de cette obésité.

Guérison rapide d'un cas d'acrodynie par l'acétylcholine. — M. E. Mourrut (de Béziers) rapporte l'histoire d'un enfant de 28 mois atteint d'une acrodynie typique datant de 3 mois. Dès la seconde injection d'acétylcholine, l'amé-

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide,** relèvent vite le **cœur affaibli,** dissipent **ASYSTOLIE, DYSPHÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

La plupart des états de carence
sont des carences complexes.
Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'au vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — **Dragées** : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV°

lioration était manifeste et la guérison était presque acquise après la sixième. Mais les injections furent à ce moment suspendues et tous les signes réapparurent. Ils disparurent à nouveau et cette fois de façon définitive dès la reprise du traitement.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 16 MARS 1934)

Abcès du poumon. Injections d'alcool. Guérison. Séquelles douloureuses. — MM. MANCEAUX, FANGEAU, BOUKALOUA. Homme de 47 ans avec un abcès pulmonaire méta-pneumonique de la base droite.

Les injections intraveineuses de solutions alcooliques ont déclenché rapidement la guérison au moment où la situation paraissait critique. Cette guérison a été complète.

Mais le malade a présenté des douleurs très importantes le long des veines et irradiant au loin, durant six mois. Douleurs surtout nocturnes, survenant sous la forme de crises paroxystiques sur un fond douloureux.

Injections intra-veineuses d'alcool au cours d'un cancer du poumon. — MM. MANCEAUX, FANGEAU et BOUKALOUA.

Histoire d'un kyste hydatique suppuré du poumon traité par des injections d'alcool. — MM. MANCEAUX, LAFFARGUE, FRENIGACCI. Kyste hydatique du poumon. Etat grave. Injections d'alcool. Guérison. Nouveau kyste hydatique un an plus tard dans la même région.

Cette récidive se serait-elle produite si le malade eût été opéré ? Et ceci n'est-il pas un argument contre la méthode médicale ?

Remarques au sujet de l'anesthésie générale à l'Evipan. — MM. J. MEGNIN et SARLIN ont expérimenté l'Evipan dans une centaine de cas.

Ils ont eu 93 anesthésies bonnes, 9 mauvaises (agitation) et dans un cas de l'apnée.

Dans les suites, ils ont observé un décès par anurie, des phénomènes d'excitation très fréquemment, enfin quelques cas de somnolence prolongée.

Les auteurs attribuent ces accidents à une intoxication barbiturique. Ils ont pensé qu'on pouvait traiter ces accidents par les injections de strychnine. Les résultats ayant été favorables, ils ont voulu prévenir ces accidents. L'injection intra-musculaire d'un centigramme de sulfate de strychnine, faite systématiquement à la fin de l'opération, a fait tomber la proportion des cas d'agitation de 30 p. 100 à 4 p. 100.

Paralysie de type périphérique chez un homme intoxiqué par l'oxyde de carbone. — MM. MANCEAUX et LAFFARGUE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 9 *juillet.* — Jury : MM. Couvelaire, président : Fiessinger, Lemierre, Lacomme. — M. TROMBERT. L'azotémie au cours de la néphrose lipoïdique. — M. MARTINIE. Notes sur l'histoire de l'obésité. — M. MORIN. Cas anormaux de lithiase vésiculaire chez les sujets jeunes. — Mlle BUIQUANG. Les phlébites de la gestation.

Mardi 10 *juillet.* — Jury : MM. J.-L. Faure, président ; Lenormant, Brocq, Vaudescal. — M. CHAPUIS. Etude du traitement du prurit ano-vulvaire. — M. MELHIET. Traitement chirurgical du dolichocôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. — M. MARTINET. Les phlegmons gangréneux d'origine bucco-dentaire.

Jury : MM. Tanon, président ; Joannon, Philibert, Richet. — M. GRIMAL. L'évolution du paludisme dans la région de Bône, de 1870 à nos jours. — M. JUDE. Etude des intoxications chroniques par le manganèse. — M. PRATA. Rôle du choc dans la thérapeutique de la fièvre ondulante. — M. ROTMAN. Causes de la mortalité et mortalité infantile pendant la première année de la vie dans quelques districts comparés, notamment en Allemagne, France, Grande-Bretagne. — M. JORGE A. SÉOANE. Etude de l'hémothérapie dans le traitement des broncho-pneumonies infantiles. — M. TACHDJIAN. Procédés de conservation des œufs et de leur valeur au point de vue hygiénique. — M. VIEUCHANGE. La guérison naturelle de la syphilis acquise.

Mercredi 11 *juillet.* — Jury : MM. Gosset, président ; Grégoire, Halphen, Petit-Dutaillis. — M. CAILLEAULT. Cancers du périnée et leur traitement. — M. GELBERT. Les appareils de transfusion. — M. FRIEDMAN. Extraction de certains corps étrangers de l'œsophage cervical et de l'hypopharynx par voie cervicale. — Mlle BITTNER. Etude de la vaginite et du vaginisme à la ménopause.

Jury : MM. Loeper, président ; Strohl, Dognon, Moreau. — M. MARSAT. L'éclairage en endoscopie. — M. FILDERMAN. L'hémocrinothérapie. — M. FIOCCONI. Répercussion sur l'appareil digestif des perturbations endocrines. — M. LEFÈVRE. Le muscle vasculaire isolé en survie. — M. LEFÈVRE Jules. Désinfection de l'appareil urinaire et traitement du syndrome entéro-rénal par le sulfure de térébenthine. — M. PARIS. Epreuves de comptabilité sanguine en vue de la transfusion du sang.

Jeudi 12 *juillet.* — Jury : MM. Roussy, président ; Besançon ; Carnot, Henri Bénard. — M. LOUGRAYE. Action hémostatique des courants de haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. — M. HERSCOVICI. Etude des épaules raides et douloureuses. — M. CHAMALET. Etude sur les accidents de la phrénicectomie. — M. BARRIÈRE. Silicose pulmonaire. — M. GLASERMAN. Etude de l'atélectasie massive dans la tuberculose pulmonaire. — Mlle OGANDJANOFF-MÉLIK. Recherches sur l'évaluation de la masse au sang par l'injection intraveineuse de rouge-congo.

Jury : MM. Gougerot, président ; Chevallier, Gastinel, Lemaire. — M. GOLDSTEIN. Le pseudo-granulome vénérien. Pyodermite végétante préputiale. — M. HAMELIN-GAPIN. La diathermo-coagulation et l'étincelage de haute fréquence dans le traitement du lupus nasal tuberculeux et de ses complications cutanées. — M. NÉE Charles. Réaction d'éclaircissement de Meinicke. — Mlle POULAIN. Emploi thérapeutique de l'insuline en gynécologie. — M. STIÉVENART. Etude des complications maxillaires des lupus de la face et de la muqueuse buccale.

Vendredi 13 *juillet.* — Jury : MM. Mathieu, président ; Proust, Cathala. — M. AMID. Le traitement du cancer du rectum par la voie périnéale. — M. FINDJANDJEAN. Etude de l'ostéosynthèse temporaire chez l'adulte par la méthode des fixateurs externes. — Mlle GABRIELLI. Recherches sur l'action des chlorures de calcium et du magnésium associé en milieu soufré dans le traitement de quelques états neuro-psychiatriques. — M. ROBIN. Les inhalations carboniques dans la pratique chirurgicale (anesthésie et suite d'opérations). — M. DIEZ. Complications chirurgicales intestinales de l'amibiase.

Mercredi 11 *juillet* (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Lemierre, président ; Lesbouyriès, Panisset, Vergé. — M. JEAN. Arthrite due au bacille du rouget.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT
ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL
SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.
LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

SCILLARÈNE
"SANDOZ"

Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille

CARDIO-RÉNAL POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS. — DIURÉTIQUE GÉNÉRAL
DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI

AMPOULES	GOUTTES	COMPRIMÉS	SUPPOSITOIRES
1/2 à 1 par jour.	XX, 2 à 8 fois par jour.	2 à 8 par jour.	1 à 2 par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e. B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

CURE DE
DIURESE
EVIAN
SOURCE
CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES
Anorexie
Vomissements
LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

INFECTIONS CHRONIQUES
IODASEPTINE CORTIAL
15, Boulevard Pasteur — PARIS —

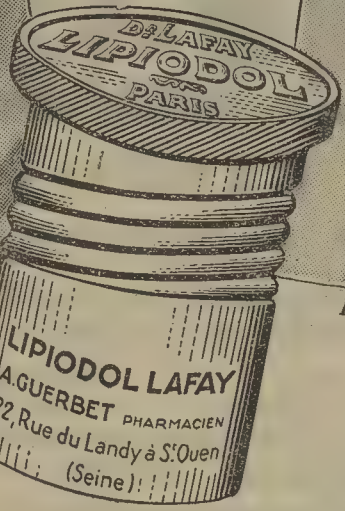
LIPIODOL LAFAY

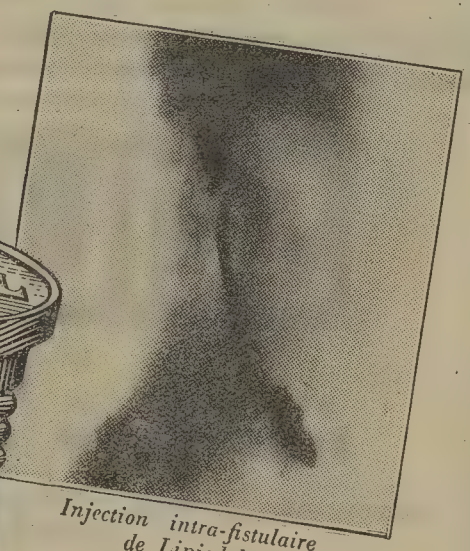
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3, = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule, 1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 11 JUILLET 1934. — N° 55.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Une politique du lait, par M. L. Babonneix.
XIXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE. (Compte rendu, par M. Szumlanski.)
IIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE. (Compte rendu.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie. — Société de biologie.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Signes et diagnostic du tabes (fin).

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (V. p. 994.)

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de prosecteur des hôpitaux. — *Dissection prolongée.* — MM. Rudler, 28; Petit, 26; Aboulker, 30; Palmer, 25.

Dissection extemporanée. — Question donnée : « Nerf cubital à l'avant-bras et à la main. »

MM. Rudler, 26; Palmer, 30; Petit, 28; Aboulker, 29.

Total des points obtenus par les candidats : MM. Aboulker, 165 points; Rudler, 153; Petit, 151; Palmer, 150.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Erratum.* — Enseignement aux stagiaires pendant les vacances (du 16 juillet au 30 octobre 1934), lire : 2e Clinique chirurgicale Saint-Antoine (M. le professeur Grégoire), au lieu de : Clinique chirurgicale Cochin (M. le professeur Lenormant).

— *Service des vacances.* — La bibliothèque de la Faculté de médecine sera ouverte tous les jours, de 13 h. 30 à 18 h., du 16 au 28 juillet, et les mardis et vendredis, du 30 juillet au 10 août inclus.

Elle sera fermée du 11 août au 2 septembre pour cause de travaux d'aménagement intérieur.

Elle sera ouverte en septembre, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 13 h. à 17 h., du 3 au 30 septembre.

Le service normal reprendra le lundi 1er octobre 1934.

— *Avis.* — Le secrétariat de la Faculté demeurera ouvert pendant toute la durée des vacances, de 12 à 15 h.

Le service normal (9 à 11 h. et de 12 à 15 h.) reprendra le lundi 1er octobre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, s'ouvrira le mardi 15 janvier 1935, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

CITÉ UNIVERSITAIRE. — Le recteur d'Académie, président du conseil de l'Université de Paris, est autorisé à accepter la donation qui est faite à ladite Université par M. Fontaine et le comité pour la fondation d'une maison de l'Indochine à la Cité universitaire d'une somme de 400.000 fr., pour ladite somme être affectée, jusqu'à concurrence de 150.000 fr., au fonds de réserve de la fondation dite « Université de Paris, maison des étudiants de l'Indochine », le surplus devant en constituer le fonds de roulement. (*J. O.*, 4 juillet 1934.)

HÔPITAL ET DISPENSAIRE FRANÇAIS DE LONDRES. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1934.

Les nominations sont faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire; parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins-résidents prenant la garde de 24 heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire, soit au docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Geoffroy, médecin principal de la marine, professeur d'histologie et d'anatomie pathologique à la Faculté française de médecine de Beyrouth, décédé à la suite d'une infection contractée au laboratoire; M. le médecin-colonel Moingeard (de Nancy).

27e Voyage d'études médicales aux stations de cure du Languedoc, des Cévennes et des Pyrénées orientales (1.700 kilomètres en autocar), sous le haut patronage du Ministère de la Santé publique et le patronage des organismes officiels du thermo-climatisme. — Le 27e Voyage d'Etudes médicales aura lieu du 5 au 16 septembre 1934, sous la direction scientifique du professeur Maurice Villaret, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Necker, directeur des V.E.M.; du professeur Giraud, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du professeur Serr, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, Directeurs régionaux du 27e V.E.M., et du docteur Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, Directeur adjoint des V.E.M.

Itinéraire du 27e V.E.M. — 5 septembre : Concentration Le Monestier, Saint-Enimie, Le Rozier, les Gorges du Tarn, l'Aven-Armand, l'Aigoual. — 6 septembre : le Cirque de Navacelles, la Grotte des Demoiselles, les Gorges de l'Hérault, Saint-Guilhem-le-Désert, Montpellier. — 7 septembre : Palavas, Balarue, Lamalou. — 8 septembre : Lacaune, Mazamet, la Montagne Noire, Carcassonne. — 9 septembre : Limoux, Rennes-les-Bains, les Corbières, les Gorges de l'Aude, Couiza, Usson-les-Bains, les Gorges de Saint-Paul de Fenouillet, Perpignan, Cloître d'Elnes, la Côte de Vermeil, Banyuls et Cerbère. — 10 septembre : Le Boulou, La Preste, Prats-de-Mollo, Arles-sur-Tech, Amélie-les-Bains. — 11 septembre : Col de Fourtou, Molitg, Vernet-les-Bains, Thuès, Mont-Louis, Font-Romeu, Les Escaldes. — 12 septembre : Puigcerda, Seo d'Urgel (visite de la Cathédrale et du Cloître), Escaldas, le Val d'Andorre, L'Hospitalet, Ax-les-Thermes. — 13 septembre : Ussat-les-Bains, Col de Porte, Aulus. — 14 septembre : Col du Portet d'Aspet, Salies-du-Salat, Encausse, Saint-Bertrand-de-Comminges (Visite de la Cathédrale, du Cloître, du Musée Archéologique), Luchon). — 15 septembre : Luchon, Superbagnères. — 16 septembre : Barbazan, Toulouse. Dislocation à Toulouse.

Des conférences seront faites, dans chaque station, par les directeurs du voyage.

Tout le trajet se fait en autocars.

Le prix du voyage est de 1.150 francs, ce prix comportant la totalité des frais, du lieu de concentration, Le Monastier, au lieu de dislocation, Toulouse.

Une réduction de 50 % sera accordée sur les chemins de fer français, du lieu de résidence ou de la gare frontière au lieu de concentration, et du lieu de dislocation au lieu de résidence ou à la gare frontière.

Le V.E.M. est destiné aux médecins en exercice, aux internes des hôpitaux et aux étudiants en médecine en fin d'études. Par exception, il pourra comprendre quelques femmes ou filles de médecin, mais leur effectif ne pourra pas dépasser le quart des participants.

Les bagages étant limités, le port du smoking, suivant l'usage des V.E.M., n'est pas admis.

Les demandes d'inscription peuvent être adressées à Mlle Machuré, Secrétaire des V.E.M., 138, Champs-Elysées, à Paris (8e).

Il n'y aura lieu d'effectuer le versement de la cotisation qu'après avis de l'inscription définitive.

XXXIVe Congrès français d'urologie. — Le XXXIVe Congrès de l'Association française d'Urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 8 octobre 1934, sous la présidence de M. le docteur Heitz-Boyer (de Paris).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour :

Les orchiépididymites en dehors de la syphilis et de la tuberculose. — Rapporteur : M. Chauvin (Marseille).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le docteur O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Comme l'an dernier, nous publierons les noms des médecins, chirurgiens et spécialistes qui désirent faire savoir qu'ils seront présents à Paris pendant les vacances.

Voici une première liste :

M. Chevalley, médecin des hôpitaux, 7, boul. Raspail, sera absent du 1er au 25 août ; M. Ph. Ledoux, 38, boul. Saint-Michel, sera présent en juillet et en août ; M. Levassor (gastro-entérologie, rayons X), 11, avenue de Suffren, sera présent jusqu'au 15 septembre ; M. Alban Girault (gastro-entérologie), 29 *bis*, rue Demours, sera présent en juillet et août ; M. Henri Beau, électroradiologiste des hôpitaux, 34, rue de l'Arcade, sera présent en juillet et en septembre ; M. P. Charpy, électroradiologiste, 3, av. Marceau, sera présent en juillet et août ; M. H. Lagrange, ophtalmologiste des hôpitaux, hôpital Beaujon et 5, rue de Chaillot (16e), sera à Paris en juillet et en août ; M. Kaplan (médecine infantile), 12, rue César-Franck, absent en juillet, sera présent en août et septembre ; M. André Béchade (chirurgie-gynécologie), 74, rue Jouffroy, sera absent de Paris en août ; M. Maurice Bariéty, médecin des hôpitaux, 77, rue de Monceau, sera à Paris du 21 juillet au 7 août et du 24 août au 1er octobre ; M. Pierre Collin (oto-rhino-laryngologie), 13, rue Bernoulli, sera présent du 1er au 20 juillet et à partir du 23 août ; M. Pierre van den Bossche, O. R. L., 41, rue Saint-Ferdinand, sera à Paris tout l'été, sauf les dix premiers jours de septembre.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR se retirant, céderait de suite son appartement où il exerce depuis 30 ans, avenue Mozart, 80, au premier, 6 pièces, loyer 14.300 fr. charges comprises, tout confort. — Docteur A. Tél. Auteuil 61-03.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XVe)

OUABAÏNE ARNAUD

Seul produit ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, RIBIERRE, LIAN, JOSUÉ, LAUBRY et PEZZI, BONNAMOUR, D'ŒLSNITZ et CARCOPINO, PAGLIANO, MINET, DIMITRACOFF, etc...

Seul produit dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SÛRE

INDICATIONS

Insuffisance du cœur gauche
Insuffisance ventriculaire droite
Arythmies et Tachycardies

FORMES

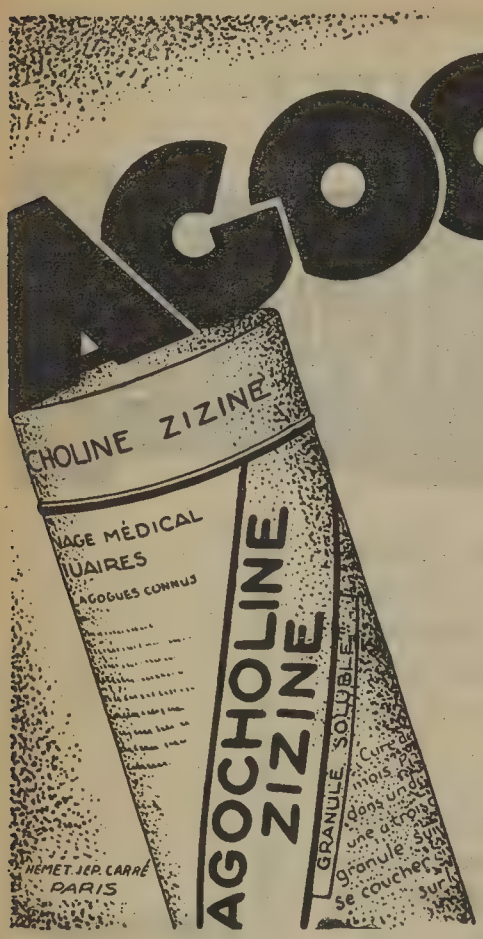
COMPRIMÉS .. .. A Un milligramme.
SOLUTION .. .. A Quatre pour Mille.
AMPOULES .. .. Au 1/4 de milligramme pour injections intraveineuses.
AMPOULES .. .. Au 1/2 milligramme pour injections intramusculaires.

LABORATOIRE Prof Arnaud NATIVELLE

DRAEGER

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

UNE POLITIQUE DU LAIT

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)

Le lait destiné à l'alimentation des nourrissons doit être propre et sain. « Or, on doit reconnaître qu'à l'heure actuelle, dans la plupart des pays, nous sommes très loin d'un tel résultat : la réglementation à cet égard reste trop souvent inexistante, insuffisante ou mal appliquée. Il faut donc avoir une *politique du lait*, répandre les idées à réaliser par une *croisade du bon lait* et lutter ardemment afin qu'il soit moins souvent meurtrier pour les jeunes enfants. » (P. Lereboullet) (1). C'est ce qu'a bien compris la *Société de pédiatrie* quand, le 7 juillet 1931, à l'instigation de M. J. Huber, elle a exprimé le vœu que « les malades et les enfants trouvent, avec toutes les garanties nécessaires, un lait répondant aux conditions de pureté requises, tant à la production que lors des manifestations ultérieures. Il est désirable qu'un tel lait soit décelable par une étiquette mentionnant clairement les garanties prescrites ».

***

Pour atteindre ce but, une réglementation est indispensable. Etudions-en successivement les bases, les moyens, les résultats.

Les *bases* en sont complexes. Pour réaliser les conditions de pureté et de qualité auxquelles nous venons de faire allusion, on peut, en effet, employer deux méthodes (Porcher) : *préventive* ou curative.

La première, dit excellemment M. P. Joannon, est facile à concevoir, mais difficile à strictement réaliser. Elle cherche à préserver aussi précocement que possible la production et la manipulation du lait des fautes et négligences dont résulte sa contamination originelle ou secondaire. Elle consiste à empêcher ou à minimiser l'infection du lait, grâce à une surveillance rigoureuse qui, de l'étable à la vente, porte sur bêtes, choses et gens ; à contrarier par une basse température le développement des germes vivants présents dans le lait et, si cette précaution est justifiée, à traiter celui-ci par la chaleur pour tuer les germes pathogènes qui, par accident, pourraient s'y trouver.

De telles conditions sont si difficiles à réaliser que, le plus souvent, force est de se rabattre sur la *méthode curative et palliative*, qui s'efforce de rendre inoffensifs des laits qui, récoltés, manipulés et transportés sans soins suffisants, sont plus ou moins souillés. Au lieu d'un lait initialement sain et conservé tel, elle permet un lait assaini. C'est celle qui a prévalu en France : elle est fondée sur la stérilisation ou la pasteurisation du lait avant son absorption ou même sa livraison au consommateur. Qu'elle ait rendu d'immenses services (Marfan), nul ne le niera. Elle n'en reste pas moins insuffisante, et ce qu'il faudrait se rappeler, c'est que la « condition du succès en ce qui concerne la mortalité infantile, c'est le développement et finalement la généralisation effective et efficace des mesures préventives qui s'opposent aux contaminations et pullulations microbiennes au cours de la production, de la conservation et de la distribution du lait destiné aux nourrissons (P. Lereboullet) ».

Il faut donc, pour une réglementation efficace, tenir compte à la fois de la *production* du lait, de son *ramassage*, de sa *concentration* dans les dépôts laitiers, de sa *conservation*, de sa *distribution* et, si possible, assurer le contrôle officiel des mesures envisagées.

Quant aux *moyens* d'assurer cette réglementation, ils ne sont assurés qu'imparfaitement par les lois en vigueur. Le Comité des épizooties a bien proposé de considérer les maladies suivantes comme rendant le lait impropre à la consomation :

a) La tuberculose, la mélitococcie, la fièvre charbonneuse, le charbon symptomatique et les gangrènes gazeuses, la peste bovine, la péri-pneumonie, la rage, la vaccine, la fièvre aphteuse ;

b) Les maladies dénoncées par des symptômes graves tels que la fièvre, le très mauvais état général ou la cachexie, le trouble manifeste de la sécrétion lactée ;

c) Les mammites, les métrites, les entérites, les intoxications, la maladie des drèches et la maladie des pulpes, les abcès ou la furonculose de la mamelle ou des trayons.

Mais l'interdiction absolue de tous les laits ainsi spécifiés porterait une grave atteinte au commerce laitier. Aussi a-t-on cherché à distinguer entre les maladies rendant le lait absolument impropre à la consommation et celles, comme « la tuberculose, la vaccine, la fièvre aphteuse, la métrite, l'entérite, dans lesquelles le lait, s'il est d'apparence normale, peut être livré à la consommation après pasteurisation ou stérilisation ». Encore conviendrait-il, ainsi que l'a demandé la *Société de pédiatrie*, que « ce lait ne soit pas employé pour l'alimentation des enfants et des nourrissons sains ou malades », que, par suite, « le lait provenant de vaches absolument saines et manipulé dans des conditions parfaites soit facile à distinguer du lait pasteurisé provenant de vaches atteintes des affections ci-dessus mentionnées ou de toute autre maladie qui rentrerait dans la même catégorie ». Ces vœux n'ont pas été suivis d'effet et, jusqu'à présent, ni la liste générale des maladies rendant le lait impropre à la consommation, ni la liste de celles justifiant la livraison, mais seulement après pasteurisation et stérilisation, ni la réglementation interdisant son usage pour l'alimentation des enfants et des nourrissons, n'ont été publiées, en raison des difficultés de tout ordre que devaient susciter leur promulgation et le contrôle de leur exécution.

Au contrôle obligatoire, impossible dans l'état actuel des choses, M. le docteur Queuille, ministre de l'Agriculture, a eu le mérite de substituer le contrôle facultatif que les propriétaires intéressés pourraient eux-mêmes réclamer. Dès 1927, il adressait aux préfets une circulaire leur indiquant un modèle d'arrêté fixant les conditions de ce contrôle et spécifiant que les frais supplémentaires incombant aux producteurs

(1) P. LEREBOULLET. La prophylaxie des maladies dues au lait. Hygiène et réglementation. *Rapport présenté au IIIe Congrès international de Pédiatrie*, Londres, 20-22 juillet 1933, et *Le Nourrisson*, sept. 1933, p. 273-275.

du fait de ce contrôle librement accepté justifieraient un accroissement du prix de vente qui ne devrait pas être exagéré, tout en étant suffisant pour ne pas les décourager de leurs efforts. Les règles étaient posées. Certains préfets prirent des arrêtés dans ce sens, et le préfet de police de la Seine d'alors, M. Chiappe, signa une ordonnance dont le titre premier concerne les mesures d'hygiène applicables au transport du lait, aux locaux de vente et aux manipulations, et dont le titre II est relatif au contrôle facultatif de la production laitière dans le département de la Seine.

Or, continue le professeur P. Lereboullet, que nous continuons à suivre pas à pas, ces efforts sont restés sans résultats, car, pratiquement, dans toute la France, l'idée du contrôle facultatif ne recueillit guère plus de huit à dix adeptes, et on peut affirmer qu'il n'y eut que quelques milliers de litres de lait contrôlés pour l'ensemble du pays. Dans le département de la Seine, il n'y a, sauf erreur ou omission, qu'une société officiellement contrôlée, d'où le nom de *Lait Ofco*. Elle assure la livraison d'un lait étroitement surveillé à la production (où le contrôle s'exerce tant sur les bêtes laitières que sur le personnel), recueilli dans de bonnes conditions, immédiatement refroidi, ramassé rapidement, vérifié à son arrivée à l'usine au point de vue de sa propreté, de sa pureté bactériologique, de sa composition chimique, tamisé, réchauffé, pasteurisé, mis en flacons stérilisés et livré à la consommation le jour même où il a été trait. Je n'insiste pas sur tous les détails de cette organisation dans laquelle le contrôle est certainement efficace et dont la réglementation est parfaitement logique. Elle ne met actuellement en circulation journalière que quelques milliers de litres de lait destinés à la consommation parisienne. Cet effort ne compte donc jusqu'à présent, si significatif et méritoire qu'il soit, qu'à titre d'exemple. On doit souhaiter son extension.

En dehors du contrôle officiel, il y a, en France, une série d'organisations laitières qui s'efforcent, par leurs propres moyens et sous un contrôle organisé par elles, de produire un bon lait (1), et surtout de ne livrer à la consommation destinée aux enfants que des laits inoffensifs (lait stérilisé, lait condensé, lait sec, etc.). Si utiles qu'ils soient pour l'alimentation des enfants, ils ne représentent que des moyens palliatifs, et l'exemple des autres pays montre qu'on peut et doit espérer faire mieux. C'est à quoi d'ailleurs tendent en France les efforts des hygiénistes du lait (Porcher, Panissat, Névot, Rennes, etc.).

Arrivons aux *résultats* obtenus ou, plutôt, à obtenir.

Il semble hors de doute qu'on peut et doit arriver à la production d'un *lait garanti*. Mais lequel? Au lait cru, certains préfèrent le lait pasteurisé, à condition qu'il soit l'objet d'un contrôle portant, et sur la production même et, mieux encore (Névot) sur les dépôts laitiers, dans lesquels le lait, recueilli et collecté à la ferme dans des bidons, trop souvent à la merci de toutes les souillures, est amené pour être filtré et pasteurisé. Ces dépôts qui existent dans tous les pays où la réglementation du lait est bien fixée, devraient devenir le centre du contrôle. Les sociétés laitières pourraient être autorisées à vendre un peu plus cher que le lait courant le lait venant de ces dépôts officiellement contrôlés ; elles devraient accepter un contrôle administratif imposant notamment une pasteurisation réelle, efficace, une stérilisation des bidons, une meilleure hygiène du personnel. Elles pourraient alors obtenir davantage de leurs fournisseurs et recevoir d'eux un lait mieux recueilli, mieux refroidi, répondant mieux aux qualités requises pour l'alimentation.

Le contrôle hygiénique du lait fait dans ces dépôts sur le lait refroidi après la traite (ou après la pasteurisation si elle est faite d'emblée), comporte une série d'opérations, parmi lesquelles la recherche qualitative de certains germes.

Il n'est pas douteux, en effet, que, quel que soit son rôle pathogène dans le déterminisme des troubles intestinaux chez les enfants (rôle puissamment mis en lumière dans le rapport du professeur Sessau), *le coli-bacille est la signature d'un lait manipulé dans de mauvaises conditions, et comme tel condamnable* (Névot). La présence du streptocoque a de même une réelle importance. Sa recherche est d'ailleurs facile par l'examen du culot de centrifugation. Quant au bacille tuberculeux, il devrait être superflu de le chercher si, pour la production du lait garanti que nous envisageons, les vaches laitières étaient systématiquement soumises à la tuberculinisation et si on éliminait de la production de ce lait spécial toute femelle ayant des lésions tuberculeuses.

En résumé, il est désirable que, dans tous les pays, *le lait destiné aux enfants puisse être garanti, grâce à un contrôle hygiénique régulier et précis*. Ce contrôle, portant sur les caractères physiques, chimiques, biologiques et bactériologiques du lait, avant et après pasteurisation, devrait être effectué surtout dans les dépôts laitiers, bien surveillés, de sociétés laitières capables, par leur organisation et par leur importance, de surveiller le lait dès sa production à la ferme et de la suivre au départ du dépôt laitier jusqu'à sa distribution. » (P. Lereboullet.)

***

Une fois la pasteurisation faite, le lait ne peut être distribué sans garanties : il faut donc, aussitôt après cette opération, le mettre en bouteilles en utilisant l'appareillage moderne qui permet de stériliser les bouteilles, de les remplir de lait pasteurisé, de les fermer automatiquement avec une capsule et de veiller à éviter les souillures lors de l'ouverture du flacon. Ainsi recueilli, contrôlé, pasteurisé et garanti, il revient cher. La politique du lait doit tenir compte de ce fait et obtenir de l'Etat, et surtout des municipalités, que des mesures soient prises en faveur des familles nécessiteuses.

C'est aux sociétés laitières, organisées et régulièrement contrôlées par l'Etat, qu'il appartient de réaliser une telle réforme. Tant que leurs efforts n'auront pas abouti, c'est aux laits stérilisés industriellement, au lait condensé, au lait sec, qu'on s'adressera de préférence pour l'alimentation des enfants, l'ébullition du lait ordinaire devant être considérée comme une mesure nécessaire, mais toujours insuffisante.

(1) Il n'est que juste de rendre hommage aux efforts poursuivis depuis de longues années dans ce sens par l'*Œuvre du Bon Lait*, dont récemment, le regretté Ambroise Rendu rappelait les résultats significatifs.

XIXe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE ET DE MÉDECINE SOCIALE DE LANGUE FRANÇAISE

Lille, 27, 28, 29 et 30 mai 1934 (1).

Les groupes sanguins en médecine légale.

Rapporteur : M. Leone LATTES (de Pavie).

Dans ce rapport, l'auteur précise l'état actuel des applications des groupes sanguins à la médecine légale, faisant suite aux précédents rapports présentés à la Société italienne de médecine légale en 1913, à la Société de médecine légale de France en 1923 et à la Société de médecine légale allemande en 1926. Les connaissances biologiques sur ce sujet ont eu depuis lors de substantiels développements qui augmentent considérablement les possibilités d'application.

Ces applications dans le domaine médico-légal concernent principalement l'identification des taches de sang et la démonstration du rapport de filiation (recherche de la paternité).

Sur le premier point, l'auteur montre la grande importance criminologique que les recherches ont pu prendre, en dehors même des taches sanguines, puisque les substances spécifiques de groupe peuvent être identifiées dans le sperme, la salive, l'urine et, en général, dans les produits de sécrétion et d'excrétion.

La salive est caractérisée par une haute teneur en ces substances. Ce fait a permis à l'auteur lui-même d'arriver à des conclusions pratiques importantes et très délicates sur l'identité des fumeurs de cigarettes. On peut même parvenir à découvrir par la spécificité de groupe, l'identité des sujets qui ont fait usage de lingerie, de mouchoirs, etc., ou qui ont laissé des taches de sperme à l'occasion d'un rapport sexuel.

Pour les taches de sang elles-mêmes (qui sont les plus fréquentes), l'introduction de méthodes quantitatives pour la détermination des iso-agglutinogènes a rendu beaucoup plus sûr le diagnostic du groupe sanguin, facilitant ainsi grandement son utilisation en justice.

La connaissance du caractère héréditaire des propriétés spécifiques de groupe a, elle aussi, notablement progressé. Parmi toutes les notions acquises, la question des sous-groupes a été mieux approfondie. On en a tiré des conséquences applicables (bien que dans des limites modestes) à la solution du problème de la paternité.

Mais on a spécialement établi par de nombreuses recherches auxquelles l'auteur a largement participé, l'existence et la transmissibilité héréditaire de nouvelles substances spécifiques de groupe, indépendantes des groupes sanguins classiques, permettant d'établir la probabilité d'exclusion des faux pères et portant cette probabilité d'élimination au chiffre de 1 sur 3.

Ces notions ont déjà été admises comme probantes par diverses cours de justice. D'autres recherches en cours, mais non applicables encore dans la pratique, amélioreront les résultats obtenus. Elles font envisager la solution positive, peut-être prochaine, du problème de la paternité.

Les groupes sanguins en anthropologie.

Rapporteurs : MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH (de Paris).

La découverte des groupes sanguins, dont l'immense mérite revient au professeur Landsteiner, aura permis, entre autres applications, d'élucider un certain nombre de questions d'anthropologie. C'est à L. et H. Hirszfeld que revient le mérite d'avoir découvert les relations qui existent entre la répartition des groupes sanguins et les caractères ethno-anthropologiques. Il a paru dans ces dernières années d'importants travaux sur cette question, et on peut actuellement se baser sur les résultats de quelques centaines de milliers d'examens, pratiqués chez les différents peuples du monde.

Les rapporteurs, après avoir rappelé les constatations fondamentales sur lesquelles sont fondées les recherches et la technique de ces recherches, montrent que la distribution différente des groupes sanguins et la fréquence relative des caractères héréditaires permettent d'entrevoir plus exactement l'origine, les mélanges et les superpositions ethniques des populations actuelles. Ils précisent ensuite la valeur anthropologique des résultats de l'étude des groupes, exposent et critiquent les hypothèses de Hirszfeld et de Bernstein et les formules mathématiques qui sont la traduction de ces hypothèses. Ils exposent ensuite longuement les recherches personnelles qu'ils ont effectuées, particulièrement celles que l'un d'eux (Kossovitch) a effectuées en Afrique. Ils terminent leur rapport en montrant la corrélation qui existe entre les groupes sanguins et les principaux caractères somatiques ; ils soulignent combien cette corrélation peut avoir d'intéressantes et d'utiles applications en médecine légale.

Discussion.

M. ETIENNE MARTIN (de Lyon) a déjà pratiqué à Lyon deux expertises au cours desquelles il a utilisé la méthode des groupes sanguins. L'une d'elles a été la première affaire de ce genre publiée en France. Il insiste sur la nécessité de déterminer le groupe de la victime d'un meurtre, au moment de l'autopsie, pour éviter une exhumation.

M. LATTES fait remarquer que dans certains pays on prélève toujours du sang, pour détermination du groupe, au moment de l'autopsie.

M. SIMONIN (de Strasbourg) pense que la recherche des agglutinines dans les expertises médico-légales est une nécessité lorsqu'il s'agit d'identifier une tache de sang du groupe IV dont les agglutinogènes sont absents. Dans ce cas, la recherche des agglutinogènes ne peut être que négative, tandis qu'en s'adressant aux agglutinines on dispose de deux réactions positives qui ont beaucoup plus de valeur. On ajoute ainsi un contrôle positif, très probant, aux premiers examens négatifs.

M. P. MOUREAU (de Liége) présente une étude des agglutinogènes M et N en Belgique et de leur répartition dans la population, d'après l'hérédité, les maladies et l'âge. Cette étude porte sur 3.100 personnes : les fréquences de ces agglutinogènes sont les suivantes : MN=50, 33 p. 100 ; M=28, 89 p. 100 ; N=20, 77 p. 100. L'examen de 200 familles avec 739 enfants n'a révélé qu'une seule exception à la règle héréditaire. Cette exception est explicable par l'illégitimité, 502 mères avec 1.041 enfants ont été examinées sans montrer une seule exception à la règle héréditaire. La syphilis, la tuberculose, les maladies mentales, le cancer (250 cas de chaque affection) ne modifient pas la répartition des groupes MN, M et N. L'influence de l'âge est également nulle, ainsi que le montre l'étude de 2.750 personnes groupées par classe de 500 personnes de quinze en quinze ans.

M. FARJOT (de Lille) a étudié la répartition des groupes sanguins dans le Nord de la France.

MM. FARJOT et SPRIET (de Lille) ont recherché les groupes sanguins chez les paralytiques généraux.

MM. FARJOT et SPRIET ont étudié le taux des iso-agglutinines des sérums.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

M. BALGAIRIES (de Lille), expérimentant sur 400 sujets chez lesquels il pratique une réaction de Schick, obtient 40,75 p. 100 de Schick positifs contre 59,25 p. 100 de négatifs. Le pourcentage des groupes sanguins dans chaque catégorie permet d'obtenir pour les divers groupes des chiffres sensiblement voisins. En particulier, pour le groupe 0 : 46 p. 100 de Schick positifs contre 41,7 p. 100 de négatifs ; pour le groupe A : 40,5 p. 100 de Schick positifs contre 45,6 p. 100 de négatifs. Ces recherches confirment les travaux de Hirszfeld et de ses élèves suivant lesquels la sensibilité à la diphtérie mise en évidence par la réaction de Schick n'est pas liée au groupement sanguin.

Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation.

Rapporteurs : MM. HEGER-GILBERT et DE LAET (de Bruxelles).

Les rapporteurs ont envisagé dans le premier chapitre de leur étude les origines possibles des excitations douloureuses, pour en reconnaître le siège au long du chemin parcouru par la sensation douloureuse depuis l'extrémité sensible jusqu'au cortex.

Si l'accord semble fait qu'il n'y a pas d'organes récepteurs spéciaux de la douleur, l'unanimité n'est pas aussi parfaite pour ce qui concerne les voies de transmission.

On abandonne sans doute l'idée que la douleur n'est que l'excitation excessive d'une sensation tactile ou thermique. En réalité, le malentendu provient de l'interprétation du mot « sensible ». Comme l'a montré Leriche, bien des tissus sont privés de sensations conscientes (la cornée, les viscères, par exemple) et cependant leurs réflexes attestent leur sensibilité. L'électrophysiologie, d'autre part, vient de nous montrer que la douleur paraît transmise par des fibres à conduction lente, analogues aux fibres sympathiques. Nous comprenons donc que les tissus les plus divers, dépourvus de sensibilité consciente, les tumeurs même, peuvent devenir algiques. Nous comprenons aussi les dissociations algo-sensorielles des lésions ou des réparations nerveuses, et aussi ces affreuses causalgies que l'on rattache souvent en grande partie tout au moins à des irritations des éléments sympathiques. Aux étages supérieurs, nous connaissons le rôle des hématomyélies et des syringomyélies dans la genèse de syndromes douloureux. Et enfin, nous nous rappellerons que le carrefour du thalamus et de l'hypothalamus, sièges étiologiques des douleurs du syndrome de Dejerine, commandent d'une part toute cette réflectivité de la douleur parmi laquelle nous chercherons les signes objectifs de l'algie, et d'autre part projettent au cortex la sensation perçue.

C'est seulement cette dernière transmission, devenue consciente, qui est nommée douleur. Le cortex doit la situer, ce qui parfois induit le médecin en erreur lorsqu'il y a transposition du siège de la douleur. Il doit aussi qualifier la sensation, appréciation strictement individuelle, qui n'admet ni description ni évaluation par autrui.

Enfin, le cerveau conserve plus ou moins longtemps le souvenir de la douleur. Normalement ce souvenir est fugace, mais divers facteurs peuvent le prolonger ou l'entretenir.

Le second chapitre du rapport passe en revue celles des réactions réflexes dues à la douleur qui ont fait jusqu'ici l'objet d'études critiques. Elles sont souvent un moyen indirect d'apprécier la réalité d'une douleur.

Successivement les réactions sécrétoires (suc gastrique et insuline inhibés, adrénaline excitée), la dilatation pupillaire, l'accélération du pouls, l'élévation de la pression artérielle, le réflexe psycho-galvanique sont l'objet d'un exposé critique. Les recherches récentes de l'un des rapporteurs établissant l'existence d'une décharge d'acidose dans l'urine au cours des douleurs fortes ou prolongées, sont résumées ensuite et confrontées avec d'autres travaux concluant à l'alcalose émotive.

Les auteurs émettent alors l'hypothèse qu'il y aurait entre la douleur dans son cycle infrathalamique, et l'action du cortex, surajoutée au précédent avec réflexe, une sorte d'antagonisme équilibrateur, la « conscience » de la douleur, exerçant une sorte de contrôle modérateur sur les effets humoraux, c'est-à-dire neurotoniques, de la douleur.

Enfin les auteurs rappellent brièvement l'importance de l'examen clinique complet, et des ruses multiples que l'expert doit toujours avant tout utiliser pour dépister les simulateurs.

Le troisième chapitre du rapport classe les modes d'indemnisation des séquelles douloureuses en trois catégories.

D'abord les douleurs physiopathiques contemporaines d'une lésion. Si elles provoquent une impotence, leur indemnisation ne peut différer en rien de l'impotence mécanique. Si, ce qui est rare, elles ne provoquent aucune gêne motrice, c'est un *prœtium doloris* qui est dû et dont l'évaluation n'est que de la compétence du juge comme dans les cas de dommage esthétique.

Ensuite viennent les invalidités dues à la mémoire douloureuse, après disparition de la lésion causale. Elles sont courtes et toujours temporaires chez l'individu normal. Elles peuvent aggraver ou déclencher des troubles psychopathiques antérieurs, ce qui crée deux ordres de conclusions fort différentes suivant qu'il s'agit du droit commun ou du régime des accidents du travail.

Enfin, restent les douleurs uniquement psychiques, où la distinction de la simulation, de la névrose et de cette sinistrose, qui disparaît aujourd'hui, n'est pas souvent aisée.

Discussion.

M. COSTEDOAT (de Paris) envisage la question au point de vue militaire et critique la discrimination entre l'émotion et la douleur. La contracture, dite réflexe, n'est pas une preuve de la réalité d'une douleur, qu'il n'y a en réalité aucun moyen de vérifier. L'alcalose urinaire semble due à la respiration accélérée au cours d'une douleur. L'émotion même sans douleur peut donner cette hyperpnée. Le diagnostic de la douleur ne peut être fait que par un examen clinique très complet mettant en évidence d'autres signes des lésions traumatiques. Ne jamais omettre l'examen psychologique et psychiatrique. S'agit-il d'un hystérique ? Le persévérateur est-il ou non un simulateur ? Enfin reste la question de l'indemnisation. L'auteur conteste la distinction en trois catégories et n'admet pas en particulier la notion de la mémoire douloureuse.

M. DESOILLE (de Paris) regrette que les rapporteurs n'aient pas fait mention des études de la chronaxie de la douleur.

M. LATTES (de Pavie) propose d'ajouter aux moyens d'investigation la détermination de l'adrénaline dans l'urine.

M. MAZEL (de Lyon) indique certaines petites ruses qui lui sont personnelles dans le dépistage de la simulation.

MM. DESCLAUX et GIROIRE (de Nantes) apportent l'observation d'un cas de paralysie réflexe avec algie du membre supérieur gauche du type sympathique consécutive à une piqûre de l'index gauche.

M. DE LAET insiste sur la distinction entre l'alcalose émotive et l'acidose de la douleur, justifie par des exemples la notion de la mémoire douloureuse, puis il explique que s'il n'a pas cru devoir parler de la chronaxie, c'est qu'il s'agit de théories encore très discutées et qui, du reste, ne concernent nullement la sémiologie de la douleur.

L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle.

Rapporteurs : MM. Raviart et Vullien (de Lille).

L'expertise mentale au criminel doit être réformée. Parmi les projets de réforme, on propose en premier plan l'institution de l'expertise mentale contradictoire, opération qui se pratique dans un certain nombre de pays étrangers et qui, en surplus, a reçu chez nous un début de consécration légale avec le vote de la loi Cruppi par la Chambre des députés, en juin 1899.

La question comporte de vastes dégagements. Tout d'abord on peut se demander si une réforme est vraiment nécessaire. De ce côté, aucun doute n'est possible. Il suffit de constater l'étrange discrédit qui pèse actuellement et depuis longtemps déjà sur l'expertise psychiatrique.

Nous avons perdu la confiance des masses, c'est un fait. Certes, on écoute toujours courtoisement nos déclarations à la barre, on acquiesce poliment à nos conclusions, mais il reste sous-entendu que tout ce que nous avons dit n'a qu'une valeur relative et que si l'affaire était d'importance, il se trouverait certainement un autre expert non moins qualifié, pour venir soutenir une opinion diamétralement opposée.

C'est là la grande misère de l'expertise psychiatrique (et elle lui est particulière). Il peut arriver que deux experts également savants, d'égale bonne foi, avec des arguments tout aussi valables l'un que l'autre, aboutissent à propos d'un même cas à des conclusions très exactement contraires.

La faute n'en est certes ni aux experts ni à la science psychiatrique, la faute en est seulement au décalage qu'on a laissé se créer entre un Code pénal et des modalités pénitentiaires figées, piétinant sur place depuis un siècle, et la psychiatrie qui n'a jamais cessé de progresser, en s'intégrant toutes les acquisitions de la médecine moderne.

Plus les progrès s'accentuent, plus le décalage prend des proportions monstrueuses. Chaque jour apporte sa pierre à l'édifice et l'on voit reculer peu à peu les limites de la responsabilité humaine. Bases toxi-infectieuses des constitutions morbides, — troubles acquis du sens moral, — influence pathologique des émotions, — action des sécrétions internes sur l'activité, le comportement et surtout sur les défauts humains, — autant de notions capitales bien inconnues à l'époque de l'élaboration du Code pénal et qui posent maintenant pour chaque cas des problèmes infiniment complexes réclamant des solutions nuancées.

Le Code pénal n'a pas prévu les solutions nuancées : responsabilité ou irresponsabilité — prison ou asile ; entre ces deux extrêmes, dont l'un est par essence rigoureusement réservé aux malades mentaux caractérisés, il n'y a rien, sinon la possibilité d'une mise en liberté immédiate d'un individu redoutable par essence ou encore celle d'une diminution de peine sous un fallacieux prétexte de responsabilité atténuée.

Dans de telles conditions, on conçoit que beaucoup d'experts soucieux de protection sociale et attentifs à ne fournir que des conclusions pratiques, soient amenés à se conformer à des règles doctrinales conventionnelles, règles qui ont le mérite d'être commodes, mais qui ont le tort de pouvoir être aisément battues en brèche par un adversaire quelque peu informé des progrès scientifiques et moins soucieux des nécessités de la défense de la société.

Pour remédier à cet état de choses défectueux, voici qu'on nous propose d'instituer l'expertise mentale contradictoire. Au premier abord, cette innovation ne paraît guère devoir aplanir les difficultés en cause. Quoi qu'il en soit, examinons les arguments.

C'est le tribunal qui nomme l'expert, déclarent les promoteurs de la réforme ; l'expert est donc amené consciemment ou non à faire le jeu du tribunal, donc de l'accusation, qui l'a commis. Il y a de ce fait, en face, une lacune défavorable à l'accusé ; il faut, en bonne justice, combler cette lacune et laisser également à la défense le choix d'un expert qui contredira le premier.

C'est à cela que se réduit à peu près toute l'argumentation des promoteurs de la réforme. Il n'y a pas lieu de retenir à notre avis l'argument ayant trait à l'incompétence de certains experts ; s'il y a des experts incompétents, il ne doit pas être besoin de mettre en branle la formidable machine de l'expertise contradictoire pour les éliminer.

Quant aux détracteurs de la réforme, ils ont, eux aussi, leurs arguments. Un expert, disent-ils, est par essence au-dessus des parties ; c'est le tribunal qui le désigne et non pas l'accusation ; il ne doit y avoir aucune confusion entre les deux. Quant à la mission de l'expert, elle est et sera toujours d'éclairer impartialement la justice.

Or l'expert de la défense, de quelque façon qu'on le conçoive, aura, lui, une mission à sens unique, si l'on peut ainsi s'exprimer ; cette mission consistera à relever soit dans le dossier, soit dans les antécédents, soit dans l'examen, à relever pour les monter en épingle tous les faits importants ou non, tous les épisodes, tous les symptômes nets ou frustes, propres sinon à éclairer un diagnostic, du moins à jeter un doute (et c'est cela qui est important) sur la valeur de la mentalité de l'accusé.

En face de lui, l'expert du tribunal, soucieux tout à la fois des intérêts de l'accusé et des nécessités de la défense sociale, animé, lui, du véritable esprit médico-légal, continuera comme par le passé à baser ses conclusions sur une doctrine conventionnelle.

D'un côté donc, recherche systématique de tout ce qui pourra être utile à la défense de l'inculpé ; de l'autre côté, application d'une doctrine conventionnelle, rejet de tout ce qui est matière à l'hypothèse dans le cadre de la responsabilité pénale. Entre les deux experts partant de points de vue aussi différents, l'accord sera presque toujours impossible, quoi qu'on en ait dit. Un arbitre sera indispensable dans la grande majorité des cas, et comme c'est le juge qui très souvent sera appelé à le choisir, on retombera dans l'état de choses actuel.

Par ailleurs, il faut un peu penser au jury, souvent mal préparé à comprendre des explications scientifiques, au jury qui ne réclame qu'une mise au point souple, simple, claire, et qui s'effacera devant ces grandes et obscures dissertations contradictoires aboutissant à des conclusions opposées. La victoire risquera de revenir à celui qui aura le mieux parlé et, en matière de science, cette éventualité est profondément déplorable.

En somme, l'expertise mentale contradictoire n'est nullement la panacée que certains ont voulu voir en elle. La divergence extrême et quasi obligatoire des points de vue des experts la rend impossible en fait. Peut-on rêver que quelque jour cette divergence pourra venir à s'atténuer, que tous les experts animés d'un même esprit médico-légal consentiront à se soumettre à une doctrine universellement reconnue et acceptée ? Non. Ce n'est qu'un rêve. L'expertise mentale contradictoire, sans la discussion, n'aurait plus aucune signification pour ses partisans, puisque c'est la discussion qui doit servir à amorcer dans l'esprit des jurés le doute peut-être favorable à l'accusé, mais bien dangereux pour la protection sociale.

En définitive, il apparaît que c'est d'un tout autre côté qu'il faut concentrer nos efforts. C'est une réforme différente, bien autrement féconde celle-là, qu'il faut s'efforcer de réaliser ; nous voulons parler d'une loi de défense sociale telle que celle qui fonctionne actuellement en Belgique à la satisfaction unanime. Il s'agit là d'une loi juste, raisonnable, humaine, qui, tenant compte des progrès de la science, réalise l'accord entre l'idéal charitable et les né-

cessités de la protection sociale. C'est là la seule réforme intéressante à réaliser, c'est la seule qui soit capable de redonner toute sa valeur à l'expertise psychiatrique criminelle. Les joutes oratoires qu'on nous propose, si brillantes soient-elles, ne pourraient jamais tenir une telle place.

Discussion.

M. René Charpentier (de Paris) s'attache à la discussion du projet de loi Jean Cruppi sur l'expertise contradictoire voté par la Chambre des députés, le 30 juin 1899. Rappelant que chaque fois que plusieurs experts sont désignés (ce qui pourrait sans inconvénient majeur devenir la règle), l'expertise est, en fait, « contradictoire », il voudrait voir disparaître ce mot du titre d'un projet de réforme de l'expertise. Il discute successivement pourquoi est demandée la réforme de l'expertise et comment, à son avis, il pourrait y être procédé. Il rappelle que l'expertise n'est pas seule responsable des critiques qu'on lui adresse, critiques dont certaines visent les conditions regrettables dans lesquelles l'expert doit accomplir sa tâche, l'insuffisance aussi et l'anachronisme des solutions offertes aux conclusions de l'expert. « Il est paradoxal, ajoute-t-il, que l'acte médical sans doute le plus important pour la justice s'accomplisse dans des conditions qu'elle jugerait légères, qu'elle assimilerait peut-être à des fautes lourdes si elle avait à les apprécier lors d'une revendication concernant un acte médical ordinaire. » Après avoir donné les raisons pour lesquelles il déplorerait la désignation par l'inculpé lui-même de la moitié des spécialistes chargés de juger de sa responsabilité, il montre qu'il existe un certain parallélisme entre ces raisons et les objections — à son avis injustifiées — que l'on fait au mode actuel de désignation des experts. Aussi, admettant comme un fait le désir exprimé « par l'opinion publique, par des juristes, par les législateurs, par les médecins et par les rapporteurs » d'une réforme de l'expertise, suggère-t-il quelques modifications au projet de loi Cruppi. Les qualités nécessaires à l'expert psychiatre, qualités au premier rang desquelles il place la compétence, l'intégrité, le jugement et le caractère, expliquent le soin particulier avec lequel il convient d'établir les listes. L'auteur expose comment devraient être établies, à son avis, les listes de présentation soumises aux Cours d'appel. Il appartiendrait, en dernier ressort, aux Cours d'appel, après enquête et suivant les règles préétablies, de dresser chaque année, sur ces présentations, la liste des experts, liste beaucoup plus longue que la liste actuelle. Pour le choix des experts sur cette liste, dans une affaire donnée, repoussant la désignation directe par l'inculpé, tenant compte des objections faites à la désignation directe par le magistrat, éliminant enfin la désignation par ordre alphabétique ou par tirage au sort, il suggère de choisir les experts sur la liste comme les Cours d'assises choisissent les jurés, en accordant au magistrat qui ordonne l'expertise et à l'avocat de l'inculpé, un même nombre de récusations (trois par exemple). Ce procédé, qui ne constitue pas une innovation juridique, ne risquerait de conduire à aucune aventure et serait susceptible d'apporter tous apaisements à ceux à qui la désignation directe des experts par l'inculpé ou par ce qu'on a appelé l'accusation inspire des doutes ou des craintes. En terminant, l'auteur exprime le vœu que, pour tout crime passible de la peine de mort, soit obligatoirement ordonnée une expertise psychiatrique, conformément aux dispositions de la loi Briggs qui, dans l'Etat de Massachusetts, fonctionne depuis 1927 à la satisfaction générale. Lorsqu'il s'agit de disposer de sa vie, cette garantie supplémentaire de justice est due à l'inculpé.

MM. N. Minovici et J. Stanesco (de Bucarest), n'admettant pas la pratique d'une pareille expertise, relatent un cas assez intéressant à ce point de vue, dans lequel le dossier judiciaire contient deux rapports médico-légaux, signés respectivement par six médecins ; l'un de ces rapports arrive à conclure à un état d'irresponsabilité (il s'agit d'une érotomane revendicatrice à base paranoïaque constitutionnelle), l'autre, qui affirme dans ses conclusions l'intégrité parfaite des facultés psychiques, par conséquent de complète responsabilité. Une expertise mentale contradictoire vient sans doute en contradiction avec le prestige médical, la valeur scientifique des médecins ne peut pas être appréciée par « les juges » réunis au hasard, les membres hétérogènes d'une Cour d'assises. On doit, en même temps, appuyer sur ce fait, que la vérité juridique doit être une, et la médecine légale ne peut présenter les vérités scientifiques que sous une seule forme, la moins relative.

M. Le Guillant (de la Charité-sur-Loire) rappelle les arguments et les conclusions de son article « Contre l'expertise contradictoire » paru dans l'*Aliéniste français* de mars 1934 et en signale à nouveau les graves dangers : surspécialisation « d'experts de la défense », discrédit de l'expertise mentale, verdicts dangereux rendus dans la confusion et malgré l'inexistence actuelle de toute mesure de préservation contre les anormaux délinquants. Il estime que dans la très grande majorité des cas l'expert n'est pas, comme on l'en accuse, un expert de l'accusation, mais un expert de l'instruction, ou mieux un expert tout court. Les exceptions à cette attitude générale des experts peuvent être évitées par le tirage au sort, en présence de la défense, sur une liste établie soigneusement, de trois experts pour toutes les affaires importantes. Cette façon de faire, qui assure l'impartialité et l'indépendance des experts, lui paraît la condition nécessaire mais suffisante pour que des médecins qualifiés n'apportent pas dans leur mission une plus grande part d'erreur que ne le comporte la condition humaine. Il n'approuve pas le droit de récusation par le ministère public et la défense parmi les experts tirés au sort proposé par le Dr Charpentier. Ce droit permettrait précisément de faire pression sur les experts, ce qu'il s'agit d'éviter. Les « experts moyens », qui seuls éviteraient la récusation, ne seraient pas forcément les meilleurs. Enfin, certaines réformes pour être réalisées, certaines thèses pour atteindre l'opinion publique, ont peut-être besoin d'être illustrées par des exemples graves et vivants, ainsi que de la vaste audience d'une Cour d'assises. Il est souhaitable que leurs promoteurs ou leurs partisans puissent se faire entendre.

Szumlanski.

Organisation du prochain Congrès.

Le XXe Congrès international de médecine légale et de médecine sociale de langue française aura lieu en 1935, à Bruxelles, sous la présidence de M. le professeur Heger Gilbert.

Sémiologie du sommeil, essai de neurologie appliquée, par Auguste Tournay. 1 vol. in-8° de 136 pages avec figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La cholécystectomie sans drainage (cholécystectomie idéale), par P.-L. Mirizzi, professeur titulaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Cordoba (Argentine). Un volume de 106 pages, avec 71 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Comment combattre les anomalies infantiles, par le Dr Jacques Roubinovitch, médecin honoraire des hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière, neuro-psychiâtre de l'Institut d'Asnières. — Une brochure 13×18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Fernand Nathan.

IIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Président : M. André Binet

Question a l'ordre du jour

L'INSUFFISANCE OVARIENNE

Rapports

Histologie et physiologie de l'ovaire, par M. le professeur Max Aron (de Strasbourg). — Le rapport débute par un bref rappel des notions fondamentales de l'histologie ovarique. L'auteur y expose d'abord le développement de l'ovaire (stades initiaux ; origine des gonocytes ; histogénèse comparée du testicule et de l'ovaire ; évolution cytologique et structurale de l'ovaire embryonnaire), puis la structure de l'organe, qu'il envisage, d'une part dans la période précédant la maturité sexuelle, d'autre part après l'avènement de la maturité. Il étudie dans ce dernier chapitre le follicule de de Graaf mûr ; la rupture folliculaire et la ponte ; la genèse, la structure et l'évolution du corps jaune ; les follicules atrétiques ; enfin la glande interstitielle.

La deuxième partie, la plus développée, est consacrée à la physiologie de l'ovaire, qui est considérée successivement de deux points de vue : l'action de l'ovaire sur l'organisme, et l'action de l'organisme sur l'ovaire.

Après quelques notions sur l'action de l'ovaire sur l'organisme immaturé, est abordée l'étude de l'action de l'ovaire chez l'animal mûr. Cette étude, précédée par la définition du cycle œstrien, consiste d'abord en l'analyse du retentissement des phases du cycle œstrien (phases préœstrales, œstrales, postœstrales et métœstrales) sur les divers éléments du tractus génital, sur la glande mammaire, sur l'organisme en général ; puis en celle du déterminisme de ce retentissement : l'auteur est ainsi amené à traiter la question des hormones ovariennes, folliculine et progestine. Il définit en conclusion les rapports de synergie et d'antagonisme qui existent entre ces deux hormones.

L'action de l'organisme sur l'ovaire se subdivise également en deux chapitres, dont le premier concerne l'animal immature, et le deuxième l'animal mûr. C'est essentiellement la relation entre l'hypophyse et l'ovaire qui est ici examinée dans ses divers aspects.

Actions réciproques des ovaires et du corps thyroïde, par M. Roland Leven, Mlles Hirsch et Vouaux (de Paris). — M. Roland Leven, Mlles Madeleine Hirsch et Marie-Louise Vouaux présentent le travail de leur regretté Maître Léopold Lévi. La question des rapports entre le corps thyroïde et l'appareil génital de la femme est extrêmement complexe. Les troubles de l'ovaire peuvent retentir sur le corps thyroïde, créant des syndromes ovaro-thyroïdiens, et inversement la pathologie thyroïdienne peut retentir sur l'appareil utéro-ovarien ou entraîner l'atrophie génitale.

Quelles que soient les réactions thyroïdiennes secondaires aux troubles ovariens, elles sont toujours conditionnées par l'évolution de ces troubles ovariens. La rapidité plus ou moins grande de l'évolution pathologique ovarienne nécessitera des efforts d'adaptation différents de l'organisme et du système endocrinien.

Plus important encore paraît être l'état préalable de la glande thyroïde. Suivant son orientation fonctionnelle antérieure, la déviation se fera dans le sens de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie. Un état d'instabilité antérieure rend encore plus aisée la réaction dans le sens de l'hyperthyroïdie.

Ces notions permettent de comprendre les modifications parfois paradoxales de la glande thyroïde après castration, dans l'insuffisance ovarienne, à l'occasion de la puberté, des menstruations, de la grossesse.

La pathologie thyroïdienne peut retentir sur l'appareil utéro-ovarien, réalisant des syndromes thyro-ovariens :

L'hyperthyroïdie et la maladie de Basedow peuvent inhiber le fonctionnement ovarien ou entraîner l'atrophie génitale. Lorsqu'il y a parallélisme entre l'hyperthyroïdie et l'hyperovarie, il s'agit plutôt d'un état constitutionnel que d'un état pathologique. L'insuffisance thyroïdienne peut s'accompagner de symptômes d'hyperovarie (règles abandantes). Plus souvent, il y a parallélisme d'insuffisance thyroïdienne et d'insuffisance ovarienne.

Le syndrome d'instabilité thyroïdienne s'accompagne le plus souvent de symptômes d'hypo-ovarie. Enfin, on peut observer des symptômes d'instabilité thyroïdienne et d'instabilité ovarienne associés.

Dans tous les cas où la prédominance est aux signes d'hypothyroïdie, leur valeur est démontrée par l'influence de la thérapeutique thyroïdienne sur le fonctionnement ovarien, après échec du traitement ovarien.

L'étude des syndromes ovaro-thyroïdiens et thyro-ovariens met différentes notions en lumière :

a) Celle des influences extra-gonales, c'est-à-dire des influences endocriniennes et thyroïdiennes en particulier, sur la physio-pathologie de la menstruation.

b) Celle du passage rapide d'un appareil glandulaire mal développé de l'infantilisme au sénilisme, tel qu'il apparaît dans le syndrome « puberté tardive, ménopause précoce ».

c) Celle de l'influence prépondérante de la glande thyroïde sur l'ensemble des symptômes du vieillissement prématuré de l'organisme, qui est assimilable au neuro-arthritisme.

L'étude clinique de l'insuffisance ovarienne, par M. H. Violet (de Lyon). — Dans son rapport, M. Violet étudie d'abord l'anovarie et ses conséquences physio-pathologiques, il insiste sur les interréactions endocriniennes et en particulier sur l'hyperfonctionnement hypophysaire après castration.

Les insuffisances ovariennes relatives méritent d'être étudiées au point de vue de la fonction génétique et de la fonction végétative. A côté du type aménorrhéique, ou opsoménorréhique bien connu, il y a un type ménorrhagique qui s'accompagne d'hyperplasie de la muqueuse utérine. Celui-ci correspond à une hyperfolliculinémie avec hyperlutéinémie, et c'est l'administration d'extraits de corps jaune qui en est le véritable traitement.

Le type aménorrhéique correspond à une déficience plus complète de l'ovaire et s'accompagne de symptômes d'ordre végétatif (troubles du métabolisme, troubles du système nerveux sympathique et para sympathique). Ces insuffisances ovariennes sont souvent congénitales. Guéries ou améliorées elles constitueront le terrain sur lequel se développeront les insuffisances acquises consécutives soit à des infections utérines, soit à des infections générales, soit à des traumatismes locaux (curettages, opérations conservatrices), soit à des carences d'ordre général, soit consécutives à des interréactions endocriniennes par excès ou par défaut.

Les facteurs psychiques peuvent également jouer un très grand rôle (grossesses nerveuses). Les tests de l'insuffisance ovarienne sont à chercher : les uns sont d'ordre clinique (aménorrhée, bouffées de chaleur, P. H. vaginal), d'autres anatomopathologique : curettage explorateur, d'autres biologiques : recherche de la folliculine dans les urines, excellent dans les cas d'hyperfolliculinémie, très difficiles à apprécier s'il y a défaut de folliculine. Reste le test-thérapeutique qui, lorsqu'il est franchement positif, suivi de modifications organiques nettement constatables, constitue un critérium évident.

Le traitement médical de l'insuffisance ovarienne (Traitement médical général et traitement opothérapique), par M. le professeur agrégé Guy Laroche et Mme Meurs-Blatter (de Paris). — Le traitement médical dans l'insuffisance ovarienne fait l'objet d'un rapport divisé en deux parties :

Dans la première partie, les auteurs font l'étude des indications après avoir éliminé les contre-indications formelles. Les cas susceptibles d'être traités se rencontrent à toutes les périodes de la vie génitale : à la puberté, à l'âge de la maturité sexuelle, à la ménopause. Le traitement variera suivant l'une ou l'autre de ces périodes. C'est là tout le problème.

La thérapeutique générale est détaillée en un tableau synoptique, à la fin de la première partie. C'est parmi les médicaments énoncés et les différents moyens décrits que le gynécologue choisira après discussion ceux qui lui paraissent les mieux indiqués pour combattre les cas si variés d'insuffisance ovarienne.

La deuxième partie est consacrée tout entière à l'opothérapie, qui fait l'objet d'une étude très complète. Après une étude clinique et biologique approfondie des divers produits et préparations utilisés, les auteurs concluent à la nécessité de se rallier, en ce qui concerne la folliculine, à une mesure fixe ou unité internationale sans laquelle l'accord ne peut être établi dans les recherches scientifiques.

En ce qui concerne le choix du produit et la posologie, il est encore impossible, dans l'état actuel de la science, de pouvoir donner des précisions, bien que de nombreuses expériences aient été tentées récemment en vue de rechercher des tests cliniques ou biologiques sûrs. L'étude clinique longuement exposée montre que la valeur pratique de ces tests est encore sujette à caution, mais elle permet d'affirmer que c'est dorénavant du côté de ces recherches patientes que doit venir la lumière.

La discussion à l'heure actuelle reste donc encore ouverte sur le choix des produits et l'emploi des fortes ou faibles doses.

Les auteurs exposent les raisons d'application de leurs méthodes sans se hâter de conclure en se basant sur des faits observés chez les malades examinés et traités. Ils s'appliquent surtout à donner une étude détaillée de la thérapeutique par la folliculine et de celle plus récemment utilisée par les hormones anté-hypophysaires. Ils exposent ce qu'on peut attendre de leur emploi, isolé ou simultané, dans les différents cas cliniques d'insuffisance ovarienne aux diverses périodes de la vie génitale.

Physiothérapie de l'insuffisance ovarienne, par M. P. Lehmann (de Paris). — Les agents physiques permettent, suivant leurs modalités, leur posologie, d'exercer des effets de stimulation, de frénation ou de régularisation du fonctionnement des glandes endocrines et du sympathique, dont les troubles peuvent déterminer la production du syndrome de l'I. O. On peut diviser les agents physiques en deux groupes :

A. Les uns, rayons infra-rouges et ultra-violets, haute fréquence, massage électrique ou galvanique, exercent des actions de surface en un point ou sur toute l'étendue du tégument externe et, en modifiant la circulation superficielle ou en excitant les terminaisons sympathiques, déterminent des incitations qui peuvent par voie réflexe avoir un effet de régulation sur les glandes endocrines. Ces agents sont indiqués dans les I. O. primitives prépubérales et dans les I. O. secondaires, où ils constituent un adjuvant utile du traitement médical et opothérapique.

B. Les autres, diathermie, ondes courtes, radiothérapie, réalisent à l'intérieur des tissus un transport ou une transformation d'énergie et permettent d'obtenir suivant leur posologie des effets de stimulation ou de frénation sur les glandes endocrines. La diathermie abdominale est indiquée dans les I. O. primitives, pré ou post-pubérales, elle est inefficace dans l'I.O. post-opératoire et contre-indiquée dans les I. O. secondaires à une affection ovarienne. Les ondes courtes, en applications générales ou locales, ont les mêmes indications.

La radiothérapie convient aux I. O. primitives post-pubérales, soit sous forme de radiothérapie excitante directe, soit de téléradiothérapie appliquée au tronc, soit de radiothérapie sympathique.

Dans l'I. O. de la ménopause artificielle ou naturelle, la radiothérapie hypophysaire frénatrice fait disparaître ou atténue les troubles fonctionnels. Dans les I. O. secondaires, d'origine thyroïdienne ou surrénale, la radiothérapie thyroïdienne ou surrénale agit sur les troubles ovariens secondaires.

Le traitement chirurgical des insuffisances ovariennes. — M. le professeur Jeanneney (Bordeaux). La chirurgie des insuffisances ovariennes est une chirurgie d'exception, ne s'adressant qu'à quelques rares insuffisances qui résistent à toute thérapeutique et devenant si graves, si gênantes ou si angoissantes pour la malade que celle-ci accepte ou réclame un traitement chirurgical.

Le rapporteur rappelle donc tout d'abord la pathogénie des insuffisances ovariennes et sa complexité, en particulier en ce qui concerne les rapports fonctionnels de l'ovaire et du complexe endocrinien. Dans bon nombre de syndromes l'aplasie ovarienne, n'étant qu'un épiphénomène au cours d'un syndrome hypophysaire, surrénalien ou thyroïdien, toute thérapeutique ovarienne sera inefficace tant que la lésion primitive n'aura pas été traitée.

Relèvent du traitement chirurgical : les insuffisances ovariennes majeures, non compensées, dans lesquelles des critères cliniques (état de mal vaso-moteur, bouffées de chaleur subintrantes), thérapeutiques (insuffisance du traitement médical), et enfin biologiques (courbe de folliculinémie, interférométrie), indiquent qu'il s'agit d'un cas grave ou rebelle. *Ces cas sont malgré tout l'exception.*

Si l'on envisage les différents types d'insuffisance ovarienne : insuffisance congénitale, chirurgicale, insuffisance de la ménopause, on se rend compte que *la chirurgie* des insuffisances ovariennes, *limitée dans son efficacité*, l'est aussi dans ses *indications*.

Ainsi, dans les insuffisances ovariennes congénitales, les unes représentent de véritables aplasies de l'appareil génital dans lesquelles la laparotomie exploratrice permettra de découvrir une cause de l'insuffisance et de tenter un traitement orthopédique. Dans les formes d'infantilisme génital pures, les opérations sur le sympathique et sur l'ovaire ne donnent guère que des résultats médiocres, mais les *victoires que l'on remporte quelquefois légitiment la tentative chirurgicale.*

Enfin, dans les aplasies génitales secondaires à des lésions hypophysaires, surrénaliennes ou thyroïdiennes, le traitement doit viser la lésion première et au besoin recourir à des greffes polyvalentes.

Les insuffisances de la puberté relèvent souvent d'hypoplasie génitale améliorable par la greffe et la sympathectomie, mais elles traduisent souvent aussi des lésions inflammatoires latentes (tuberculose annexielle), et justifient de ce fait l'exploration chirurgicale.

Dans les insuffisances survenant au cours de la vie génitale et d'origine infectieuse ou tumorale (kyste du corps jaune), la chirurgie peut être utile, homogreffe, sympathectomie hypogastrique, résection du nerf pré-sacré, ablation des nerfs malades ; dans la ménopause anticipée, les opérations sur le sympathique pelvien et la greffe ne donnent que

des résultats médiocres, mais c'est surtout la castration chirurgicale qui pose les indications les plus importantes.

Le rapporteur montre ce qu'on peut attendre du traitement conservateur dont les indications restent pratiquement restreintes, et envisage à côté de la chirurgie économique les greffes ovariennes et les conditions de prise du greffon.

Enfin l'insuffisance ovarienne de la ménopause ne sera abordée que lorsqu'elle évoluera anormalement, et encore le bénéfice du traitement restera ici médiocre.

— Le prochain Congrès de la Société française de Gynécologie aura lieu en 1935, à Salies-de-Béarn.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 MAI 1934) [*suite*]

Diabète et infections. Inactivité de l'insuline. Efficacité du sapoïde de platine-acridine. — MM. Renaud et Thésée. Observations permettant de préciser l'influence réciproque du diabète et des états infectieux. Au cours des états infectieux, la glycémie a augmenté, et l'insuline demeura sans action. Un anthrax avait aggravé le diabète ; mais le diabète n'a pas favorisé l'infection. L'état infectieux a cédé et la lésion locale a régressé rapidement sous l'influence de la thérapeutique chimique. Si donc les anthrax présentent un pronostic très grave chez les diabétiques, c'est que le diabète s'aggrave du fait de l'infection, qui conduit à l'acidose. Il faut donc tout d'abord traiter la maladie infectieuse.

(SÉANCE DU 25 MAI 1934)

Abcès staphylococcique primitif du foie. — MM. Labbé, Boulin et Dreyfus. Abcès staphylococcique du foie amenant la mort en un mois. L'abcès atteignit les dimensions d'une mandarine. Pas d'autres abcès dans le foie ; voies biliaires normales. Staphylocoques dans le sang. Le malade succombe à la septicémie malgré l'intervention.

Grand abcès du foie à staphylocoques après cholécystectomie, mais d'origine furonculeuse. — MM. P. Carnot et J. Caroli.

Grand abcès staphylococcique du foie. Son diagnostic par ponction et injection séro-lipiodolée. — MM. P. Carnot et René Cachera.

Bacillémie tuberculeuse. Son intérêt au début de la tuberculose chez l'enfant. — MM. Debré, Saenz et Broca. Pour les auteurs, c'est au milieu de Lœwenstein qu'il faut donner la préférence quand il s'agit de pratiquer l'isolement du bacille tuberculeux. De leur remarquable étude, il faut retenir la notion d'une migration bacillaire au début de la tuberculose chez les enfants et les nourrissons qui viennent d'être infectés, pendant que se constitue chez eux la lésion initiale et que virent les réactions tuberculiniques. La dispersion initiale témoigne d'une migration discrète et éphémère de quelques unités bacillaires au début de la maladie avant leur fixation par les tissus du poumon, les ganglions et le tissu réticulo-endothélial de la rate.

Coma insulinique chez un sujet non diabétique. Guérison après rachicentèse. — MM. Azerad, Motte et Vercier. **Injection de 15 unités d'insuline pour une cure d'engraissement. Coma complet deux heures après l'injection.** Disparition du coma après une ponction lombaire qui permet d'extraire 10 cmc. de liquide céphalo-rachidien. Il résulte de ce fait : 1° que le coma dit hypoglycémique est en relation avec un trouble du métabolisme glucidique, mais demeure indépendant du taux de la glycémie ; 2° que le coma peut être considéré comme lié à un œdème aigu méningo-cérébral.

Ostéosarcome au cours de la maladie de Paget. — MM. Hagueneau, Gally et Daune. Maladie de Paget au cours de laquelle se produisit une transformation sarcomateuse. Mort rapide par généralisation néoplasique. A signaler la sédation remarquable due à la radiothérapie profonde, employée à doses suffisantes. Cette action est favorable dans des sarcomes de diverses origines.

Cavernes géantes en lames. — MM. Ameuille et Le Melletier. Deux observations de cavernes géantes pluri-lobulaires du poumon gauche dans lesquelles les dimensions apparentes en hauteur et en largeur étaient considérables cependant que la cavité elle-même était mince au point que 1 à 2 cc. au plus séparaient des parois dans leur éloignement extrême.

Diabète rénal par néphrite toxique aurique. — MM. P. Bourgeois, Loireau et Giraud. Malade chez lequel à la fin d'une série d'injections intra-veineuses de crisalbine on constate la présence d'une glycosurie atteignant 20 gr. par 24 heures sans hyperglycémie et sans trouble de la glycorégulation. Le taux de l'urée s'élevait à 0,69, la constante d'Ambard à 0,22. Disparition de tous les troubles en six semaines. Les sels d'or ont donc abaissé le seuil du glycose comme le fait expérimentalement la phlorigine.

Zona dans le territoire du nerf médian gauche 26 jours après une piqûre opératoire au médius gauche au cours d'une éviscération du globe oculaire atteint de fonte purulente de la cornée, suite d'un zona ophtalmique. — MM. Netter et Ernoul. Malade atteint de zona frontal et palpébral depuis 1933 : trouble de la cornée suivi de fonte purulente. Eviscération du globe oculaire. Le chirurgien se pique au cours de l'opération au médius gauche. Douleurs fulgurantes dans le bras. Apparition de placards de zona de l'aisselle et du membre supérieur. Les deux enfants du chirurgien sont atteints de varicelle généralisée. Le virus du zona a pénétré au moment de la piqûre à l'extrémité des filets nerveux et a gagné en suivant le nerf médian le ganglion intervertébral correspondant pour reprendre au sens centrifuge le même chemin et provoquer l'apparition des éléments éruptifs.

Electro-cardiographie dans les états de mort apparente. — MM. Duvoir et Pollet. Tracés électrocardiographiques dans deux cas de mort apparente : apparition de contractions ventriculaires anarchiques avec un mélange de fibrillations auriculaire et ventriculaire. Les tracés démontrent que l'excitabilité musculaire cardiaque peut persister plusieurs heures après le moment où la mort a paru réelle.

Aleucémie hémorragique à streptocoques. — MM. Brodin et Dumas. Aleucémie hémorragique apparue chez une femme jeune en bonne santé sans cause d'intoxication antérieure. L'agent pathogène semble avoir été le streptocoque hémolytique que mirent en évidence deux hémocultures et qui expérimentalement présentait des affinités pour le foie.

Cirrhose atrophique de Laënnec latente. — M. Caussade. Il existe des cirrhoses atrophiques qui ne se révèlent que par des troubles gastro-intestinaux et dans lesquelles

l'ascite fait défaut. L'action antitoxique du foie est cependant abolie et la mort survient par une affection intercurrente ou par une infection (érysipèle). La cirrhose peut être une trouvaille d'autopsie. L'intégrité de nombreuses veines et la constatation de lacés vasculaires développés en pleine sclérose du foie peuvent expliquer l'absence des phénomènes primordiaux.

Orchi-épididymite à paratyphique B sans pyélo-cystite. — MM. Faure-Beaulieu et Lévy-Bruhl. Les complications urinaires des infections paratyphiques peuvent se présenter sous ces formes.

1° Pyélo-cystite par « diabète microbien », selon l'expression de Jansion ;

2° Pyélo-cystite compliquée d'orchi-épididymite ;

3° Orchi-épididymite sans pyélo-cystite. En l'espèce, il s'agirait de cette dernière forme.

Hépatomégalies polycoriques. — MM. Debré, Semelaigne, Nachmansohn et Gilbrin. Il s'agit sous ce nom d'un groupe nosologique caractérisant une maladie congénitale, chronique, sans lien avec la syphilis héréditaire.

Symptômes : hypertrophie du foie, absence de splénomégalie, retard de la croissance staturale, répartition anormale des graisses de couverture, développement irrégulier des masses musculaires, troubles du métabolisme des glucides et du métabolisme des lipides. Conjointement troubles nerveux, ictère passager, hémorragies sous-cutanées, urobilinurie, sels biliaires dans les urines. Il s'agit sans doute d'un trouble neuro-endocrinien.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 13 juin 1934)

Ostéosynthèse du fémur. M. Fredet reconnaît la difficulté de la synthèse de la diaphyse fémorale. Le traitement sanglant peut avoir des indications précises. La traction continue avant l'intervention est utile, car elle facilite la réduction. La voie antérieure sera surtout employée pour les fractures de la partie moyenne ; la voie externe est préférable aux fractures hautes.

M. Alglave pense qu'il est possible de mobiliser très précocement le membre après toute ostéosynthèse.

M. Sorrel estime aussi que le traitement sanglant est une thérapeutique d'exception. La traction avec une broche de Kirschner lui paraît préférable.

M. Ombrédanne rappelle les dangers de l'ostéosynthèse avec matériel perdu chez d'enfant.

M. Picot a fait des ostéosynthèses chez l'enfant, mais il enlevait systématiquement les plaques au bout de 20 jours.

M. Leveuf ne fait jamais d'ostéosynthèses chez l'enfant.

M. Mathieu est partisan de la traction avec la broche de Kirschner dans la grande majorité des cas.

Volvulus du cœcum. — MM. Sauvé et Lejeune rapportent deux observations de volvulus du coecum. La torsion de 360° environ, s'était faite autour d'une bride tendue entre le côlon ascendant et la fosse iliaque. Guérison par détorsion, section de la bride et colopexie.

M. P. Duval insiste sur le rôle constant d'une bride à l'origine des volvulus.

M. Mondor rappelle divers cas de volvulus observés par lui.

M. Grégoire confirme la fréquence de l'existence d'une bride dans les cas de volvulus.

Sympathectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Proust rapporte un travail de M. Alvarez d'Oviedo) sur l'ablation des 2e, 3e et 4e ganglions thoraciques.

Anévrysme cirsoïde de la main. — M. Bazy montre de très belles radiographies obtenues après artériographie.

Entorse tibio-tarsienne. — M. Sénèque rapporte un cas où l'intervention immédiate montra l'existence d'une rupture totale du faisceau antérieur du ligament latéral externe.

Arthroplastie du genou. — M. Redon montre un beau résultat.

Suture osseuse. — M. Leveuf présente une anse métallique amovible pour suture osseuse.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 26 mai 1934)

Sur l'immunité antitétanique naturellement acquise chez quelques espèces de ruminants. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer ont constaté que les bovidés d'Afrique et d'Asie, de même que ceux de France et d'Italie, sont capables d'acquérir l'immunité antitétanique. Sur 75 sujets examinés, 58 possèdent dans leur sérum des quantités variables d'antitoxine spécifique. Les autres ruminants : zébus, buffles, chameaux, dromadaires, peuvent également acquérir cette immunité, l'antitoxine tétanique est présente en quantités plus ou moins fortes.

La richesse relative en antitoxine spécifique des sérums des ruminants semble être en rapport avec la flore microbienne du sol sur lequel vivent ces animaux. En effet, l'immunité antitétanique se montre d'autant plus prononcée que les terrains sont plus tétanigènes, ce qui nous est indiqué par la fréquence relative du tétanos dans ces régions.

La présence d'antitoxine tétanique d'origine naturelle en quantité plus ou moins abondante chez la plupart des représentants des espèces de ruminants examinés (bovins, ovins, caprins, buffles, zébus, chameaux, dromadaires), son absence chez l'homme, le cheval, le porc et le chien, viennent apporter de nouveaux arguments à l'appui de l'hypothèse que nous avons émise sur le mécanisme de l'immunité antitétanique naturelle et sur le rôle favorisant des réservoirs gastriques dans l'établissement de cette immunité chez les ruminants.

Le rôle des poux dans l'épilepsie de Brown-Séquard du cobaye. — MM. Ph. Pagniez, A. Plichet, P. Salles et R. Laglane, poursuivant leurs recherches sur l'épilepsie du cobaye obtenue suivant la technique de Brown-Séquard, ont été amenés à faire des constatations curieuses et très inattendues sur le rôle des poux dans le déterminisme de ces crises d'épilepsie.

La zone épileptogène chez les cobayes préparés par cette méthode est envahie par de très nombreux poux, phénomène qu'avait déjà vu Brown-Séquard. Or, des expériences des auteurs, il résulte que l'épouillage de cette zone épileptogène soit par le xylol, soit par la simple tonte des poils, a pour effet de supprimer complètement l'aptitude épileptique. Avec la repousse des poils, les parasites envahissent de nouveau la zone, et on peut derechef déterminer par son pincement une crise d'épilepsie comme avant l'épouillage.

L'indice chromique résiduel chez le chien dépancréaté. — MM. Léon Binet et Michel Polonowski ont vu, chez cinq

chiens dépancréatés non traités par l'insuline, l'indice chromique résiduel augmenter de façon considérable, parallèlement à l'élévation de la glycémie. Chez deux autres chiens dépancréatés et traités par l'insuline, les variations de l'indice chromique résiduel accompagnent régulièrement celles de la glycémie. Les auteurs concluent que l'étude de cet indice renseigne utilement, de façon globale, sur le métabolisme intermédiaire glucidique.

Les albumines du sang dans la paralysie générale avant et après malariathérapie. — MM. P. Mollaret et J. Tonnet ont constaté, chez 9 paralytiques généraux impaludés, des modifications des albumines du sang plus variables qu'après pyrétothérapie par l'huile soufrée. Le taux de l'albumine totale baisse dans les deux tiers des cas, mais le quotient albumineux présente dans la paralysie générale une élévation importante, s'opposant à la diminution habituellement constatée pendant la période secondaire de la syphilis.

Action des substances sympathicolytiques sur la mydriase et la sudation adrénaliniques. Rapports avec les phénomènes de libération. — M. G. Ungar et Mlle M.-A. Zerling ont constaté que l'administration préalable d'ergotamine ou de yohimbine permet à l'adrénaline d'exercer ses actions mydriatique et sudorale, alors que ces actions ne se manifestent pas sur l'animal non préparé et sur les organes normalement innervés. Les sympathicolytiques pourraient donc, dans certains cas, au lieu de produire une inversion libérer un effet sympathique latent.

Nouvelle méthode d'exploration de la circulation cérébrale par la mesure simultanée de la pression artérielle rétinienne et de la pression artérielle générale. — MM. G. Ungar et P. Desvignes pensent que la comparaison entre les modifications de la pression rétinienne et celles de la pression artérielle générale peut renseigner avec précision sur les réactions vasomotrices cérébrales dans diverses conditions.

La thyroïde de souris porteuses d'une greffe de lymphosarcome. — MM. L. Mercier et L. Gosselin. Alors que chez les souris atteintes spontanément de lymphosarcome, la thyroïde possède une structure traduisant un phénomène d'hyperactivité très accentué, les auteurs ont constaté que chez les souris porteuses de tumeurs de greffe et n'ayant pas atteint l'âge du cancer (4 mois), la thyroïde présente une structure qui peut être interprétée comme correspondant à un métabolisme peu différent de celui que l'on est à même d'observer chez des souris normales de même âge.

Il faut donc admettre qu'une greffe de tumeur pratiquée sur une souris n'ayant pas atteint l'âge auquel la diathèse cancéreuse est susceptible d'apparaître, se comporte vis-à-vis de la thyroïde comme une greffe homéoplastique d'un tissu sans spécificité marquée.

Action comparative sur la croissance du cobaye, du blé germé, du blé bouilli et du son. — M. P. Lépine et Mlle F. Bilfinger, recherchant l'action eutrophique des graines sur des cobayes dont la croissance est ralentie ou arrêtée par un régime carencé, ont constaté que la germination à laquelle on soumet préalablement les grains de blé est une complication inutile, car les grains de blé dont le germe a été tué par ébullition donnent des résultats identiques ou supérieurs à ceux donnés par le blé germé. L'effet obtenu chez les témoins à la ration desquels on ajoute 25 grammes de son, montre que l'action eutrophique est due aux substances contenues dans le périsperme des grains.

Relation entre le développement des bacilles lactiques d'origines différentes, cultivés sur bouillon de Touraillon, et la quantité d'acide lactique produit. — M. H. Villette signale que le nombre des bacilles et la quantité d'acide lactique croissent en général en même temps, sans qu'il y ait proportionnalité entre la durée de la culture et la quantité de bacilles, ni entre la quantité de bacilles et celle de l'acide lactique produit.

En cultures prolongées, la production d'acide lactique ralentit pendant que le nombre de bacilles croît encore, puis décroît ultérieurement. Le rapport entre l'acide lactique produit et le nombre de bacilles varie avec les races microbiennes.

Sur un principe toxique cataleptisant décelé dans la bile de tubage duodénal de cinq malades atteints d'ictère. Catatonie et ictère. Données expérimentales et cliniques. — MM. H. Baruk et Louis Camus ont pu reproduire en utilisant la bile recueillie par tubage duodénal de malades atteints d'ictère une catalepsie typique et impressionnante chez le pigeon. Cette catalepsie expérimentale a été réalisée cinq fois sur les cinq malades ictériques. Par contre, la bile de sept autres sujets non ictériques, n'a jamais déterminé de catalepsie, même à la suite de tubages et d'épreuves expérimentales répétées.

Il existe donc dans la bile de tubage de certains malades atteints d'ictère un principe toxique cataleptisant. Ces propriétés cataleptiques ne sont le fait ni des sels biliaires, ni des biles vésiculaires animales de bœuf ou de porc expérimentées à titre de comparaison.

Les auteurs rapprochent ces données expérimentales de certains faits cliniques de parallélisme de catatonie et de poussées d'ictère, et ils signalent l'intérêt du facteur ictère dans l'étiologie de certains cas de catatonie.

Les paralysies biliaires expérimentales. — MM. H. Baruk et Louis Camus ont étudié précédemment l'action somnolente et les perturbations végétatives déterminées chez les animaux par l'injection sous-cutanée de biles humaines de tubage duodénal. Lorsqu'on utilise des doses plus fortes de biles, on peut déterminer des paralysies.

Les auteurs étudient la séméiologie de ces paralysies biliaires expérimentales. Celles-ci consistent soit dans une paralysie locale voisine du point d'injection, soit dans une paralysie homolatérale, soit dans une paralysie généralisée. Cette dernière s'accompagne fréquemment de troubles respiratoires (bradypnée) suivis de la mort de l'animal.

A côté de ces paralysies précoces, il faut distinguer des paralysies tardives consécutives à des injections répétées ; ils ont ainsi pu observer une paraplégie progressive du train postérieur chez un chat.

Les auteurs attribuent ces paralysies biliaires surtout à l'*action des sels biliaires*. Ces derniers peuvent produire non seulement des paralysies motrices, mais neuro-végétatives.

La courbe d'absorption des solutions d'azobilirubine en fonction du pH. — MM. Marcel Laemmer et J. Beck rappellent que, parmi les techniques proposées pour le dosage de la bilirubine des milieux biologiques, celles du « diazonium » se sont révélées les plus exactes. Au début, on a évalué les teintes d'azobilicouleur à l'aide d'étalons colorés artificiels, mais l'on a constaté que souvent les nuances comparées étaient loin d'être exactes et faussaient les résultats.

Les causes de ces variations furent recherchées et un certain nombre d'auteurs émirent l'hypothèse que le changement de teintes était fonction du pH. Après Taku Uemura, qui étudia l'absorption ultra-violette des colorants oxyazoïques en fonction du pH, les auteurs ont envisagé le même problème plus particulièrement pour l'azobilirubine.

Ayant préparé en chambre noire une solution de bilirubine et ayant fait le couplage au diazoréactif fraîchement préparé, on a ajouté l'acide chlorhydrique en concentration variable : les teintes alors obtenues s'échelonnent du rose au bleu violet. Celles-ci furent examinées au spectrophotomètre d'Yvon. On constata que la longueur d'onde des bandes augmentait parallèlement avec le pH. Le maximum d'acidité se présente quand on emploie de l'acide chlorhydrique concentré, et se situe aux environ de pH = 0,65. A cette acidité correspond une bande d'absorption dans le voisinage de la longueur d'onde de 545 mμ.

La conclusion pratique est l'obligation de déterminer le pH de la solution bilirubinique obtenue par diazotation quand on veut faire un dosage précis de la bilirubine par colorimétrie.

Le dosage de la bilirubine dans le sang. — MM. Marcel LAEMMER et J. BECK présentent une réaction basée sur la diazotation de la bilirubine à l'aide du réactif d'Ehrlich-Pröscher. Leur technique a l'avantage de donner le maximum de renseignements avec le minimum de sérum (1 cc.) et dans le plus court délai qu'on puisse demander.

Le dosage de la bilirubine sanguine se fait par colorimétrie, et ce dosage, d'une très grande exactitude, permet d'apprécier : la *qualité* de la bilirubine (bilirubine directe des ictères mécaniques ; bilirubine indirecte des ictères hémolytiques ; bilirubine biphasée des ictères toxiques), et la *quantité* de la bilirubine (extractible totale, libre, adsorbée).

Les effets oculaires, particulièrement sur la pression artérielle rétinienne, de la sympathectomie carotidienne chez l'homme. — MM. MAGITOT et DESVIGNES.

De l'existence d'une dissociation physiologique entre la sécrétion du liquide folliculaire et celle de la folliculine. — M. R. MORICARD rappelle que, par action des rayons X sur l'ovaire de souris adulte, Parkes a pu obtenir la persistance de sécrétion de la folliculine en l'absence de développement folliculaire. Ces faits, en contradiction avec les expériences d'Allen et Doisy, d'Aschheim et Zondek, ont amené à rechercher si la sécrétion de la folliculine et celle du liquide folliculaire ne constituaient pas deux phénomènes habituellement simultanés, mais différents.

L'étude du chondriome et de la zone de Golgi des cellules de la granulosa semble montrer que le liquide folliculaire sécrété par ces cellules ne peut « sortir » du follicule en développement. La folliculine qui se trouve dans le liquide folliculaire serait très vraisemblablement sécrétée par les cellules de la ligne interne, d'où elle pénétrerait dans le liquide folliculaire.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANALGÉSIE CUTANÉE PAR APPLICATIONS EXTERNES DE PERCAINAL (1)

Par le docteur Robert MORVAN (de Pontivy).

De nombreuses études, parues depuis quelques années, ont mis en lumière les propriétés insensibilisantes remarquables de la percaïne. Cet anesthésique, dont la puissance est considérable et dont l'action est très prolongée, trouve des applications médicales assez nombreuses. Indépendamment de celles comportant l'injection d'une solution plus ou moins diluée (névrites, viscéralgies), il en est d'autres, très fréquentes, où sous forme d'un onguent à 1 p. 100 (percaïnal), l'analgésie durable procurée par cette substance est des plus bienfaisantes.

Tous les prurits, d'abord instantanément soulagés par le Percaïnal, laissent reposer le malade et ne sont plus aggravés par les lésions secondaires de grattage. Les affections fissuraires, les hémorroïdes, les ulcères variqueux, bénéficient aussi à un haut degré de l'application de cet onguent, onctueux et doux, facilement émulsionnable, peu graissant. Chose intéressante à noter, les algies thoraciques des tuberculeux, les pleurodynies et douleurs costales que les porteurs de pneumothorax présentent si fréquemment, sont largement soulagées par des frictions renouvelées deux fois par jour sur la zone douloureuse.

Dans les panaris, le Percaïnal procure aussi une sédation très appréciable et permet même, dans les cas de panaris superficiel, l'ouverture indolore après application sous pansement légèrement occlusif. A signaler, enfin, l'analgésie de certains cancers ulcéreux inopérables et très douloureux qui, sous de larges applications de Percaïnal, cessent de torturer les malades qui en sont porteurs et qui, à la faveur de cet apaisement durable, peuvent du moins traverser sans trop souffrir la dernière période de leur maladie.

LIVRES NOUVEAUX

L'artériectomie dans les artérites oblitérantes. Etude expérimentale et thérapeutique (1), par R. LERICHE, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et P. STRICKER, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

On sait le vif intérêt que provoquent les travaux de physiologie pathologique chirurgicale du professeur Leriche et, notamment, ceux qu'il a consacrés à la chirurgie du sympathique.

Indépendamment de l'intérêt que présente en thérapeutique ce nouvel ouvrage sur le traitement de l'oblitération artérielle par l'artériectomie, il soulève un grand problème, celui du mécanisme des actions vaso-motrices et remet en chantier nos idées sur la vaso-motricité. Voici comment :

L'artériectomie est toujours suivie d'une vaso-dilatation active, avec hyperthermie dans le segment d'aval, à condition, évidemment, que les voies périphériques superficielles et profondes soient libres. C'est ce fait paradoxal, mais d'une parfaite objectivité, aisément enregistrable, qui lui donne sa valeur thérapeutique. Il est malheureusement incompatible avec les idées régnantes en physiologie sur l'innervation vasculaire.

On dit généralement que l'innervation des vaisseaux est segmentaire. Comment se fait-il alors que la résection d'un segment artériel oblitéré, qui ne devrait interrompre que localement les actions vaso-motrices, aussi bien constructives que dilatatrices, influe sur toute la partie sous-jacente, en y produisant un état de vaso-dilatation active ?

Les physiologistes ont ignoré ces faits jusqu'ici. Ils ne pouvaient les observer chez les animaux, et il a fallu l'expérience chirurgicale pour qu'on s'en avise.

Ces recherches expérimentales justifient les idées défendues par le professeur Leriche depuis plusieurs années, et les procédés thérapeutiques nouveaux qui cherchent à sauver les membres des artéritiques, c'est-à-dire les sympathectomies et l'artériectomie.

(1) *Vie méd.*, 10 nov. 1933, n° 21.

(1) In-8 de 198 pages avec 78 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire

SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

r.c. 18.000

Roger Dacosta. Edit.

Bien qu'il y ait encore beaucoup de points obscurs qui gênent dans les indications thérapeutiques chez l'homme, on peut dire aujourd'hui qu'il y a mieux à faire devant un artéritique que d'attendre l'heure de l'amputation. Nous avons vraiment pour les artéritiques une thérapeutique conservatrice éprouvée et à base expérimentale sûre. On la trouvera exposée dans cet ouvrage.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU TABES [1]

H. Troubles psychiques. — L'association P. G. et tabès n'est pas aussi rare qu'il est classique. Rechercher : 1° les *troubles démentiels* plus ou moins dissociés ; 2° le *tremblement ;* 3° les *troubles de l'écriture ;* 4° les *troubles de la parole.*

Une fois l'examen neurologique terminé, noter :

1° Les antécédents syphilitiques : notion de chancre, date du chancre ; traitement suivi.

2° Les stigmates syphilitiques ou les tares associées :

Myocardite syphilitique ;

Aortite : parfois une *aortite,* une *ectasie* peuvent être *latentes cliniquement et décelées seulement par l'étude radiologique (syndrome de Babinski-Vaquez) ;*

Leucoplasies ;

Cicatrices (avec pourtour pigmenté).

Au point de vue du traitement, il importe de voir :

L'état du foie (volume, sensibilité, limites, épreuves de saignement et de coagulation, galactosurie) ;

L'état du rein (azotémie, constante d'Ambard) ;

L'état des dents.

L'examen clinique doit donc être complet et minutieux. Il est bon de faire toujours :

1° *Un examen du sang :* non seulement Wassermann, mais *les différentes réactions sérologiques syphilitiques* (Kahn, Hecht, Calmette, Massol, Vernes-Péréthynol, Meinicke KR[2]) *qui peuvent être dissociées.*

2° Des examens spéciaux : 1. fond d'œil ; 2. laryngoscopie ; 3. radiologie, comme nous l'avons vu.

3° *Une ponction lombaire :* on étudiera, dans le L.C.R. : *a*) la tension au manomètre de Claude ; *b*) la lymphocytose ; *c*) l'albuminose ; *d*) la réaction du benjoin colloïdal ; *e*) la réaction de Wassermann.

Les modifications cliniques, sanguines et celles du liquide céphalo-rachidien sont capitales dans l'évolution du tabès.

EVOLUTION

I. Il est classique de considérer trois phases dans le tabès : *a*) troubles préataxiques ; *b*) ataxie confirmée ; *c*) cachexie terminale.

On ne voit plus guère aujourd'hui que les tabétiques à la période préataxique ou à la phase d'ataxie plus ou moins nette.

II. Certains auteurs classent les tabès en : *a*) tabès évolutifs ; *b*) tabès fixé ; en se basant sur les modifications des signes cliniques, de la sérologie, les réactions du liquide céphalo-rachidien.

En particulier, dans les tabès évolutifs, on aurait : une hypertension du L.C.R.; une lymphocytose, une albuminose, un benjoin colloïdal avec précipitation irrégulière (formation de clochers) dans la zone syphilitique (premiers tubes).

III. En réalité, il est difficile de se baser sur les modifications de la sérologie et du L.C.R. pour dire tabès évolutif ou tabès fixé : l'étude clinique attentive et plusieurs examens successifs du L.C.R. sont souvent nécessaires pour mieux juger l'évolution du tabès. Certains auteurs considèrent actuellement que les tabès fixés ne sont que des tabès évolutifs d'allure lente ou essentiellement irrégulière.

DIAGNOSTIC

1° Positif. — Basé essentiellement sur le syndrome d'Argyll-Robertson ; le Romberg ; l'hypotonie musculaire ; l'abolition des réflexes tendineux, et sur les signes concomitants de syphilis.

2° Diagnostic de la variété de tabès. — a) Suivant le siège : *tabès dorsalis, dorso-lombaire ; tabès dorsal supérieur ; tabès cervical ; tabès céphalique ; tabès sacré.*

b) *Suivant les symptômes : tabès ataxique ; tabès préataxique ; tabès-cécité, tabès amaurotique ; tabès polyarthropathique ; tabès amyotrophique ; tabès et P. G. ; tabès et sclérose combinée.*

c) *Suivant l'âge et le sexe,* etc. : *tabès infantile et juvénile* des *hérédo-syphilitiques ;* tabès *conjugal.*

3° Diagnostic différentiel. — Facile, en général.

1. *Pseudo-tabès polynévritiques :* alcooliques, *diabétique,* diphtérique.
2. *Radiculites, crises viscérales d'autres causes,* etc...
3. *Paralysies oculaires :* encéphalite, diphtérie...
4. *Syndromes cérébelleux.*
5. *Les troubles trophiques de la syringomyélie.*

En présence de troubles si divers qui marquent parfois isolément le début de l'affection, *il faut savoir penser au tabès.*

PRONOSTIC

Aussitôt fait le diagnostic de tabès, on mettra le malade au traitement antisyphilitique ; l'examen complet du malade permettra de voir quel est le médicament de choix et la méthode à employer.

Pour quelques auteurs (M. Pinard, Milian), employer le novarsénobenzol aux doses habituelles, croissantes, avec un repos minimum (21 jours) entre les séries.

Pour d'autres, le cyanure de mercure et le bismuth sont surtout à conseiller :

a) Soit aux doses habituelles (Alajouanine) ;

b) Soit aux doses minimes, fractionnées mais plus souvent répétées (P. Chevallier).

Par le traitement antisyphilique, on obtient la disparition des douleurs et la « fixation » du tabès.

Savoir réserver le pronostic.

1. Pronostic immédiat. — Ictus laryngé toujours possible, avec mort subite ; tares viscérales associées avec leur pronostic.

2. Pronostic tardif. — Même par un traitement bien conduit, on ne peut espérer faire régresser les lésions : le malade reste un infirme et un syphilitique que l'on doit surveiller attentivement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 51, p. 938; n° 53, p. 974.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

ATONIE INTESTINALE
POST-OPÉRATOIRE

PROSTIGMINE
"ROCHE"

Une injection de 1cc sous-cutanée ou intramusculaire indolore
déclanche l'évacuation des gaz
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée.
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,26. Seine.

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES

De 1 à 2 ampoules par jour ou tous les 2 jours. Séries de 15 à 20 injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction — Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 14 JUILLET 1934. — N° 56.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les lobites tuberculeuses (fin), par MM. H. Warembourg et L. Christiaens (de Lille).

INAUGURATION DU MONUMENT D'ÉMILE ROUX A L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

PRATIQUE MÉDICALE

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Active.) — *Au grade de commandeur.* — MM. Salzes et Jarland.

Au grade d'officier. — MM. Gaud, Beau, Touzet, Le Landais, Cheneby, Baron, Sciaux, Royer, Létang, de Gaulejac, Martinet. Noël, Membrey, Nugue, Robert, Perdrizet, Jehl, Masson, Mulot, Pernin, Arlabosse, Fleury, Gaubil, Pochoy, Blandin, Taries.

Au grade de chevalier. — MM. Pierron, Bonnardel, Prunet, Sébillot, Uberti, Gleize, Dapot, Guillamet, Le Floch, Badouin, Marion, Farinaud, Pons.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Bargues, reçu premier au concours de 1934, est nommé médecln chef du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), en remplacement de M. le docteur Ducoudray, appelé à d'autres fonctions.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a abordé la réforme de l'agrégation et supprimé 9 sections sur 24.

Les sections maintenues sont les suivantes :

Anatomie, histologie, histoire naturelle médicale et parasitologie, physiologie, chimie médicale et physique médicale, pharmacologie et matière médicale, médecine générale, chirurgie générale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, obstétrique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Le projet adopté comporte encore la suppression des épreuves écrites, l'augmentation du coefficent affecté à l'épreuve des titres qui, avec une leçon orale, devient le seul examen de la première série, la deuxième série comprenant une leçon d'une heure avec préparation libre et une épreuve pratique ou clinique. Enfin l'anonymat est supprimé.

UNION THÉRAPEUTIQUE. — L'Union thérapeutique, dont la création avait été prévue et demandée par de nombreux collègues français et étrangers, lors du Ier Congrès français de thérapeutique de Paris, est constituée.

Son but est d'établir entre ses membres des échanges de vue fréquents sur les différents problèmes de la thérapeutique, de désigner le siège du Congrès futur et son président, de choisir avec lui les sujets de rapports et les rapporteurs.

La première séance plénière aura lieu le samedi matin 20 octobre 1934, à 11 h., à Paris, à la Faculté de médecine (salle Pasteur).

Une séance solennelle organisée par la Société de thérapeutique aura lieu les vendredi 19 et samedi 20 octobre 1934, à 16 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris.

La thérapeutique de la cholestérolémie y sera exposée par MM. E. et H. Biancani, par M. le professeur agrégé Chabrol, par MM. le professeur agrégé Guy Laroche et Grigaut, par M. le docteur Léon Tixier, par MM. le professeur Villaret et Justin-Besançon.

Nous croyons utile de signaler que cette séance solennelle est rattachée au Congrès de la Presse médicale latine qui a lieu aux mêmes dates.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Maurice Pierre, chirurgien de

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

l'hôpital de Châtellerault; le médecin-colonel Jacquinot, médecin chef de l'hôpital militaire thermal d'Amélie-les-Bains; le docteur Caillé (de Villeneuve-d'Aveyron); le docteur J.-M. Durand, ancien président de la Société de médecine de Bordeaux et l'un des fondateurs du sanatorium girondin en 1889.

Congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. — Ce Congrès se tiendra à *Chamonix-Mont Blanc*, les 3, 4 et 5 septembre 1934, sous la présidence du prof. Paul Carnot. Il est organisé avec le concours du prof. Latarget (de Lyon) et de l'Association internationale médico-sportive.

Les secrétaires généraux sont le Dr Henri Godlewski (Paris) et le prof. Cordier (Lyon).

Une série de questions, intéressant les médecins biologistes, cliniciens (médecins scolaires notamment) et sportifs, sont à l'ordre du jour et font l'objet de rapports dont se sont chargés d'éminents savants français et étrangers ; le *but du congrès est de donner à l'éducation physique et aux sports. une impulsion et une surveillance scientifiques et médicales, de plus en plus nécessaires.*

Des démonstrations sportives auront lieu (notamment par l'école de haute montagne de la 14e région). Des excursions, des ascensions en téléfer, des réjouissances diverses sont organisées, ainsi qu'une randonnée en haute montagne pour les participants très sportifs.

Les médecins inscrits, ainsi que leurs familles, auront, avant et après le congrès *à partir du 25 août*, des réductions de prix intéressantes dans les hôtels des diverses catégories de Chamonix.

La cotisation au Congrès (100 fr.) donne droit aux deux volumes des rapports et des communications, deux ascensions par téléfer, aux réductions d'hôtel et de chemin de fer, etc...

Adresser dès maintenant, les demandes de renseignements, ainsi que les cotisations au Dr Agnel, trésorier et secrétaire régional à Chamonix-Mont-Blanc (Haute-Savoie).

Pour l'exposition qui aura lieu pendant le Congrès, s'adresser à M. Maujoint, 25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (Danton 99-98).

2e Congrès national des Médecins Amis des Vins de France. — Ce Congrès organisé par la Section Méridionale des Médecins amis des Vins de France et par l'association de propagande pour le vin, sera placé sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, Président du Conseil des ministres, et la présidence effective de M. Queuille, ministre de l'Agriculture.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat permanent, 72, allées Paul-Riquet, Béziers. Ds A. Lignières, secrétaire général.

IXe Congrès français de la tuberculose. — Ce Congrès aura lieu du 17 au 20 avril 1935 à Rabat, à l'époque de Pâques, sous le haut patronage de M. le résident général du Maroc.

Le bureau est ainsi composé : MM. Colombani, président ; Léon Bernard, Bezançon, Courmont, Gaud, Leuret, Rist et Sergent, vice-présidents ; Courcoux, Lapin et Poix, secrétaires généraux ; Bonjean et Royer, secrétaires généraux adjoints, et Masson, trésorier.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

I. — *Question biologique.* — « Le rôle de l'ultra-virus tuberculeux en pathologie humaine et expérimentale ». Rapporteurs : MM. Arloing et Dufourt (Lyon), H. Durand et Vaudremer (Paris).

II. — *Question clinique.* — « Indications et résultats de la thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ». Rapporteurs : MM. Leuret et Caussimon (Bordeaux), Maurer et Rolland (Paris).

III. — *Question médico-sociale.* — « La tuberculose et la lutte antituberculeuse en Afrique du Nord », avec 4 rapports : I. Algérie : M. Aubry (Alger) ; II. Tunisie : MM. Masselot et Bloch (Tunis) ; III. Maroc : MM. Lapin et Bonjean (Rabat) ; IV. Afrique occidentale française : M. le médecin-colonel Blanchard (Dakar).

IV. — *Question médico-militaire.* — « La prophylaxie de la tuberculose dans la marine ». I. Marine de guerre : rapporteurs : MM. les médecins en chef Plasy et Hederer (Toulon). — II. Marine marchande : rapporteur : M. Marcel Clerc (Paris).

Après le Congrès aura lieu un voyage à travers le Maroc ; la durée totale du Congrès et du voyage sera de deux semaines ; un prix forfaitaire comportant d'importantes réductions accordées par les Compagnies de navigation, les chemins de fer français, espagnols et marocains et les hôtels, permettra aux congressistes d'effectuer ce voyage dans des conditions particulièrement avantageuses et de n'avoir aucun frais à supporter depuis le départ du port français d'embarquement ou de la gare frontière jusqu'au retour.

Un communiqué ultérieur indiquera le prix et le programme complet du congrès et du voyage et la date à partir de laquelle les inscriptions seront reçues au secrétariat du Congrès, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

RENSEIGNEMENTS

La Maison DUFFAUD, 11, rue Dupuytren, Paris, a l'honneur d'aviser sa clientèle qu'il a été construit dans ses ateliers un nouvel appareil à transfusion et à ponction d'une conception toute nouvelle qui porte le nom de seringue Duffaud. Démonstration au magasin, 11, rue Dupuytren, Paris.

A LOUER OU A VENDRE. Gr. facil. de paiemt
PROPTÉ de 7.000 m. à JOINVILLE-LE PONT (Seine). Avec beaux arbres
Pouvant convenir à Clinique Médicale
S'adresser Me BACHELEZ, not. Paris, 3, r. Turbigo.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE PANCRÉATINE LALEUF

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY
Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

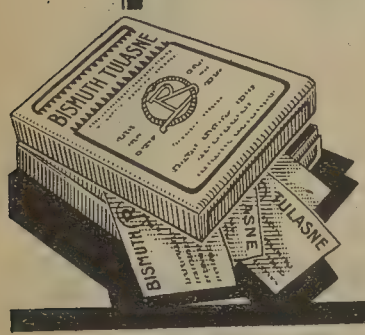
A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

UROMIL
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE



Boite : 10 paq. de 10 g.

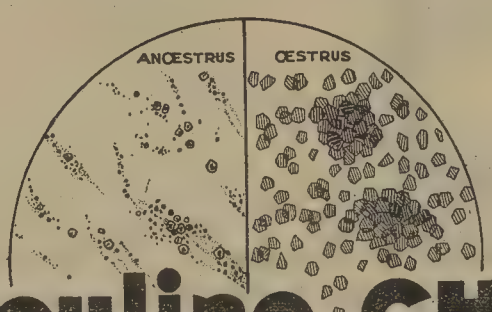
Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS



Folliculine CHOAY
Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

CHOAY

LABORATOIRES CHOAY 48 rue Théophile Gautier **PARIS** (XVIe)

REVUE GENERALE

LES LOBITES TUBERCULEUSES[1]

PAR MM.

HENRI WAREMBOURG, Médecin des hôpitaux et LOUIS CHRISTIAENS, Interne des hôpitaux de Lille.

Travail du service de M. le professeur Jean MINET.
(Clinique médicale et phtisiologique de l'hôpital de la Charité.)

5° Anatomie pathologique. — Il existe d'assez nombreux documents nécropsiques de tuberculose limitée à un lobe, encore que la constatation anatomique de lésions lobaires pures ne soit pas extrêmement fréquente, la mort survenant justement, dans la plupart des cas, par extension et bilatéralisation de la bacillose.

Dans les cas observés par lui, Sergent a mis en évidence l'existence constante de broncho-alvéolite exsudative qui s'oppose à la notion du nodule péribronchique et de la granulation hématogène, et est de règle à l'examen microscopique des tuberculoses lobaires. Par ailleurs tout dépend au point de vue anatomopathologique du moment où sont pratiqués les examens au cours de l'évolution de la maladie. On a peu d'examens du premier stade représenté radiologiquement par la plage homogène ; il semble bien qu'on trouverait à cette période des lésions à type pneumonique au début.

Pour d'autres auteurs, ce qui frappe dans les protocoles d'autopsie, en particulier celui de Béthoux, ceux de Mlle de Cursay, c'est l'intensité du processus de sclérose autour de lésions bronchio-alvéolaires, à topographie lobaire. En somme, il s'agirait d'une pneumonie caséeuse avec grosse fibrose et anthracose et d'évolution chronique.

Dans quelle mesure ces lésions individualisent-elles une forme particulière de tuberculose pulmonaire ? Dans quelle mesure les remaniements subis par la lobite au moment de l'évolution qui entraîne la mort déforment-ils la réalité ? C'est ce que les faits ne permettent pas d'affirmer encore de façon absolue.

D'ailleurs les travaux récents ne sont pas en faveur de cette conception. Poix et Denécheau qui ont eu la chance de rencontrer des pièces de lobites à tous les stades et qui les ont observées avec beaucoup de détails formulent en effet la conclusion suivante : « La lobite supérieure droite présente toute les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire », elle s'exprime par un ensemble de lésions polymorphes où domine la bronchio-alvéolite que l'on rencontre à tous les stades, *la sclérose n'y occupant qu'une place restreinte ;* les lésions initiales sont de même ordre dans tous les cas sauf s'il s'agit d'une forme fibreuse d'emblée.

Deux faits paraissent constants :

1° Confluence des lésions caséeuses ;

2° Tendance à s'excaver.

On voit, en présence de telles divergences d'opinions, à quelle réserve il importe de s'en tenir dans les conclusions.

6° Pronostic et thérapeutique.— Il est facile de deviner, d'après ce qui précède, les divergences entre les auteurs en ce qui concerne le pronostic.

Ceux pour qui la lobite est une forme fibreuse lui assignent un bon pronostic soit qu'il se forme un bloc fibreux, soit que se constituent des cavités inactives et sclérosées. D'autres n'assignent à cette forme anatomo-clinique aucune valeur pronostique. Peut-être est-ce là exagéré : nul doute que la lobite supérieure droite ne soit un des modes de début les plus favorables de la tuberculose de réinfection ; toutefois sa constatation ne permet pas de présumer d'une façon absolue de l'évolution ultérieure.

La tendance des lésions sera-t-elle caséeuse, fibreuse ; la lobite deviendra-t-elle « dépassée », y aura-t-il bilatéralisation ? Seules les règles habituelles (si précaires d'ailleurs) du pronostic de la bacillose permettront de le supposer, depuis l'antique formule d'Arneth (que rappelle Dufour) et la numération des B. K. jusqu'aux épreuves d'agglutination et aux sédimentations globulaires.

Par contre, où l'avis est unanime, c'est sur la conduite à tenir : lésion évolutive, unilatérale, évoluant chez un sujet jeune, la lobite doit être le triomphe du pneumothorax. Elle l'est, qu'on l'observe chez l'enfant de six mois (à ce que prétendent du moins les rares pédiâtres qui pratiquent la collapsothérapie chez l'enfant) ou chez l'adulte qui fait une lobite, même de bilatéralisation.

Il faut faire le pneumothorax précocement, règle à peu près universellement suivie par les divers auteurs. Les adhérences sont rarement telles que le collapsus soit impossible. Assez souvent dans cette forme on note des rétractions électives des régions malades. Plus rarement le pneumothorax est malheureux, collabant les lobes sains à l'exclusion du lobe malade, véritable contro-électivité, liée à la nature de la lésion et aux adhérences qui accompagnent celle-ci.

Au cas où il est impossible, le pneumothorax fait place à la phrénicectomie, surtout dans les lobites inférieures, mais aussi dans les lobites supérieures souvent favorablement influencées par ce procédé, comme le fait a été abondamment démontré. On recourrait aussi dans certains cas bien précisés à la thorocoplastie localisée à l'opération de Tuffier ou de Zebrecht.

Au cas d'extension par bilatéralisation, c'est aux sels d'or que l'on s'adresserait dans les cas où le pneumothorax n'est pas possible.

Nous n'insistons pas plus sur tous ces faits qui ne sont nullement étrangers, somme toute, aux règles générales du traitement de la tuberculose pulmonaire.

Conclusions. — L'Ecole française a attiré depuis une dizaine d'années l'attention des phtisiologues sur une forme de tuberculose appelée lobite.

A son sujet, tout le mond est d'accord au moins sur deux points :

a) Il s'agit d'un syndrome de diagnostic essentiellement radiologique ;

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 54, p. 981.

b) Il s'agit d'une lésion qui lorsqu'elle existe seule indique formellement la collapsothérapie.

Ses circonstances étiologiques et sa pathogénie nécessitent encore un travail de mise au point pour être complètement élucidées.

Enfin il convient d'être circonspect dans l'évaluation de sa valeur nosologique et de son importance pratique. Sergent qui souscrit peu volontiers au terme de lobite n'accorde à celle-ci qu'un intérêt topographique. Léon Bernard et Béthoux au contraire lui assignent la valeur d'une forme spéciale d'évolution et de pronostic.

En réalité, il semble bien que les deux conceptions aient chacune une part de vérité. Sans doute nombre de tuberculoses massivement lobaires et limitées pour un temps par la scissure, tendent-elles rapidement à se généraliser puis à atteindre l'autre poumon ; sans doute nombre de lobites apparaissent-elles comme des lésions de bilatéralisation tardives greffées sur une tuberculose pulmonaire chronique qui n'a rien que de très banal ; sans doute enfin nombre de lobites n'offrent-elles pas dans leur évolution même cette tendance spontanée à la résorption ou à l'enkystement des lésions, qui permet d'attacher à la notion de lobite une haute valeur pratique. Il est évident que dans tous ces cas, la tuberculose lobaire massive n'a que la valeur d'une localisation spéciale, souvent transitoire d'ailleurs, et d'où il est impossible de tirer toute espèce de conclusions concernant le pronostic et le traitement.

Que d'autre part dans certaines circonstances, l'invasion plus ou moins brutale de la totalité d'un lobe exclusivement atteint, l'évolution d'abord aiguë des lésions ainsi produites, puis leur tendance naturelle à la sclérose et à la guérison, constituent une entité clinique et évolutive un peu différente des autres formes de tuberculose pulmonaire, il est difficile aussi d'en disconvenir. Toutefois il n'est souvent permis de juger de cet ensemble qu'une fois l'évolution assez avancée pour permettre à elle seule l'établissement d'un pronostic d'ailleurs toujours incertain.

Que donc la lobite tuberculeuse réalise une entité anatomique, que dans certaines conditions déterminées la constatation de celle-ci puisse constituer un des éléments du pronostic et peut-être un argument en faveur d'une forme spéciale de la bacillose, ce sont là des notions qu'il semble logique d'admettre. Mais pousser plus loin ses conclusions, serait se départir d'une prudence qui se montre particulièrement indispensable en pareille matière.

OBSERVATION I. *Lobite supérieure droite d'évolution favorable.* — C'est un jeune homme de 20 ans, entré à l'hôpital le 16 mai 1933.

Ses antécédents héréditaires ne permettent aucune suspicion. Il a un frère de 28 ans très bien portant. Personnellement, il n'a jamais été malade, il a eu une croissance normale ; à 18 ans, il pesait 60 kilos, et avait toutes les apparences d'une santé robuste et exerçait le métier de manœuvre dans une scierie.

Le début de sa maladie remonte à mars 1933.

A cette époque, le malade a commencé à être fatigué pour des travaux qu'il menait autrefois sans effort. Il n'avait plus de résistance, suant et soufflant à la moindre peine. En même temps il suait la nuit, avait des frissons. La toux a fait son apparition quelques semaines après, toux discrète qui amenait quelques crachats. En mai 1933, l'analyse se montre positive pour les B. K. et le malade entre à l'hôpital. A ce moment, il avait maigri de 3 à 4 kilos. Il n'avait jamais fait d'hémoptisie, mais présentait par intermittence de violents points de côté à droite. La température n'avait jamais été prise.

A l'entrée, l'interrogatoire révèle qu'au point de vue fonctionnel le malade tousse actuellement peu et crache très peu. Sa température vespérale est à 37°7 en moyenne. L'appétit est excellent.

On est devant un garçon assez pâle, légèrement amaigri, mais dont l'état général est relativement bon. A l'examen, on note une légère déviation du sternum vers la gauche, mais surtout une nette diminution de l'ampliation thoracique droite.

Il existe une légère amyotrophie deltoïdienne et susscapulaire droite ainsi que pectorale qui se traduit par un abaissement du mamelon.

A la *percussion*, on trouve une submatité du 1/3 supérieur du poumon droit, une sonorité normale au-dessous et une matité de la base. Au poumon gauche, la sonorité est normale.

A la palpation, les vibrations, normales à gauche, passent avec exagération dans toute l'étendue du poumon droit et surtout au sommet, elles sont abolies sur quelques travers de doigt à la base.

A l'auscultation. — Le poumon gauche est normal tant en avant qu'en arrière. A droite, on trouve dans la fosse sus épineuse, dans la zone inter scapulo-vertébrale et sous les clavicules, des petits râles inspiratoires sous-crépitants, des bouffées de craquements après la toux.

Dans le sommet de l'aisselle et dans le creux sus claviculaire, il existe en outre des frottements discrets.

Au-dessous, la respiration est normale, il y a de l'obscurité de la base. Il existe de la bronchophonie et de la pectoroloquie aphone au sommet droit en avant, en arrière et dans l'aisselle. Il n'y a pas de signe du son à la base.

La conclusion clinique de l'observation est la suivante : lésion de ramollissement vraisemblable du sommet droit, et à la base zone d'oscurité difficile à interpréter, qui est peut-être liée à un léger épanchement.

La radioscopie révèle une ombre très opaque avec limite scissurale très nette : c'est une lobite. En outre, il n'y a pas de liquide, mais une immobilité respiratoire de la base.

L'examen des autres appareils est négatif. La tension est à 14.7 1/2 avec l'indice =3 1/2. Les examens sécologiques de B. W. et de Kahn sont négatifs. Le Verne résorcine est à 30. Le Verne syphilis à 0, l'urée sanguine=0,25.

Le cliché radiographique montre une image de lobite supérieure droite typique, avec des pommelures et pas de cavités nettes. La limite scissurale est tout à fait tranchée ; le reste du parenchyme pulmonaire est sain.

OBS. II. *Lobite supérieure droite de pronostic plus réservé.* — La malade entre à l'hôpital le 12 avril 1934 parce qu'elle tousse et crache depuis le mois d'octobre et que son état général décline depuis le même temps.

Il s'agit d'une femme de 44 ans dont les parents sont morts d'affection indéterminée. Son mari est bien portant. Elle n'a pas eu d'enfants.

Dans son passé on trouve des maladies infectieuses de l'enfance et une histoire pulmonaire qui remonte au moins à trois ans. En effet, en septembre 1931, elle commence à tousser et à maigrir et l'analyse des crachats se montre positive. Il ne fut pas tiré de cliché radiographique à cette date, mais la malade passe à l'écran et son médecin lui fit une série de piqûres de sels d'or. Son état s'améliore d'ailleurs rapidement ; à la fin de 1932, elle était considérée

comme guérie et vécut alors 10 mois dans un état de santé apparemment excellent. Puis en octobre 1933 elle fut prise d'un point de côté siégeant en arrière, sous l'omoplate droite et qui dura environ une quinzaine. Elle recommença à tousser et à cracher, à présenter de l'anorexie, des sueurs nocturnes, des poussées thermiques allant jusqu'à 39°5. Au mois de janvier 1934, elle fit une hémoptysie d'importance moyenne. Au mois de mars elle eut à nouveau quelques crachats sanglants. Son état général déclinant rapidement, la malade qui n'avait pas encore cessé de travailler malgré les avis pressants de son médecin, se décide enfin à entrer dans le service de M. le Professeur Minet en avril 1934.

A son entrée, elle se présente comme une femme amaigrie, pâle, asthéniée. Elle tousse relativement peu ; par contre, l'expectoration est abondante, purulente et bacillifère. Il n'y a plus aucune douleur thoracique, pas de dyspnée au repos, mais de la dyspnée au moindre effort.

A l'inspection de l'appareil respiratoire on ne note rien de particulier en dehors d'une légère amyotrophie du trapèze droit.

A la percussion, il existe une matité à droite en arrière dans la région du hile et du sommet. La sonorité pulmonaire est normale ailleurs.

A la palpation, les vibrations sont nettement exagérées dans ces mêmes régions et normales ailleurs.

A l'auscultation : en arrière et à droite la respiration est rude avec quelques râles dans la région du sommet du hile, râles humides après la toux. En avant, il existe un souffle tubo-pleural et un syndrome cavitaire. A gauche, il y a une respiration rude avec quelques foyers de fins frottements.

Le reste de l'examen est négatif ; la tension artérielle est basse ; l'état général inquiétant. A l'écran, on trouve une image de lobite supérieure droite excavée typique, sans aucun signe de bilatéralisation.

Nous ne pouvons donner de renseignements sur l'évolution de cette lobite que nous ne soignons que depuis deux semaines. Mais notons que cette malade fait de la température, 38° à 38°5, que son état général ne se remonte que très faiblement. Le pneumothorax a été tenté sans succès à plusieurs reprises. Il semble qu'il faudra prendre le parti de l'intervention pour tenter d'enrayer la marche de cette lobite, qui date certainement de trois années, qui fait une rechute sérieuse, et d'un pronostic bien plus réservé que dans l'observation précédente.

Obs. III. *Lobite supérieure droite dépassée.* — C'est un jeune malade qui entre pour toux, expectoration, amaigrissement, fièvre et douleurs thoraciques siégeant à droite.

Le malade, âgé de 18 ans, a fait une pleurésie séro-fibrineuse à gauche il y a 14 mois. Il s'était bien remis, et depuis quelques semaines, il tousse, crache et maigrit.

Nous résumerons l'histoire clinique de la façon suivante :

Avril 1933. — Lobite supérieure droite excavée. Séquelle de pleurésie à gauche. Collapsothérapie.

Eté 1933. — Etat satisfaisant ; le malade reprend du poids. Sa température tombe, son expectoration diminue. Son pneumothorax est excellent avec une petite brise scissurale qui n'empêche pas le collapsus.

Septembre 1933. — Réaction liquidienne qui empêche la réinsufflation et qui dure plusieurs mois. Toutefois le malade grossit ; son état général s'améliore considérablement. Sa température ne s'est pas rallumée. Il reçoit des sels d'or.

Janvier 1934. — Le liquide se résorbe et la plèvre vient adhérer. L'image radiologique est celle d'une lobite dépassée, avec de petites images nodulaires à droite sous la scissure. Le malade grossit constamment, tousse et crache peu, n'a pas de fièvre et a un excellent état général.

Obs. IV. *Lobite supérieure droite. Pneumothorax. Bilatéralisation. Mort.* — C'est une malade de 27 ans qui tousse et crache depuis son enfance. Il y a plusieurs années, elle fit analyser ses crachats. Ils ne contenaient pas de Bacilles de Koch. L'état général était relativement bon, la malade ne se plaignait que de tousser et de s'enrhumer facilement. A la suite d'une poussée de bronchite un peu plus forte, elle consulta un médecin qui l'envoya au Professeur Minet. Ce dernier constata l'existence d'une lobite excavée supérieure droite, l'image d'une caverne siégeant à la base du lobe, le reste du parenchyme était le siège de travées d'aspect fibreux. Le pneumothorax fut mis en œuvre immédiatement. Bien qu'il réalisât un collapsus excellent, ce pneumo n'entraîne aucune amélioration. La toux et l'expectoration ne diminuèrent pas, la fièvre eut tendance à dépasser 38°.

Au bout de trois mois, on constate une infiltration nodulaire de tout le poumon opposé.

La malade lassée refuse tout traitement et sortit du Pavillon malgré l'avis contraire.

Elle vécut encore six mois et mourut en état d'asphyxie.

Obs. V. *Lobite supérieure droite respectant le lobe de l'azygos* (voir schéma I). — Ce malade âgé de 44 ans s'est présenté à la consultation de l'Hôpital de la Charité en novembre 1933 parce qu'il tousse et crache et qu'il souffre d'un point de côté de la région scapulaire droite.

On note qu'il a perdu une sœur à 4 ans 1/2 de méningite ; il est marié et père de deux enfants bien portants, sa femme est bien portante, lui-même aurait fait à l'âge de 30 ans des angines à répétition. Il y a 8 ans, il a eu une affection pulmonaire étiquetée, congestion qui s'est guérie assez rapidement. Toutefois, il toussait facilement l'hiver. Il y a trois mois, il se mit à tousser beaucoup et à cracher davantage.

Brusquement, il y a quelques jours, le sujet fait de la fièvre et souffre d'un point douloureux de la région scapulaire droite, il tousse beaucoup, par quintes et il a remarqué quelques filets de sang dans ses crachats.

A l'examen, on est devant un homme qui jouit d'un certain embonpoint bien qu'il ait maigri de quelques kilos. Il n'est ni pâle ni asthénié. L'examen révèle une légère submatité de la base droite, des vibrations normales. A l'auscultation, en arrière, on entend dans le tiers supérieur du poumon une respiration granuleuse et quelques fins râles après la toux. A la radioscopie, on trouve une ombre homogène triangulaire, du sommet du poumon droit. Les deux limites sont nettes. En bas, il s'agit d'une scissure ; et du côté du médiastin il existe un triangle clair avec une limite formée de deux courbes, taillées d'une façon fort distincte qui isole une sorte de petit lobe ainsi que le figure le schéma que nous en donnons ici. Dans ce triangle, il y a du parenchyme ainsi que le prouve le cliché ; et la seule interprétation possible est celle d'une lobite supérieure droite respectant exactement un lobe anormal de la veine azygos. Il nous semble bien que c'est le premier cas signalé jusqu'ici de ce genre de lésion.

Bien que les recherches bacilloscopiques directes et après homogénisation soient restées négatives chez ce sujet, nous le considérons comme atteint d'un bacillose d'allure fibreuse, localisée, de date probablement assez ancienne.

L'évolution que nous ne contrôlons que depuis quelques mois ne nous permet pas d'autres conclusions. Ce malade en effet, après une amélioration sensible, a refait il y a deux mois une poussée de température avec toux, crachats

sanglants et point de côté ; et de nouveau il est actuellement apyrétique ; il grossit et présente un bon état général.

Obs. VI. *Lobite supérieure gauche. Pneumothorax. Mort.* — Il s'agit d'un jeune homme aux antécédents chargés. Sa mère et deux frères et sœurs sont morts de tuberculose pulmonaire. Lui-même a fait une pneumonie (?) à l'âge de 15 ans, et il a passé deux ans en préventorium. Agé actuellement de 17 ans, il entre au Pavillon parce qu'il tousse et crache, parce qu'il a des sueurs nocturnes. Le début est très difficile à préciser ; depuis deux ans, l'état n'a jamais été très brillant, toutefois le malade incrimine une grippe, 3 à 4 mois plus tôt à la suite de laquelle il tousse et crache. Enfin il a eu il y a un mois quelques crachats hémoptoïques durant 4 à 5 jours.

L'examen de ce malade montre une conservation relative de l'état général, et un syndrome d'induration du sommet gauche. Il y a une fébricule, et des bacilles dans les crachats. A l'écran, infiltration à prédominance intercleido-hilaire gauche mais étendue à toute l'étendue du champ pulmonaire vu de face. Etat-séquelle de l'autre côté.

Mis en observation, le malade évolue nettement, il apparaît des râles humides, et on assiste à l'excavation de son poumon.

Au cours du pneumothorax qui est mis en œuvre, on voit se dissocier nettement les deux lobes dont le supérieur seul est atteint.

Régulièrement pendant 10 mois le malade va bien, gagne un peu de poids, tousse et crache moins, il a toujours une fièvre très modérée.

Le malade est perdu de vue en juillet 1932 et on apprend sa mort ultérieurement, sans en connaître les circonstances.

Cette observation est intéressante pour illustrer le point que nous avons indiqué : la lobite n'a été révélée qu'après pseudo-séreuse, faute d'avoir eu l'attention attirée vers un examen de profil. A un autre point de vue, elle cadre bien avec l'étiologie et les circonstances de début de la lobite du type L. Bernard, l'hémoptysie n'a pas été une manifestation de début, la lésion évoluant sans doute depuis quelques mois à bas bruit.

Obs. VII et VIII. *Lobites moyennes.* — VII. La première histoire concerne une jeune femme de 23 ans.

Elle entre dans le service le 19 décembre 1933 parce qu'elle tousse, qu'elle crache, qu'elle souffre d'un violent point de côté sous-mammaire gauche et qu'elle a une température de 38°.

Nous notons dans ses antécédents que son père est mort à 35 ans d'une affection pulmonaire.

Personnellement elle a eu, étant jeune, de la polymicro-adénopathie, et un ganglion aurait même suppuré. Elle a eu à l'âge de 19 ans une grossesse sans incident. Sa petite fille de 4 ans se porte bien. Elle n'a pas noté qu'elle toussait facilement. Elle n'a jamais craché de sang.

La malade fait remonter le début de sa maladie à deux mois environ. A ce moment s'est installée une fatigue progressive accompagnée d'anorexie. Puis la malade se mit à tousser, petite toux sèche d'abord, qui n'empêcha pas cette femme de continuer un pénible travail d'ouvrière (six heures consécutives debout). Trois semaines avant l'entrée à l'hôpital la fièvre s'installe, révélée par des frissons et des sueurs nocturnes, tandis qu'apparaissait un point de côté gauche violent. Trois jours avant l'entrée, recrudescence des phénomènes, quelques troubles syncopaux ont montré l'accélération de l'évolution.

A l'arrivée à l'hôpital, la malade est en état d'abattement complet, elle est pâle, épuisée, très dyspnéique. Sa température oscille entre 38°5 et 39. Elle a maigri de 10 kilos depuis le début de la maladie.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle des lésions avancées de ramollissement des 2/3 supérieurs du poumon gauche. Il existe à l'écran une image cavitaire d'une telle importance qu'elle évoque un moment l'idée d'un pneumothorax localisé, mais il faut abandonner cette hypothèse. Le côté droit n'est pas tout à fait normal à l'auscultation, mais la radiographie montre une telle prédominance des signes à gauche que le pneumothorax est décidé. Il y a de nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

L'examen général révèle une hypotension artérielle T = 12-7, quelques troubles digestifs et enfin une laryngite que le spécialiste ne peut affirmer être bacillaire à la vue des lésions...

Le pneumothorax mis en œuvre réalise un bon collapsus. L'état général se relève peu, la malade gagne quelques centaines de grammes.

Au bout de deux semaines, elle refait de grandes oscillations thermiques. L'examen radioscopique (l'auscultation étant à peu près complètement négative) révèle le développement d'une ombre opaque à limite supérieure et inférieure des plus nettes ; située à la place du lobe moyen. Elle n'est pas homogène, et par places on voit des excavations en nids d'abeilles.

Le pneumothorax bilatéral est décidé. La malade le supporte mieux qu'on n'aurait pu l'attendre. Sa température tombe légèrement à 38°. A l'écran, on voit nettement que l'image de lobite que laissait la radio était pneumothorax.

Le cliché tiré deux jours après montre un envahissement léger sus-scissural : il s'agit d'une lobite moyenne dépassée, ou, plus exactement d'une tuberculose à marche ultra-rapide qui ne reste pas cantonnée au lobe moyen et gagne bientôt tout le poumon.

Alors que son état clinique s'améliorait plutôt, la malade sort malgré l'avis formel qu'on lui donne.

VIII. Il s'agit d'un jeune homme atteint de tuberculose à évolution rapide du poumon gauche soigné par pneumothorax.

Il présente une recrudescence des signes généraux coïncidant avec l'apparition d'un syndrome d'infiltration siégeant à la partie moyenne du poumon droit. A l'écran, on eut l'image d'une ombre triangulaire avec deux limites nettes. Mais cette image persiste peu, tout le poumon se prit rapidement et la mort emporta le malade en quelques semaines.

Obs. IX. *Lobite inférieure droite* (voir schéma II). — La malade âgée de 34 ans est entrée dans le service de médecine de l'hôpital de la Charité en décembre 1932. Son histoire pathologique remontait alors à deux ans et demi environ.

Son père est mort à 35 ans d'affection indéterminée, sa mère est morte en couches à 32 ans. Elle a plusieurs frères et sœurs bien portants. Elle est mariée et a deux enfants de 12 et 5 ans en excellente santé.

Le début de sa maladie s'est manifesté à l'âge de 32 ans par de la toux et de l'expectoration accompagnées de sueurs, de frissons et d'un amaigrissement assez vif. Puis elle fit une hémoptysie de moyenne importance, ne se soigna pour ainsi dire pas et se maintint ainsi une année, reprenant même quelques centaines de grammes. Puis elle refit une hémoptysie avec un syndrome général plus sérieux, perdit 9 kilos en quelques mois. Elle cessa de travailler et se soigna chez elle. Toutefois son état général alla en déclinant jusqu'à ce jour et elle fit récemment une troisième hémoptysie qui la décida à se faire hospitaliser.

A l'entrée dans le service en décembre 1932, on est devant une femme de 41 kilos, pâle et asthénique. Elle tousse relativement peu et crache moyennement. Il y a des bacilles dans ses crachats. Au point de vue pulmonaire, il existe cliniquement un syndrome de ramollissement à la partie moyenne du poumon droit, que l'on perçoit exclusivement en arrière. Le poumon gauche est cliniquement sain. A la radiographie, il existe une grosse infiltration inter pariéto-hilaire droite et un semis flou de la base. La scopie met en évidence une caverne qui siège à la hauteur du hile, à mi-distance entre le hile et la paroi. Les examens de profil ne sont pas demandés à cette date. Mais le pneumothorax étant décidé, on assiste à une dissociation des lobes, le supérieur et le moyen étant parfaitement sains, l'inférieur au contraire contient toutes les lésions ainsi que la caverne qui siège à sa partie supérieure. La limite supérieure des lésions est nettement scissurale.

Des examens de profil confirment le diagnostic de lobite droite inférieure que l'examen avant l'installation de la collapsothérapie n'avait pas permis de poser.

Ajoutons que l'examen complet de cette malade a mis en évidence une tumeur siégeant sur le tibia, tumeur douloureuse, excavée, sans décalcification environnante et sise en pleine diaphyse.

L'hypothèse la plus vraisemblable était celle d'une lésion syphilitique malgré l'absence des réactions de laboratoire confirmant cette hypothèse. De multiples séries de traitement spécifique ne sont pas, jusqu'à ce jour, parvenues à enrayer cette lésion. Aussi envisagera-t-on une recherche biopsique aussitôt que l'évolution pulmonaire le permettra.

Cette évolution peut se résumer de la façon suivante :

Décembre 1932. — Etablissement du pneumothorax qui collobe bien les lésions mais une bride pleurale, ainsi qu'on l'a figuré sur le schéma ci-contre, empêche la rétraction parfaite de la partie supérieure du lobe inférieur. Amélioration considérable de l'état général.

Juin 1933. — Section de la bride.

Juillet 1933. — Pleurésie purulente qui oblige à pleurotomie.

Le pneumothorax ne peut être repris par suite du développement d'un gros bloc adhérenciel de pachypleurite.

Octobre 1933. — La malade sort malgré l'avis contraire. Elle revient deux mois plus tard pour hémoptysie. Depuis cette date, elle reprend du poids, ne tousse ni ne crache presque plus et ses crachats ne renferment plus de Bacilles de Koch.

En somme, il s'agit d'une lobite inférieure droite qui est restée très bien localisée ; elle remonte au moins à 4 ans à l'heure actuelle et son évolution, coupée des incidents que nous avons relatés semble se faire comme celle d'une forme fibreuse locale d'un pronostic relativement bon.

BIBLIOGRAPHIE

Note. — Nous avons cru bon d'adopter le plan suivant :

Un premier groupe réunira en ordre alphabétique les principaux travaux antérieurs à la description de la lobite par Léon Bernard et semblant se rattacher à cette étude.

Puis nous citerons par ordre chronologique les travaux parus jusqu'à ce jour.

I. — *Travaux antérieurs à la description initiale.* — Auclair. Recherches sur la pneumonie caséeuse. *Arch. de Méd. expérimentale*, mai 1899.

Bard. — *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.*

Béclère. — Examen radioscopique des plèvres interlobaires. *Presse Méd.*, 1er mars 1902.

Bezançon et Braun. — Foyers pneumoniques tuberculeux. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1912, t. XXXIV ; Recherches expérimentales sur la pathogénie des foyers tuberculeux secondaires du poumon. *Bull. de la Soc. d'Etudes scientifiques sur la tuberculose*, juin 1911.

Braun. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques. *Th. Paris*, 1910.

Grancher. — Spléno-pneumonie. *Soc. Méd. Hôp. de Paris.* 1883 ; *Maladies de l'appareil respiratoire*, E. Doin, Paris, 1890.

Lereboullet. — Pneumonie tuberculeuse suivie de guérison. *Soc. Méd. des Hôp.*, 22 nov. 1912.

Mosny et Malloizel. — Les spléno-pneumonies. *Rev. de Méd.*, 1909, p. 777.

Mosny et Harvier. — Spléno-pneumonies. *Rev. de Méd.*, 1910-1911.

Orsat. — Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire. *Th. de Lyon*, 1912.

Pelissier. — Curabilité de la pneumonie lobaire tuberculeuse. *Th. de Lyon*, 1913-1914

Regimbeau. — Les pneumonies chroniques. *Th. agr.*, Paris, 1880.

Ribadeau-Dumas et Rolland. — Pneumonie et tuberculose. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 déc. 1913.

Riel. — De la pneumonie tuberculeuse lobaire. *Th. de Lyon*, 1887-1888.

Sabourin. — *Embolie bronchique tuberculeuse.* Alcan, Paris, 1906.

Savy. — Pneumonie tuberculeuse curable. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1913.

II. — *Articles fondamentaux* 1921-1923. — Léon Bernard, Rist et Maingot. — La localisation initiale de la tuberculose propagée d'un poumon à l'autre. *Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la tuberculose*, 10 déc. 1921.

Rist et Ameuille. — La pneumonie tuberculeuse. *Paris Méd.*, n° 1, janv. 1922.

Rennebaunn. — Beitrag zur Entwicklung und den Verlang. *Beitr. zur Klinick der Tuberkulose*, mars 1923, p. 309.

Léon Bernard et Bethoux. — La lobite supérieure droite, localisations de la tuberculose pulmonaire. *Rev. de la Tuberculose*, sept. 1923.

Sergent et Durand. — Les localisations périscissurales de la tuberculose pulmonaire. *Bullet. Méd.*, 10 oct. 1923.

Sergent, Durand et Paul Cottenot. — La localisation lobaire supérieure dans la tuberculose pulmonaire. La démarcation scissurale. *Soc. d'Etudes scientifiques sur la tuberculose*, 10 nov. 1923.

1924-1925

Sergent et Durand. — La limitation scissurale des processus pneumoniques tuberculeux. *Paris Méd.*, 5 janv. 1924.

Béthoux. — La lobite supérieure, localisation de tuberculose pulmonaire. Etude clinique, radiologique et thérapeutique. *Th. de Paris*, 1924, n° 81.

Aris. — Contribution à l'étude des tuberculoses lobaires. *Th. de Paris*, 1924, n° 489.

Rist et Ameuille. — Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. de Paris*, n° 35, déc. 1924.

Sergent et Aris. — La tuberculose lobaire. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 janv. 1925.

Castelli. — La lobite supérieure droite. *Rev. de la Tuberculose*, avril 1925.

1926-1927

Sergent et Ourly. — La lobite moyenne. *Presse Médic.*, 3 mars 1926.

Mlle LAMBERT DE CURSAY. — Etude sur la lobite tuberculeuse chez l'adulte. *Th. de Paris*, 1926, n° 575.

SERGENT. — Tuberculose lobaire. *Revue Méd. Franç.*, déc. 1926.

LÉON BERNARD, LELONG et Mlle RENARD. — Essai de synthèse pathogénique des localisations de la tuberculose pulmonaire chronique. *Soc. Anat.*, séance du Centenaire, 16 déc. 1926.

SERGENT. — *Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire*, 1906, p. 252 à 274 ; L'indépendance cinématique des lobes pulmonaires. *Sem. des Hôpit.*, 31 mars 1927.

DELILLE et LESTOQUOY. — Contribution à l'étude des caractères radiologiques et anatomiques de la lobite tuberculeuse chez l'enfant. *B. et M. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 déc. 1927.

PROUZET. — Les lobites tuberculeuses. *Th. de Toulouse*, 1927, n° 11.

1928-1929

LESTOQUOY. — La lobite tuberculeuse de l'enfant. *Prat. Méd. Française*, févr. 1928, pp. 75-81.

SERGENT et TOCILESCU. — Syndrome clinique et radiologique des foyers juxta-scissuraux gauches dans la tuberculose pulmonaire. *Revue de la Tuberculose*, août 1928, p. 489.

TOCILESCU. — Lobite gauche. *Presse Méd.*, 14 nov. 1928, n° 91, p. 1449 à 1452.

JACOB. — Tuberculose du lobe pulmonaire inférieur. *Med. Jan. a Rec.*, 22 janv. 1929, p. 32-36 ; analysé dans la *Revue de la Tuberculose*, 1929, p. 718.

RIST et MAURER. — Tuberculose lobaire supérieure droite. Thorocoplastie. Guérison. *Revue de la Tuberc.*, 1929, p. 137.

J. ANDRÉ. — A propos de la lobite apicale droite. *Revue Belge de Tuberculose*, juillet-août 1929, p. 171.

BRIEGER. — Die differential Diagnose der algesacher Pleuritis und des capperand infiltrates bei des Lungens tuberculose. *Zeits. f. Tub. T. L. I.*, f. 5, 1928, p. 337-348 ; analysée dans la *Revue de la Tuberculose*, 1929, p. 319.

LÉON BERNARD. — La lobite supérieure droite et les lobites tuberculeuses. *Sud Médical et Chirurgical*, 15 sept. 1929.

1930-1931

BERNOU. — Extension des lésions tuberculeuses des lobes supérieurs. *Rev. Tub.*, janv. 1930, p. 76.

RIST. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. *Revue de Tuberculose*, 1930, p. 5 à 32.

NAVARRO ANTONIO. — Lobulitis medio-tuberculosa. *Revista del Circulo medico de Cordoba*, 1930, p. 128.

LÉON BERNARD et BÉTHOUX. — La lobite supérieure droite. *Les Sciences médicales*, 15 avril 1930.

MAS et PIAGGO. — Considérations anatomo-radiologiques sur la lobite moyenne. *Revista medica latino-americana*, mars 1930, p. 771.

LORION. — Remarques sur la lobite tuberculeuse supérieure droite. *Strasbourg Méd.*, 5 août 1930.

BLECHMANN, KINDBERG et COTTENOT. — Lobite avec caverne chez un enfant de six mois, action favorable du pneumothorax artificiel et des injections d'huile éthérée. *Soc. de Pédiatrie*, 24 févr. 1931.

MOLNAR. — Localisation lobaire au début de la tuberculose pulmonaire. *Rev. de Path. et Clin. de Tuberculose*, 31 nov. 1932, p. 884.

BRÛLÉ et LIÈVRE. — Lobite et scissurite tuberculeuse du lobe azygos. *Bull. et Mém. M. H. P.*, 19 oct. 1931.

LE BOURDELLES et JALET. — Contribution à l'étude des lésions tuberculeuses de la scissure et du lobe azygos. *Sect. d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose*, 12 déc. 1931 ; Les aspects radiologiques de la scissure et du lobe azygos dans la tuberculose pulmonaire. *Presse Méd.*, n° 89, 7 nov. 1931.

PEHU et ROMAN MONICIER. — Lobite et scissurite associées à une splénopneumonie avec scissurite inférieure chez une enfant de 10 ans tuberculeuse. *Presse Méd.*, 1931, p. 1757.

LÉON BERNARD. — *Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire*. Masson, 1931. Chapitre VII : Le début par lobite, p. 137 à 159.

1932-1933

DUFOUR et ROUQUIN. — Lobite et scissurite azygos. *Soc. Méd. des Hôpit. de Lyon*, 28 juin 1932.

BEZANÇON, ROUSSY, OBERLING et DELARUE. — Les formes anatomiques de la tuberculose du poumon. Essai de classification. *Presse Méd.*, 13 juill. 1932, p. 1093.

LE BOURDELLES et JALET. — Sur les réactions de la scissure cardiaque. *Soc. de Méd. Milit. Française*, 21 juill. 1932.

DENÉCHEAU. — La lobite supérieure droite tuberculeuse. *Th. de Paris*, 1932.

DURIEUX. — Considérations sur la lobite supérieure droite. *Soc. Clin. des Hôpit. de Bruxelles*, 10 et 17 déc. 1932.

LE BOURDELLES et JALET. — *La tuberculose du lobe azygos*. Masson, Paris, 1932.

DUFOUR, BADINAUD, ROUQUIN. — Considérations sur 32 cas de lobite. *Hôpital*, févr. 1933, p. 125-131 ; Les lobites tuberculeuses. *Rev. de la Tuberculose*, juill. 1933, p. 693-708.

POIX et DENÉCHEAU. — La lobite supérieure droite tuberculeuse. *Presse Méd.*, 17 mai 1933.

Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau. Etude physio-pathologique et clinique (1), par Jules COTTET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce livre a été écrit par un praticien pour les praticiens. C'est une étude d'ensemble dans laquelle l'auteur montre quels renseignements on peut tirer de l'étude clinique des troubles de l'élimination urinaire de l'eau, éclairée et précisée par les données des épreuves hydriques de diurèse provoquée.

Tel est l'objet de cet ouvrage, dont le plan est le suivant. Un premier chapitre est consacré à l'étude physio-pathologique de l'élimination urinaire de l'eau. Puis, l'épreuve de diurèse provoquée est exposée avec tous les développements nécessaires et avec l'indication des modalités qui en ont été proposées. Suivent des chapitres respectivement consacrés à un essai de séméiologie de la fonction urinaire fondée sur les données de cette épreuve, aux applications cliniques de ces données, à des considérations sur l'insuffisance urinaire et sur l'insuffisance rénale. Enfin l'auteur envisage la question, du point de vue hygiénique et thérapeutique, en étudiant la diététique quantitative de la boisson et les cures de diurèse.

Ses recherches sont liées, d'une part, à la physio-pathologie de la sécrétion rénale et, d'autre part, à la question du transit pré-rénal de l'eau dans l'organisme. On conçoit qu'il ne touche à ces questions, aussi vastes que complexes, que dans la mesure nécessaire à la compréhension de notre sujet. C'est dire que, restant dans l'esprit avant tout clinique et pratique de son étude, il ne fait que les emprunts indispensables à une bibliographie, dont on sait l'extraordinaire richesse.

L. G.

(1) In-8 de 212 pages. — Prix : 32 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

INAUGURATION DU MONUMENT D'ÉMILE ROUX A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

(10 juillet 1934).

La Société de pédiâtrie a fait apposer à l'hôpital des Enfants-Malades un bas-relief dû au sculpteur Roché, destiné à commémorer le 40e anniversaire de la sérothérapie antidiphtérique et à rendre hommage à son créateur, Emile Roux. Le bas-relief représente le maître de profil, devant sa table de travail. C'est une œuvre grave et puissante.

Dans la nombreuse assistance, on remarquait MM. les professeurs Marfan et Louis Martin qui furent ses collaborateurs en 1894 ; M. Guillemot, président de la Société de pédiâtrie ; un représentant du ministre de la Santé publique : MM. Comby, Siredey, Jules Renault, le professeur Achard, MM. Ramon, Mesnil, Marchoux, Fourneau, Trillat, Pasteur Vallery-Radot, Dujarric de la Rivière, Cruveilhier, Stefanopoulo, de l'Institut Pasteur, MM. les médecins généraux inspecteurs Dopter, Rouvillois, Cadiot, MM. les professeurs Léon Bernard, Debré, Chevassu, Lereboullet, Nobécourt, Ombrédanne, Carnot, Villaret, MM. Weill-Hallé, Huber, Armand-Delille, Lesné, Babonneix, Apert, Ribadeau-Dumas, Rouhier, etc...

De Lyon étaient venus MM. Mouriquand et Péhu ; de Bordeaux : M. Cruchet ; de Montpellier : M. Leenhardt ; de Strasbourg : M. Woringer.

Au premier rang, Mme Gombert, surveillante aux doudeux dès 1895.

M. Guillemot, président de la Société de pédiâtrie, fit dévoiler le monument et donna la parole à M. Marfan, puis à M. Martin.

Allocution prononcée par le professeur A.-B. MARFAN.

Monsieur le Directeur,
Mesdames,
Messieurs,

Devant ce bas-relief où sont reproduits les traits d'Emile Roux, nous commémorons un des événements les plus importants de l'histoire de la médecine, l'application de la sérumthérapie au traitement de la diphtérie, c'est-à-dire l'application d'une médication efficace à une des maladies les plus meurtrières de l'enfance.

La sérumthérapie est issue des doctrines pasteuriennes par une série de travaux qui s'enchaînent rigoureusement. Le fondateur de la microbie, dont Emile Roux a été le disciple et le collaborateur le plus éminent, avait émis l'hypothèse que l'action pathogène de certaines bactéries est due à des substances solubles produites par leur végétation ; c'est ce qui fut vérifié plus tard, par la découverte des toxines. Pasteur s'était même demandé si ces substances ne pourraient pas servir à immuniser des animaux ; c'est ce qui fut démontré en 1887 par Salmon et Smith pour le bacille du choléra des porcs, par Charrin pour le bacille pyocyanique, par Roux et Chamberland pour le vibrion septique.

De ces notions fondamentales va découler la série des recherches qui aboutiront à la sérumthérapie antidiphtérique.

En 1888, E. Roux, avec la collaboration de Yersin, fait une découverte capitale, celle de la toxine diphtérique. Deux ans après, en 1890, Behring parvient à immuniser des petits animaux contre la diphtérie, en leur injectant la toxine de Roux et Yersin, atténuée par son mélange avec du trichlorure d'iode. S'inspirant des recherches de Charles Richet et Héricourt, Berhring, avec la collaboration de Kitasato, découvre que le sérum des animaux immunisés a le pouvoir de neutraliser la toxine diphtérique, non seulement *in vitro*, mais encore dans l'organisme vivant.

Les travaux de Behring n'entraînèrent pas tout de suite la conviction, et il est difficile de prévoir quelle eût été la destinée de la sérumthérapie si Roux ne l'avait étudiée à son tour et n'avait découvert les moyens de surmonter les obstacles qui s'opposaient à son application : difficulté de préparer en abondance une toxine très active, difficulté d'immuniser de petits animaux qui fournissent peu de sérum. Tout d'abord, Roux, avec la collaboration de Louis Martin, parvint à préparer en grande quantité une toxine diphtérique très active. Avec celle-ci, il réussit à immuniser des chevaux, qui lui fournirent une antitoxine abondante et ayant un fort pouvoir neutralisant. C'est avec le sérum de ces animaux que, le 1er février 1894, Roux commença à traiter la diphtérie au pavillon de cet hôpital qui reçoit les enfants atteints de cette maladie.

Les médecins de notre génération n'ont pas oublié ce qu'était la diphtérie avant le sérum. Et ils savent comment, à la suite de son emploi, son aspect clinique et son pronostic se sont transformés. Suppléant de Grancher, j'ai dirigé le pavillon de la diphtérie de cet hôpital dans les mois qui ont précédé les premiers essais de M. Roux. Je garde le souvenir de ces salles peuplées d'enfants qui se mouraient, les uns d'intoxication diphtérique, les autres, atteints de croup, d'asphyxie ou de broncho-pneumonie. Bien que les entrées y fussent nombreuses, ces salles n'étaient jamais encombrées ; la mort y faisait tous les jours des places libres. Et j'ai aussi dirigé ce pavillon au moment des premiers essais de M. Roux. Lorsque les tâtonnements du début eurent pris fin, nous vîmes se lever l'aube des temps nouveaux. Au mois d'avril 1894, au cours d'une semaine, on fit sept trachéotomies ; il y eut sept guérisons. Pareil résultat n'avait jamais été obtenu ; avant l'emploi du sérum, la mortalité des enfants trachéotomisés atteignait près de 90 p. 100. Dès lors, toutes nos réserves tombèrent. Pour nous, la démonstration était faite ; nous n'avions pas besoin de statistiques pour être convaincus.

Mais, pour ceux qui n'avaient pas été, comme nous, les témoins immédiats de cette transformation, il fallait donner des chiffres. Ils étaient éloquemment démonstratifs. Peu après les premiers essais de M. Roux, la mortalité qui dépassait 50 p. 100, tomba à 20 p. 100 ; elle s'abaissa ensuite au-dessous de 15 p. 100.

Au mois de septembre 1894, M. Roux fit connaître ces résultats au Congrès international d'hygiène de Budapest. Sa communication était signée de son nom et de celui de ses collaborateurs Louis Martin et Chaillou. Elle leva tous les doutes. Depuis, la sérumthérapie a pris dans le traitement de la diphtérie, la place que vous savez.

Il est vrai que parfois, surtout lorsqu'il se produit une recrudescence des diphtéries malignes, on lui reproche de ne pas toujours guérir. Mais, parmi les médications spécifiques les plus efficaces, y en a-t-il une qui n'échoue pas quelquefois ? Pour ceux qui seraient tentés de l'oublier, ne cessons pas de retracer le tableau de la diphtérie avant le sérum et de le comparer à celui de la diphtérie traitée par l'antitoxine. Nous ferons comprendre ainsi ce qu'a été l'œuvre de Roux et pourquoi on lui doit une reconnaissance infinie.

Tel est l'événement considérable dont cette maison a été le témoin en 1894 et que ce bas-relief est destiné à rappeler aux générations futures.

L'image de Roux va se trouver à côté des plaques funèbres où sont gravés les noms des internes qui ont suc-

combé à la diphtérie contractée dans cet hôpital. Ce voisinage a une haute signification. Depuis l'application de la sérumthérapie, cette liste ne s'est pas allongée. Il est permis d'espérer qu'elle est close définitivement.

La découverte de la toxine diphtérique et l'application de la sérumthérapie au traitement de la diphtérie suffiraient à fonder la gloire d'un savant. Roux s'est illustré encore par d'autres travaux. Ce n'est pas ici le lieu de les exposer. Ce qu'il faut rappeler, c'est que Roux ne fut pas seulement un grand savant ; il fut aussi un professeur merveilleusement clair, un philanthrope passionné, un administrateur magnifiquement désintéressé, un lettré de haute culture, et, sous des dehors parfois un peu rudes, un ami fidèle et dévoué ; pour tout dire, ce fut une âme d'élite. Mais tout cela a été dit trop éloquemment au moment de sa mort, pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici.

Monsieur le Directeur, la Société de pédiâtrie remet ce bas-relief à l'Assistance publique. M. Mourier, que vous représentez ici, est à la fois médecin et administrateur. Il est donc mieux à même que personne de sentir le prix que nous attachons à ce modeste monument. Nous le prions de l'accepter, certains que, grâce à lui, grâce à vous ses collaborateurs, la conservation en sera pieusement assurée.

Allocution prononcée par M. Louis MARTIN, *directeur de l'Institut Pasteur.*

Monsieur le Président de la Société de Pédiâtrie,
Mesdames,
Messieurs,

Après avoir eu l'heureuse idée de perpétuer le souvenir du docteur Roux dans cet hôpital, où par deux fois, il est venu travailler au lit du malade, la Société de pédiâtrie a désiré associer à cet hommage l'Institut Pasteur et les disciples du maître. Je vous en remercie bien sincèrement au nom de tous mes collègues.

Roux n'aimait point les discours et je me garderai bien d'un banal éloge ; tout éloge serait au-dessous de la réalité ; les faits seuls parleront, mon désir est simplement d'essayer de faire revivre dans cet hôpital le grand patron qu'il a été.

*
* *

C'est en 1887 qu'il est venu dans le service de Jules Simon étudier le bacille de la diphtérie. Klebs et Loeffler, en 1884, (il y a cinquante ans) avaient annoncé la découverte du bacille, agent causal de la diphtérie. Cette découverte apportait un tel changement dans l'étude de cette maladie que tous les savants voulurent répéter et compléter les expériences de Loeffler, et M. Roux avec Yersin furent des premiers à entreprendre ces études.

Quand Roux publiait un travail, il avait soin de faire précéder l'exposé de ses recherches d'une courte introduction qui situait ce qu'on devait à ses devanciers et ensuite ce qu'il apportait lui-même.

Je ne puis résister au désir de vous lire comment il a présenté aux lecteurs des *Annales de l'Institut Pasteur* le résumé de ses recherches.

« Il faut reconnaître, écrit-il, que si le travail de M. Loeffler n'a pas résolu la question de l'étiologie de la diphtérie, il a très bien préparé l'étude de cette maladie. Il nous a servi de point de départ dans les recherches que nous publions aujourd'hui et qui nous permettent d'affirmer que le bacille de MM. Klebs et Loeffler est le bacille spécifique de la diphtérie. En effet, nous l'avons trouvé dans tous les cas (15) de diphtérie que nous avons examinés : avec les cultures pures de ce bacille, nous avons, comme M. Loeffler, reproduit les fausses membranes chez les animaux ; mais, plus heureux que lui, nous avons pu donner des paralysies analogues à celles que l'on observe chez l'homme à la suite de la diphtérie. Enfin, nous avons démontré que les cultures de ce bacille contiennent un poison qui, selon les doses auxquelles on l'injecte, tue rapidement les animaux ou leur donne des paralysies sans l'intervention de microbes vivants. »

Roux a démontré surabondamment les faits qu'il avait annoncés dans son préambule.

Après avoir étudié le bacille de la diphtérie et sa toxine, il a indiqué dans le troisième mémoire tout le parti qu'on pouvait tirer du diagnostic bactériologique. Pour faire le diagnostic précis de cette maladie, il suffit de mettre en évidence le bacille de la diphtérie.

« Il est facile, écrit-il, d'arriver à ce résultat par l'examen microscopique et l'ensemencement sur sérum, selon le procédé indiqué par Loeffler », et, comme il voulait convaincre les médecins de la nécessité de confirmer le diagnostic clinique par la mise en évidence du bacille diphtérique, il insiste sur la simplicité et la sûreté de la culture ; il en expose tous les détails et il conclut :

« Si nous avons décrit longuement les moyens de faire le diagnostic de la diphtérie, c'est parce que nous espérons qu'ils seront mis en œuvre par les médecins. »

Si j'ai reproduit ces lignes, c'est que j'ai dû les citer à M. Roux, et voici dans quelles circonstances : j'étais externe des hôpitaux dans le service de Jules Simon, et je désirais prendre comme sujet de ma thèse le diagnostic bactériologique de la diphtérie. Je fus trouver M. Roux et lui exposai mon désir. Mais, me dit-il, vous n'êtes pas bactériologiste pour entreprendre un pareil travail. — Mais, lui répondis-je, vous avez écrit que rien n'est plus facile, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890, p. 391. J'insinuai que je possédais un microscope que j'avais acheté sur mes économies. M. Roux fut touché de ma candeur et de mon audace, il voulut bien m'aider. Ce jour-là fut fixée toute ma carrière. Je ne suis pas le seul que M. Roux a aidé. Qu'il me soit permis d'apporter aujourd'hui un témoignage de gratitude, de reconnaissance, au nom de tous ceux qui ont dû à M. Roux le succès de leur carrière scientifique.

Les travaux de Roux et Yersin sur le bacille diphtérique furent exposés dans trois mémoires, mémoires fondamentaux, car ils démontraient la spécificité du bacille de Klebs-Loeffler, ils démontraient que la diphtérie est une intoxication causée par le poison que secrète le bacille de la diphtérie, la toxine diphtérique. Ils mettaient admirablement au point la question du diagnostic diphtérique.

Ces trois mémoires devaient être le point de départ de nombreuses expériences qui, naturellement, découlaient des découvertes de Roux et Yersin. Mais la maladie guettait notre cher maître, et il fut immobilisé pendant de longues semaines.

D'autres plus heureux continuèrent ces travaux et obtinrent la vaccination des animaux, ce qui amena Behring et Kitasato à la découverte des antitoxines dans le sang et le sérum des animaux vaccinés.

Roux reprit ses recherches sur la diphtérie vers la fin de 1891 — pendant plusieurs mois, il poursuivit des expériences sur le traitement de la diphtérie par le sérum antitoxique d'abord sur les animaux, puis sur les enfants.

Avant de rien publier, il voulut rassembler des faits en assez grand nombre pour bien juger la méthode. Pendant deux ans, 1892-1893, il mit en œuvre toutes les ressources du laboratoire, étudiant de nombreux microbes, recherchant ceux qui permettaient d'obtenir le meilleur sérum. Le choix s'arrêta sur le microbe 261 qui nous fut apporté par notre regretté collègue Veillon.

DIASTOGÈNE F

Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines

Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)

abrège les convalescences

2 à 3 cachets par jour

Laboratoire
66 rue Nationale

Dehaussy
Lille

Les chevaux furent injectés et saignés, d'après la méthode de Nocard qui, dans ces questions de sérothérapie, fut le plus dévoué et le plus fidèle des collaborateurs.

Chaque semaine Nocard venait le mercredi à l'Institut Pasteur chercher la toxine et quand le premier cheval donnait un sérum actif, il apportait le sérum antitoxique qui bientôt fut nettement curatif pour les animaux.

Dès le milieu de l'année 1893, Roux possédait quelques litres de ce précieux sérum, et il eût été possible de traiter les enfants, mais Jules Simon demanda de retarder ces essais jusqu'à février 1894 ; car, disait-il, la diphtérie est moins grave dans les mois d'été ou de fin d'année, et pour juger une méthode, il faut se placer dans les conditions les plus défavorables, et c'est pourquoi les premiers essais de traitement aux Enfants-Malades eurent lieu le 1er février 1894.

Tous les jours jusqu'au 31 juillet, nous venions aux Enfants-Malades vers deux heures. Nous entrions par une porte située rue de Vaugirard. On sonnait et pendant quelques minutes, il fallait attendre Dumont, garçon d'amphithéâtre, qui devait nous ouvrir. De chaque côté de la porte, il y avait deux chasse-roues en granit qui, pendant cette attente, nous servaient de sièges. M. Roux portait lui-même le précieux sérum, Chaillou tenait les cahiers et je portais le panier rempli de tubes de sérum coagulé pour les ensemencements.

Il n'était pas de ces savants qui se confinent dans leurs laboratoires et laissent à d'autres le soin d'expérimenter leurs produits. Disciple de Pasteur, comme son maître vénéré, il ne confiait à personne le soin d'apprécier les résultats obtenus.

Roux pratiquait lui-même les injections et, chaque jour, tous les malades étaient examinés. C'est sous le contrôle du chef de service que les résultats furent acquis. Tout fut étudié avec le plus grand soin, cliniquement et bactériologiquement. C'est ce qui explique pourquoi la communication de Budapest eut un tel retentissement. M. Roux m'écrivait de Budapest : « Ma communication fut accueillie par des applaudissements unanimes. »

Les Allemands applaudissaient ; car les travaux de Roux confirmaient dans ce qu'ils avaient d'essentiel ceux de Behring et de ses collaborateurs, et tous ceux qui avaient entendu l'exposé si net, si précis, applaudissaient, car M. Roux venait de lever tous les doutes et faisait entrer la sérothérapie antidiphtérique dans la pratique médicale.

La pédiâtrie devait plus que toute autre branche de la médecine profiter de cette thérapeutique nouvelle qui fut d'ailleurs expérimentée, comme nous l'avons déjà dit, dans le service de la diphtérie de cet hôpital. Dans son rapport de 1894, M. Roux n'oublie pas les précieux auxiliaires que furent pour lui les internes de l'hôpital des Enfants-Malades, dont plusieurs sont devenus des maîtres et que je suis heureux de voir à nos côtés.

C'étaient : Pompidor, Zuber et Hallé, et leurs collègues de l'hôpital MM. Damaye, Potel, Jorand, Morel, Bayeux, Magdeleine, Bureau et Rudaux ; et dit M. Roux, non seulement ils ont suivi nos essais, mais ils furent, à maintes reprises, pour nous des collaborateurs précieux.

Dans un travail antérieur : contribution à l'étude du tétanos, prévention et traitement, par le sérum antitoxique, MM. Roux et Vaillard avaient également obtenu la collaboration des internes des hôpitaux pour le traitement du tétanos chez l'homme, plusieurs observations furent recueillies par MM. Jules Renault, Louis Martin, Morax, Donnet, Maurice Nicolle, Banzet, Mayet, Renon. Avec un animateur comme M. Roux, tout était facile.

Laissez-moi l'espoir, mes jeunes collègues de l'internat, que vous voudrez bien vous souvenir que vos anciens ont été bien accueillis dans la maison de Pasteur, qu'ils ont contribué ainsi à de belles découvertes. Laissez-vous tenter par le démon de la recherche ; si vous n'avez pas toujours la gloire ou le profit, vous aurez du moins la satisfaction d'avoir essayé d'être utiles aux malades et au pays.

Je ne puis terminer sans adresser au directeur général de l'Assistance publique de vifs remerciements pour l'emplacement qui a été choisi. Sous cette voûte défilent chaque jour les maîtres, les étudiants, les malades et tous chaque jour contempleront les traits de notre maître que l'artiste Roché a si bien saisis. Il est pensif et regarde au loin vers l'avenir, qu'il espère brillant.

Après la sérothérapie est venue l'anatoxine et la vaccination, mais il espère encore d'autres découvertes.

En plaçant Roux dans cet hôpital où il a travaillé, où il a vaincu la diphtérie, la Société de pédiâtrie a voulu rendre un hommage mérité à sa mémoire. Elle a pensé aussi que sa présence serait un réconfort, un encouragement, un exemple. Ce sera un appel aux jeunes. La guérison de la diphtérie a permis tous les espoirs. Que ceux qui viendront après nous fassent mieux encore !

PRATIQUE MÉDICALE

LES GLUCOSIDES CARDIOTONIQUES DE L'ADONIS VERNALIS ET LEUR ACTION DIURÉTIQUE (1)

Par le docteur Jean FAGUET.

L'auteur pense qu'à l'heure actuelle le praticien possède un médicament cardiotonique sur lequel il peut compter et ses conclusions rejoignent celles de MM. Chausset, Dessout, Fontenailles, Gaujoux, Krijanowski, Brahic, Lutembacher, L.-J. et F. Mercier, Sassard et surtout celles que M. Giraud-Costa a énoncées dans la *Pratique Médicale Française* de novembre 1932. Il dit notamment : « l'adoverne représente le succédané type de la digitaline ; un peu moins actif que la digitaline, ce produit est mieux toléré, moins ralentissant, mais son action ne se prolonge guère plus de vingt-quatre heures après la dernière prise médicamenteuse ».

L'adoverne présente des indications précises :

1° La dyssystolie de Lian où, employé à la dose de XXX gouttes, il remplace avec avantage les sédatifs (bromures, valériane, cratoegus) habituellement prescrits.

2° Les insuffisances cardiaques légères et moyennes où le pouls est lent (ne dépassant pas 85). La digitaline est mal tolérée bien souvent, qu'il s'agisse d'ailleurs d'insuffisance droite ou gauche ; en particulier (Lutembacher) l'arythmie complète lente.

3° Les cures d'entretien où l'on désire faire alterner les médicaments.

En dehors de ces indications particulières, l'adoverne pourra être essayé dans tous les cas où la digitaline est habituellement indiquée et aussi quand on veut donner un médicament cardiaque dépourvu de toxicité aux vieillards, aux femmes enceintes et même aux enfants ; c'est un produit excessivement maniable qui s'administre seulement par voie buccale, sous forme de granules et surtout de gouttes.

(1) *Sud méd. et chir.*, 15 oct. 1933.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ
PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES
POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
R. C. Seine 38.823
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

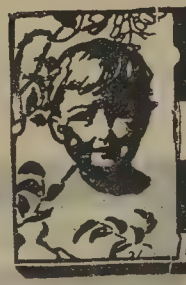
ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul Ornano PARIS

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 18 JUILLET 1934. — N° 57.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

SOMMAIRE

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE DU RHUMATISME CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ. (Compte rendu.)

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.

CHRONIQUE
Le cinquantenaire de l'Association des médecins catholiques.

NOTES POUR L'INTERNAT
Accidents évolutifs de la dent de sagesse.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élève interne en médecine*, vacantes le 15 avril 1935. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le jeudi 11 octobre 1934, à 9 h., au parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XVe). (Entrée des candidats : stand 60, côté avenue de la Porte-de-la-Plaine.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 12 h. et de 13 à 17 h., depuis le lundi 3 septembre jusqu'au lundi 24 septembre 1934 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Georges Dubourg a été nommé chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux; il est affecté à l'hôpital Saint-André.

M. le docteur Raymond Mahon a été nommé accoucheur adjoint des hôpitaux de Bordeaux; il est affecté à la Maternité de l'hospice général.

— Dieppe. — Un poste d'interne à l'hôpital de Dieppe est actuellement vacant. — Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des hospices.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Active.) — *Est élevé à la dignité de grand'croix.* — M. le médecin général inspecteur Vincent, professeur au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Il y a longtemps que M. Vincent aurait dû recevoir cette haute dignité. Ne compte-t-il pas parmi les premiers vainqueurs de la grande guerre celui qui préserva l'armée et la population de la fièvre typhoïde? Que l'illustre savant veuille bien trouver ici l'expression de nos respectueuses et très affectueuses félicitations. F. L. S.

Au grade de commandeur. — M. le médecin-colonel Duval (10e région).

Au grade d'officier. (Réserve.) — M. Noguès (Paul-Jean), médecin lieutenant-colonel honoraire; MM. Lenoble (Ed.-Ch.-Victor), Brunetière, Weber, Blanchard, Diénot, Decoopman, Kelle, Menu, Guth, Dubois, Grynfeltt, Grenie, Piéry, Hoummel, Cruchet (René), Lande (Pierre), Koun.

Au grade de chevalier. — MM. Filippi (de Ghisoni), Bordone (de Frontignan).

Marine. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général Brunet.

Santé publique. — *Grand officier.* — M. Charles Vaillant, ex-chef de service radiographique des hôpitaux, radiographe mutilé, à Paris.

Au grade de commandeur. — M. Félix Lobligeois, chef du service d'électroradiographie de Bretonneau, radiographe

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

mutilé, à Paris; M. Arthur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique, à Paris.

Au grade d'officier. — MM. Georges Baudouin (de Paris), Franchi (d'Orléansville), le professeur Gougerot (de Paris), Marcel Maillet (de Paris); Meillère, ancien président de l'Académie de médecine; le professeur Nové-Josserand (de Lyon), J.-Charles Roux (de Paris), M.-J. Roux (de Saint-Nectaire); M. Chénevier, secrétaire général de l'Assistance publique, à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris.* — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1934 commencera le 1er octobre et sera terminée en décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 40 fr.; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 750 fr. — Deux examens gratuits.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Frédéric Dufour et Albert Poizat de Gérente (de Marseille), Doyon, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Lyon.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS CATHOLIQUES

Société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien.

L'association des médecins catholiques, société de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien, fête son cinquantenaire.

Fondée au Mans (Sarthe), le 27 septembre 1884, par dix médecins venus des quatre coins de la France, sous l'inspiration du docteur Le Bèle, chirurgien du Mans, encouragé par Mgr d'Oultremont, et par dom Couturier, Révérendissime P. abbé de Solesmes, elle compte aujourd'hui 2.300 membres français, répartis en 40 comités régionaux. Le premier président général en fut le Dr Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

Association déclarée sous le bénéfice de la loi de 1901, elle comprend des membres titulaires ou adhérents qui doivent être Français, docteurs en médecine et catholiques, des membres d'honneur, des aspirants (étudiants).

La cotisation est de 20 francs par an et donne droit au *Bulletin mensuel* (10 numéros par an), lequel publie d'importants travaux (350 pages environ chaque année).

La Société comprend 40 comités en France qui nomment chacun leur bureau et jouissent d'une large autonomie. Elle est administrée par un Conseil général siégeant à Paris, dont le bureau est actuellement constitué par le Dr O. Pasteau, président général, le Dr Grenet, médecin des hôpitaux, vice-président général ; le Dr Ferrand, médecin de l'hôpital Saint-Joseph, secrétaire général ; le Dr Dauchez, trésorier général.

La Société de Saint-Luc est restée parfaitement fidèle à l'esprit dans lequel elle a été créée. Elle poursuit trois buts :

1° C'est avant tout une association religieuse, elle est érigée en confrérie canonique, dont le siège est à la basilique du Sacré-Cœur de Montmartre.

2° Dans les réunions de travail sont étudiées les questions les plus variées touchant à la fois à la médecine, la philosophie, la morale et l'apologétique ; le plus souvent ces études se font en collaboration avec des théologiens qualifiés.

3° Ses membres prennent part aux œuvres sociales diocésaines dans la mesure où leur compétence professionnelle peut être utile et souhaitée par les autorités religieuses (hygiène générale du clergé, missions, inspection des écoles).

Toute question d'intérêt matériel est systématiquement écartée et toute discussion politique interdite.

Pour célébrer le 50e anniversaire de la fondation de Saint-Luc, les médecins sont venus nombreux de toute la France. Plusieurs sociétés étrangères de médecins catholiques se sont fait représenter. Le 10 juillet, à 8 heures du matin, une messe a été dite à la Basilique du Sacré-Cœur par le chanoine Segaux, membre de la société à titre de docteur en médecine. En chaire, Mgr Baudrillart a prononcé un sermon à l'issue de la messe : le recteur de l'Institut catholique se devait d'adresser la parole à cette collectivité d'intellectuels parmi lesquels des professeurs, des médecins des hôpitaux, etc... Deux séances de travail ont eu lieu ensuite, 61, rue Madame, au cercle des étudiants catholiques.

Dans la première, le secrétaire général Dr Ferrand a retracé l'histoire de la société depuis sa fondation. La seconde a été occupée par les rapports du secrétariat international et ceux des sociétés étrangères ; nous sommes ainsi instruits de ce qui se fait ailleurs.

Après une réception à l'archevêché de Paris, par NN. SS. les évêques auxiliaires, a eu lieu un banquet à l'hôtel Lutetia. Autour des dirigeants de la société de Saint-Luc étaient groupées les principales personnalités ecclésiastiques qui ont été mêlées à la vie de l'association et les journalistes catholiques qui veulent bien s'y intéresser. A tous le Dr Pasteau adressa ses souhaits et ses remerciements.

Les membres de l'association se rendirent ensuite à Solesmes et au Mans, où ils furent reçus par les enfants du Dr Le Bèle, le Dr et Mme Mordret qui continuent dans cette ville les traditions de leur père.

Par ces manifestations religieuses, ces séances de travail, ces pèlerinages aux sanctuaires gardiens des traditions et de l'art médiéval, les médecins de la société de Saint-Luc ont voulu montrer, à l'occasion du cinquantenaire de leur fondation, qu'ils étaient bien les descendants des confréries religieuses et des corporations professionnelles d'autrefois.

L. G.

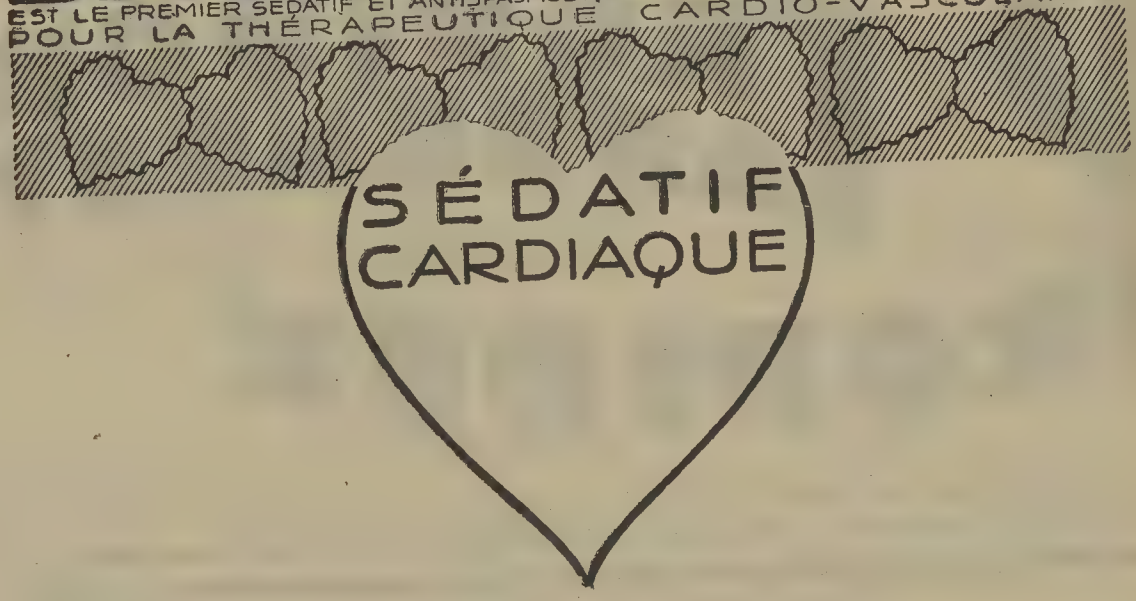
RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR se retirant, céderait de suite son appartemen, où il exerce depuis 30 ans, avenue Mozart, 80, au premiert 6 pièces, loyer 14.300 fr. charges comprises, tout confort. — Docteur A... Tél. Auteuil 61-03.

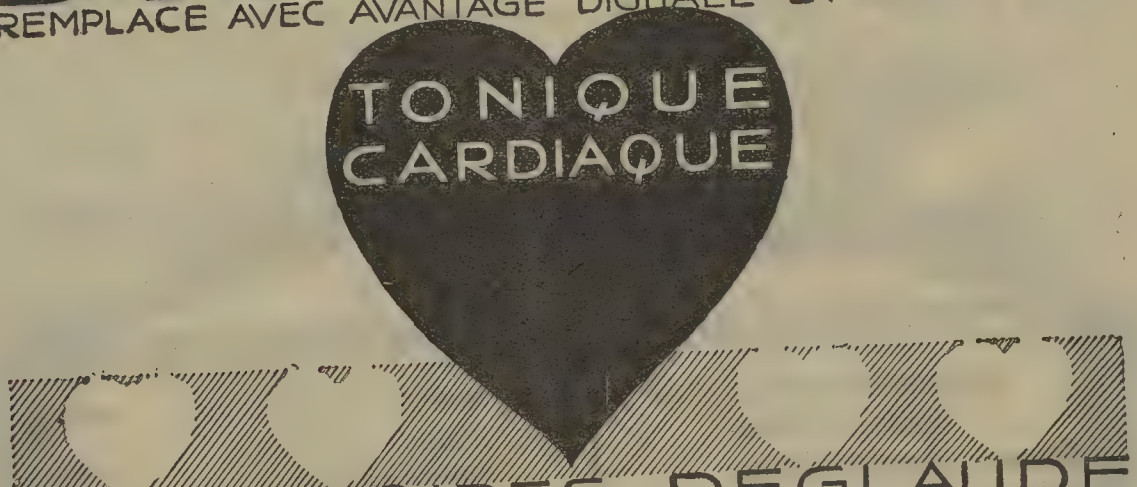
Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 40, Impasse Milord, Paris (18e)

SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE
REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

VACCINATION EN PROFONDEUR

BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE PAR LE PROPIDON

Bouillon stock-vaccin du Pr P. Delbet

PROPIDON

PANSEMENT

Etui contenant 1 ampoule de Propidon de 5 cc., 1 compresse et 1 coton stériles

VACCINATION EN SURFACE

PROPIDEX

Pommade à base de Propidon

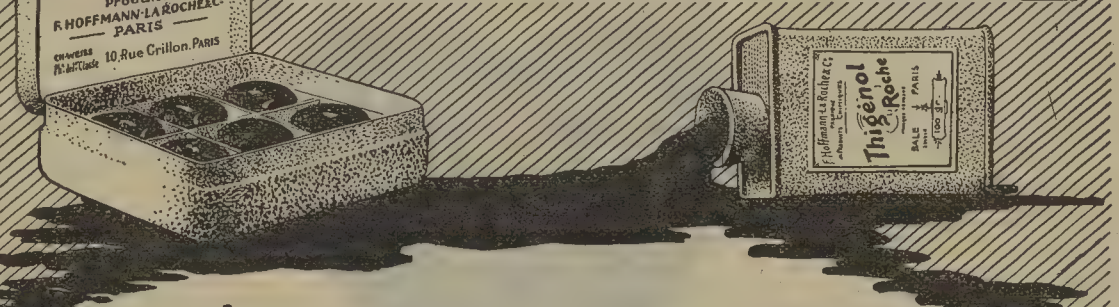
DANS TOUS LES CAS DE:

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ • MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
INFECTION CUTANÉE À PYOGÈNES • CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIETÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8e

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.



EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon. Paris

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE DU RHUMATISME

CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ

Aix-les-Bains, 28 juin-1er juillet 1934 (1).

La Conférence du Rhumatisme chronique progressif généralisé s'est ouverte le 28 juin à Aix-les-Bains, sous la présidence de M. le professeur Fernand Bezançon, de Paris.

La séance inaugurale eut lieu dans la salle de théâtre du Grand Cercle : M. le Dr Rey, président de la Société médicale d'Aix-les-Bains, souhaita la bienvenue aux 350 congressistes ; M. le sénateur Mollard, maire d'Aix-les-Bains, dit l'honneur que trouvait sa cité en recevant tant de hautes personnalités médicales, et Sir William Wilcox parla au nom des représentants des vingt-deux nations participant aux travaux de cette conférence. M. le Dr M.-P. Weil, secrétaire général de la conférence, fit un historique détaillé des difficultés qui durent être surmontées pour doter la station d'Aix-les-Bains d'un établissement digne de la clientèle mondiale qui y afflue ; enfin, M. Campion, préfet de la Savoie, ouvrit les travaux de la conférence en présentant les excuses du ministre de la Santé publique retenu à Paris par les devoirs impérieux de sa charge.

Le discours d'ouverture fut prononcé par M. le professeur Bezançon, président de la Conférence. Il s'attacha à souligner les origines empiriques de la plupart des traitements thermaux et les erreurs d'interprétation sur l'efficacité de ces traitements, d'où découla le plus souvent l'édification de théories puériles. Mais aujourd'hui, grâce à une science mieux comprise, l'empirisme a fait place à un traitement rationnel qui nous explique les heureux résultats qu'on observe au cours des cures thermales, et tout spécialement à Aix-les-Bains, avec la douche-massage sous l'eau, M. le professeur Bezançon attire ensuite l'attention de ses auditeurs sur le complexe thérapeutique des eaux thermales et sur la nécessité de pousser toujours plus avant des études bien conduites pour retirer du traitement hydrothermal le maximum des résultats. En terminant, l'orateur fait l'éloge du naturisme si en faveur en Grèce et à Rome et dont le thermalisme est une des formes les mieux comprises. Enfin, une conférence remarquable en tous points et fort applaudie fut faite par M. le professeur agrégé Chabrol, de Paris, qui retraça l'histoire thermale d'Aix-les-Bains.

La séance se termina par la projection d'un film documentaire, œuvre du grand spécialiste anglais, M. le Dr Coates.

Le traitement du rhumatisme dans l'histoire thermale d'Aix-en-Savoie. — Conférence de M. le professeur Etienne CHABROL (Paris).

M. Etienne Chabrol étudie successivement *l'origine des établissements, des méthodes de cure* et des *indications thermales* qui donnent à Aix-les-Bains une individualité puissante.

Bien avant la conquête romaine, les Allobroges avaient connu les sources guérisseuses que devaient mettre en valeur l'empereur Gratien et le proconsul Domitius. Les ruines du très vaste établissement qui fut construit à cette époque opulente débordent largement le périmètre des deux établissements actuels.

Vint ensuite une longue période « moyennâgeuse » qu'interrompirent un instant le passage d'Henri IV (1600) et les écrits de de Cabias (1623) et qui se termina seulement en 1776 avec la création de l'établissement inspirée par le roi Victor-Amédie III : c'est à cette date que commence la renaissance thermale d'Aix-en-Savoie.

L'établissement de 1776 fut agrandi de 1854 à 1860, à l'instigation du comte de Cavour, puis avec le concours de Napoléon III. Il subit ensuite d'importantes retouches jusqu'au jour où la loi d'outillage national du 29 décembre 1931 permit de créer de toutes pièces un établissement modèle, accolé aux anciens, les *Aquae-Gratianœ* de 1934.

Dans ce cadre luxueux, Aix-les-Bains fait valoir les *méthodes de cure* que lui ont léguées la tradition romaine et l'observation des coutumes orientales. Ses bouillons et ses étuves de vapeur permettent d'obtenir la sudation que les Gallo-Romains recherchaient dans leur vaporarium. Ses étuves locales dénommées Berthollets réalisent un perfectionnement inconnu des anciens, en concentrant sur un segment de membre la totalité des vapeurs et des gaz rares qui émanent directement du fleuve thermal.

Sa douche massage s'inspire de la méthode du « massement sous la douche » qui, d'après Daquin, aurait été importée d'Egypte par les compagnons de Bonaparte. La douche écossaise aurait une origine moins lointaine : le Dr Joseph Despine l'a introduite à Aix en 1822.

Les indications thérapeutiques d'Aix-en-Savoie furent pendant de longs siècles assez confuses, encore que les Gallo-Romains et les médecins du moyen âge aient employé ces eaux chaudes contre le rhumatisme et la sciatique.

C'est entre les deux dates de 1853 et 1860 que s'établit la véritable orientation de la station thermale ; elle est due en grande part à Sir Alfred Garrod qui reprit dès 1859 sous le nom d'arthrite rhumatoïde l'étude du rhumatisme articulaire chronique progressif, le sujet de la thèse de Charcot (1853). Le clinicien anglais accordait une égale faveur aux eaux d'Aix pour remédier à l'arthrite rhumatoïde et pour traiter la goutte asthénique. Dans ces deux domaines, Vidal, Berthier, Blanc, Forestier ont apporté de précieuses observations thermales. Entre temps, les méthodes de cure perdaient leur brutalité du passé. Dès 1866, Pidoux pouvait constater que la cure n'était plus « aveuglément excitante et sudorifique », mais qu'elle savait être, le cas échéant, « tonifiante et sédative ».

RAPPORTS

Généralités. — Etiologie. — Pathogénie

Les limites du rhumatisme chronique. La notion de polyarthrite symétrique progressive. — MM. le professeur Fernand BEZANÇON et Mathieu-Pierre WEIL. « Ayant à répartir entre les rapporteurs les divers chapitres du rhumatisme chronique généralisé, nous avons choisi pour nous-mêmes, — étant donné que nous devions être les premiers à les exposer — les limites du rhumatisme chronique.

Pourquoi ce besoin de tracer les limites du rhumatisme chronique ? Si l'on traitait de la fièvre typhoïde ou de la scarlatine — même de la lithiase biliaire ou de la maladie d'Addison — aurait-on besoin encore d'en fixer les limites ? Non certes. Alors pourquoi le faire pour le rhumatisme chronique ? C'est qu'il ne s'agit pas d'une maladie nettement définie, que ses frontières sont encore bien imprécises.

Et d'abord nous avons esquissé un mouvement en arrière quand il s'est agi de délimiter les frontières du rhumatisme chronique et de la goutte. Tout le début du XIXe siècle a eu pour but de séparer le rhumatisme chronique de la goutte. Ce fut une des principales préoccupations de Charcot, en France. Il y réussit quand il s'agit de séparer le rhumatisme chronique de la goutte à tophus. C'est là un point acquis.

Mais quelles sont les limites de ce qu'on appelle le rhumatisme goutteux ? Qu'appelle-t-on rhumatisme goutteux ?

(1) *Association de la Presse médicale française.*

C'est là une question qui pourra être posée à un prochain congrès.

Je la pose simplement en rappelant deux cas : M. X... a fait toute une série de crises qui ont été prises pour du rhumatisme articulaire aigu, en raison de leur généralisation et leur acuité. Les dernières crises sont devenues traînantes, ont laissé des raideurs articulaires. Et alors survient une crise typique du gros orteil. On a trouvé dans le sang 0,22 cent. d'acide urique. Le malade a été très amélioré par la colchique.

Inversement, un autre de mes malades, grand goutteux, a fait à plusieurs reprises des crises aiguës généralisées fébriles qui ressemblent au rhumatisme articulaire aigu et sont améliorées par le salicylate de soude. Ni l'un, ni l'autre de ces malades ne présentent de tophus. Qu'ont-ils fait ?

Les localisations du rhumatisme articulaire aigu, de ce que nous appelons la maladie de Bouillaud, sont, elles aussi, souvent bien difficiles à définir. Si elles le sont rigoureusement en France, elles ne le sont pas toujours à l'étranger où l'on a une conception autre de la maladie de Bouillaud. Pour les partisans de la focal infection, un même agent, un streptocoque anhémolytique pourra être l'agent de deux manifestations selon l'âge du sujet et le terrain sur lequel il se manifestera.

Voilà un nouveau thème à des discussions futures.

Pour le rhumatisme chronique, bien des classifications ont été apportées, les épithètes elles-mêmes varient. Cependant, un très grand progrès a été apporté dans ces dernières années. Sous des termes divers, en France et à l'étranger, on s'entend — acceptant, en somme, la classification (morphologique et basée sur l'évolution) de Charcot — pour distinguer non plus le rhumatisme partiel du généralisé, mais l'ostéoarthrite dégénérative hypertrophique, dont le Morbus coxae senilis et les nodosités d'Heberden sont les manifestations les plus représentatives de la forme généralisée (arthrite atrophique prolifératives des anatomopathologistes selon la conception de Nichols et Richardson ; notre rhumatisme chronique progressif généralisé.)

Existe-t-il un rhumatisme chronique progressif généralisé, ou y a-t-il lieu de faire un démembrement de cette forme ? C'est là le problème que nous nous sommes posé.

Nous avons essayé de démontrer :

Qu'en France, surtout, depuis le travail de Charcot, on donne trop d'importance aux déformations, à la symétrie, aux troubles trophiques ;

Que les déformations, comme l'avait déjà bien vu Charcot, sont banales et peuvent se voir dans des conditions diverses même chez des goutteux, même chez des malades atteints d'affections du système nerveux, faites avant tout d'atrophies musculaires et de contractures ;

Que la symétrie est tardive dans un grand nombre de cas, et précoce dans d'autres ;

Qu'il en est de même des troubles trophiques ;

Que si maintenant on utilise la radiographie, ce prolongement de la morphologie, on voit que tantôt il n'existe pas de déformations ostéoarticulaires appréciables, que tantôt il n'existe guère que des troubles de décalcification, que tantôt enfin sont des destructions osseuses, même des interpénétrations et des fusions ;

Que, dans certains cas, il existe des formes hydarthrodiales multiples, enfin d'une façon générale qu'il y a absence d'ostéophytes.

Nos observations démontrent qu'il faut toujours faire des examens radiologiques multiples et que les formes observées ne sont pas des états successifs mais des formes fixes.

Dans l'impossibilité d'utiliser avec fruit pour une classification les méthodes de laboratoire, en particulier les dosages d'acide urique, de phosphore et de calcium, — les réactions de sédimentation et de Vernes — qui ne renseignent que sur l'évolution et le degré du processus inflammatoire, nous estimons que c'est encore dans l'évolution même de la maladie, jointe aux renseignements donnés par la morphologie, que nous devons chercher la base de notre classification.

Reprenant le problème à ce point de vue, dans nos services respectifs et à la Salpêtrière, avec Crouzon et Gaucher, nous en sommes arrivés à cette observation :

Du point de vue évolutif, un grand nombre de rhumatismes chroniques généralisés évoluent par poussées, à la manière du rhumatisme articulaire aigu et lors des premières poussées, avant l'apparition des ankyloses le diagnostic est souvent impossible. Chacune de ces poussées a une allure de véritable arthrite et dans des cas de ce genre, on a l'impression que l'infection joue un rôle, sans qu'on puisse déterminer la nature de celle-ci — cette nature pouvant d'ailleurs être multiple, — c'est dans ces cas qu'on rencontre les formes hydarthrodiales, les formes atrophiques prolifératives de Nichols et Richardson.

Un certain nombre de rhumatismes chroniques progressifs ont une autre allure, ils sont symétriques et acroméliques, dès le début des troubles trophiques, tels que le vitiligo, la sclérodermie, les troubles des phanères lui sont souvent associés. Il y a plus de troubles vasculo-sympathiques, de paresthésie, que de véritable arthrite. On comprend et on est près d'adopter quand on a étudié ces formes le terme d'ecto-sympathose de nos collègues Laffitte et May.

L'examen radiologique ne montre souvent dans ces cas que de la décalcification.

Nous dirons pour terminer, que dans notre pensée, ce qui fait surtout le caractère du rhumatisme chronique, c'est non pas la déformation, mais la tendance à la généralisation et à la progressivité, mais celle-ci en rapport bien plus avec les causes déclanchantes qu'avec le terrain réceptif — la fréquence beaucoup plus grande chez la femme est une preuve de l'importance de ce terrain qu'il importe de préciser.

La notion de progressivité, de généralisation est très importante au point de vue pratique, car l'observation montre que si l'on dépiste d'une façon précoce le rhumatisme chronique progressif à ses débuts et si on le soigne, on peut éviter la généralisation —ou tout au moins en limiter l'extension.

La distinction entre *formes où prédomine la polyarthrite d'allure inflammatoire* et formes où prédominent les phénomènes vasculo-sympathiques n'est encore qu'à l'état d'hypothèse de travail. Elle mérite d'être l'objet de notre contrôle et pourrait, elle aussi, devenir dans une prochaine conférence le sujet d'une nouvelle question.

Les troubles du métabolisme. — MM. LOEPER, D. MAHOUDEAU et J. TONNET. La carence en soufre des tissus articulaires des rhumatismes chroniques est certaine, et le métabolisme calcaire y est troublé profondément.

L'excès du soufre total et l'insuffisance du glutathion sont de règle dans le sang des rhumatisants, ainsi d'ailleurs le plus habituellement, que l'excès de calcium.

L'appétence du rhumatisme pour le calcium et pour le soufre semble démontrée par l'absorption ou l'injection d'hyposulfite de soude ou de sels de calcium.

Enfin, le métabolisme des glucoses est troublé.

La thérapeutique doit tirer parti de ces constatations. Elle comporte l'injection de gluconate de chaux, l'administration de glucose et aussi les injections d'huile soufrée.

Ainsi se trouve réalisée une action à la fois nutritive et réparatrice. Le calcium et le glucose sont en effet de vrais aliments. Peut-être faudra-t-il leur *adjoindre* le glycolle que nous savons manquer dans les cartilages malades et dont l'absence favorise les précipitations.

Le soufre est, lui aussi, un aliment du cartilage, mais il est encore un modificateur puissant, profond et complexe de la nutrition articulaire et de la nutrition générale.

Il est susceptible de modifier tout ensemble le métabolisme du sucre, l'équilibre protéique et l'équilibre thiémique ; il accroît même la fixation du calcium ; il atténue les précipitations de ce calcium dans les tissus. Et comme ces réactions vont de pair avec l'amélioration anatomique des jointures, et les manifestations objectives de leurs lésions, on peut supposer qu'elles conditionnent dans une assez large mesure cette amélioration.

Les seuls inconvénients de l'huile soufrée sont la douleur et la fièvre.

Peut-être trouverons-nous dans des composés soufrés organiques nouveaux, l'atténuation de ces inconvénients.

D'ores et déjà, on peut considérer le soufre comme un spécifique des troubles métaboliques du rhumatisant.

Les facteurs infectieux dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. F. Coste (Paris) et Jacques Forestier (Aix-les-Bains) font une revue critique de la part de l'infection dans la polyarthrite chronique évolutive (p. c. e.) et envisagent pour chacun des microbes connus et qui ont été jusqu'ici déclarés responsables de cette infection, les trois catégories d'arguments présentés en leur faveur : cliniques, thérapeutiques et biologiques. Ils montrent que l'on peut expliquer l'apparition de la maladie, tantôt par une infection directe, métastatique, des jointures, tantôt par leur sensibilisation allergique.

Appliquant aux principaux microbes l'étude de ces différents arguments, ils passent en revue :

1° Gonocoque, pour lequel ils montrent qu'aucun argument probant ne peut être présenté en faveur de l'importance de ce germe dans l'étiologie des polyarthrites chroniques évolutives.

2° Streptocoque, — du point de vue clinique, ils rappellent les travaux anglo-américains sur l'infection focale des divers étages du tube digestif depuis la bouche, dents, amygdales, jusqu'à la vésicule biliaire, etc... Ils montrent que la valeur des statistiques concernant la présence de ces foci chez les rhumatisants est fort limitée ; il en est de même des améliorations cliniques obtenues au moyen de vaccins réalisés avec les microbes extraits de ces foyers d'infection.

En ce qui concerne les arguments biologiques, les travaux expérimentaux des Américains, des Anglais et d'autres auteurs étrangers, apportent un faisceau de preuves plus importantes : présence de streptocoques dans les articulations et les ganglions satellites, dans le sang de rhumatisants. Ils citent les beaux travaux de Cecil, de Gray et Gowen et des autres auteurs qui ont trouvé en proportion importante le streptocoque in situ. Ils rappellent leurs propres travaux avec Saenz, au cours desquels ils n'ont pu en aucun cas confirmer les résultats de Cecil et de ses collaborateurs. En ce qui concerne l'allergie streptococcique chez le rhumatisant et les réactions d'immunité et d'infection trouvées par certains auteurs, ils montrent que leur spécificité est loin d'être indéniable.

3° Pour les autres germes pyogènes d'origine intestinale, hépato-biliaire ou respiratoire, ils insistent sur la rareté des cas où de tels germes peuvent être invoqués.

4° Par contre, ils attachent une importance particulière au rôle de l'*infection tuberculeuse*, dont la notion est une idée française due à Poncet, reprise par Tessier et Roques et qui a trouvé un regain d'actualité dans les recherches de Lœwenstein. Ils montrent que si les faits cliniques en faveur de cette origine offrent déjà de l'intérêt ainsi que les faits thérapeutiques, les recherches biologiques donnent des résultats positifs dans un certain nombre de cas. Dans l'hypothèse d'une infection directe des jointures par le bacille de Koch, les cas positifs d'inoculation au cobaye dont ils rapportent les résultats obtenus par Saenz sont trop peu fréquents : 1 sur 31 avec le sang, plus 4 probables, 1 sur 14 avec les biopsies articulaires, pour apporter autre chose que des présomptions. Peut-être de nouvelles méthodes plus simples augmenteront-elles le pourcentage de cas positifs.

L'étude des réactions allergiques, la provocation des réactions focales articulaires avec les antigènes bacillaires n'apportent que des arguments de présomption. Quant aux réactions sérologiques, elles sont assez fréquemment positives, mais leur spécialité est loin d'être absolue.

Pour ce qui concerne la syphilis, le rôle de cette infection ne paraît avoir de l'importance que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En conclusion, les auteurs montrent que si les arguments en faveur de l'origine infectieuse des p. c. e. sont nombreux et portent sur des microbes variés, aucun n'est décisif en faveur de tel ou tel germe ; ils admettent difficilement que le syndrome étudié puisse avoir une étiologie complexe. Ils admettent que la question de l'origine de la maladie n'est pas résolue, mais que le champ reste ouvert aux partisans des étiologies infectieuses et que l'infection tuberculeuse mérite d'être étudiée particulièrement.

Les facteurs vasculo-nerveux et sympathiques. — M. E. May, Mlle Jammet, M. Braillon (Paris). Les troubles vasculaires et sympathiques du rhumatisme chronique déformant sont encore très imparfaitement connus. Pour introduire un peu de clarté dans cette question, il est bon de les étudier dans des variétés cliniquement bien définies d'arthropathies chroniques.

Le grand rhumatisme déformant généralisé est caractérisé par une tension artérielle basse, des valeurs oscillométriques élevées, une augmentation de la température de la peau au moment des poussées. On n'y relève pas d'autres troubles circulatoires ; en particulier, la vitesse de circulation est normale, ainsi que l'aspect des capillaires. Il existe par ailleurs une diminution globale du tonus vago-sympathique, qui paraît plus une conséquence qu'une cause de la maladie, et un trouble des réactions thermiques avec une réponse exagérée au froid et une insensibilité relative à la chaleur. L'ensemble des réactions vaso-motrices indique l'existence d'un processus inflammatoire local ; aucune constatation objective n'apporte un support à l'hypothèse d'une origine nerveuse de cette classe d'arthropathies.

Il existe peut-être une variété de rhumatisme déformant à localisation élective aux extrémités et à symétrie rigoureuse et qui doit être distinguée de la variété précédente. Dans l'unique cas relaté, on n'observa pas de réactions vasculaires du type inflammatoire. S'il existe des arthropathies d'origine nerveuse, c'est dans ce groupe qu'il faudra les chercher. Mais la rareté extrême de ces faits empêche pour le moment toute conclusion.

Le rhumatisme vaso-moteur ne présente pas non plus de modifications vasculaires de type inflammatoire. Par contre, on y observe souvent un retard de la circulation et des modifications morphologiques des capillaires, associés aux symptômes cliniques ; ces constatations plaident en faveur de l'origine vaso-motrice des manifestations morbides.

Le rhumatisme sénile est presque toujours caractérisé par un rétrécissement du champ capillaire et très souvent par un ralentissement de la circulation. On peut le considérer comme un trouble trophique de nature circulatoire.

Les ostéophytes, qui sont exceptionnels dans le grand rhumatisme déformant généralisé, sont au contraire fréquents dans les rhumatismes vaso-moteurs, et à peu près constants dans le rhumatisme sénile. Peut-être faut-il y voir une

réaction osseuse autour de petits foyers de nécrose d'origine organique ou spasmodique.

Les facteurs de terrain dans le rhumatisme progressif, les troubles humoraux et l'allergie. — M. le professeur Roch et le docteur E. Martin (Genève). L'étude de l'étiologie du rhumatisme chronique amène à envisager d'une part l'action d'un facteur externe, déterminant, souvent de nature infectieuse, d'autre part, l'action d'un facteur interne, prédisposant.

Dans une certaine mesure, la prédisposition au rhumatisme chronique est due à un terrain héréditaire et familial.

Les troubles endocriniens peuvent parfois jouer un rôle dans la production d'un terrain favorable au rhumatisme. C'est particulièrement le cas de l'insuffisance ovarienne et de l'insuffisance thyroïdienne.

La constitution d'un état allergique paraît contribuer souvent aussi à préparer le terrain au développement du rhumatisme chronique. Ici se pose une question : le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique ne sont-ils pas deux formes de la même maladie qui évolue différemment chez les sujets allergiques et chez ceux qui ne le sont pas ? Le fait que les jeunes sont plus prédisposés à la maladie de Bouillaud et que les vieux le sont davantage au rhumatisme chronique est en faveur de cette manière de voir. Les études d'histologie pathologique amènent à la même conclusion, ainsi que les recherches expérimentales pratiquées avec des allergènes protéiniques.

L'état allergique est donc un élément prédisposant à la chronicité du rhumatisme ; il n'est cependant pas un facteur nécessaire du rhumatisme chronique.

Chez les rhumatisants chroniques, l'analyse chimique des humeurs donne des résultats variables, inconstants, peu caractéristiques. Il faut faire une exception pour les recherches qui portent sur l'équilibre des protides du plasma, équilibre qui, dans la pratique, peut être mesuré par la vitesse de la sédimentation globulaire. Cette réaction n'a malheureusement rien de spécifique, et elle a plus d'intérêt pour établir le pronostic que de valeur diagnostique.

Traitement physiothérapique et rhumatisme. — M. le professeur Gunzburg (Bruxelles-Anvers) part de ce point de vue que, pour bien établir un traitement, il faut se rendre compte de la pathogénie du rhumatisme.

Les cas très avancés, avec fortes déformations, que l'on désigne couramment sous le nom de *rhumatisme déformant progressif*, doivent être considérés comme des séquelles à un degré déjà très développé, et provenir de deux affections qui se différencient nettement au début.

Dans la première, les lésions commencent par les séreuses, prennent un aspect fébrile, se développent avec des phénomènes de douleur ; ce sont des *rhumatisme sérosotropes*.

Dans la seconde catégorie se place le rhumatisme qui débute par l'induration et l'endolorissement du tissu mésodermique ; ce phénomène, appelé la symplastie, est régressible au début, mais progressif dans la suite. Ce sont des *rhumatismes symplastiques*.

Après avoir cité quelques exemples de l'une et de l'autre catégorie, il résume le traitement physiothérapique, qui doit toujours accompagner le traitement balnéothérapique et médicamenteux.

Les *rhumatismes sérosotropes* sont bien influencés par le soufre, par l'or, par les bains radioactifs, par la diathermie et par les ondes courtes.

Les *rhumatismes symplastiques* sont mieux traités par les bains de lumière, les bains d'air chaud suivis d'ultra-violet, et par la mobilisation continue.

Localement, des bains de lumière, du Fango, de l'électricité sont utiles.

Dans la plupart des cas, il est nécessaire de soigner particulièrement la tonicité de la peau, qui constitue un véritable revêtement de défense, et dont on entraîne la résistance.

Symptômes et diagnostic

Les aspects anatomiques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. le professeur Bach (Londres). Le but de ce rapport est d'attirer l'attention sur la pathologie générale des os et des articulations : pour l'auteur, en effet, c'est seulement sur des bases anatomiques et physiologiques solides que peuvent reposer nos connaisances relatives à la pathologie du R. C. P. G.

Bach expose les caractères essentiels de l'anatomie, de la physiologie et de l'anatomie pathologique des os et des organes les plus importants qui entrent dans la constitution des articulations. Il décrit l'affection connue sous le nom de R. C. P. G. (« rheumatoid arthritis »).

Comme il ne dispose que d'un temps et d'une place limités, il borne ses remarques à la seule étude des os et des articulations et en particulier aux troubles fonctionnels et aux lésions qui surviennent dans ces organes aux étapes précoces du R. C. P. G. Bien que l'étiologie de la maladie soit encore discutée, les caractères des lésions constituent une forte présomption en faveur de l'existence d'une infection chronique.

A la suite de ses études, l'auteur conclut que, dans le R. C. P. G., la toute première lésion définie et caractéristique peut être reconnue dans le squelette. Plus tard s'y associe une destruction localisée de la jointure qui intéresse la synoviale et le cartilage articulaire. L'infection, la constitution individuelle, les avitaminoses et les dysendocrinies sont des facteurs qui interviennent dans la répartition du calcium dans l'os et dans le métabolisme du calcium. Une altération de l'un ou de plusieurs de ces facteurs joue un rôle dans le déterminisme du tableau clinique du R. C. P. G.

Finalement, Bach soutient que, si l'on a pu écarter certaines autres maladies, une ostéoporose généralisée peut être regardée comme caractéristique du R. C. P. G. Son existence permet de différencier formellement le R. C. P. G. des autres types habituels de rhumatismes chroniques. Parmi ceux-ci, figurent les manifestations articulaires de la maladie rhumatismale, l'ostéo-arthrite (arthrite sèche), la goutte et les diverses formes de rhumatismes infectieux, qui comprennent notamment le rhumatisme blennorragique. Dans toutes ces éventualités, il n'y a pas d'ostéoporose généralisée : quand il y a de l'ostéoporose, elle est localisée à la région des articulations atteintes.

Une étude des lésions radiographiques menée parallèlement à des observations cliniques et anatomiques aux stades précoces du R. C. P. G. a conduit l'auteur à admettre que les études radiographiques peuvent aussi offrir un intérêt immédiat pour la pratique clinique. Elles peuvent nous donner des indications qui nous aideront à porter le diagnostic initial et plus tard à reconnaître la période à laquelle est parvenue la maladie. Elles peuvent nous guider pour préciser l'évolution de la maladie quand elles sont répétées à certains intervalles, et pour juger la réponse du processus morbide au traitement.

Les aspects radiologiques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — M. S. G. Scott (Londres). Un diagnostic exact est la condition nécessaire d'une thérapeutique efficace. Cela est particulièrement vrai dans les rhumatismes, car le diagnostic des divers types des rhumatismes chroniques offre bien des difficultés.

L'introduction d'un examen radiographique systématique de tous les malades admis pour un traitement à la Clinique de la Croix-Rouge Britannique contre le Rhumatisme a rendu possible l'identification précoce des cas. Cette identification est basée sur la constatation des altérations *directes*

des tissus, telles qu'elles s'observent sur la radiographie : ainsi est éliminée toute « équation personnelle ». Cette méthode démontre l'existence de quatre groupes principaux :

1° Le R. C. P. G., ou rheumatoid arthritis ou arthrite atrophique ;
2° L'ostéo-arthrite ou arthrite sèche ou arthrose ;
3° Le rhumatisme infectieux localisé ;
4° L'arthrite de la goutte.

Dans de nombreux cas, sur le témoignage des altérations radiographiques, il a été possible de corriger le diagnostic clinique. Pour que cet examen radiographique acquierre sa pleine valeur, il doit nécessairement remplir les conditions suivantes :

1° Le médecin qui interprétera les films doit avoir exercé sa sagacité sur de très nombreux clichés ; en d'autres termes, il doit être un radiologiste d'expérience ;
2° Il faut observer certains détails techniques ;
3° Il faut adopter la radiographie «standard » de la main.

Dans tous les cas de R. C. P. G., l'altération caractéristique est la *décalcification* de tous les os : c'est dans les os de la main qu'elle est la plus facile à mettre en évidence.

Certaines données permettent de conclure à l'existence d'une circulation continue des sels solubles de calcium, analogue à celle de la lymphe. Le degré d'activité de la maladie peut être mesuré grâce au flux et au reflux du calcium osseux, tels qu'ils sont mis en lumière par la radiographie.

La décalcification osseuse survient dans d'autres affections, mais elle est alors d'une nature différente. Dans le R. C. P. G., on trouve deux modes de décalcification :

a) Une décalcification osseuse généralisée ;
b) Une perturbation des rapports réciproques des densités des diverses formes de l'os (os cortical, os médullaire, os spongieux). La signification de ce dernier type de déclacification n'a pas encore été déterminée.

Scott cite plusieurs observations pour souligner la valeur pratique du procédé d'identification radiographique qu'il décrit.

Aucun cas de rhumatisme ne doit être considéré comme ayant été étudié complètement si le diagnostic clinique n'a pas été confirmé par un examen radiographique valable, utilisant la « radiographie diagnostique de la main » comme moyen d'identification précise. Les stastistiques auraient une valeur et une signification plus considérables si cette méthode était adoptée par tous ceux qui étudient le R.C.P.G. : c'est le seul moyen d'obtenir chez le vivant un témoignage *direct* des altérations dont les os et les articulations sont le siège.

Formes cliniques du rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. P. Abrami et R. Parlier (de Paris). Après avoir montré la confusion qui peut naître des recherches bactériologiques ou chimiques dont les données sont souvent contradictoires, M. Abrami pressent que l'étude clinique seule va nous permettre un groupement rationnel des formes. En restant avec Charcot sur le plan de la clinique, il s'attache à décrire au R. C. G. P. deux formes principales, l'une infectieuse, l'autre diathésique.

Il étudie donc d'abord la *polyarthrite chronique progressive d'allure infectieuse* et ses variétés cliniques, dont le type Chauffard-Still. Il mentionne ensuite d'autres variétés et notamment une forme disloquante fébrile dont il a observé deux cas. Le nombre de ces variétés augmente tous les jours.

Se basant sur l'origine, le rapporteur étudie ensuite les formes étiologiques. De cet examen « il reste que parmi les polyarthropathies rhumatismales chroniques, un groupe clinique s'individualise nettement ; que dans l'ensemble, il s'oppose, par toute une série de symptômes d'apparence infectieuse, aux rhumatismes dits diathésiques ou trophiques et que, pour certains d'entre eux, la réalité de l'infection a déjà été démontrée par la mise en évidence du germe causal. »

Le rapporteur étudie ensuite la *polyarthrite chronique progressive déformante d'allure diathésique*. C'est la maladie de Charcot proprement dite que le rapporteur décrit en signalant au passage quelques-uns de ses aspects particuliers, en s'arrêtant sur l'étiologie endocrinienne.

En résumé, l'auteur a distingué deux grandes formes, l'une d'allure infectieuse, l'autre d'allure diathésique, formes dont les différences ne sont pas toujours très accentuées et dont les variétés sont innombrables. Ici, comme partout ailleurs en pathologie humaine, l'*observation clinique* a une importance fondamentale.

« C'est dans une sémiologie rigoureuse, dans une recherche minutieuse, au milieu des complexes symptomatiques du rhumatisme, de la dominante clinique, dans l'étude suivie des modalités évolutives et des résultats fournis par les traitements d'épreuve, que le praticien trouvera ses guides les plus sûrs. »

Les facteurs endocriniens dans le rhumatisme chronique déformant généralisé. — M. le professeur Georges Mouriquand (de Lyon). L'étude du rhumatisme chronique déformant généralisé pose la question du rôle des facteurs endocriniens dans la genèse de cette « maladie » ou plutôt de ce « syndrome » (ses causes premières pouvant être diverses et restant obscures).

L'action « primordiale » et essentielle des facteurs endocriniens n'est pas démontrée.

La parathyroïdectomie, qui, dans certains cas, améliore ce rhumatisme, ne prouve pas son origine parathyroïdienne. Tous les arguments avancés pour le rapprocher de la maladie de Recklinghausen s'appuient sur des bases actuellement peu sûres (hypercalcémie, etc...).

On ne sait pas encore si l'opération agit grâce à l'ablation de la glande (il est des cas où, la glande n'étant pas enlevée, l'amélioration a lieu) ou par l'intermédiaire des modifications sympathiques et vasculaires qui l'accompagnent.

D'autres glandes endocrines peuvent-elles être en cause dans le rhumatisme du type Charcot ?

Théoriquement, les rhumatismes thyroïdien et ovarien sont des rhumatismes dystrophiques (arthroses) et s'opposent au rhumatisme chronique déformant, généralement tenu pour inflammatoire (arthrites).

Pourtant des faits indiquent la possibilité de troubles du type thyroïdien, de lésions de la glande dans le rhumatisme de Charcot.

L'hémithyroïdectomie (avec ou sans parathyroïdectomie certaine) semble pouvoir, elle aussi, l'améliorer.

D'autre part, les troubles thyroïdiens, agissant ou non avec les parathyroïdiens, semblent « facteurs » de chronicité et de dystrophie mésenchymateuse (sclérodermie, etc.) si souvent présents dans le rhumatisme envisagé.

Le « rhumatisme ovarian » est, lui aussi, un rhumatisme dystrophique s'opposant en principe à la polyarthrite de Charcot. Mais son étude est principalement liée à celle de cette « pandysendocrinie » qu'est la ménopause.

Or, si le rhumatisme de Charcot peut être un rhumatisme de jeune (20-30 ans), il trouve le plus souvent à la ménopause son terrain favorable d'évolution, de chronicité et d'incurabilité.

Cet âge est celui des troubles endocrino-vasculo-sympathiques, des réactions anaphylactiques ou précipitantes, favorisant les poussées articulaires et leur progression.

Tel est le fait clinique « grossier » qu'il serait imprudent de méconnaître. Quant au rôle exact joué par les endocrines dans cette dystrophie, de longues études cliniques et biologiques restent nécessaires pour le préciser.

Diagnostic du rhumatisme.— M. le professeur G. Marañon (de l'Université de Madrid). En général, le diagnostic du rhumatisme est un problème empirique que le malade fournit lui-même au médecin, avec peu d'erreurs. L'intervention du médecin se réduit à établir la différence entre les diverses formes du rhumatisme ; en conséquence, il est nécessaire de faire une classification des maladies rhumatismales. Le désordre qui règne dans la nomenclature des maladies rhumatismales et dans leur classification est, peut-être, le plus grand obstacle qui existe pour la connaissance du rhumatisme. Plus de deux cents noms de maladies ou de syndromes rhumatismaux figurent dans les livres, et les classifications sont, en majeure partie, absolument arbitraires. Nous devons donc tendre à unifier les altérations rhumatismales. Les connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique et l'observation radiographique des lésions au cours de longues périodes de la maladie, nous permettent de nous approcher de cette unification en partant de la supposition que le rhumatisme est une maladie qui est basée sur une prédisposition commune qui est la faiblesse constitutionnelle et héréditaire du tissu mésenchymateux. Sur ce *facteur prédisposant*, il y a diverses étiologies qui agissent comme *facteurs déterminants*, surtout des étiologies toxiques et infectieuses ; et, enfin, il y a les *facteurs fixateurs*, qui fixent cette étiologie dans les articulations déterminées. De ces facteurs fixateurs, les principaux sont les traumatismes, soit accidentels, soit physiologiques (usage prolongé et excessif de certaines articulations). Etant donné que le facteur prédisposant est toujours le même et que les facteurs fixateurs interviennent d'une manière secondaire, c'est le facteur déterminant ou étiologique qui détermine la variété de la maladie rhumatismale. C'est dire que la classification rationnelle du rhumatisme est celle de l'étiologie. D'après celle-ci on peut diviser les rhumatismes en deux grands groupes : *endogènes ou métaboliques*, et *exogènes ou infectieux*. Il y a cependant des rhumatismes qu'il est difficile d'inclure dans cette classification, mais plus on en approfondit la connaissance, plus on voit que ce groupe de rhumatismes avec étiologie indéfinie est réduit. Dans beaucoup de cas s'associent l'étiologie métabolique et l'étiologie infectieuse.

Le rhumatisme goutteux est le plus important des rhumatismes métaboliques, et, à notre avis, il est plus répandu qu'on ne le croit habituellement, à cause du grand nombre de formes non typiques qu'il prend. Le diagnostic de la goutte est surtout clinique et il se base principalement sur les circonstances étiologiques, sur la présence de tonus sur l'évolution de l'arthropathie, sur la constitution et la psychologie du malade et, enfin, sur la réaction produite par les traitements. La détermination de l'uricémie et les différentes épreuves fonctionnelles qui ont été proposées n'ont qu'une valeur relative. La radiographie nous fait voir des kystes juxta-articulaires qui, tout en étant typiques, ne sont ni constants ni exclusifs de la goutte.

Les *rhumatismes infectieux* se divisent en deux grands groupes : ceux qui apparaissent et se développent comme des maladies aiguës, et ceux qui sont consécutifs à des infections chroniques.

Entre les *rhumatismes infectieux aigus*, il faut faire un chapitre à part pour le rhumatisme *poly-articulaire*, que nous considérons comme une entité morbide définie. Il est facile à différencier des autres poly-arthrites aiguës, à cause de plusieurs caractéristiques dont les plus importantes sont : *qu'il est contagieux*, que la lésion cardiaque est constante, que cet organe est totalement affecté (cardite), que les sérites et les iritis sont fréquentes, qu'il n'y a pas grande tendance à la chronicité, bien que les attaques aiguës se répètent ; et, enfin, que le malade est très sensible au salicylate.

Les poly-arthrites qui sont dues à d'autres infections sont diagnostiquées en même temps que l'on diagnostique ces infections. La seule poly-arthrite qu'il soit difficile de déterminer, c'est la *poly-arthrite aiguë streptococcique*, qui est généralement post-angineuse, et dont le cadre clinique est très semblable à celui du rhumatisme cardio-articulaire ; les traits les plus saillants qui en font la différence sont les suivants : elle n'est pas contagieuse, la lésion cardiaque n'est pas constante et, lorsqu'elle existe, elle est beaucoup plus souvent endocarditique que pancarditique, il n'y a pas de sérites, il y a généralement une tendance à la chronicité et, enfin, la maladie résiste au salicylate.

Les rhumatismes liés à des infections chroniques peuvent être divisés en deux grands groupes : ceux qui sont liés aux trois grandes infections, tuberculose, syphilis et gonococcie, et ceux qui sont dus à des foyers septiques, généralement streptococciques, latents.

Le groupe des *rhumatismes tuberculeux, syphilitiques et gonococciques* est facile à diagnostiquer par l'étiologie. Cependant, on ne doit pas tomber dans l'erreur de considérer qu'un rhumatisme est tuberculeux s'il se présente chez un tuberculeux, ni syphilitique s'il se présente chez un syphilitique, ni, enfin, gonococcique s'il se présente chez un blennorragique. Lorsque ces trois rhumatismes sont réellement dus aux infections respectives, leurs formes cliniques sont si semblables que le diagnostic différentiel en serait extrêmement difficile s'il n'était pas indiqué par l'infection qui en est la cause.

Les *rhumatismes d'origine focale* se diagnostiquent par les caractères infectieux généraux et la découverte du foyer septique. La mise en évidence de ce foyer est une des explorations cliniques les plus délicates et difficiles et elle doit être faite selon la règle que nous exposons en détail dans notre rapport. Elle ne donne pas toujours un résultat positif.

Tous ces rhumatismes infectieux chroniques évoluent avec des lésions arthropathiques identiques. La différence entre les uns et les autres ne se fait que par des données étiologiques, mais jamais par les données cliniques. Bien entendu, l'infection causale apporte ses caractéristiques au cadre clinique. Pour le diagnostic de ce rhumatisme infectieux chronique, il est très important d'interroger la vitesse de sédimentation des hématies. Les autres épreuves de laboratoire qui ont été proposées n'ont presque aucune valeur.

Ces deux groupes de rhumatismes — métaboliques et infectieux — occupent presque toute la casuistique rhumatismale. Cependant, pour le moment, certaines arthropathies ne sont pas encore classées, principalement les *rhumatismes chroniques déformants, progressifs, séniles*. Nous critiquons le caractère purement dégénératif ou arthrosique que l'on a voulu donner à ces rhumatismes déformants, vis-à-vis des rhumatismes infectieux ou arthritiques. La division entre l'arthrose et l'arthrite est presque toujours artificielle. A notre avis, le rhumatisme déformant, sénile, est presque toujours la phase finale d'arthropathies métaboliques infectieuses qui évoluent silencieusement et très lentement pendant leurs phases initiales. Le terrain anatomique et la trophicité sénile facilitent ce type d'évolution déformante. L'étude prolongée de beaucoup de cas fait voir que les arthropathies infectieuses deviennent, après de longues années, déformantes, et que celles qui sont apparues tout de suite comme déformantes ont, très souvent, des antécédents infectieux aigus qui ont passé inaperçus ou qui ont été oubliés. Les traumatismes, surtout les traumatismes quotidiens, professionnels, etc..., interviennent en même temps que la sénilité, dans la genèse des arthropathies déformantes.

Le groupe des *rhumatismes appelés symptomatiques* (neurogènes, hémophilitiques, endocriniens, etc...) peut presque toujours être compris dans les groupes précités. Nous étudierons tout particulièrement les rhumatismes endocrines que nous combattons activement, car ce sont toujours des arthropathies métaboliques ou infectieuses, ou encore les deux choses à la fois, qui évoluent dans un terrain favorable dysendocrinien.

Nous faisons une revision des diverses épreuves de laboratoire qui ont été proposées pour aider à établir le diagnostic du rhumatisme. Il n'y a que la *vitesse de sédimentation*, dont nous avons parlé plus haut, qui ait une valeur pratique. Ce sont toujours les données cliniques et aussi celles qui contribuent à faire découvrir l'étiologie de chaque cas, qui sont la base du diagnostic rhumatismal.

Nous croyons qu'il est très important d'insister sur la nécessité d'unifier la manière d'établir le diagnostic du rhumatisme.

Les éléments du pronostic dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. WEISSENBACH et F. FRANÇON. Après avoir étudié le *pronostic quoad vitam* et le *pronostic social* du R. C. P. G., les auteurs s'attachent à son *pronostic fonctionnel*. Il est d'autant plus délicat à porter que le cadre du R. C. P. G. rassemble des séries de faits bien différents :

1° Des rhumatismes progressifs infectieux, qui constituent la classe de beaucoup la plus nombreuse (80 à 90 p. 100 des cas) ;

2° Des rhumatismes progressifs d'origine sympathique ou neuroendocrinienne, que E. May range parmi les ectosympathoses ;

3° Des polyarthrites sèches progressives ;

4° Enfin quelques groupements d'importance numérique bien moindre : le R.C.P.G. à marche accélérée, le syndrome de Chauffard-Still, la spondylose rhizomélique, qui rentrent dans les rhumatismes progressifs infectieux ; la forme grave et extensive du rhumatisme psoriasique ; des variétés moins bien définies, telles que les rhumatismes protéiniques de Bezançon et M. P. Weil.

Pour porter un pronostic, il faudra confronter des éléments divers, complexes et de valeur différente suivant les cas considérés, que nous tirerons :

1° Des signes cliniques (signes articulaires et symptômes associés) ; 2° des examens de laboratoire (syndrome biologique et syndrome humoral ; 3° de l'examen radiologique ; 4° des conditions étiologiques ; 5° des conditions thérapeutiques.

Les auteurs étudient et critiquent la valeur pratique des éléments d'information ainsi recueillis. Ils concluent que, depuis quelques années, le pronostic du R. C. P. G. s'est beaucoup amélioré, grâce à : 1° une meilleure connaissance de l'étiologie et de la pathogénie du syndrome sous l'influence des recherches de laboratoire ; 2° l'institution de traitements plus précoces et plus prolongés ; 3° la découverte de médications nouvelles et une meilleure discrimination des indications thérapeutiques.

En conséquence, bien plus souvent qu'il y a quelques années à peine, nous pouvons parler maintenant de *guérison*, si notre intervention thérapeutique, basée sur les principes précédemment exposés, se trouve être à la fois adéquate, précoce et persévérante. C'est reconnaître implicitement que, en grande partie, le problème de la lutte contre le R. C.P.G. sera résolu par une meilleure organisation des moyens de prophylaxie et de traitement, assurant à tous et précocement le bénéfice des médications qui ont déjà fait leurs preuves, et de celles, meilleures encore, que nous devons espérer des progrès de la thérapeutique.

Le sang dans le rhumatisme progressif généralisé. — M. le professeur KAHLMETER. Les recherches effectuées sur la chimie du sang dans le rhumatisme chronique progressif n'ont guère contribué à élucider l'étiologie et la pathogénie de l'affection. Tandis que dans la plupart des cas on n'a noté aucun signe de perturbations dans les échanges d'acide urique, Weissenbach et Françon ont constaté de l'hyperazotémie et de l'hypercholestérinémie dans les deux tiers des cas de « rhumatisme goutteux » et dans le « rhumatisme chronique d'origine hépato-biliaire ». L'équilibre acide-base et le métabolisme basal ont, suivant la plupart des auteurs, des valeurs entièrement normales.

L'étude de la teneur du sang en sels de calcium, de même que celle de l'élimination du calcium ont donné des résultats contradictoires. La découverte du rôle prépondérant joué par la parathyroïde dans les échanges calciques ouvre un champ de recherches particulièrement vaste, au double point de vue théorique et pratique. La teneur du sang en phosphore, en créatinine et en soufre a été constatée comme normale par la plupart des auteurs ; Cawadias, cependant, a trouvé une augmentation de l'élimination du soufre. Comme on le sait, Pemberton a soutenu qu'un des facteurs les plus importants de l'étiologie de la polyarthrite chronique serait constitué par une diminution de la tolérance au sucre. Il a été de tout point confirmé par un certain nombre d'auteurs que l'on note dans la polyarthrite chronique des troubles de cette nature, mais il n'apparaît pas clairement que leur rôle soit primitif.

Les recherches physico-chimiques des albumines du plasma sont dominées par la « Réaction de sédimentation » de Fahraeus. Il y a une relation positive, statistiquement démontrable et très nette, entre la sédimentation et la teneur en fibrine et en globuline et une relation négative par rapport à l'albumine. Le rhumatisme chronique progressif généralisé présente des valeurs de sédimentation remarquablement élevées pour une affection chronique. Même parmi les cas les plus chroniques, le rapporteur ne notait dans son grand matériel que 11 p. 100 de valeurs de sédimentation normales ; d'autre part, près de la motié des cas présentaient des valeurs supérieures à 40 mm. Si l'on se souvient que les valeurs de la sédimentation dans les arthrites dégénératives sont toujours normales, il semble qu'on puisse conclure que les conditions de la sédimentation dans le rhumatisme chronique progressif généralisé indiquent qu'il existe dans cette affection, soit des lésions articulaires inflammatoires directement provoquées par une infection, soit des réactions articulaires dues à des allogènes, infectieux ou non.

Les résultats donnés par les recherches du rapporteur sur la formule morphologique du sang peuvent être résumés dans les constatations suivantes : L'anémie existe dans la moitié environ des cas, elle est un peu plus fréquente dans les cas se trouvant cliniquement en période d'exacerbation que dans les formes stationnaires, et augmente parallèlement aux valeurs croissantes de la sédimentation, donc semblant indiquer qu'une infection intervient d'une manière ou d'une autre dans la pathogénie du rhumatisme chronique progressif généralisé. La formule leucocytaire (d'après Arneth-Schilling), qui peut brièvement être caractérisée comme une lymphocytose relative dans les cas à valeur de sédimentation faible, et comme une neutrophilie relative avec augmentation tout à fait insignifiante des cellules à bâtonnets dans les cas à valeur de sédimentation élevée, pourrait peut-être permettre une théorie impliquant l'existence de facteurs constitutionnels et peut-être allergiques déterminant une lymphocytose relative, sur lesquels se grefferait, dans un grand nombre de cas, un élément infectieux appelé à jouer dans l'évolution ultérieure de la maladie un rôle pathogénique.

On peut dire que les épreuves d'agglutination (Cecil et ses collaborateurs, Dawson et ses collaborateurs) n'ont pas jusqu'ici prouvé que le rhumatisme chronique progressif généralisé soit dû à un streptocoque hémolytique spécifique, mais que ces épreuves semblent rendre vraisemblable que, dans un grand nombre de cas, un streptocoque de cette nature joue un rôle étiologique ou pathogénique.

La tuberculo-réaction de Wassermann-Besredka (fixation du complément) a donné des résultats négatifs ou incertains. Le rapporteur a fait cette réaction dans 17 cas de rhu-

matisme chronique progressif généralisé et a obtenu un résultat positif dans 11 cas (près de 65 p. 100) — beaucoup plus de résultats positifs que dans le matériel témoin d'individus sains (7 p. 100 positifs).

Thérapeutique

Crénothérapie. — M. le professeur Giraud et M. le professeur agrégé Puech (de Montpellier). La crénothérapie de la polyarthrite chronique progressive généralisée dérive de deux grands groupes d'indications :

1° Les unes sont tirées de la forme évolutive des symptômes et des lésions ; ce sont les plus importantes, elles sont impérieuses en général et exigent la priorité.

2° Les autres résultent de l'analyse du terrain qu'il faut concurremment traiter. Elles sont secondaires. Il ne paraît pas en effet exister un terrain propre à la polyarthrite chronique ; mais il faut tenir compte de toutes les indications associées, humorales et viscérales, dans le traitement de cette lourde et décevante affection.

Dans l'ignorance encore grande où nous sommes, nous ne pouvons actuellement parler d'indications étiologiques.

La crénothérapie de la polyarthrite chronique progressive généralisée a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est *appliquée plus tôt et répétée avec plus de persévérance.*

On recherche :

a) La sédation des phénomènes douloureux, des déséquilibres sympathiques, des poussées congestives ;

b) La résolution des reliquats, soit récents, soit anciens ;

c) La récupération fonctionnelle ;

d) La transformation concomitante de l'état général.

Les polyarthritiques sont donc appelés à user de la totalité des ressources des domaines hydrominéraux.

Toutefois, les médications externes sédatives et résolutives sont de beaucoup les plus importantes.

Les formes de début, au déclin de la poussée fluxionnaire initiale, relèvent des stations sédatives, parmi lesquelles la tolérante Bourbon-Lancy a une dilection spéciale pour les affections du système locomoteur, et, après refroidissement complet, des cures sulfurées douces dont Aix est le type.

Il ne faut pas attendre le retour de poussées nouvelles pour instituer des cures d'entretien ou de prévention.

Le polyarthritique, à la période d'état, dispose de l'ensemble des ressources résolutives et sédatives des stations spécialisées qui possèdent des eaux thermales, simples ou assimilées, ou des eaux sulfurées chaudes, ou des eaux chlorurées sodiques faibles chaudes, ou des boues.

Les premières s'adressent surtout aux formes les plus douloureuses, les plus intolérantes. Les autres sont soit franchement sédatives, soit franchement résolutives, soit bipolaires : Aix-les-Bains est le type de ces dernières, en raison de la modération intrinsèque de la formule de ses eaux sulfurées— qui peut être, le cas échéant, corrigée par une action de masse —, en raison aussi de la variété de ses techniques, dont la douche-massage est le moyen résolutif capital, le berthollet le moyen sédatif.

Les cures doivent être prolongées, répétées, variées, alternées avec patience, complétées par des associations médicamenteuses telles que la chrysothérapie, dont la crénothérapie paraît renforcer les effets heureux, et par des interventions physiothérapiques, leurs résultats diffèrent parfois curieusement d'une année à l'autre, et un échec momentané ne doit entraîner ni scepticisme ni découragement.

La crénothérapie, seule ou associée, est capable de calmer les douleurs des polyarthritiques, de ralentir, sinon d'enrayer vraiment (bien que des faits de cet ordre aient été apportés) la marche de l'affection, de réduire les dégâts résiduels de chaque poussée nouvelle.

Son rôle est donc limité, mais utile. Et l'on ne saurait négliger son appoint, si l'on songe au sort misérable des malades, bien souvent jeunes, que frappe la polyarthrite chronique symétrique généralisée.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 10 juillet 1934)

M. Walther, président, fait part à l'Académie de la mort de Mme Pierre Curie.

Un cas de cénurose humaine dû au Coenurus serialis, parasite habituel des lapins et des lièvres. — MM. Brumpt, Duvoir et Mlle J. Sainton ont étudié trois kystes parasitaires déterminés par le cénure sérial, provenant d'une femme de 50 ans possédant deux grands chiens. La larve de ce ténia est un parasite cosmopolite assez fréquent dans certaines localités, dans le tissu conjonctif, les muscles et parfois le rein des lapins domestiques et sauvages et des lièvres. Le ver adulte vit dans le tube digestif du chien. Ce dernier s'infeste en ingérant des viscères de lapins et six semaines plus tard émet de nombreux anneaux de ténia infectieux pour les léporides. Un fait intéressant à signaler, c'est que Laënnec qui a consacré la première moitié de sa trop courte existence à la parasitologie et à l'anatomie pathologique, est le premier auteur qui ait signalé dès 1804 dans son remarquable mémoire sur les vers vésiculaires la présence probable chez les lapins d'un ver cystique comparable à ceux trouvés dans le cerveau des herbivores.

L'homme est un hôte tout à fait accidentel de ces parasites, bien qu'il soit souvent exposé à l'infection, puisque cinq cas seulement sont connus chez lui.

Diminution progressive de la méningite tuberculeuse. — MM. Lesage et Moine. L'étude de la statistique faite tant à Paris qu'à Londres, de 1896 à 1931, montre la diminution progressive de la méningite tuberculeuse de l'enfant de 0 à 4 ans, et de ce fait, la diminution parallèle de la tuberculose en général pour cette période de la vie. Les courbes présentées par M. Lesage sont très frappantes à cet égard.

Action de la cure arsenicale sur le métabolisme azoté et sur le métabolisme des hydrates de carbone. — MM. Rathery, R. Wolff et Mlle Simone Manjean ont fait d'intéressantes observations avec les eaux de la Bourboule. Leurs recherches donnent des résultats concordants avec ceux obtenus au griffon en ce qui concerne les modifications de la glycémie et de la glycosurie chez les diabétiques.

En ce qui concerne le métabolisme des protéiques, les auteurs n'ont pu retrouver l'action d'épargne signalée à différentes reprises. Ils ont pu enfin déterminer l'action de la cure arsenicale sur le métabolisme d'une série d'autres substances, en particulier des corps cétoniques, des phosphates et du glutathion.

Le traitement de la maladie de Basedow en fonction de l'intervention de l'hypophyse dans l'hyperthyroïdie. — MM. G. Etienne et P.-L. Drouet. Les résultats de la thérapeutique actuelle de la maladie de Basedow sont généralement incomplets. Il existe des séquelles dont il faut rechercher la cause dans la nature même du goitre exophtalmique.

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

De nombreux arguments physiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques montrent qu'avec l'hyperthyroïdie coexiste l'hyperpituitarisme, et l'abaissement du métabolisme basal à la suite de la simple irradiation hypophysaire prouve que la suractivité pituitaire commande l'hyperthyroïdie.

Dans ces conditions, la thérapeutique de la maladie de Basedow ne doit plus se borner aux méthodes usuelles : radiothérapie du corps thyroïde, iodothérapie, thyroïdectomie ; il faut lui associer un traitement dirigé contre l'hyperpituitarisme et, actuellement, seule l'irradiation sur l'hypophyse paraît susceptible d'intervenir efficacement.

Action de certaines eaux minérales sur l'épreuve d'hyperglycémie provoquée expérimentale. — M. DUHOT et Mlle CUVELIER.

Note sur la prévention de la tuberculose par la vaccination au B C G dans l'arrondissement de Thann (Haut-Rhin). — M. KERN apporte de nouveaux faits confirmant les résultats favorables qu'il a précédemment apportés.

Etude sur la réduction du bleu de méthylène par les sucs et tissus végétaux. — MM. A. BOUTARIC et TONY JACQUINET.

Election. — MM. HILL (de Londres) et HOUSSAY (de Buenos Aires) sont élus correspondants étrangers dans la IVe division (sciences biologiques, physiques, etc.).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ACCIDENTS ÉVOLUTIFS DE LA DENT DE SAGESSE

Les accidents de la dent de sagesse sont *essentiellement inflammatoires*. Leur fréquence et leur gravité possible *commandent l'extraction de la dent*, dès qu'elle devient douloureuse.

ETIOLOGIE

Ces accidents apparaissent surtout de 20 à 25 ans ; atteignent *l'homme* plus souvent que la femme ; s'observent presque toujours au niveau du *maxillaire inférieur*.

PATHOGENIE

I. Une prédisposition *mécanique :*

L'insuffisance de développement du maxillaire inférieur laisse à la dent : une place *insuffisante* ou *nulle* rendant l'éruption *vicieuse* ou *impossible*.

II. *Une détermination infectieuse :*

L'infection MICROBIENNE, d'origine *buccale*.

A la faveur d'une éraillure de la muqueuse gingivale, l'infection atteint l'espace compris entre la dent et le capuchon muco-périostique décollé.

ETUDE CLINIQUE

I. Nous citerons sans nous y attarder, des accidents spéciaux et peu fréquents dus :

1° Les uns à des *déviations de la dent :*
— Déviation en dedans : ulcération de la langue.
— Déviation en dehors : ulcération de la joue.
2° Les autres, à une *inclusion de la dent.*
— Hyperostose de la mâchoire.
— Douleurs sourdes persistantes.

II. Mais nous insisterons sur les trois grandes variétés d'accidents : *muqueux, osseux, nerveux*, qui accompagnent le plus communément l'éruption de la dent à sa place normale.

En groupant les deux premières variétés, sous le titre *d'accidents infectieux*, de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes au point de vue chirurgical.

1° **Accidents infectieux.** — Peuvent survenir au niveau des parties molles et de l'os.

A. ACCIDENTS MUQUEUX. — Le premier en date est la GINGIVITE SIMPLE.

a) Se traduisant par *des signes fonctionnels :* douleur, un peu de trismus ; des signes physiques : léger œdème (fluxion) ; adénopathie sous-maxillaire minime, qui font suspecter l'origine des accidents.

L'examen de la bouche la confirme :

— Capuchon gingival rouge, tuméfié, masquant la dent complètement ou non ;
— La pression fait sourdre du pus ;
— L'examen au stylet est utile.

b) *L'évolution.* — 1. *Traité :* évolue vers la *guérison rapide ;*

2. *Non traité.* — Parfois débridement spontané et complet : *guérison.*

— *Plus souvent :* débridement incomplet. Apparition de poussées qui aboutissent aux formes graves et aux complications.

1. **Gingivite ulcéreuse.** — C'est une forme grave.
— *Signalée* par l'aggravation de tous les signes.
— *Redoutée* pour l'extension possible de l'infection si on ne traite pas : stomatite, angine et surtout les deux complications suivantes, dont l'une est la plus fréquente et l'autre la plus redoutable.

2. **L'adéno-phlegmon.** — *Sous-maxillaire* ou *sous-angulo-maxillaire.* Peut être en apparence primitif.
S. F. — Douleur ; trimus inconstant.
S. Ph. — Le siège de la tuméfaction est typique.
Il est capital d'introduire un doigt dans la bouche pour apprécier l'état du sillon gingivo-jugal qui reste *libre et souple.*
Evolution. — Dès que la fluctuation apparaît, il faut inciser et drainer.

3. **L'angine de Ludwig.** — Phlegmon diffus gangréneux du plancher de la bouche, dû à des streptocoques associés aux *anaérobies* et apparaissant chez les débilités et les tarés.
— *On le reconnaît : à la tuméfaction d'une dureté de pierre* qui infiltre le plancher de la bouche chez un malade *profondément intoxiqué.*
— *L'évolution* se fait le plus souvent vers la mort, malgré *l'intervention d'urgence.*

(*A suivre.*)

La cholécystectomie sans drainage (cholécystectomie idéale), par P.-L. MIRIZZI, professeur titulaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Cordoba (Argentine). Un volume de 106 pages, avec 71 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Comment combattre les anomalies infantiles, par le Dr Jacques ROUBINOVITCH, médecin honoraire des hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière, neuro-psychiâtre de l'Institut d'Asnières. — Une brochure 13×18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Fernand Nathan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE
DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉINE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 21 JUILLET 1934. — N° 58.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Chirurgie orthopédique, par M. Lance.
ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, par M. Godlewski.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. - *Société médicale des hôpitaux.*
CHRONIQUE
Inauguration du nouveau service d'électro-radiologie à l'hôpital de la Pitié, par M. L Babonneix.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (Deuxième liste. V. p. 1063.)

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Chavannaz, professeur de clinique médicale ; M. Pachon, professeur de physiologie ; M. Micheleau, professeur sans chaire (médecine générale), ont été admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er août, pour cause de suppression d'emploi.

— Lyon. — Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Chef de clinique médicale, service du professeur Pic : MM. Pierre-Etienne Martin et R. Froment.

Chef de clinique médicale, service du professeur Paviot : M. Weigert.

Chef de clinique médicale infantile, service du professeur Mouriquand : M. Savoye.

Chef de clinique ophtalmologique : Mlle Bussy.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Travaux publics. — *Au grade d'officier.* — M. Vergnes.

Santé publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. Albert (Sarthe), Albespy (Marcillac), Audoin (Gironde), Ball (Paris), Bernard (Marseille), Bertrand (Nîmes), Boutron (Bellême), Bouty, vice-président du Syndicat des fabricants de produits biologiques et pharmaceutiques, à Paris; Buisson (Mortain), Chateau (Paris), Collette (Ardres). Dechambre (Clermont-Ferrand), Dhers (Paris), Goguel (Sedan), Grimberg (Paris), Grucker (Morris), Kuhn (Strasbourg), Leriche (Joigny), Lhermitte (Paris), Lorcin (Saint-Chamond), Lutringer (Contrexéville), Massart (Paris), Mignot (Ville-Evrard), Nilus (Abresviller), Penard (Moulins), Piettre (Cambrai), Pouyaud (Périgueux), Ruelle (Bernay), Senès (Moustiers-Sainte-Marie), Subert (Romilly-sur-Seine), Rageot, chef de service à l'Assistance publique ; Couteaux, directeur de l'hôpital Cochin.

Guerre. (Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — MM. Laure, Gomand, Gauthier, Arnoux, Pellanda, Hauger-Gounouilhou, Klein (E.), Klein (S.), Carof, Audebert-Lasrochas, Lefèvre, Granier, Legrain, Petel, Legras, Glais, Gelly, Lepage, Moreau, Lapouble, Berny, Sarvonat, Sire, Delaunay, Richard, Graillon, Riou de Kérangal, Jobard, Ainé, Claverie, Clappier, Rebattu, Roussel, Polliot, Texier, Sabatier, Sigwalt, Gillot, Duclos, Gaillemin, Maille, Monin, Le Maignan de Kérangat, Fleurot, Faure, Dognon, Vanhaecke, Gosselin, Trifaud, Marquez, Rouvière, Torne, Koecklin, Dechaux, de Montval, Legros, Bézier, Perrin, Licourt, Moiroud, de Barbier de la Serre, Nové-Josserand, Goulfier, Didier, Jumon, Vian, Leroy, Nouel, Huet, Pillot, Molines, Gourgand, Touzery, Jacotot, Deluen, Ledoux, Pouget, Thomas, Le Portz, Cambon, Desvaux de Lyf, Galvaing, Ribeyrolles, Langlet, Dore, Clogne, Culot, Fraudet, Lerouge, Saint-Girons, Bonsrez, Chabrol, Darcissac, Robillard, Lacroix, Soulé, Lefranc, Pesque, Fillol, Colleville, Baverey, Buchholz, Baumgartner, Villatte, Gueit, Bavelaer, Prunier, Grandpierre, Roux, Bonnet, Schnepp, Fonce, Goulven, Lan-

BIOPHORINE GIRARD

Kola-Glycérophosphatée

ASTHÉNIE NEVROSES - CONVALESCENCES

tier, Lew, Moreau, Bertier, Parrot, Voron, Rendu, Bouvier, Bonnet, Riche, Longin, Piollenc, Sibille, Haas, Chartier, Genet, Tinel, Bernard, Jacquet, Magrou, Carrieu, Gérard, Laurent, Darmezin, Touraille.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Charrier (de Bordeaux), Costa (d'Alger), Dechambre (de Clermont-Ferrand), Durand (de Paris), Fouillouze et Gaté (de Lyon), Gruny (d'Alger), Guyot (de Dijon), Houël (d'Alger), Humbert (de Strasbourg), Jeanneney et Loubat (de Bordeaux), Margaillan (d'Alger), Mattéi (d'Aix), Ménez (de Rennes), Miginiac (de Toulouse), Nadal (de Bordeaux), Paillard (de Clermont-Ferrand), Pares (de Montpellier), Senevet (d'Alger), Villejean (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bariéty (de Paris), Benhamou (d'Alger), Colombet (de Paris), Cristol (de Montpellier), Croizat (de Lyon), David (d'Angers), Delmas-Marsalet (de Bordeaux), Delotte (de Limoges), Dodel (de Clermont-Ferrand), Fey (de Paris), Fichot (de Clermont-Ferrand), Gaume (de Paris), Giberton (de Lille), Giroire (de Nantes), Grandmaison (de Grenoble), Ingelrans (de Lille), Janbon (de Montpellier), Lacroix (de Toulouse), Lassale (de Paris), Latreille (de Grenoble), Le Bourgo (de Bordeaux), Lefèvre (de Reims), Le Gal-Lassalle (de Rennes), Luton (de Clermont-Ferrand), Mlle Marty (de Toulouse), MM. Merz (de Lyon), Mourgue-Molines (de Montpellier) Nayrac (de Lille), Petit (de Rouen), Pigeaud et Pillon (de Lyon), Prévost (de Nancy), Razemon (de Lille), Redslob (de Strasbourg), Roux (de Montpellier), Santenoise (de Nancy), Sarazin (d'Angers), Truchot (de Paris), Vergnory (de Lyon).

GUERRE. — MUTATIONS. — M. le médecin-colonel Marland, adjoint au médecin général inspecteur, président du Comité consultatif de santé, est nommé directeur du Service de santé de la 6e région, à Metz, en remplacement de M. le médecin général Lahaussois, placé dans la section de réserve.

MARINE. — Ont obtenu le titre de spécialiste des hôpitaux maritimes :

Médecine légale et neuro-psychiâtrie : M. Buffet (Lorient).

Dermato-vénéréologie : M. Masure (du *Colbert*).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec et dispensaire Léon-Bourgeois. Professeur : M. Léon BERNARD.) — *Cours de perfectionnement sur les actualités phtisiologiques*, du 24 septembre au 6 octobre. — Ce cours, d'une durée de quinze jours, comprend des leçons, des exercices cliniques à l'hôpital et au dispensaire, des démonstrations radiologiques, des séances pratiques d'application des méthodes de collapsothérapie.

Les travaux pratiques auront lieu, à la Clinique, de 10 h. à midi.

Les leçons auront lieu à la salle des conférences de la Clinique, chaque jour, à 17 h.

Le cours commencera le 24 septembre, à 10 h.

A la suite du cours, une série de leçons et exercices pratiques sur les sections de brides sera donnée à la Clinique par MM. Brissaud, Coulaud et Triboulet, du 8 au 13 octobre.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droits d'inscription : 200 fr. pour le cours; 300 fr. pour le cours et l'enseignement consécutif sur les sections de brides.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Jean de Meyer (de Bruxelles), décédé à l'âge de 54 ans. Grand physiologiste, notre regretté confrère était l'auteur de très importants travaux sur les sécrétions internes, et on lui doit de remarquables recherches en cardiologie. Il appartenait à la rédaction de notre excellent confrère *Bruxelles médical*. Très affectueusement nous adressons à nos confrères l'expression de notre profonde sympathie.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Georges Boisson (de Bruxelles) ; Marcel Léger, ancien directeur de l'Institut Pasteur de Dakar, sous-directeur de l'Institut de prophylaxie à Paris ; Albert Chibret (d'Aurillac), ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital d'Aurillac, décédé à l'âge de 65 ans ; Louis-Albert Petit, directeur des laboratoires Petit-Mialhe ; Auguste Coppens, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lille, décédé dans sa 78e année ; Bernard Auché, ancien professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux, décédé à l'âge de 73 ans.

Voyages internationaux médicaux et scientifiques dans le Midi de la France. — Le IIIe Voyage Pyrénées-Océan aura lieu du 26 août au 3 septembre. La concentration se fera à Périgueux, centre d'études préhistoriques ; on visitera les musées et les cavernes des Eyzies ; puis Bordeaux, ses châteaux et ses vignobles ; Arcachon, station maritime, et Dax, la plus grande station française de rhumatisants ; les belles plages de Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye ; les villes basques de Bayonne, Fontarabie, Saint-Sébastien ; les eaux chlorurées de Salies-de-Béarn et les eaux cuivreuses de Saint-Christau ; enfin Pau, grande cité climatique et historique.

Une excursion partira de Pau le 3 septembre et parcourra la partie la plus célèbre des Pyrénées: Bagnères-de-Bigorre avec ses eaux calmantes et ses chanteurs pyrénéens ; Lourdes avec ses églises et ses pèlerinages ; le Col grandiose du Tourmalet ; Barèges, Saint-Sauveur et leurs eaux sulfureuses ; le Cirque de Gavarnie et Cauterets, station des orateurs, des professeurs et des chanteurs. L'excursion se terminera le 6 septembre.

Comme les précédents, ce voyage est placé sous le patronage de la Faculté de Médecine de Bordeaux et de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées. Des médecins, des géologues, des historiens, des physiciens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, accompagneront les voyageurs et assureront les démonstrations. Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer français, valables un mois. Tous les frais de séjour seront couverts par une cotisation forfaitaire minima.

Tous ceux que ce voyage intéresse sont priés d'écrire au docteur M. Faure, à Lamalou (Hérault). Le nombre des adhésions est limité et le voyage n'aura lieu que s'il réunit le nombre prévu.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

SULFUREUX POUILLET

EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

* *

La combinaison phosphorée organique la plus assimilable est celle des réserves végétales.

Le phosphore organique des plantes à chlorophyle se trouve intégralement transposé dans la **PHYTINE** *forme naturelle, assimilable, du phosphore végétal*

PHYTINE

PHOSPHORE. 23,90 % — CALCIUM : 12,19 % — MAGN. : 1,46 %

FERROPHYTINE

PHOSPHORE : 6 % — FER : 7,50 %

QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE : 11,04 % — QUININE : 57,65 %

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS	GRANULÉ	COMPRIMÉS	POUDRE
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Quinino-phytine	Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOULe DE LA PART-DIEU, LYON

333

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

RACHIS ET BASSIN

Aspects cliniques de la dégénérescence du disque intervertébral. (V. Putti. *Chir. degli organi di movimento*, vol XVIII, mai 1933 ; fasc. I, pp. 1-21, 27 fig.) — Dans cet article, l'auteur se propose d'individualiser un type spécial de rachialgie lié à une dégénérescence primitive du disque intervertébral.

Chez 10 malades, 5 hommes, 5 femmes, présentant des douleurs du rachis lombaire et dorso-lombaire avec irradiations en ceinture, douleurs à la pression, aux mouvements, qui les exagèrent — évoluant par crises. Pendant la crise, on observe de la contraction musculaire, et dans l'intervalle des crises il persiste de la rigidité.

Il y a tantôt de la cyphose, tantôt une déviation latérale du rachis.

La radiographie montre l'amincissement progressif du disque intervertébral, en même temps que l'apparition de réactions marginales des corps vertébraux adjacents, qui finissent par présenter de véritables crochets.

L'affection est limitée à un seul espace, et ne se propage pas.

L'auteur pense que l'affection est une lésion traumatique primitive du disque.

Les douleurs sont soulagées par la thermothérapie et le port d'un corset, mais comme la durée de l'affection est très longue — plusieurs années, — Putti se demande s'il n'y aurait pas intérêt à pratiquer une ostéosynthèse chez ces malades.

Fractures isolées des apophyses articulaires des vertèbres lombaires. (C. Leslie Mitchell. *J. of Bone and Joint Surg.*, p. 608-614, 4 fig.)

Anomalie de développement des apophyses articulaires des vertèbres lombaires. (B. H. Nichols et E. L. Schiflett.)

Les fractures des apophyses articulaires des vertèbres ont été souvent vues dans les grands traumatismes du rachis avec lésions multiples. Elles peuvent aussi exister à l'état isolé. Déjà Burk, puis Koch en ont rapporté une observation.

L'auteur les croit fréquentes puisque depuis 1929 il a pu en observer 5 cas qu'il rapporte en détail.

Ces fractures siègent toutes à la région lombaire. Elles siègent au sommet de l'apophyse articulaire inférieure. Mitchell croit qu'elles se produisent de manière indirecte dans un mouvement violent du rachis. Elles n'ont aucune tendance à la consolidation. Aussi, si les douleurs causées par la lésion persistent malgré le traitement par le repos et les corsets, Mitchell conseille d'intervenir. Dans 2 cas il a pratiqué l'ablation du fragment, l'arthrodèse de l'articulation, et la fusion avec un greffon de la vertèbre avec celle du dessus et du dessous. Mais il faut signaler dans le diagnostic de ces cas, qui repose sur une interprétation radiographique difficile, une cause d'erreur. Les apophyses articulaires présentent un point d'ossification complémentaire qui apparaît au sommet des apophyses à la puberté et se soude entre 16 et 25 ans. Dans 7 cas Nichols et Schiflett ont trouvé sur des radiographies d'adultes la persistance d'une épiphyse non soudée au sommet d'une apophyse articulaire lombaire. Ils pensent qu'il peut donc exister un arrêt de soudure simulant un trait de fracture.

Traitement des fractures du rachis par la méthode de Bœhler. (P. Mathieu. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, 7 déc. 1932, n° 32, p. 1540 ; *id.*, 24 déc. 1932, n° 33, p. 1563 ; *id. Paris Méd.*, n° 24, 27 juin 1933.)

Correction des fractures par compression et engrènement des vertèbres. (J. Dunlop et C. H. Parker. *J. of Bone and Joint Surg.*, janv. 1933, p. 153-165 ; 16 fig.)

Fracture du rachis traitée par la méthode de Bœhler. (Ch. Lenormant. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, 4 févr. 1933, p. 186. Discussion : P. Mathieu.)

Traitement des fractures de la colonne vertébrale. (F. Jimeno-Vidal (Barcelone). *Presse Méd.*, 10 mai 1933, n° 37, 17 fig.)

A propos d'un cas de fracture du rachis avec symptômes nerveux paralytiques traitée par la méthode de Bœhler. (Fr. Garcia Diaz (Oviedo). Rapport du professeur Paul Mathieu. Discussion : MM. Boppe, Louis Bazy.)

Traitement des fractures vertébrales dorso-lombaires récentes sans signes nerveux. (A. Laffaille. *Th. de Paris*, 1934, Les Presses Universitaires, France.)

La radiographie a démontré la fréquence des fractures par tassement des corps vertébraux, surtout à la région lombaire et dorso-lombaire. Ces fractures ne s'accompagnant pas de signes paralytiques ne sont pas pour cela sans gravité. Elles peuvent donner lieu ultérieurement au syndrome de Kümmell-Verneuil et à des crises douloureuses tenaces occasionnées par les modifications de la statique vertébrale, cas pour lesquels l'école de Lyon a préconisé l'emploi systématique de l'ostéosynthèse du rachis (voir Simon, Thèse de Lyon, 1933). Peut-on prévenir ces troubles en obtenant la réduction du déplacement et du tassement vertébral peu après l'accident ? C'est à quoi l'on s'est efforcé depuis plusieurs années, en pratiquant de manière précoce l'hyperextension du rachis.

C'est Davis, Watson Jones qui ont d'abord prôné ces tentatives de réduction, mais la méthode a surtout été systématisée par Lorenz Bœhler (de Vienne), dont la technique a été introduite en France par le professeur Paul Mathieu.

Nous ne pouvons ici qu'en résumer les grandes lignes.

La réduction sera tentée dès que la période de choc traumatique aura disparu ; la réduction ne pourra être obtenue que dans les 20 premiers jours.

Bœhler emploie l'anesthésie locale du foyer de fracture par la méthode mise au point par son assistant Schneck, par une technique analogue à celle de l'anesthésie paraver-

QUELQUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES
DAUSSE

Médications :

ANTIDIARRHÉIQUE — La **SALICAIRE** DAUSSE (*fluide*) - 3 à 5 grammes par jour.

ANTIFURONCULOSIQUE — L'**ANTIFURONCULEUX** DAUSSE - (Bardane stabilisée, Etain, Manganèse) 3 pilules matin, midi et soir.

ANTISPASMODIQUE — L'**INTRAIT de PASSIFLORE** (Intraits de Passiflore, de Valériane, Aubépine, Gelsémium) - 2 cuillerées à café par jour, 1/4 d'heure avant le repas de midi et du soir.

ANTITUBERCULEUSE — Les **CAMPHODAUSSE** injectables

a) **Strychniné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Strych. 0,001) 1 ampoule par jour.

b) **Cholestériné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02) 1 ampoule tous les 2 ou 3 jours.

c) **Strychniné-Cholestériné**, *amp. 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02; Sulf.-Strychniné 1/2 millig.)

d) **Spartéiné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Spartéine 0,04) 1 à 3 ampoules par jour.

HÉPATIQUE — **ARTICHAUT** (*pilules* DAUSSE) 4 à 6 par jour avant les repas — **HÉPATIQUE** *tisane* DAUSSE) 1 tasse à thé d'infusion le soir au coucher

NERVEUSE — Les Gouttes **ARSÉNOSTHÉNIQUES** DAUSSE (Strychnine, Méthylarsinate, Extrait Cola, Extr. Quina) XX gouttes = Sulf.-Strych. 0,001 ; Méthyl. 0,005.

Débuter par 10 gouttes à chaque repas, progresser jusqu'à l'apparition des symptômes de saturation ; on peut atteindre ainsi progressivement 100 et même 200 gouttes par repas. (Cette dernière dose 0,01 de Strychnine.

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

(UROMIL)

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

De Trouette-Perret

l'
Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la
Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la
Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

tébrale, on infiltre l'hématome qui entoure le foyer de fracture avec une solution de novocaïne. C'est ce qu'ont fait chez leurs malades MM. Mathieu, Lenormant, Boppe. D'autres comme Dunlop et Parker, L. Bazy, préfèrent l'emploi de l'anesthésie générale.

L'anesthésie obtenue, le rachis est mis en hypertension de manière progressive. Pour l'obtenir et pouvoir faire le corset le tronc doit se trouver dans le vide. Pour cela Bœhler place le malade en décubitus ventral, les membres inférieurs reposent sur une table et y sont fixés par une sangle ; les épaules et les bras s'appuient sur une autre table qu'on élève progressivement.

Dunlop et Parker placent le malade en décubitus dorsal sur le cadre de Goldthwait et pratiquent une traction verticale sur les lombes au moyen d'une sangle.

De toute manière l'hyperextension du rachis se produit progressivement en 10 à 20 minutes, la gibbosité disparaît. On confectionne alors rapidement dans l'attitude obtenue un corset plâtré englobant bien le sacrum et le bassin en arrière, le sternum en avant ; une large fenêtre est pratiquée au niveau de l'abdomen.

Une radio faite sur le rachis de profil contrôle la réduction du tassement, de la subluxation des apophyses articulaires. Il est admis que la consolidation demande 5 à 7 mois.

Pendant tout ce temps, et c'est là la partie caractéristique du traitement de Bœhler, le malade est soumis à un traitement fonctionnel. Non seulement le malade se lève, marche, mais il doit se livrer à des exercices gymnastiques progressifs (mouvements, port de lourds sacs de sable sur la tête) ayant pour but de développer la musculature du tronc et sa résistance. C'est grâce à ce traitement fonctionnel que le blessé, à la sortie du plâtre, aura acquis une récupération totale et une assurance contre tout tassement ultérieur.

Dans le cas où la réduction n'est pas obtenue par la mise en hyperextension du rachis, il vaut mieux, sans insister, ce qui pourrait offrir des dangers, pratiquer une ostéosynthèse du rachis par greffe.

La présence de troubles médullaires constitue-t-elle une contre-indication formelle à l'emploi de la méthode de Bœhler ? Il semble qu'il n'en soit pas ainsi : une observation de M. Fr. Garcia Diaz, une autre de M. Boppe, prouvent que, au moins dans certains cas qu'il reste à déterminer, la réduction en hyperextension peut être suivie de régression des phénomènes paralytiques.

Préspondylolisthésis.

Aspect radiographique et signification clinique. (S. Kleinberg. *J. of Bone and Joint Surg.*, oct. 1933, p. 872-881, 6 fig.) — Ce travail vient à l'appui de l'origine congénitale du spondylolisthésis. S'appuyant sur 9 observations d'adultes souffrant de douleurs lombaires et sacrées, de sciatique, avec contracture, lordose inconstante, l'examen radiographique n'a pas montré de glissement en avant de la 5e lombaire sur le sacrum, mais a révélé une fissure sur l'isthme entre l'articulation supérieure et l'articulation inférieure de l'arc postérieur de la 5e V. L. 7 malades ont été opérés, et on a pu constater qu'en prenant avec un davier cet arc postérieur il était entièrement mobile. Le traitement a consisté dans la fusion par greffe des 3 dernières vertèbres lombaires au sacrum, qui amena la guérison.

Remarques cliniques et thérapeutiques sur la sacro-coxalgie. (A propos de 36 obs. personnelles). (A. Richard, A. Delhaye, J. Calvet, *Revue d'orthop. et de chir. de l'appareil moteur*, t. XVIII, N° 2, mars 1933.) — Les auteurs pensent que, contrairement à l'opinion courante, la sacro-coxalgie est plus fréquente qu'on ne le dit. Si chez l'enfant elle succède tardivement à une ostéite juxta-articulaire iliaque le plus souvent, sacrée rarement, cette propagation à l'articulation existe. Ils en rapportent 5 cas. Après une longue évolution, l'affection se termine par une ankylose totale et à cause de l'atrophie consécutive un bassin oblique-ovalaire type Naegele.

Chez l'adulte, l'atteinte sacro-iliaque est beaucoup plus rapide ; elle est totale ou partielle (forme haute, forme basse).

Les signes du début sont très importants à connaître. Les auteurs insistent : 1° sur les radiculalgies sacrées tenaces, rebelles à tout traitement ; 2° la démarche douloureuse spéciale décrite par Ducroquet ; 3° les signes radiographiques : diastasis sacro-iliaque, décrochement pubien avec ascension de la moitié du bassin du côté malade ; 4° la douleur à l'exploration de l'interligne par toucher rectal.

A la période d'état apparaissent les abcès, dont la gravité est variable selon le siège. Dans les formes hautes, les abcès filent directement en arrière par un trajet court, leur évolution est bénigne. Dans les formes basses, les abcès évoluent surtout dans le bassin, et vers la fesse par la grande échancrure sciatique, abcès graves à cause de leur cheminement long et complexe, de leur facilité à s'infecter secondairement au contact du rectum.

Le traitement consistera dans une immobilisation stricte et traitement général. Dans les formes traînantes ou les récidives, l'arthrodèse trouve ses indications. Elle peut se faire soit par enchevillement trans-articulaire, soit par voie extra-articulaire. Les auteurs décrivent en détail les diverses techniques employées. Dans le cas de fistulisation avec état grave, des opérations de drainage s'imposent : résection selon la méthode de R. Picqué, ou incisions de débridement des parties molles seulement.

Cet important mémoire se termine par le résumé de 35 observations prises à l'Hôpital maritime de Berck.

MEMBRE SUPERIEUR

Arthrodèse dans la tuberculose de l'épaule. (V. Putti (Bologne). *Organi di la Chirurgia degli movimento*, sept. 1933, vol. XVIII, f. 3, p. 317.)

Arthrodèse extra-articulaire de l'épaule. (R. Watson Jones (Liverpool). *J. of Bone and Joint Surg.*, oct. 1933, p. 862-871, 6 fig.)

Nouvelle méthode d'arthrodèse de l'épaule. (A. Leo Brett. *J. of Bone and Joint Surg.*, oct. 1933, p. 969-977, 8 fig.)

Dans 6 cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, Putti a été amené à pratiquer l'arthrodèse 5 fois par une méthode extra-articulaire, et 1 fois intra-articulaire.

De même dans 5 cas de tumeur blanche de l'épaule après la limitation des lésions, W. Jones a pratiqué l'arthrodèse extra-articulaire. Il donne comme indications d'une part la longueur de l'évolution de la maladie chez l'adulte (3 à 5 ans), que l'arthrodèse diminue considérablement ; d'autre part la difficulté de maintenir l'attitude d'abduction après ankylose obtenue par les moyens orthopédiques.

Les deux auteurs abordent l'épaule par la voie postérieure, découvrent la partie supérieure de la diaphyse humérale. Putti dénude l'épine de l'omoplate, la détachant de sa base, la fait glisser jusqu'à ce que son extrémité s'engage sur le volet huméral. Watson découvre aussi l'épine de l'omoplate, la pointe de l'acromion leur fait une fracture incomplète et vient les placer sous le volet huméral, le bras étant placé en abduction.

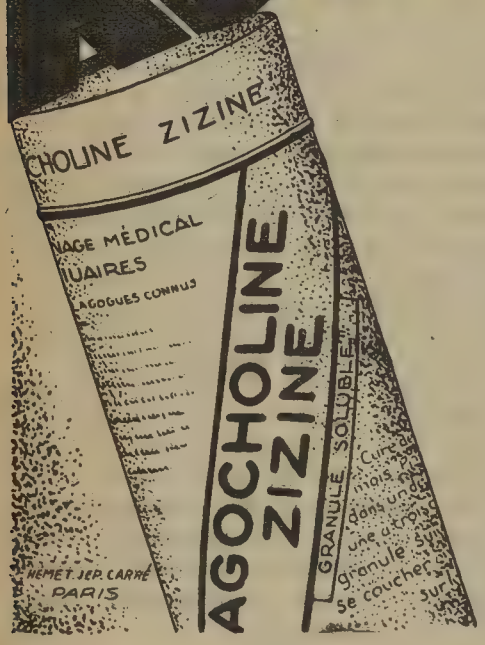
Putti, dans 3 cas, donne des résultats datant de 2 à 5 ans avec une ankylose osseuse solide.

Dans un cas il a employé l'enchevillement avec un greffon tibial.

C'est un procédé analogue que Leo Brett propose pour le traitement de l'épaule paralytique. On sait la difficulté que

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars :* GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

l'on a dans ce cas à obtenir une fusion complète de la tête humérale avec l'omoplate et la conservation de l'abduction nécessaire à un bon résultat fonctionnel. Dans 2 cas, après avivement des surfaces articulaires il a complété l'arthrodèse par l'enchevillement avec un large greffon tibial. La fusion osseuse était complète au bout de 6 mois.

Réduction non sanglante des fractures de l'épitrochlée avec interposition de ce fragment dans l'interligne articulaire du coude. (M. FÈVRE et ROUDAÏTIS. *Revue d'Orthop. et de Chir. de l'appareil moteur*, n° 6, juillet-août 1933, p. 303-314, 24 fig.) — Dans les fractures de l'épitrochlée de l'enfant, il arrive que le fragment osseux arraché par la tension du ligament latéral interne bascule dans l'interligne articulaire et reste interposé entre le cubitus et l'humérus. Il est admis que cette interposition ne peut être réduite que par une opération. Les auteurs, dans 5 cas, ont pu opérer la réduction par manœuvres externes. La technique consiste : pratiquer à porter l'avant-bras en abduction pour faire sortir le fragment par tension du ligament latéral interne, puis à réduire progressivement cette abduction et à fléchir le coude.

Syndrome de Volkmann.

Maladie de Volkmann, artérectomie, guérison datant de 5 ans. (LERICHE et PATEL. *Presse Méd.*, n° 1, 4 janv. 1933, p. 15.)

Un cas de syndrome de Volkmann avec oblitération de l'humérale. Résection de l'artère oblitérée. (LANCE, *Soc. nat. de Chir.*, 1er mars 1933 ; *id.*, 5 avr. 1933.)

Artériographie dans le syndrome ischémique de Volkmann. (PICOT. *Soc. nat. de Chir.*, 29 mars 1933.)

Traitement du syndrome ischémique par la résection artérielle. (R. LERICHE. *Soc. nat. de Chir.*, 3 mai 1933.)

La sympathectomie périartérielle dans le syndrome ischémique de Volkmann. (P. LOMBARD. *Soc. nat. de Chir.*, 21 juin 1933.)

Les directives nouvelles fournies par l'artériographie dans le traitement du syndrome de Volkmann. (M. CARCASSONNE. Rapport : M. G. DARCOURT ; Discussion : MM. FIOLLE, BOURDE, DE VERNEJOUL, ARNAUD, AUBERT. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Marseille*, t. VII, n° 10, déc. 1933, p. 443-451.)

Depuis de longues années, depuis 1927, M. R. Leriche défend cette idée que, s'il y a bien à la base du syndrome de Volkmann une lésion primitive de nécrose ischémique des muscles se traduisant par un noyau fibreux plus ou moins étendu dans les muscles fléchisseurs, cette lésion n'explique pas tout. L'ischémie a été causée par une lésion artérielle, oblitération ou rétrécissement, et cette lésion artérielle est capitale, car par les altérations des filets du sympathique contenus dans la paroi artérielle, elle occasionne des troubles vaso-moteurs, agissant sur la trophicité du membre, sur celle des troncs nerveux et expliquant par exemple la plupart des paralysies partielles ou totales du médian et du cubital, si fréquentes chez ces malades. Pour mettre en évidence l'existence d'une oblitération totale ou partielle, ou même des spasmes parcellaires de l'humérale ou de ses branches, on se servait de l'oscillométrie comparative du membre malade avec le membre sain. M. Picot et M. Carcassonne ont bien montré que l'artériographie pouvait mettre en évidence le siège, l'étendue des lésions artérielles. Il faut remarquer seulement qu'ici il s'agit le plus souvent d'enfants jeunes (6 ans dans le cas de M. Carcassonne) et l'artériographie même à ciel ouvert est d'exécution particulièrement délicate. La conséquence de ce rôle joué par les troubles sympathiques liés à la lésion artérielle est la nécessité de la résection du segment artériel oblitéré, ou la sympathectomie péri-artérielle s'il y a seulement rétrécissement par spasme. Ces idées ont été exposées à nouveau par R. Leriche le 3 mai, à la Société de Chirurgie, et il a rappelé une observation publiée par lui dès 1928.

Dans le courant de l'année 1933, de nouvelles observations d'artérectomie ou de sympathectomie ont été rapportées et ont donné lieu à d'importantes discussions. Elles ont mis en évidence un certain nombre de faits :

Le premier point est la nocivité certaine dans les fractures du coude du plâtre, fait en flexion forcée, surtout si la réduction est précoce.

En second lieu, en présence d'un syndrome de Volkmann au début, il faut pratiquer l'examen comparatif oscillométrique des deux bras et avant-bras, et, si possible, une artériographie. Si ces examens démontrent l'oblitération complète au partielle siégeant sur l'humérale ou la cubitale, il y a lieu d'intervenir d'urgence. Cette manière de voir est pleinement acceptée par M. Fèvre, qui fait figurer le syndrome de Volkmann dans son beau livre sur la chirurgie d'urgence chez les enfants.

Dans des cas déjà anciens avec troubles trophiques, circulatoires, nerveux, résistant à tout traitement (main froide, violacée, paralysie partielle ou totale du médian et du cubital), la présence de troubles circulatoires constatés à l'oscillomètre ou à l'artériographie impose l'intervention. C'est ainsi que dans des cas anciens deux fois nous avons été amenés à pratiquer l'artérectomie de l'humérale oblitérée dans un cas, rétrécie dans l'autre. Deux jours après la main était chaude, rose, la contracture en flexion moins intense, la paralysie et l'anesthésie par paralysie du médian et cubital qui avait résisté depuis des années à tout traitement avait disparu à 1 mois ou 6 semaines. Leriche a rapporté plusieurs cas analogues. Ceux de MM. Picot et Carcassonne viennent s'y ajouter. Il est bien entendu que ces interventions portant sur les vaisseaux ne suppriment pas le foyer primitif de nécrose, et ultérieurement de sclérose des muscles. Mais on est frappé de la diminution rapide de la rétraction, ce qui permet au traitement orthopédique toujours nécessaire (traction au caoutchouc dans une raquette) d'effectuer en quelques semaines un redressement des doigts et du poignet qui avait été essayé sans succès depuis des mois et des années.

Plus l'intervention aura été effectuée précocement, plus l'amélioration sera rapide et complète.

MEMBRE INFERIEUR

Nouveau procédé de restauration du toit du cotyle dans la luxation congénitale de la hanche. (MM. NOVÉ-JOSSERAND et POUZET. *Revue d'Orthop. et Chir. de l'appareil moteur*, n° 3, mai-juin 1933, p. 240-260, 13 fig.) — Après la réduction de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant, l'élément principal de la contention est la reconstitution du bourrelet fibro-cartilagineux qui enserre la tête. Dans les cas où la luxation se reproduit après le traitement, on peut penser que c'est parce que ce bourrelet, accolé à la fosse iliaque, ne s'est pas reconstitué. C'est pourquoi, en 1928, M. Nové-Josserand a proposé, pour la cure de ces récidives, l'opération suivante : réduction, découverte du toit cotyloïdien, décollement à la rugine de la capsule et du fibro-cartilage ; on comble l'espace ainsi créé par des greffons ostéo-périostiques minces. Le membre est maintenu au plâtre en abduction pendant un mois. Les auteurs apportent les résultats éloignés de 12 malades ainsi traités. Chez les 3 premiers, le maintien de la réduction a été parfait mais la hanche est restée bloquée en abduction, nécessitant chez 2 malades une ostéotomie de correction, et chez le troisième un redressement forcé qui a produit une

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE | ENTÉRITE
GASTRALGIE | CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.46 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

reluxation partielle de la hanche. Les auteurs attribuent ce blocage à la tension musculaire en position de réduction. Aussi, par la suite, ils n'ont appliqué la méthode que lorsque la réduction était obtenue sans effort, sinon sans rechercher la réduction intégrale de la tête fémorale dans le cotyle. Ainsi comprise, cette intervention stabilise la hanche dans une attitude de subluxation peu accentuée avec une boiterie très faible et une bonne capacité fonctionnelle.

Les auteurs la conseillent systématiquement dans les subluxations ou luxations à rechutes entre 6 et 10 ans. Plus tard, il vaut mieux s'en tenir à la confection d'une butée ostéo-plastique faite selon la technique ordinaire.

Correction de la fonction défectueuse de la hanche basée sur l'angulation de l'extrémité supérieure du fémur. (E. KOPITS (Budapest). *Arch. f. Orthop. und unfall.*, t. XXXIII, f. 4, 18 sept. 1933. p. 586-595, 4 fig.) — Lorsqu'en 1919 et 1923 Lorenz modifia l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson dans le traitement des luxations congénitales irréductibles, en faisant la section oblique du fémur en face du cotyle, avec propulsion du fragment inférieur mis en abduction à 45° jusqu'au fond du cotyle, on affirma avoir fait faire un grand progrès au traitement palliatif de cette maladie. De nombreuses publications en vantèrent les résultats. Dans notre rapport au Congrès d'orthopédie de 1925, nous avions affirmé que « si la bifurcation a été bien réussie, si le fragment inférieur est bien entré dans le cotyle jusqu'au fond de manière à servir de point d'appui effectif, les mouvements de la hanche seront nuls ou très limités ». On ne peut en effet concevoir mécaniquement une articulation qui tournerait à la fois autour de deux axes. La hanche peut rester fixée en abduction et nécessiter une deuxième ostéotomie de redressement au-dessous de la bifurcation, comme nous avons été obligé de le faire dans un cas, et comme le professeur Paul Mathieu en a rapporté un cas à la séance du 17 février 1932, à la Société nationale de Chirurgie.

Nous avions fait remarquer que les bifurcations « bien réussies », soumises à une mobilisation active et passive intense, finissent par récupérer des mouvements par résorption du fragment de diaphyse qu'on a propulsé dans le cotyle, mais ils ont inutilement augmenté leur raccourcissement.

E. Kopits, étudiant la radio faite aussitôt après la bifurcation, une série faite d'année en année, montre la résorption de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale enfoncée dans le cotyle ; la fonction de la hanche s'améliore parallèlement à cette résorption. Le résultat définitif est l'angulation interne avec appui sur le bassin des deux fragments, que donne l'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson.

Kopitz conclut donc comme le professeur Mathieu et nous-même, que la bifurcation de Lorenz est une mauvaise opération, parce qu'elle expose à une ankylose en abduction et, en tout cas, à une augmentation du raccourcissement du membre.

Il préconise l'ostéotomie en face du cotyle avec mise en abduction maxima du fragment supérieur qui doit venir au contact du bassin, abduction du fragment supérieur.

Fixation opératoire de la hanche dans la coxalgie chez l'enfant. Résultats éloignés de 33 opérations. (John C. WILSON. *T. Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1933, p. 22-47, 27 fig.)

Etude sur 17 cas de tuberculose de la hanche fixés opératoirement par la méthode de Wilson. (Louis ALPERT, *id.*, p. 48-50.)

Arthrodèse mixte intra-articulaire et extra-articulaire pour tuberculose de la hanche. (Melvin S. HENDERSON, *id.*, p. 51-57, 1 fig.)

Traitement de la coxalgie. 2e *Congrès international de chirurgie orthopédique*, Londres, 19-22 juillet 1933. Rapporteurs : ERLARBER (Graaz). — MAFFEI (Bruxelles). — HENDERSON (Rochester). — SORREL (Paris). — Discussion : MM. HASS, CAMERA, GRUCA, SALAVERRI, GIRDLESTONE, AGUILAR, CAMURATI, ROCHER, BASTOS, ZANOLI, TAVERNIER, DELAHAYE, VACCHELI, ALBEE, MATHIEU, STACKERS, CASTELLS, NATZLER, CORTÈS LLADO, DELCHEF.

Les arthrodèses dans la coxalgie. Indications techniques, résultats éloignés. (P. BUFNOIR. *Th. de Paris*, 1933.)

Le grand trochanter de l'enfant. L'arthrodèse ilio-diaphysaire par voie externe dans la coxalgie du jeune âge. (A. DELAHAYE et DUPUIS. *Arch. franco-belges de chir.*, t. XXXIII, N 12, 16 fig.)

Les rapports et la discussion qui a suivi au Congrès international de Londres, ont montré l'importance de plus en plus grande que l'arthrodèse de la hanche a prise dans le traitement de la coxalgie chez l'adulte — et, pour certains, chez l'enfant.

L'état de la question en France a été exposé dans la thèse de P. Bufnoir — qui, élève de E. Sorrel et P. Mathieu, — appuie les données de son travail sur 100 observations d'arthrodèses extra-articulaires faites à l'hôpital maritime de Berck, dont il a pu voir à distance 75 cas.

On peut opérer chez l'adulte, à la période d'évolution, moyennant certaines précautions.

Le malade ne devra jamais être opéré en période de bacillémie, il faut attendre de 6 mois à 2 ans avant de pouvoir pratiquer l'arthrodèse en toute sûreté. Le malade sera soumis pendant ce temps à une cure climatique (thalassothérapie, héliothérapie), cure qui se prolongera après l'opération.

On rejettera tous les malades présentant des lésions tuberculeuses en activité, surtout pulmonaires.

Localement, en présence d'abcès, d'infiltration diffuse, de fistules, on s'abstiendra. L'opération devra être rigoureusement extra-articulaire, l'ouverture du foyer pouvant amener des complications sérieuses. On emploiera l'ostéosynthèse au moyen du long greffon rigide en pont ilio-trochantérien proposé par Albee, dont la technique a été réglée par E. Sorrel. Faite dans ces conditions, l'arthrodèse améliore considérablement le pronostic de la coxalgie de l'adulte. Elle abrège la durée de la maladie, évitant les formes traînantes si fréquentes. Elle donne une guérison de meilleure qualité qui met à l'abri des récidives locales. Il reste cependant des tuberculeux susceptibles de faire un autre foyer (tuberculose rénale, pulmonaire, mal de Pott, coxalgie du côté opposé).

On peut observer des fractures du greffon se consolidant par immobilisation, ou des pseudarthroses qui nécessitent une nouvelle opération.

L'arthrodèse dans la coxalgie en évolution ne paraît pas indiquée chez l'enfant sauf dans les formes traînantes, et les résultats dans ces cas sont nettement inférieurs à ceux observés chez l'adulte.

Dans le traitement des séquelles de la coxalgie : hanches instables, douloureuses en position vicieuse, l'emploi de l'arthrodèse avec ou sans ostéotomie pour rétablir les axes du membre n'est plus discuté par personne. Il existe des contre-indications tirées de l'état général ou local.

Mais les techniques employées diffèrent. Alors que les uns n'emploient que l'arthrodèse juxta-articulaire, dont le type est l'opération de Mathieu et Wilmoth, ou le pont-levis de Richard, d'autres, lorsqu'il n'y a plus, de manière certaine, de lésions en évolution, préfèrent l'arthrodèse mixte avec ouverture de l'articulation, avivement de la partie supérieure du col et du cotyle, évidement des lésions résiduelles tuberculeuses.

Cette méthode réglée par E. Sorrel et Delahaye, donne une très bonne coaptation du volet iliaque. Elle permet une bonne consolidation dans les pseudarthroses avec destruction de la tête et du col où l'arthrodèse extra-articulaire pourrait être insuffisante. On peut observer des incidents : fistules en général passagères, pseudarthrose à l'insertion trochantérienne du greffon nécessitant une nouvelle opération.

Les résultats fonctionnels sont excellents : bonne stabilité, disparition des douleurs. Le congrès de Londres et les publications américaines ont montré que les chirurgiens étrangers sont plus volontiers partisans de l'intervention directe sur le foyer tuberculeux. C'est ainsi qu'Erlacher (Autriche), partisan du traitement conservateur par immobilisation et aéro-héliothérapie, n'intervient que lorsque le diagnostic a été fait de manière très précoce, dans quels cas il pratique la résection et non l'arthrodèse extra-articulaire. Il réserve celle-ci aux séquelles.

Les auteurs américains, Wilson, Henderson font, chez l'enfant, des opérations intra-focales, l'arthrodèse mixte avec avivement du col fémoral. Alpert pratique une arthrodèse en pont-levis strictement extra-articulaire.

Ceci explique les différences observées dans les résultats.

Wilson accuse 63 p. 100 de fistules post-opératoires persistantes, tenaces. Henderson, sur 16 cas, obtient 1 décès et 29 p. 100 de fistules post-opératoires.

Les résultats de l'arthrodèse mixte pratiquée chez l'enfant en période évolutive ne sont donc pas bons.

D'ailleurs, chez l'enfant, comme Delahaye le montre, le trochanter est cartilagineux jusqu'à 12 ans. Si on opère avant cet âge, il faut, comme le fait Richard, réséquer tout le cartilage et insérer le volet iliaque. Dans le tissu osseux, si on veut obtenir une bonne consolidation, Delahaye va plus loin et préconise après résection du trochanter cartilagineux, l'emploi d'un long greffon inséré dans l'os iliaque en haut et la diaphyse fémorale en bas. Cette technique permet d'abaisser beaucoup l'âge où l'on peut pratiquer avec succès l'arthrodèse extra-articulaire.

La luxation récidivante de la rotule. Traitement par l'implantation d'un greffon prélevé sur la rotule dans le condyle externe du fémur. (E. Estor et H. Estor. *Revue d'orthop. et de chir. de l'appareil moteur*, N° 4, juillet-août 1933, p. 330.)

Butée rotulienne par greffon costal dans un cas de luxation congénitale des deux rotules. Résultat éloigné de 4 ans. (H.-L. Rocher. *Bordeaux chir.* an IV, N° 4, oct. 1933, p. 365-369.)

Contribution au traitement des luxations traumatiques récidivantes de la rotule en dehors. (Rida Morwa. *Revue d'orthop. et de chir. de l'appareil moteur*, N° 2, mars-avril 1934.)

La pathogénie de la luxation récidivante de la rotule a donné lieu à de nombreuses discussions : les uns y voient une affection traumatique, les autres, maintenant de beaucoup les plus nombreux, admettent une malformation congénitale, prédisposant à la luxation ; mais ici encore, il n'y a pas d'accord sur le siège de l'aplasie congénitale, les uns la faisant porter surtout sur l'appareil ligamentaire interne du genou, les autres principalement sur l'arrêt de développement du condyle externe du fémur.

De là la multiplicité des procédés thérapeutiques proposés. Rappelons les plus utilisés :

L'opération de Roux consiste à désinsérer le tendon rotulien avec un bloc osseux tibial et à le réinsérer plus en dedans. Cette méthode se montre insuffisante s'il y a réellement aplasie du condyle externe. Nous l'avons constaté chez une malade : la transplantation faite si on pliait le genou, la rotule se reluxait en dehors. La guérison a été obtenue en complétant l'opération par une surélévation du condyle externe, par un procédé analogue à la méthode d'Albee.

M. Albert Mouchet a perfectionné l'opération de Roux, il fait passer la tubérosité tibiale et le tendon rotulien par une boutonnière faite dans la capsule sur son côté interne ; il réimplante la tubérosité antérieure sur la face interne du tibia.

Le procédé de Krogius, modifié par Lecène et Moulonguet, consiste à découper dans la partie la plus épaisse de la partie interne de la capsule du genou et le vaste interne qui lui fait suite une bandelette, que, par un tunnel creusé dans le droit antérieur, on fait passer en dehors de la rotule où on l'insère solidement.

Ces procédés ont donné de très beaux résultats, dans de nombreuses observations. Mais ils peuvent se montrer insuffisants, s'il y a une aplasie marquée du condyle externe du fémur. Comme le fait remarquer M. Albert Mouchet dans la thèse de son élève Xoudis.

Dans ces dernières années, on a cherché à opposer à la reluxation en dehors de la rotule un obstacle osseux. Albee avait proposé d'aborder le condyle externe en dehors de l'articulation, puis décollant le cul-de-sac synovial en avant d'enfoncer un large ciseau sous le rebord trochléen, de le soulever et combler la cavité avec des greffons pris au tibia. Nous avons simplifié le procédé en faisant dans le cas cité plus haut une double section du condyle déterminant un coin osseux à base externe, puis le bord trochléen étant soulevé, d'enfoncer avec un chasse-clou ce coin pour combler la cavité. Le résultat a été excellent.

R. Morwa rapporte un cas de luxation double de la rotule dans lequel en 1929, M. Cadenat fit une opération de Roux d'un côté, récidive au 5e mois. En janvier 1930, il pratique sur la joue externe de la trochlée une butée extra-articulaire au moyen d'un greffon extra-articulaire prélevé au tibia ; guérison. L'autre côté qui avait subi aussi l'opération de Roux et récidivé, fut guéri par la méthode de Lecène.

Le professeur Rocher, de Bordeaux, a, en 1929, dans un cas de luxation congénitale double des deux rotules, d'emblée exécuté de chaque côté une butée extra-articulaire par implantation d'un morceau de côte dans le bord externe de la gorge condylienne ; au bout de quatre ans, le résultat s'est maintenu.

E. et H. Estor ont employé une méthode analogue. Pour la simplifier, ils ont emprunté le greffon à la rotule elle-même. Un an après, le résultat s'était maintenu.

Nous voyons qu'ici, comme dans les luxations récidivantes de l'épaule, la contention par une butée osseuse tend à se substituer aux méthodes de contention par celle obtenue au moyen des opérations portant sur les parties molles.

Arthrodèses dans la tuberculose du genou. (V. Putti. *La chir. degli org. di mov.*, vol. XVIII, f. 316, sept. 1933, p. 217.)

Sur un procédé d'arthrodèse extra-articulaire du genou. (A. Delahaye (Berck). *XVe réunion annuelle de la Société d'orthopédie*, in *Revue d'orthop.* N° 6, nov.-déc. 1933, p. 665.)

Dans ces publications, les auteurs indiquent une technique d'arthrodèse extra-articulaire. Putti la réalise en détachant l'insertion du quadriceps, en taillant au ciseau sur la face antérieure du tibia un large et long volet. On retourne ce fragment et on glisse son extrémité supérieure sous un lambeau osseux soulevé sur la face antérieure du fémur. Le tendon du quadriceps est réinséré. On institue ainsi un verrouillage du genou.

L'auteur l'a exécuté huit fois et donne comme indications les cas où le traitement orthopédique ne suffit pas chez les sujets au-dessous de 16 ans, où la résection est contre-indiquée.

Delahaye a employé aussi huit fois chez des jeunes enfants pour des séquelles de tumeurs blanches mobiles et douloureuses, dans les formes traînantes, dans 1 cas de genou paralytique, une méthode différente et entièrement extra-articulaire.

Elle consiste à pratiquer sur la face antérieure du tibia, de la rotule, et sur la face antérieure du fémur des volets osseux au-dessous desquels on place un long greffon ostéo-périostique souple, pris du côté sain.

Dans tous les cas, une ankylose a été obtenue par ce procédé.

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XIIe Session, juin-juillet 1934.)

Synthèse des conclusions des assises départementales, **par le docteur Henri GODLEWSKI.**

Coutumes. — Il ressort nettement de la documentation générale de ces assises que l'alimentation populaire est partout suffisante et très améliorée sur jadis.

La sobriété subsiste même parfois avec la richesse et là où l'alimentation est la plus variée, en Provence. Il devient exceptionnel de voir consommer peu de viande comme en Berry. Il est plus fréquent de voir préférer la viande et dédaigner les légumes.

L'usage se répand dans les milieux ouvriers du Nord de ne faire qu'un seul repas chaud ; dans la bourgeoisie de l'Ile de France et à Paris de ne manger de viande qu'au repas de midi, de faire un repas du soir léger. Ces coutumes sont localisées comme est locale hélas ! l'habitude des repas lents et silencieux de Sologne.

Carences. — Les pays envahis ont connu les carences de captivité (privations de viande et de lait frais surtout) avec dystrophies infantiles et nombre de hernies d'amaigrissement (Nord). La taille de la génération née de la guerre ne semble pas s'en ressentir (Meuse). En dehors des régions envahies, il y a même augmentation de la taille des contingents actuels (Dordogne, Gironde).

Les carences d'hiver des montagnards paraissent sans conséquence (Doubs).

Il est des carences par sobriété excessive, chez les montagnards corses, et par suite de dyspepsies alcooliques, dans les Côtes-du-Nord. Dans de telles régions, on retrouve comme conséquences communes sénescence précoce, débilité générale, dystrophies osseuses, luxations congénitales de la hanche, précocité des caries dentaires.

De très rares contrées comme le Velay connaissent la carence continue en sels minéraux, albumines et vitamines hydrosolubles retentissant sur la morphologie ethnique. Il y a parfois dans les milieux aisés carence par abus de régimes médicinaux (Indre-et-Loire, Seine-et-Oise) ; chez la femme, par excès de coquetterie (Seine, Pas-de-Calais, Eure-et-Loir) ; misère physiologique dans les taudis d'alcooliques. Il y a les hypoalimentations locales depuis le chômage, en Pas-de-Calais, et même dans certaines villes du centre, mais pas à la campagne (Loiret).

Pléthore. — Rares sont les régions comme l'Allier avec peu de gros mangeurs. Les sports (développant le souci de l'esthétique) ont déjà fait diminuer la proportion des obèses (Pas-de-Calais). Chez les paysans, la pléthore apparaît maintenant, tandis que le bourgeois jadis suralimenté, se restreint (Corrèze, Puy-de-Dôme). Les habitudes de boulimie sont traditionnelles en Alsace, dans certains milieux marseillais, dans la Sarthe, où aux champs on fait six repas par jour, « chaque repas étant un repos et chaque repos un repas ».

Boissons. — Le potomane consomme du cidre dans l'ouest, de la bière dans l'est, du vin presque partout ailleurs. Les grandes régions vinicoles mentionnent en même temps la tolérance au vin rouge chez le producteur et les dangers des vins de mauvaise qualité ; en Anjou, le vin rouge est en progrès sur le « blanc », à cause du « cuisinage chimique » opéré sur ce dernier, à provenance de « noah ».

L'alcoolisme est en régression dans l'Allier et dans la jeunesse sportive (Sarthe). Chacun s'accorde à reconnaître que l'influence nocive sur la race est plus l'effet de l'alcool que du vin (Doubs). On rapporte avec insistance l'extension considérable du caféisme, en particulier chez les femmes, et cela un peu partout.

Alimentation de l'enfant. — Progrès considérables réalisés en hygiène alimentaire infantile, au point que les diarrhées graves ont disparu (Allier) ou sont devenues exceptionnelles, même dans la population paysanne du Berry et de la Beauce. Or, dans ces domaines retirés, c'est bien l'action médicale individuelle qui a surtout droit à la reconnaissance publique. Le clinicien a su imposer la stérilisation du lait. Il a moins réussi à imposer l'allaitement au sein ; à part l'action due à la remarquable autorité de vieux médecins de campagne, comme nous en trouvons un exemple typique en Sologne, où toutes les femmes nourrissent, très généralement, on constate la diminution de l'allaitement maternel, au point que dans les Pyrénées-Orientales, une mère sur cinq seulement nourrit son enfant. Toutefois, depuis le chômage, la femme restant plus au foyer redevient nourrice (Allier). La mauvaise qualité du lait des vaches, qui sont dans de multiples régions comme l'Artois, la Beauce, l'Anjou, nourries de drèches, pulpes, tourteaux et feuilles de betteraves fermentées, soulève la protestation unanime du corps médical.

Les laits en boîte ont la faveur, par crainte de la tuberculose bovine (Indre-et-Loire), et on abuse de ces laits (Cher). L'usage n'en a d'ailleurs pas bien pénétré encore partout (Meuse, Allier).

A la ville, on aurait tendance à prolonger démesurément l'alimentation lactée, tandis qu'à la campagne, on donne trop tôt l'alimentation de l'adulte (Doubs, Eure-et-Loir, Seine-et-Oise), et on se désintéresse de l'alimentation dès que l'enfant va à l'école.

L'écolier va du hameau à l'école du bourg parfois lointain, n'emportant qu'une collation (Loiret, Ain) ; il ne fait qu'un repas chaud par jour, aussi est-il chétif (Gironde). Les soupes scolaires sont très souvent signalées comme insuffisantes, les cantines comme trop peu répandues. Ni les familles, ni les municipalités ne veulent bien en faire les frais (Gironde, Ain) ; les médecins adressent un appel aux pouvoirs publics pour étendre les œuvres d'hygiène alimentaire à l'école (Lot-et-Garonne).

Le pain. — Presque partout, on consomme le pain et la soupe au pain en grosse quantité ; on en abuse (Meuse, Doubs) d'où dyspepsie, obésité, hypertension artérielle.

Le paysan ne fait plus guère son pain ; on le lui apporte ; cependant dans l'Allier, le paysan n'utilise encore le boulanger que pour les fêtes et depuis la crise, les paysans rallument leurs fours (Cher). La consommation

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie _10, Rue Crillon_ PARIS

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

PERLES
GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÉPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.
Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

du pain baisse en Seine-et-Oise, en Touraine, où l'usage de la soupe a même disparu.

C'est qu'on vend un pain mauvais (Vaucluse, Var, Pas-de-Calais) fait avec de mauvaises farines et insuffisamment cuit (Doubs). La fraude persiste ; des fautes graves se commettent journellement (Maine-et-Loire), il y a réprobation unanime contre le pain chimique. Le médecin réclame des mesures énergiques des pouvoirs publics (Lot-et-Garonne).

L'alimentation animale. — La boucherie est devenue le plus prospère des commerces (Alpes-Maritimes, Indre-et-Loire). La variété n'est pas très recherchée : le bifteck aux pommes est l'alimentation la plus répandue et d'une monotonie quotidienne, dont ne se lasse pas l'ouvrier (Nord). Cependant, la vieille coutume de la consommation porcine reste ancrée dans la plupart des campagnes. La charcuterie gagne même des régions où elle était jadis presque inconnue (Nord).

La notion s'est répandue que *les œufs* provoquaient la surcharge graisseuse du foie et que les œufs provenant de poules « forcées » étaient toxiques, d'où défiance populaire actuelle (Nord, Maine-et-Loire).

Sur toutes nos côtes, on fait une énorme consommation de **poissons et de coquillages.** Les médecins constatent que les infections intestinales et la fièvre typhoïde sont devenues très rares dans toute la Saintonge depuis la surveillance des huîtres de Marennes. Mais il convient de se méfier des coquillages souillés, en dehors des pays producteurs, par l'eau polluée des villes, de même que des moules cultivées à l'embouchure des égouts, aussi bien à Marseille qu'à Sète et La Rochelle. Aussi les médecins réclament l'organisation de la salubrité ostréicole étendue à la mytiliculture (Charente-Inférieure, Hérault, Bouches-du-Rhône).

L'alimentation végétale. — Il y a prédilection pour les végétaux et les fruits — spécialement les crudités — sur tout le littoral méditerranéen ; pour les féculents en Charente, Dordogne ; alors qu'on ignore les légumes secs en Meuse, que les légumes en général ne sont pas prisés des campagnards comme on pourrait le croire ; les anciens végétariens deviennent carnivores (Lot-et-Garonne, Corrèze, Puy-de-Dôme).

Conséquences pathologiques générales. — Il ya beaucoup moins de goutte aiguë en maints départements (Cher, Sarthe, Pas-de-Calais, Gironde). L'augmentation des diathèses (goutte, diabète, lithiases) est par contre mentionnée en Maine-et-Loire, Bas-Rhin, Meuse.

La suralimentation prolongée provoque des troubles groupés à Vichy, sous le nom d'hépatisme.

Les gros mangeurs deviennent aisément dyspeptiques, puis hépatorénaux particulièrement quand ils font abus des salaisons et des corps gras (Haute-Loire). Toute suralimentation ne conduit pas fatalement à l'hypertension : ainsi en Franche-Comté, le travailleur des champs devient moins hypertendu qu'on aurait pu le penser et la Touraine mentionne que l'hypertendu n'est pas plus fréquent par alimentation carnée dominante. Le Cher dit même que dans des communautés religieuses très sobres et à alimentation très frugale, les hypertendus ne sont cependant pas exceptionnels, et l'on cite en Sarthe de remarquables observations familiales où, avec régimes diamétralement opposés de privations et d'excès, des membres d'une même famille finissent presque centenaires.

De même il y a deux courants populaires en diététique : dans certaines campagnes, on redoute l'inanition et on accepte la diète de mauvaise grâce ; dans d'autres au contraire, on observe la diète par principe.

Malgré Trousseau, la vieille doctrine de Broussais conserve des adeptes. Cette doctrine conduit à des désastres lorsqu'il s'agit des tuberculeux (Gironde, Puy-de-Dôme), lorsqu'on prend une typho-bacillose pour une typhoïde. Certes les tuberculeux ne sont plus alimentés sans mesure ; partout l'on bannit la suralimentation de jadis. Mais l'on constate que le tuberculeux « entre » souvent dans sa tuberculose par sous-nutrition (Sarthe) et qu'il est nécessaire de lui prescrire l'alimentation la plus variée.

En conclusion de ces assises, l'assemblée, présidée par M. le professeur Carnot, signale à la vigilance des Pouvoirs publics l'ordre du jour suivant :

1° Le pain est fréquemment de mauvaise qualité et mal cuit. Il y a réprobation unanime contre le pain chimique.

2° Même unanimité contre le lait provenant de vaches mal nourries et malsaines.

3° L'écolier rural, chétif, manque souvent de cantines scolaires, est réduit à un seul repas chaud, le soir.

4° Le médecin réclame que la surveillance des coquillages, constatée efficace pour les huîtres, soit étendue à la mytiliculture et que soit efficacement interdit dans tous les ports sans exception l'élevage des moules à l'embouchure des égouts.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1934)

Le mirage du pain blanc : le vrai pain doit être bis. — M. MEILLÈRE. Le pain blanc est un aliment déséquilibré où domine l'amidon.

Le vrai pain équilibré doit contenir non seulement de l'amidon, mais aussi de la matière azotée, des huiles, des sels minéraux, des vitamines et des ferments digestifs qui préparent la digestion.

Ce pain équilibré est bis. La couleur bise est la signature de sa qualité.

Le grain de blé contient une ration alimentaire à peu près complète, et bien proportionnée. Mais il n'est pas homogène. Si on ne fait pas entrer la totalité de ses couches (exception faite du son), on fait un pain déséquilibré, amidonneux, insuffisant et dangereux.

La mauvaise mode du pain blanc doit être combattue.

Pour réhabiliter le vieux pain bis de France, les pouvoirs publics doivent le faire consommer aux armées de terre et de mer, dans les collèges et dans les hôpitaux. Ses bons effets se feront sentir immédiatement, dans la croissance des jeunes et le parfait entretien des adultes.

L'Académie, à l'unanimité, adopte le vœu formulé par M. Meillère.

A propos du dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire dans l'armée. — MM. ROUVILLOIS, CRISTAU et LIÉGEOIS apportent les résultats d'examens radioscopiques systématiques pratiqués dans l'armée chez les jeunes soldats à leur arrivée au corps. La généralisation de ce moyen d'investigation réservé jusqu'ici aux sujets reconnus suspects à la visite d'incorporation, est susceptible d'apporter une importante contribution au dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire dans l'armée.

Les essais de ce genre pratiqués antérieurement par le médecin général Rieux et le médecin commandant Sieur s'étaient heurtés à des difficultés d'ordre matériel et tech-

nique. Depuis lors, les progrès de l'appareillage et l'expérience acquise ont permis de reprendre cette enquête. Les essais actuels ont été conduits suivant une progression très prudente intéressant des effectifs de plus en plus importants pour s'étendre en dernier lieu à toutes les régions militaires de la Métropole. Les règles techniques de la méthode, l'appareillage et les conditions matérielles d'exécution ont été progressivement mises au point en profitant des expériences acquises au cours des essais précédents.

Les résultats obtenus à ce jour confirment l'intérêt que représente la mise en œuvre d'un tel moyen d'investigation. Sur un total de 115.150 recrues examinées, 1.093 éliminations ont été prononcées pour réformes définitives ou temporaires représentant une moyenne de 9,4 p. 1.000, parmi lesquelles figurent 143 tuberculoses ouvertes. Ces constatations sont d'autant plus intéressantes qu'elles se rapportent à des recrues déjà sélectionnées pour la plupart par la visite d'incorporation. D'une façon générale, le nombre de cas de tuberculose dont le dépistage peut être mis à l'actif de l'examen radioscopique systématique, représente le tiers environ des cas dépistés à l'incorporation.

Il ressort donc des constatations ci-dessus que sous réserve d'être soumis à des règles très strictes, l'examen radiologique apporte une contribution très sérieuse au dépistage précoce de la tuberculose du contingent, et cela suffirait à en justifier la généralisation.

M. Rouvillois insiste en terminant sur ce point :

L'examen radioscopique n'est qu'un des éléments de dépistage, il est accompagné dans tous les cas d'un examen radiographique, sans négliger un examen clinique complet.

Discussion. — M. Sergent remercie M. Rouvillois de sa « bienfaisante » communication, et il l'approuve pleinement.

Le dépistage nécessite la mise en œuvre de tous les moyens d'exploration dont dispose la clinique. Il a une importance primordiale, tant au point de vue de l'individu que de la collectivité.

Il est à souhaiter que les mesures préconisées par M. Rouvillois soient appliquées non seulement dans l'armée, mais dans toutes les collectivités, lycées, collèges, etc... M. Sergent précise l'importance de la radioscopie complétée par la radiographie. Il souligne encore l'importance de l'examen clinique complet.

M. Bezançon, après avoir rappelé que la radiologie, si intéressante qu'elle soit, ne doit pas faire oublier la clinique et la recherche des antécédents familiaux, se déclare d'accord avec M. Rouvillois.

M. Béclère fait remarquer que dans le dépistage, il y a lieu de distinguer les formes de tuberculose en activité et les lésions anciennes guéries.

M. Rouvillois remercie ses collègues de l'intérêt avec lequel ils l'ont écouté. Pour répondre à M. Bezançon, il précise que dans tous les cas, l'examen radioscopique est précédé de la visite d'incorporation qui comporte un examen très complet de toutes les recrues. En particulier, il est fait un relevé détaillé des antécédents qui restent notés sur le livret médical de chaque homme et sur le registre d'incorporation.

Il est également procédé à un examen clinique très complet. Tous les sujets suspects sont l'objet d'un examen clinique et radiologique particulier.

Rôle des nerfs dans la sécrétion de l'intestin grêle. Phénomènes observés à la suite de l'excitation des nerfs grands splanchniques. — MM. H. Rouvière et Valette. Dans deux précédentes communications, MM. Rouvière et Valette ont montré que l'énervation d'un segment d'intestin ne modifie pas la quantité d'érepsine sécrétée et que l'excitation des pneumogastriques diminue la production du ferment peptidolytique. Les nombreuses expériences qu'ils viennent de faire démontrent que, au contraire, l'excitation des grands splanchniques augmente la sécrétion de ce même ferment.

De l'ensemble de leurs recherches, ils peuvent donc déduire les conclusions principales suivantes :

La proportion d'érepsine sécrétée au niveau d'un segment intestinal n'est pas modifiée à la suite de la section des filets nerveux aboutissant à ce segment. Cela tient à ce que ces filets nerveux apportent à la muqueuse intestinale deux excitations de sens opposés.

En effet, les pneumogastriques exercent une action inhibitrice sur la production de l'érepsine. Les grands splanchniques excitent, au contraire, la sécrétion de ce ferment.

Il existe donc, en ce qui concerne la sécrétion intestinale, un antagonisme fonctionnel entre les systèmes orthosympathique et parasympathique.

Le sérum d'anciens malades. — M. Netter apporte une note de MM. Borrel et Loevenberg, sur l'activité du centre de récolte de sérum d'anciens malades à Strasbourg. Ils ont pu constituer au début de mai 1934 un stock de 5.090 cc. de sérum de convalescents de poliomyélite. Ce stock a été réparti en ampoules de 15 cc. Le sérum provient de toutes les parties du territoire. Chez certains donneurs, on a fait des prélèvements répétés 6, 11, 18 et même 21 fois.

MM. Borrel et Loevenberg ont également une provision de 1.405 cc. et 2.150 cc. de sérum de convalescents de rougeole et de scarlatine.

Rapidité de l'envahissement ganglionnaire par le virus syphilitique chez le lapin. Contamination par syphilomes et par ganglions syphilisés. — MM. Bessemans et de Potter.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 1er juin 1934)

Injections intra-muqueuses de pepsine dans le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. — MM. Debray et Roy. Injections de pepsine à 0,05 par cmc. dans la muqueuse buccale chez les ulcéreux. On peut admettre que les injections de pepsine ont exercé sur la muqueuse digestive une action de désensibilisation.

Salicylate de pyridine dans l'infection gonococcique. — MM. Jausion, Schwartz, Pecker et Médioni préconisent pour des cures intercalaires ou alternées, le salicylate de pyridine à 4 % injecté par voie veineuse, aux doses progressives de 2 à 10 cmc. Grande tolérance de l'organisme pour le salicylate de pyridine, grande efficacité contre le gonocoque et surtout dans l'urétrite aiguë. Guérison clinique et bactériologique de 58 blennhorragiques sur 85 traités.

Sclérose en plaques treize ans après une forme fruste d'encéphalite épidémique. — MM. R. Bénard et Thoyer semblent admettre qu'à côté de la sclérose en plaques, maladie autonome due à un virus inconnu, il existe un syndrome de sclérose en plaques qui reconnaît pour cause les maladies les plus diverses au nombre desquelles figure dans certains cas la névraxite épidémique. C'est ainsi que la sclérose en plaques pourrait être rangée au nombre des séquelles possibles de l'encéphalite épidémique.

Conditions de l'apparition d'accidents nerveux chez les syphilitiques ayant un liquide céphalo-rachidien normal. —

MM. SÉZARY, P. LEFÈVRE et FACQUET. Il est faux que soit à l'abri de complication nerveuse tout syphilitique chez lequel le liquide céphalo-rachidien est normal. La cause des exceptions se trouve dans l'insuffisance du traitement de consolidation suivi après la ponction lombaire. Il convient de toujours instituer un traitement de consolidation après l'examen qui a révélé un liquide normal. La rachicentèse doit être pratiquée au cours du traitement et non en fin de cure.

Reviviscence du cœur par injection intra-cardiaque d'adrénaline après syncope au cours de la dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. CLERC, ZADOC-KAHN et HERTZ. Malade de 76 ans, atteint de dissociation auriculo-ventriculaire ancienne, qui, au cours d'un syndrome de Stokes-Adams, fit une syncope avec arrêt durable du pouls et perte de connaissance complète. Injection intra-cardiaque de 1 cmc. d'adrénaline à 1/1.000. Réapparition des battements cardiaques avec rapidement leur taux antérieur et retour à la vie. Le malade reprit son activité. Des tracés électriques permirent d'enregistrer toutes les phases de la reviviscence du cœur.

Hernies intra-spongieuses multiples du disque intervertébral. — M. DECOURT. Les hernies intra-spongieuses du *nucleus pulposus* ont pour origine le ramollissement des corps vertébraux et non pas une altération primitive des disques intervertébraux.

Troubles de la régulation glycémique dans la pancréatite hémorragique (instabilité de la glycémie et hypoglycémie alimentaire). — MM. TROISIER, BARIÉTY et GABRIEL. Au cours d'un hématome pancréatique, les auteurs ont mis en évidence une atteinte des fonctions externes du pancréas (diminution de l'activité lipasique et tryptique) et aussi des troubles profonds de la régulation glycémique. Les auteurs signalent l'intérêt de la temporisation médicale (injection d'anthéma) tant qu'il n'y a pas de phénomènes infectieux.

Intoxication par l'apiol. — MM. FLANDIN, NACHT, J. BERNARD. Femme ayant ingéré 40 capsules d'apiol, présenta un état ébrieux suivi de coma, lequel persista pendant 48 heures et fit place à un syndrome de confusion mentale qui dura trois semaines et à un état d'hypertonie presque tétaniforme qui ne disparut qu'après six semaines. Avec l'apiol pur, les troubles mentaux dominent la scène.

Hirsutisme familial. — MM. FLANDIN, NACHT, J. BERNARD. Observation d'une femme à barbe chez laquelle l'hirsutisme s'accompagna de troubles mentaux. L'hirsutisme existait chez les ascendants et chez les enfants.

Epilepsie cardiaque. — M. URECHIA et Mlle RETZEANU (Cluj). Femme atteinte après un rhumatisme de sténose aortique et plus tard d'un début d'hyposystolie avec trois accès d'épilepsie.

Leucémie aiguë simulant le rhumatisme. — MM. DUMITRESCO et PETREA (Bucarest).

Maladie glycogénique du foie. — M. COMBY pense qu'à la suite des travaux de Debré, Semelaigne, Grenet, on commence à dégager dans la masse des hépatomégalies cryptogénétiques un type assez bien défini.

Infiltration caséeuse du pneumogastrique. Etude anatomo-pathologique. — MM. TROISIER, BARIÉTY et GABRIEL. Malade atteint de syndrome médiastinal. A l'autopsie, mal de Pott dorsal supérieur et ganglion médiastinal caséeux. Six ganglions semblables aux adénopathies caséeuses de la primo-infection, dissociant le pneumogastrique atteint lui-même de lésions dégénératives caséeuses.

Etude anatomique d'un cas de dysostose cranio-faciale (maladie de Crouzon). — MM. GARCIN, CHEVALLIER et BIZE. Pièces anatomiques d'un cas de maladie de Crouzon. Intégrité du cerveau et des méninges, soudure de toutes les sutures de la voûte, écrasement des nerfs optiques dans le canal optique.

D'après les auteurs, les déformations endocriniennes résultent de la lutte et de la pesée exercée par le cerveau sur le plancher basilaire et sur le frontal : ectasie de la bosse frontale, effondrement de la fosse cérébrale, aplatissement de la pyramide orbitaire, écrasement du canal optique, ectasie des fosses cérébrales moyennes, transformation du trou occipital en gouttière. Du côté de la voûte, crêtes épaisses de la face endocranienne, îlots de résistance menaçant des zones d'anastose où la paroi est faite d'éléments fibreux.

La cécité est attribuable à une atrophie par compression.

Paralysie générale chez le père et la fille. — M. C.-I. URECHIA (de Cluj).

Abcès primitifs du foie. — MM. DELMAS et G. DUHAMEL (d'Agen).

(SÉANCE DU 8 JUIN 1934)

Considérations sur la granulie froide à propos d'un cas compliqué d'érythème cutané chronique. — M. BURNAND cherche à délimiter avec précision le syndrome morbide. Il insiste sur la valeur de la chronicité absolue du tableau radioclinique et sur ce fait que le syndrome anatomo-clinique ne se rencontre jamais pur.

Il signale 2 cas dans lesquels la signature tuberculeuse était dans l'un représentée par une iritis tuberculeuse, et dans l'autre par des lésions cutanées.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU NOUVEAU SERVICE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

Une fois de plus, la Pitié aura été le rendez-vous des nobles compagnies. Jeudi dernier, autour de M. L. Delherm, faisant les honneurs de son nouveau service, se pressaient des élites. Elite administrative : MM. Strauss, ancien ministre ; Mourier, directeur général de l'Assistance publique ; Boudy, inspecteur général ; Belbis, chef du service de santé ; Bouchet, directeur de l'hôpital. Elite médicale, avec les professeurs d'Arsonval, Marcel Labbé, Rathery, Vaquez, MM. Arrou, Baumgartner, Crouzon, Devraigne, Le Lorier, Loiseau, Savignac, Tournay. Elite radiologique, avec Mme de Brancas, MM. Belot, Bourguignon, Dausset, Duhem, Laquerrière, Mahar, Mathieu, Morel-Kahn, Thoyer-Rozat. Groupées autour de Mme Albert Mathieu, de Mme et de Mlle Delherm, de Mme Laquerrière, beaucoup de charmantes femmes. Quelques médecins militaires, et non des moindres : MM. Cadiot et Rouvillois, médecins généraux inspecteurs, Didier, professeur au Val-de-Grâce, Pasteur, médecin-colonel. A leur poste d'écoute, les journalistes médicaux : MM. Bouquet, du *Temps* ; Desfosses, de la *Presse médicale* ; Destouches, du *Courrier médical* ; F. Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux* ; Noir, du *Concours médical*. Des amis personnels du maître, dont MM. H. Dalby, Mimerel et René Sudre. Les plus jolies infirmières en leurs plus beaux atours. A toutes les

places disponibles, et même aux autres, les inévitables photographes, prêts à prendre les orateurs sous le feu croisé de leurs appareils.

Trois discours seulement, mais de qualité.

Celui de M. Delherm pourrait s'appeler un *conte de fées*. Ne se propose-t-il pas de retracer une carrière, commencée dans une soupente et terminée dans un palais ? La soupente ? Une pièce de six mètres carrés, pauvrement meublée et où, en 1908, un jeune chef de laboratoire, M. L. Delherm, aidé de M. Charpentier, traitait par l'électricité les malades du service de Babinski. Le palais ? L'installation actuelle, entreprise en 1926, et qu'ont rendue possible bien des concours, au premier rang desquels il faut placer ceux du Conseil municipal et de la Ve commission, d'une part, de M. Mourier et de ses collaborateurs, de l'autre. Réalise-t-elle la perfection ? Oui, pour le matériel. Non pour le personnel, encore trop peu nombreux. Ne conviendrait-il pas qu'un interne au moins soit attaché au service ?

Vous conterez ce conte, lui répond M. Mourier, qui a des lettres, aux étoiles de la nuit, et même des *Mille et une nuits*. Si vous vous placez sous le signe de la perfection, je me place, moi, sous celui de l'économie. Je ne demanderais certes pas mieux que de laisser toujours ouvertes les écluses de la Monnaie. Le moyen, avec les dépenses dont j'ai la charge et la crise que nous traversons ? Sachons donc nous faire une raison ! Sachons acquérir un esprit de mutuelle compréhension, si nous voulons jouir de cette paix promise, ici-bas, aux hommes de bonne volonté. Aussi bien n'y a-t-il pas quelque mérite, de notre part, à relier le passé au présent, représentés, celui-ci, par le magnifique service que nous inaugurons aujourd'hui, celui-là, par la vieille Pitié de Louis XIII, par les anciens bâtiments des Archers, par cette Salpêtrière où fut conduite Manon « pour être associée à quelques malheureuses, qui étaient condamnées à subir le même sort », sous les ombrages de laquelle rôde encore le furieux fantôme de Théroigne de Méricourt, amazone de la liberté ?

M. Strauss fait ensuite applaudir le nom de M. d'Arsonval, dont la verte et souriante vieillesse assiste au triomphe des idées qu'il n'a cessé de soutenir. N'est-il pas le père et même le grand-père de l'électro-radiologie ? N'en a-t-il pas prévu, il y a plus de cinquante ans, le prodigieux essor ? Il a découvert les courants de haute fréquence. Il a été le maître des maîtres. A l'Académie de médecine, avec le professeur Chauffard, il a mené le bon combat pour que le maniement des rayons fût confié à des médecins, et non à des physiciens. Inspirons-nous de son exemple ! Ayons toujours, comme disait l'autre, de l'avenir dans l'esprit ! Voyons grand ! Rappelons-nous que, quand il s'agit de malades, les considérations budgétaires doivent passer au second plan. Mettons, de plus en plus, la science au service de la douleur !

Après les discours, la visite du pavillon et de ses diverses parties constituantes, parmi lesquelles nous avons surtout remarqué les quatre postes de radiothérapie moyennement pénétrante ; le département d'électrothérapie, où les applications sont données dans dix-neuf boxes de 2 mètres carrés chacun ; la salle d'électro-diagnostic, comportant, en plus de deux postes d'électro-diagnostic classiques, deux appareils pour la détermination de la chronaxie ; le département du radio-diagnostic, avec six salles d'examen, dont quatre sont consacrées, respectivement, aux affections digestives, urinaires, utérines, vésiculaires, rachidiennes ou pulmonaires et cardiaques, aux maladies courantes, tandis que, des deux autres, l'une est destinée à jouer les doublures, l'autre, aux recherches particulières : les salles de radiothérapie pénétrante, dont l'une contient un appareillage de M. Massiot pouvant fonctionner sous 300.000 volts ; les bains de Luxeuil ; les laboratoires de photographie, la bibliothèque, les archives, etc. Toutes les mesures sont prises pour protéger le personnel contre les dangers que pourraient leur faire courir électricité et radiations. La présence d'innombrables « déshabilloirs », l'usage du téléphone et des haut-parleurs contribuent à diminuer l'encombrement, et, par suite, à augmenter le rendement. Est-ce tout ? Que non ! Grand psychologue, M. L. Delherm a pensé au moral de ses malades. Un revêtement mural approprié leur fait croire qu'ils sont, non plus à Paris, mais en quelque coin de Provence. Chaque jour, plusieurs heures de suite, le Midi leur prête ainsi « son » soleil...

Déployé autour du cabinet du chef, le nouveau service d'électroradiologie de la Pitié évoque à l'esprit le plus profane l'idée d'un système atomique, avec son noyau central et ses électrons périphériques parcourant, autour de lui, d'harmonieuses orbes. Système d'ailleurs bien spécial ! La matière y est chargée de pensée. Et, contrairement aux théories actuelles, l'énergie n'y semble point pesante.

L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

LE MÉDICAMENT DE LA DOULEUR (1)

Par le docteur H. TOURAINE.

En résumé, l'auteur pense que l'allonal, grâce à son activité et à son innocuité incontestables, présente, pour le médecin, des garanties qu'on n'est pas toujours certain de trouver dans l'emploi des autres analgésiques, en particulier dans les toxiques inscrits au tableau B. Sans vouloir retirer aux opiacés leur valeur réelle, il croit que leurs indications doivent diminuer pour céder, dans la plupart des cas, la place à l'allonal qui est plus maniable et n'offre aucun inconvénient, même dans les cas où son administration prolongée est jugée nécessaire, dans les maladies chroniques et aussi en stomatologie.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie (2), par M. PIÉRY, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et B. LE BOURDELLÈS, professeur agrégé du Val-de-Grâce. 2e édition, entièrement refondue. Préface de Carlo FORLANINI.

Ce livre fait suite à la monographie consacrée au pneumothorax artificiel, publié par les auteurs en 1913, et que le professeur Forlanini avait bien voulu présenter alors au public médical.

Depuis cette époque, le pneumothorax thérapeutique a fait l'objet d'innombrables travaux ; sa valeur en phtisiothérapie n'est plus discutée ; au pneumothorax sont venus s'adjoindre des procédés annexes aujourd'hui bien au point. Ainsi s'est constituée une méthode médicale, la Collapsothérapie, dont les principes et les techniques sont actuellement parfaitement définis.

L'ouvrage, entièrement refondu, se présente donc maintenant comme un véritable Précis de Collapsothérapie. Ses

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 6, fév 1933.

(2) In-8 de 350 pages avec 59 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 60 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

divisions générales comportent : *l'historique, le mode d'action, les indications* de la collapsothérapie, les *techniques collapsothérapiques* (pneumothorax, *phrénicectomie, thoracoplastie*, pneumolyse extra et intra-pleurale), les *accidents et complications* de ces diverses méthodes, les *formes cliniques du pneumothorax artificiel*, les *résultats* et l'*organisation* de la collapsothérapie.

Limitant volontairement l'étendue de leur travail, et les références bibliographiques, les auteurs se sont attachés à conserver à l'ouvrage le caractère essentiellement clinique et pratique de sa première édition. Ils ont voulu offrir à l'étudiant et au médecin qui s'intéressent à la tuberculose un exposé clair et succinct des données principales de la méthode. Mais surtout, la lecture de ce *Manuel de la Collapsothérapie* permettra à tous la mise en œuvre, opportune et aisée, de ces divers procédés, dans la complexe mais efficace lutte de l'heure présente contre la « grande maladie ».

L. G.

Précis médical des eaux de Vals (1), par le Dr Maurice Uzan.

Notre confrère Maurice Uzan vient de publier, sous le titre modeste de Précis, un remarquable traité sur les eaux de Vals. Après avoir rappelé dans un très intéressant chapitre historique les nombreux travaux publiés par ses prédécesseurs, il s'attache à donner aux hydrologues un aperçu complet de la géologie, de la climatologie et de l'hydrologie de la célèbre station des Cévennes. Il y joint le fruit de ses recherches personnelles aussi nouvelles qu'originales et dans une dernière partie, il montre toutes les ressources dont dispose actuellement la station, ressources qui permettent d'utiliser pleinement les bienfaisantes sources alcalines, gazeuses et froides de Vals.

Une bibliographie importante accompagne et couronne l'ouvrage pour lequel M. Uzan a su s'entourer de collaborations précieuses, au premier rang desquelles il faut placer celle de M. Rabany, le géologue qui connaît le mieux l'infrastructure de ce bassin.

Dans une très élogieuse préface, le professeur Paul Carnot rend un juste hommage à l'auteur dont le beau volume marquera une date dans la rénovation de la station.

F. L. S.

L'hygiène sociale de l'enfance (2), par le docteur G. Banu (de Bucarest). Second volume.

Dans ce second et très important volume, l'auteur étudie les divers problèmes relatifs à l'hygiène des enfants d'âge préscolaire, avec ses conditions et ses exigences, les écoles maternelles, les jardins d'enfants et les services d'Assistance sociale.

Même étude pour l'hygiène scolaire, la surveillance physique et psychique de l'enfant, l'usage des divers tests à mettre en œuvre, l'hygiène physique et intellectuelle, les prophylaxies d'origines diverses, le rôle du personnel enseignant et celui du médecin et de ses collaborateurs, la surveillance de l'enfance anormale, etc...

Dans cet important ouvrage de près de 1.000 pages, avec de nombreux tableaux et de nombreuses photographies, on trouvera, avec les textes en vigueur dans la plupart des pays, une étude critique des résultats obtenus et de ce qu'il reste encore à faire.

L. BABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Paris, Masson et Cie. — Bruxelles, Association pour la protection de l'enfance.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Deuxième liste

(Voir *Gaz. des Hôpit.* N° 55, p. 994.)

M. Joseph Rivière (physiothérapie, électrothérapie, radiographie) restera à Paris pendant les mois de juillet, août et septembre, 58, rue des Mathurins ; M. Odinet, 4, rue de la Renaissance restera à Paris jusqu'au 20 septembre ; M. Grisel (chirurgien), 11, rue Bonaparte, sera absent du 10 au 20 juillet et du 10 au 20 août ; M. H. Lebourg (stomatologiste des hôpitaux), 176, boulevard Haussmann, sera présent en août et septembre ; M. Desaux (dermatologie), 7, rue de Phalsbourg, sera absent du 1er août au 1er septembre ; M. Marcel Delestre (accouchement et gynécologie), 89, avenue de Villiers, sera présent du 15 juillet au 1er octobre ; M. André Lambling (médecin des hôpitaux), 20, rue Greuze (16e), sera à Paris jusqu'au 18 août et à partir du 25 septembre ; M. Albert Julia (gynécologie), 114, boulevard Raspail, sera à Paris du 15 août au 1er octobre ; Mlle Gabrielle Lévy (maladies nerveuses), 56, rue d'Assas (6e), sera à Paris en juillet et septembre ; M. Fernand Benoist (médecine générale et infantile), 78, rue des Saints-Pères, sera à Paris en août et septembre ; M. P. Isaac-Georges (médecine infantile), 5, avenue Daniel-Lesueur, sera présent en juillet et août ; M. Gilbert Dreyfus (médecin des hôpitaux), 21, avenue du Président-Wilson, sera présent tout le mois de juillet et tout le mois d'août ; M. P.-A. Digeon, chirurgien, 25, avenue Mac-Mahon, sera absent du 14 juillet au 15 août, il sera présent du 15 août à fin septembre ; M. Marcel Thalheimer, chirurgien des hôpitaux, 24, avenue du Recteur-Poincaré (16e) sera présent à Paris pendant toute la période des vacances ; M. Le Noir, médecin des hôpitaux, 156, rue de Rivoli et M. G. Solente (dermatologie), 35, rue de Vaugirard, seront à Paris en juillet et août ; M. Edgard Bernard (O. R. L.), 66 *bis*, rue Saint-Didier (16e), sera présent à Paris pendant toutes les vacances ; M. Henry Guillon (O. R. L.), 14, rue César-Franck, sera absent du 15 au 30 août ; M. Louis-H. Leroux (O. R. L.), 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, sera à Paris en juillet et à partir du 10 septembre ; M. Louis Grollet (voies urinaires et gynécologie), 7, rue Gustave-Nadaud (16e), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. L. Rouquès (neurologie), 7, rue Gounod, sera à Paris en août et septembre ; M. Ovide Bergenstein (voies digestives, transfusion du sang), 142, rue Ordener (18e), sera à Paris en août et septembre ; M. Tortat (gynécologie), 70, rue d'Assas, sera à Paris du 15 juillet au 15 septembre ; M. J.-E. Marcel (urologie, gynécologie), 39, avenue de Saxe (7e), sera à Paris en juillet et août ; M. Th. Laennec (accouchements et gynécologie), 150, avenue Victor-Hugo, sera à Paris en août et septembre ; M. M.-A. Dollfus (ophtalmologie), 6, rue de l'Alboni (16e), sera à Paris en juillet et août ; M. Gommès (neuro-psychiâtrie), 5, rue Parrot, Paris (12e), sera présent à Paris fin juillet et août entièrement ; M. R. de Brun, médecin des hôpitaux, 221, faub. Saint-Honoré (8e), sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. A.-P. Granet (O. R. L.), 60, avenue Malakoff (16e), sera à Paris jusqu'au 25 septembre ; M. Renaux (électro-radiologiste), 21, rue Brezin (14e), sera à Paris en août et septembre ; M. Baratoux (O. R. L.), 54, rue Bassano (8e), sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Et. Polacco (Laboratoire-Transfusion), 3, rue Crevaux (16e), sera à Paris en août et septembre.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Iodogénol Pépin

Artério-Sclérose **Lymphatisme**

Arthritisme

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 25 JUILLET 1934. — N° 59.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS
A propos des accidents sériques, par M. R. Levent.
TRAVAUX ORIGINAUX
Incoagulabilité sanguine in vitro par les sels d'or, par M. Av. Iv.-Raponsky.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de médecine de Paris.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
L'équipement sanitaire, par M. A. Herpin.
NOTES POUR L'INTERNAT
Accidents évolutifs de la dent de sagesse (fin).
MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (Troisième liste. V. p. 1066.)

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en médecine et en pharmacie pour l'année 1934-1935.* — MM. les élèves internes en médecine et en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1934-1935, savoir :

MM. les élèves internes en médecine (pour entrer en fonctions le 15 octobre 1934), internes entrant effectivement en 1re année, le mardi 9 octobre 1934, à 15 h.

MM. les élèves internes en pharmacie (pour entrer en fonctions le 15 octobre 1934), internes entrant effectivement en 4e, 3e et 2e année, le mercredi 3 octobre 1934, à 15 h.; internes entrant effectivement en 1re année, le jeudi 4 octobre 1934, à 9 h. 30.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année* (année 1934-1935). — *Concours de médecine.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le lundi 21 janvier 1935, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

— *Concours de chirurgie et d'accouchement.* — L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 17 janvier 1935, à 9 h., à la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les élèves qui désireront prendre part à ces concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, de 14 à 17 h., du samedi 3 au jeudi 15 novembre 1934 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuves de ces concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le jeudi 15 novembre 1934, à 17 h., dernier délai.

— Le transfert de l'hôpital Beaujon à Clichy va laisser dépourvu d'hôpital tout un quartier de Paris. Le Conseil municipal vient donc de décider la construction d'un hôpital de secours qui sera édifié à l'angle de la rue d'Armaillé et de la rue du Colonel Renard. Cet hôpital, destiné à recevoir seulement les accidentés de la rue, comprendra 47 lits; il portera le nom de Fondation Paul Marmottan.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — M. Puech, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1934, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier. (Dernier titulaire de la chaire : M. Giraud.)

— Toulouse. — M. Roques, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1934, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse. (Dernier titulaire de la chaire : M. Serr.)

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Pierre Duval.

Pensions. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Ripert.

Au grade de chevalier. — M. le docteur d'Ailhaud-Castelet (de Périgueux).

Bureaux municipaux d'hygiène. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Drancy (Seine) est déclaré vacant.

S'adresser au ministère de la Santé publique (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 6e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris.

Nécrologie. — Nous apprenons avec une vive peine la mort, à l'âge de 73 ans, du docteur Eugène Delaunay, chirurgien en chef de l'hôpital Péan.

Ancien interne des hôpitaux dans la promotion d'Arrou et de Charles Nicolle en 1889, Delaunay avait été, en 1893, interne de Péan à l'hôpital Saint-Louis. Depuis cette époque il reste l'élève fidèle de l'illustre chirurgien. Lors de la fondation de l'hôpital Péan il est désigné comme chirurgien en chef. Delaunay fut en même temps chirurgien de l'Association des journalistes républicains et de l'Association de la Presse parlementaire. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Chirurgien éminent, confrère courtois et charmant, Delaunay laisse d'unanimes regrets.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Félicien Delabarre (de Saint-Mauvis), Fenot (de Formerie), Garnandier (de Roquebrune-sur-Argens), Raison (de Candas).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE

Au cours de la période de prodigalité de ces années dernières, nous avons vu édifier, un peu partout, et sous des prétextes variés, des palais somptueux : leur caractéristique générale était l'absence presque totale de rapport entre, d'une part, leur emplacement, leur exposition, leurs dimensions, leur adaptation et, d'autre part, leur destination.

Il en fut ainsi, comme de juste, pour les établissements organisés sous le couvert de la santé publique : certains se sont surtout signalés par la mauvaise presse qu'ils avaient aussi bien dans les journaux d'information que dans les bulletins médicaux et même dans les commissions d'enquête parlementaires.

Nous sommes maintenant en période de restrictions : on pouvait penser que cette folie de construction se calmerait ; mais il est urgent, paraît-il, de procéder à une expérience analogue à celle des trop fameux ateliers nationaux ; et la santé publique ne saurait manquer d'y participer, malgré le succès tout relatif des installations de la période précédente.

Il s'agirait pour elle d'une somme fort importante et une commission d'études a été chargée de trouver le moyen de la dépenser : c'est ce qu'on appelle organiser l'équipement sanitaire du pays. Il y a donc encore de beaux jours pour le bâtiment

Il est question pour commencer d'édifier quelque 350 centres de diagnostic.

Il n'apparaît pas, cependant, que, jusqu'à présent, les cliniciens français aient manqué de moyens de recherches en vue du diagnostic : ces moyens, chacun sait qu'ils les utilisaient largement et ils les trouvaient, avec la plus grande facilité, chez leurs confrères spécialisés. Cependant, comme il faut bien justifier la création de ces centres, on ne craint pas de prétendre que la pratique médicale s'apparenterait toujours à la médecine de Molière !

Il est bien certain que le seul avantage de ces organisations sera de permettre de caser quelques amis et camarades. Par contre, que deviendront les médecins qui jusqu'à présent, effectuaient ces recherches pour les praticiens ?

Quant à ces derniers, comme il est bien évident que les malades ne tarderont pas à s'adresser directement à ces centres, où il y aura certainement de bonnes âmes qui ne manqueront pas, soit de les diriger sur quelques privilégiés, soit de leur fournir tous renseignements utiles pour le traitement, ils verront se poursuivre leur ruine.

D'autant que, même pour 350 centres de diagnostic, on serait empêché de dépenser tous les crédits, et on sera bien obligé de construire des maisons de soins de toutes sortes qui achèveront ce que les centres auront commencé.

Il eût peut-être été plus sage, avant de songer à bâtir de nouveaux établissements, de songer à utiliser ce qui existe déjà.

Pour ne parler que d'un des derniers qui a coûté la bagatelle de 12 millions, il n'abrite que 6 pensionnaires : il doit donc rester quelques places disponibles.

On aurait pu penser également à la suppression des taudis...

Aussi les médecins qui vont être les victimes de cette nouvelle folie constructive, dont l'utilité est plus que contestable — à en juger par ce qui a été fait jusqu'à présent — pourraient peut-être ramener ces prodigues à une plus juste notion des choses.

A. HERPIN.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Troisième liste

(V. *Gaz. des Hôpit.*, n° 55, p. 994 et n° 58, p. 1063.)

M. Bornet (médecin stomatologiste), 118, boulevard Raspail, Paris (6e) sera à Paris en août et septembre ; M. Pierre Eloy, 15, rue du Louvre, sera absent du 1er au 23 août ; M. Raymond Tournay (affections des veines), 2, rue Dupuytren (6e), sera absent du 20 août au 25 septembre ; M. Paul Jacquet, médecin des hôpitaux, 116, rue de la Boétie (8e), sera présent à Paris jusqu'au 15 août ; M. Poujol (O. R. L.), 1, boulevard Beaumarchais (4e), sera à Paris pendant tout l'été ; M. E.-P. Granet (laryngologie, chirurgie de la tête et du cou), 60, avenue de Malakoff, sera à Paris jusqu'au 25 septembre ; H. Roullaud (gynécologie), 15, avenue d'Orsay (7e) sera absent de Paris du 5 août au 6 septembre.

Fds de PHARMACIE 31, Fg St-Martin
M. à px : 50.000 fr.
(pt. ét. b.) Mat. March. sus. cons. 15.000 fr. esp.
Adj. Et. R. DAUCHEZ, not., 37, quai Tournelle
le Mardi 31 Juillet 1934 à 16 h. 30. S'y adresser.

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La Spartéine "Houdé"

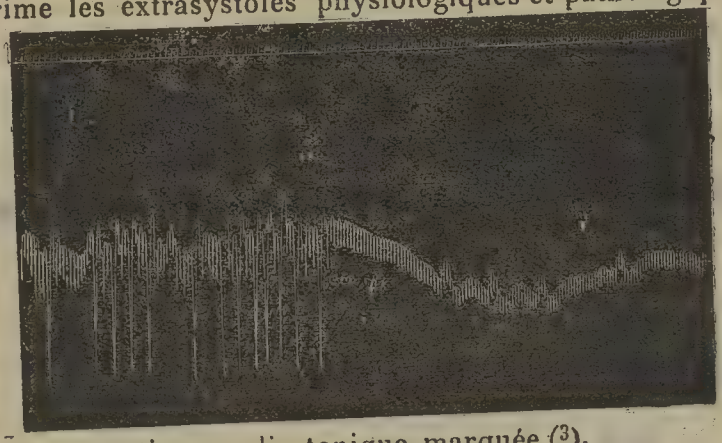
Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ACTUALITÉS

A PROPOS DES ACCIDENTS SÉRIQUES

Entre deux maux on n'hésite guère à choisir le moindre, surtout si on est mieux informé des moyens qui peuvent y parer. Les accidents de la sérothérapie n'ont jamais fait hésiter le médecin dans l'emploi de ce moyen puissant, mais du fait que les sérums sont d'emploi courant dans des maladies toujours plus nombreuses, l'importance des accidents sériques dans les préoccupations du médecin et surtout du malade s'est accrue aussi. Ces accidents sont plus bruyants encore que dangereux, mais ne fût-ce que pour empêcher l'excès des appréhensions, il importe de les traiter autrement que par le dédain et les appels à la patience. Exceptionnellement du reste, il en est de véritablement graves.

Bien des moyens ont été déjà proposés et la quantité est comme toujours un signe de leur infidélité relative. Encore qu'il en reste sans doute à découvrir quelques-uns avant les bons, il peut être utile de savoir qu'à côté des méthodes « les meilleures », il en est de plus récentes ou de moins courantes, qui peuvent rendre service quand pour un motif parfois imprévisible les moyens habituellement employés sont en défaut. Parmi ces méthodes toutes, au reste, ne s'excluent pas en théorie ni en pratique.

On sait peu de chose de la pathogénie des accidents sériques, laquelle est complexe. Quelle que soit l'origine première, quel que soit l'ordre, chimique ou physique, auquel obéit le déroulement des phénomènes jusqu'à la conclusion clinique, il n'en est pas moins intéressant de relever les résultats expérimentaux de Barial, Seguin et Huc d'Abrac (1932) : il semble exister un rapport, mal défini mais certain, entre l'état de la glycémie et l'importance des phénomènes de choc, anaphylactique ou peptonique ; le choc est d'autant plus intense que la glycémie est plus basse. Expérimentant avec de la peptone, ou chez des cobayes sensibilisés avec du sérum de cheval ou de bœuf, les auteurs ont obtenu une très notable atténuation du choc en injectant à l'animal du sérum glucosé hypertonique à 30 %. L'action du glucose serait même assez puissante pour que l'injection d'un mélange peptone-sérum glucosé ne soit suivie d'aucune réaction.

Il serait donc intéressant de connaître ce que de tels essais pourraient donner chez l'homme en clinique.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, ce sont les conditions étiologiques qui nous sont le moins mal connues.

Ce qui commande les accidents c'est l'introduction dans l'organisme, autrement que par voie digestive, d'albumines hétérogènes, en pratique le sérum de cheval. La première injection peut donner des accidents, surtout chez l'adulte, et sans doute à proportion de ses tares organiques connues ou non. La deuxième injection est à peu près à coup sûr suivie d'accidents et de même celles qui plus tard pourront la suivre. Les statistiques de Marfan et Oppert reconnaissaient 40 % d'accidents chez l'adulte et 12 % chez l'enfant et le nourrisson ; celle de P. P. Lévy, qui tient compte même des accidents minimes, donne jusqu'à 80 % chez l'enfant et 95 % chez l'adulte.

La quantité de sérum injectée a aussi son importance. En matière de diphtérie, Lereboullet compte 60 % de réactions après sérothérapie curative contre 20 % seulement après sérothérapie préventive. Mais du point de vue d'une prophylaxie collective bien entendue, ces 20 % ne sont pas un élément négligeable.

Il est une troisième notion étiologique de valeur constante et qui comporte une ligne de conduite pour le traitement sérothérapique quel qu'il soit : c'est surtout lorsqu'une nouvelle injection suit la précédente à plus de 14 à 20 jours qu'on doit s'attendre à des accidents.

L'allure clinique des accidents sériques est trop connue pour que nous y insistions.

Le plus souvent il s'agit d'accidents tardifs, débutant 8 à 10 jours après l'injection : élévation thermique, manifestations cutanées (œdèmes, érythèmes, prurit, urticaire), manifestations articulaires douloureuses. Beaucoup plus rarement polynévrites qui sont les seules manifestations réellement graves et d'une certaine durée. Les autres accidents sont habituellement bénins et transitoires.

Plus rares, plus graves aussi sont les accidents précoces, eux aussi habituellement dus à réinjection. Ils peuvent suivre l'injection à 1 ou 2 heures ; on en a aussi observé d'immédiats pendant même l'injection, accidents de collapsus extrêmement dramatiques et qui exceptionnellement ont pu provoquer une mort rapide.

En général, il s'agit d'accidents tantôt locaux, d'allure irritative aboutissant à du sphacèle au lieu de l'injection ; tantôt généraux et cardiovasculaires : pâleur, angoisse, lipothymies, dyspnée intense. Le plus souvent le calme revient vite surtout avec l'aide du traitement.

Mais si de telles manifestations ne sont pas à mettre en balance avec les avantages de la sérothérapie et ne doivent pas en détourner, on ne saurait non plus les laisser évoluer en toute indépendance, surtout lorsqu'on est en présence de sujets tarés au point de vue hépatique ou rénal, lorsqu'il existe des antécédents d'asthme ou d'affection apparentée ou lorsqu'il y a des raisons de croire le malade déjà sensibilisé aux albumines hétérogènes. L'abus de certaines préparations « reconstituantes » d'origine animale s'est en ces dernières années montré d'une importance certaine.

***

Pour parer, s'il se peut, aux accidents sériques, il est diverses précautions indispensables, sinon toujours efficaces.

Lors d'un premier traitement sérothérapique, il sera toujours bon de donner d'emblée la plus forte dose utile ; le risque des accidents ultérieurs n'est pas lié de façon absolument irrévocable à l'importance de la dose et le plus grand nombre d'unités antitoxiques sera ainsi lancé dans l'organisme avant la prédisposition et avec la rapidité qui est un des principes fondamentaux de toute sérothérapie.

Sauf absolue nécessité, on devra s'abstenir d'injections intraveineuses presque à coup sûr violemment choquantes.

On devra enfin veiller à ce que les injections soient suffisamment rapprochées pour ne pas dépasser le délai de 14 à 20 jours après lesquels le danger devient plus certain ; 3 à 10 cmc de sérum injectés chaque semaine pourront suffire en cas de nécessité à prolonger la période de tolérance sérique.

Toutes ces précautions sont surtout de mise dans la sérothérapie curative.

Dans le domaine de la prévention passive on pourra, de plus, employer habituellement avec avantage l'antitoxine (sérum désalbuminé, sérum purifié). Moins puissant que le sérum ordinaire, il conserve pourtant aux petites doses une valeur préventive suffisante : 1.000 unités antitoxiques dans 2 cmc. Les accidents sériques sont nuls ou très atténués. Mais la teneur en albumines étrangères demeure trop forte pour qu'un emploi à plus forte dose dans un but curatif présente un intérêt.

On pourra aussi employer utilement la vaccination antianaphylactique de Besredka (2 injections de 1 à 2 cmc du sérum déchaînant 3 à 4 heures avant l'injection thérapeutique ou la méthode des injections minimes subintrantes), méthode qui malgré son intérêt n'est pas d'une absolue fidélité. On pourra aussi, lorsque l'urgence commandera une injection intraveineuse, diluer le sérum de 10 fois son volume de solution physiologique et l'injecter dans les veines au rythme très ralenti du goutte à goutte.

Mais, même avec toutes ces précautions, les accidents sériques demeurent fréquents et le praticien devra faire son choix entre toute une série de procédés — plutôt d'atténuation que de cure. Certains ont une base surtout biologique, d'autres une base surtout pharmacodynamique.

Les méthodes biologiques sont les plus récentes et les moins courantes, à la fois ingénieuses et proches de la théorie ; elles sont cependant peu dangereuses et semblent mériter étude plus approfondie. Appliquant aux accidents sériques les idées de Billard sur l'action antitoxique de certaines eaux minérales, Lœper et Mougeot ont expérimenté l'action skeptophylactique de diverses sources. Les injections sous-cutanées ou intraveineuses de certaines eaux, pratiquées entre l'injection préparante et l'injection déchaînante, suspendaient les accidents. Une précession de vingt minutes par rapport à la dose déchaînante pouvait suffire ; parfois même le mélange eau minérale-sérum se montrait inoffensif. Ces propriétés semblent l'apanage de certaines eaux riches en cathions polyvalents (La Bourboule, Chatelguyon, Royat, Contrexéville). Ces auteurs ont donc proposé de diluer le sérum avec de l'eau minérale qui suspendrait les effets nocifs sans diminuer le pouvoir antitoxique. L'ingestion d'eau minérale les jours suivants prolongerait cette heureuse action. Il ne semble pas qu'on ait encore bien souvent appliqué cette méthode.

On peut aussi user pour la dilution du sérum d'une solution glucosée hypertonique, comme nous le disions plus haut, pour protéger l'organisme par une hyperglycémie provoquée.

On a aussi proposé l'autohémo ou l'autosérothérapie mais cette méthode n'a jusqu'ici guère fait parler d'elle contre les accidents sériques.

Une méthode d'application surtout aisée en milieu hospitalier a donné de bons résultats à Pauzat et Lévy. Ils ont injecté à leurs malades le sérum de sujets eux-mêmes convalescents d'accidents sériques à la dose de 10 cmc. Les résultats ont été bons à condition d'injecter *le premier* ce sérum de convalescents : une dose sous-cutanée immédiatement avant le sérum antitoxique suffit lors d'une première sérothérapie ; une dose intramusculaire une heure avant est nécessaire lorsque la sensibilité est de plus ancienne date.

Sur 20 sujets 19 ont paru bénéficier de ce procédé et n'ont pas présenté d'accidents alors que 4 d'entre eux avaient déjà fait la preuve à plusieurs reprises de leur état de sensibilité. Un seul sujet d'ailleurs très taré à cet égard n'a pas été influencé. Parmi 23 témoins au contraire, 16 avaient présenté des accidents.

*
* *

Parmi les méthodes pharmacodynamiques certaines font appel aux actions endocrino-sympathiques, d'autant moins fidèles que nous les connaissons plus mal.

L'opothérapie splénique, thyroïdienne, pancréatique associée ou non à d'autres produits a pu avoir d'heureux effets, par d'heureux hasards sans doute.

L'adrénaline agit bien plus régulièrement et est l'un des grands médicaments de la maladie sérique. Elle est puissante mais brutale et d'effets transitoires, donc surtout utile comme médicament d'urgence des accidents graves. De plus elle n'agit guère que par voie sous-cutanée où elle est loin d'être inoffensive. Un milligramme est une dose extrême que l'on ne devra approcher qu'à bon escient.

L'éphédrine, son très proche succédané végétal, a donné de bons résultats à P. P. Lévy. Elle a la qualité d'être active par voie digestive (comprimés à trois centigrammes) ; elle agit moins rapidement mais avec plus de douceur et de durée.

P. P. Lévy donne un premier comprimé une heure avant l'injection de sérum ; cette précession de l'éphédrine est d'importance capitale. Jusqu'au 14e jour, on doit donner ensuite avec une régularité impeccable, de jour et de nuit, un comprimé toutes les 8 heures. Même rythme chez l'enfant en employant les comprimés à un centigramme avant 4 ans, les comprimés à deux centigrammes jusqu'à 9 ans. Sur 128 malades traités (âge minimum 18 mois), aucun n'a été incommodé par l'éphédrine. 106 d'entre eux ont été bien suivis,8 injectés préventivement n'ont eu aucune réaction.

Parmi les autres, 55 traités correctement ont eu : aucun accident, 85 % ; réaction faible ou ébauchée, tous les autres sauf un qui a présenté des réactions fortes. 43 sujets traités incorrectement n'ont eu de réaction moyenne ou forte que dans 30 % des cas et proportionnellement, semble-t-il, aux incorrections thérapeutiques.

L'éphédrine semble donc un médicament de premier plan contre les accidents tardifs.

Parmi les traitements chimiques, le chlorure de calcium est le plus anciennement connu et conserve une place de premier plan qui ne correspond cependant pas à une absolue fidélité. On l'administre le plus souvent en potions : 1 à 6 gr. par jour chez l'adulte ; 0 gr. 20 par année d'âge chez l'enfant ; prolongé autant qu'il est nécessaire.

Pour en augmenter l'activité on a pu avec succès le donner par voie intraveineuse ; il agit alors en 48 heures environ. Il présente alors l'inconvénient d'une réaction immédiate à l'injection, brève et désagréable mais sans gravité ; il est d'autre part indispensable que l'injection soit rigoureusement et entièrement intraveineuse sous peine de réaction locale ; cette condition peut être malaisée à satisfaire chez l'enfant. Aussi Wright a-t-il proposé les injections sous-cutanées de lactate de calcium qui n'ont pas la même causticité.

Lereboullet et Boulanger-Pilet ont essayé la solution à 6 % d'éosinate de caesium en injections intraveineuses de 5 cmc ; médication encore à l'étude.

D'autres médicaments semblent agir en stabilisant les humeurs. Le carbonate de soude a été d'abord employé. Il a rapidement fait place à l'hyposulfite de soude, soit selon la méthode de Ravaut : injections intraveineuses de 5 à 20 cmc. de solution à 20 % ; soit en solution à 5 % mélangée par parties égales au sérum à injecter et administré simultanément.

Lumière, se basant sur des résultats expérimentaux, a cherché à renforcer cette action des hyposulfites en général par une action de même sens des sels de magnésium. Le magnésium agit de plus comme leucopoiétique, comme dissolvant des floculats protéiques; il a aussi sur le système nerveux un effet sédatif qui se fait sentir aussi sans doute sur les terminaisons nerveuses intravasculaires. Entre les mains de Blechmann et de ses collaborateurs, des accidents sériques graves chez un sujet fortement taré ont cédé rapidement à l'association hyposulfite de magnésium-extrait pancréatique.

Il est enfin une méthode basée sur le pouvoir antitoxique de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique. Chez l'animal d'expérience un mélange acide salycilate et benzoate de soude à 1 % a donné des résultats intéressants.

Aussi Vincent conseille-t-il d'administrer dès le début des accidents sériques d'abord toutes les heures, puis toutes les 2 heures, une cuillerée à soupe d'une solution de formule :

Benzoate de soude	} *âà*	6 grammes
Salicylate de soude.....		
Excipient.....		200 grammes

dans une tasse d'infusion chaude.

La sédation des accidents se manifeste habituellement en quelques heures, mais naturellement d'autant moins vite qu'il s'agit d'accidents plus loin de leur début ou d'une sensibilisation de plus ancienne date.

Cette médication ne semble pas avoir d'effet préventif, il importe donc de la mettre en œuvre dès le début malaisé à prévoir d'avance des accidents.

Elle est par ailleurs aisée à mettre en œuvre à tout âge et ne présente aucun inconvénient lorsque le rein fonctionne bien.

Malgré le nombre de ces méthodes un succès n'est jamais assuré mais il est souvent utile et presque toujours possible de les associer.

R. Levent.

INCOAGULABILITÉ SANGUINE IN VITRO PAR LES SELS D'OR

Par M. Av. Iv.-RAPONSKY.

Poursuivant nos recherches sur les divers corps chimiques susceptibles de provoquer l'incoagulabilité sanguine *in vitro*, nous avons eu l'idée d'étudier de ce point de vue les sels d'or, il y a quelques mois à peine. Nous nous sommes adressé à *l'allochrysine* en solution à 5 % d'abord, à 10 % ensuite. Les bons résultats que nous avons obtenus dès les premiers essais, nous ont encouragé à poursuivre nos recherches d'une façon continue, systématique et méthodique.

Tout d'abord, avant de continuer les expériences, nous avons voulu savoir si d'autres auteurs n'ont pas déjà étudié la question. Il résulte des investigations bibliographiques que nous avons faites que *les sels d'or n'ont jamais été employés comme anticoagulant sanguin*. Nous nous croyons donc autorisé à dire que nous sommes le premier à proposer les sels d'or pour l'incoagulabilité sanguine *in vitro*.

Nous avons jusqu'à présent réalisé 345 expériences, parmi lesquelles :

180 furent faites avec l'allochrysine à 5 %, comparativement avec les méthodes suivantes de sédimentation sanguine : Césari, Césari-Gilbert, Césari-Cordier, Linzenmeyer, Westergren, Edhem, Balachowsky, Langer-Schmidt, la nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine que nous avons décrite et préconisée (1) (voir le tableau ci-joint) ;

61 pour l'étude du rôle que joue la modification des parois, du volume, du calibre de la colonne de sang incoagulable et de la position des tubes dans la sédimentation sanguine (sur ces 61 expériences. 46 avec allochrysine à 5 % et 15 avec allochrysine à 10 %) ;

104 pour l'étude courante de la sédimentation sanguine avec la nouvelle micro-méthode (50 cas avec allochrysine à 5 % et 54 à 10 %).

De l'ensemble de toutes ces expériences, il nous semble pouvoir tirer les conclusions suivantes :

De tous les anticoagulants connus jusqu'à présent, les sels d'or paraissent donner les meilleurs résultats pour l'incoagulabilité sanguine. Les sels d'or répondent le mieux aux conditions que nous exigeons d'un

(1) Av. Iv.Raponsky. La sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine (Premier mémoire. *Lyon médical*, LXVIe année, tome CLIII, n° 26, 1er juillet 1934, pp. 757-767 et n° 27, 8 juillet 1934, pages 1-20. — *Naché Slovo*, Xe année, n° 478, 23 juin 1934 et n° 480, 6 juillet 1934.

Etude comparative de la sédimentation sanguine chez l'homme normal faite suivant diverses méthodes et avec deux anticoagulants différents (1).

ANTICOAGULANTS	MÉTHODES	POURCENTAGE DE SÉDIMENTATION AU BOUT DE								
		15′	30′	45′	60′	1 h. 1/2	2 h.	4 h.	10 h.	24 h.
Citrate trisodique à 30 %.	I.....	3	6	10,5	12	21	27	30	45	—
	II.....	2	4	7	8	16	24	32	40	46
	III.....	2	4	7	8	16	24	32	40	46
	IV.....	1,6	3,3	6	6,6	14,3	21 6	31,6	40	45
	V.....	1,5	3,2	5,8	6,4	14	21	30	38,7	43,6
	VI.....	1	2	5,2	6,4	11	14	21	30	40
	VII.....	0,7	1,3	3,4	4,3	7,3	10	16	26,6	36
	VIII.....	0,5	1	2,6	3,2	6,5	8	16	25	33
	IX.....	0,5	1	3,2	3,8	7	9	17	26	34,5
Allochrysine à 10 %.	I.....	3	6,3	10,7	12,3	21	27	28	45	—
	II.....	2	4,2	7	8,4	16	24,4	32	40	48
	III.....	2	4,2	7	8,4	16	24,4	32	40	48
	IV.....	1,6	3,5	6	7	14,3	22	31,6	40	47
	V.....	1,5	3,2	5,8	6,4	14	20,4	30	38,7	44,6
	VI.....	1	2,1	3,4	6,4	11	14,3	21	30	42
	VII.....	0,7	1,6	2,6	1,5	7,3	10,3	16	26,6	38
	VIII.....	0,5	1	2,6	3,4	6,5	8,2	16	25	35
	IX.....	0,5	1	3,2	4	7	9,5	17	26	37

bon anticoagulant en vue de la sédimentation sanguine. En effet, l'allochrysine en solution à 5 % ou à 10 % :

a) Se conserve très bien. Toutefois, par prudence, nous conseillons de la renouveler une fois par semaine, comme nous le préconisons pour le citrate trisodidique ;

b) Se diffuse très rapidement et complètement dans le sang, permettant ainsi un mélange parfait de sang anticoagulant ;

c) Empêche la formation de coagulum ;

d) N'agglutine pas les globulins. Ceux-ci, restant séparés les uns des autres, conservent leur mouvement brownien ;

e) Permet un décollement rapide du sédiment ;

f) Donne une ligne de démarcation très nette et très précise entre le plasma et le sédiment. Avec les sels d'or, cette séparation nous paraît se faire mieux encore qu'avec le citrate trisodique à 30 % ;

g) Empêche tout accrochage sur les parois du sédimentimètre ;

h) Permet un tassement maxima des éléments figurés, ce qui signifie qu'avec l'allochrysine, nous avons obtenu *un indice de pourcentage* dépassant l'indice de tous les autres anticoagulants que nous avons étudiés comparativement. C'est l'avantage le plus saillant de l'allochrysine sur les autres anticoagulants ;

i) Ne détruit aucun des éléments constituants du sang ;

j) Enfin n'encrasse pas les parois du tube.

En résumé, il nous semble ressortir des 345 *expériences effectuées sur les sels d'or pris comme anticoagulant en vue de la sédimentation sanguine, que l'allochrysine permet d'obtenir un sang parfaitement incoagulable, avec une sédimentation sans défaut, un décollement rapide, une démarcation aussi rapide que nette du plasma et du sédiment, sans accrochage, avec grand tassement des éléments figurés et aucun encrassement des parois du tube.*

C'est un ensemble d'avantages qui nous feraient préférer les sels d'or au citrate trisodique à 30 % même, si nous ne jugions pas insuffisantes encore nos expériences sur cette question. Nos recherches, en effet, ne sont pas encore terminées, mais nous pensons avoir bientôt une opinion définitive sur la valeur des sels d'or comme anticoagulant sanguin *in vitro*, ainsi que sur les taux minimum et maximum de la concentration de leurs solutions.

Jusqu'à présent, nous n'avons expérimenté que l'allochrysine en solution 5 et 10 %. Cette dernière concentration semble donner des résultats légèrement supérieurs.

Ajoutons que la dilution avec le sang est la même que pour le citrate, à savoir 1: 10, ce qui signifie que pour une partie de solution allochrysine nous prenons 10 parties de sang (dans la pipette mélangeur de Potain avec notre méthode de micro-sédimentation).

(1) Les chiffres romains désignent les différentes méthodes dans l'ordre suivant : Langer-Schmidt, Césari-Gilbert, Césari-Cordier, Linzenmeyer, Edhem, Balachowsky, notre méthode de micro-sédimentation sanguine, Césari, Westergren.

Ce tableau nous montre la supériorité de l'allochrysine sur le citrate trisodique comme anticoagulant dans la sédimentation sanguine chez l'homme normal.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Leçons du dimanche (3e série), par les Drs P. CARNOT, SAINTON, HALBRON, RATHERY, HARTMANN, STÉVENIN, TERRIEN, HARVIER, TIFFENEAU, CUNÉO (1).

En succédant au professeur Gilbert, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, le professeur Carnot s'est inquiété d'organiser des conférences de documentation destinées aux confrères de la ville, qui faute de temps, ont de grandes difficultés pour se mettre au courant des questions mouvantes de la clinique et de la thérapeutique.

Ces leçons du dimanche ont été confiées à diverses personnalités : professeurs, médecins, collaborateurs de la clinique. Elles sont réunies pour les médecins qui n'ont pu y assister, qui trouveront dans leur lecture le grand intérêt qu'elles ont recueilli le dimanche à l'hôpital. L. G.

(1) In-8 de 411 pages avec 13 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 9 juillet 1934)

Différences entre les électrisations de diverses variétés de bacilles tuberculeux. — Mlle M. Chouchun et M. Harry Plotz.

Action à distance du bactériophage staphylococcique sur le staphylocoque. — M. Iwo Lominski. Dans les expériences de l'auteur, le bactériophage agissait à distance sur les microbes et cette action portait tous les caractères de l'induction mitogénétique. La source de cette induction est probablement due aux réactions chimiques ayant lieu aussi bien dans les filtrats que dans les lysats. La disparition progressive de la catalase de ces liquides paraît être un indice de ces processus.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 15 juin 1934)

Problème des granulies froides. — M. Ameuille. 1° Un grand nombre de « granulies froides » ne sont qu'un épisode au cours de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

2° Les granulies froides se distinguent des granulies aiguës par l'absence de signes fonctionnels graves.

3° Leur diagnostic repose exclusivement sur la constatation radiologique d'une image d'un type particulier.

4° Nombre d'affections donnent la même image : les formes miliaires silico-tuberculose, la miliaire post-hémoptoïque...

5° Le problème de la granulie froide est un problème de délimination.

Granulie froide. — M. Pellé (Rennes). 4 observations : les trois premières correspondent à des lésions tuberculeuses avec démonstration bactériologique.

Le 4e cas présentait un aspect radiographique de granulie classique en rapport avec une pneumokoniose.

L'auteur pense que les aspects granuliques correspondent souvent à un mode de début de la tuberculose chronique plutôt qu'à une forme nouvelle.

Evolution radiographique d'une granulie pulmonaire froide chez une enfant. — M. Dufour. Deux radiographies d'une granulie froide chez une fillette de 8 ans, actuellement en bonne santé apparente :

1re épreuve (présentée il y a un an à la Société). Semis de granulations sur la totalité des deux poumons.

2e épreuve. Nettoyage presque complet du parenchyme.

On doit admettre le faible degré de virulence des bacilles et l'absence d'infections locales associées pour expliquer cette évolution favorable.

A propos de la granulie froide. — M. E. Bernard. Deux observations : 1° malade suivi pendant 6 ans, ayant présenté une ostéite bâtarde, puis une hémoptysie avec dyspnée. A la radio, aspect micronodulaire des deux poumons, immuable pendant 18 mois, et puis disparu.

2° Malade suivi depuis 8 mois, chez lequel on trouve les mêmes images micronodulaires, avec état général excellent.

Granulies froides chez l'enfant. — MM. Lesné, Clément, Dreyfus-Sée et Launay estiment que beaucoup de formes dites « froides » sont seulement des formes subaiguës, torpides, mais mortelles. On peut, dans la deuxième enfance, observer une image micronodulaire persistante, mais ces faits sont exceptionnels et le pronostic est défavorable. En un mot, pour ces auteurs, les « granulies curables » ne sont que des cas d'attente.

3 observations de tuberculose micronodulaire subaiguë ou chronique chez l'enfant. — MM. Grenet et Isaac-Georges. Cette forme, « dite granulie froide », doit être acceptée sous réserves. Dans les trois observations relatées on peut parler vraiment de granulie au sens d'Empis, mais seulement de granulie abortive, de granulie chaude curable, de granulie réchauffée mortelle. Mieux vaudrait parler de curabilité possible de la granulie que d'individualiser une forme nouvelle. Le seul aspect radiologique n'est pas une preuve suffisante.

Granulie froide chez l'enfant, forme ambulatoire de la tuberculose pulmonaire chronique à image finement nodulaire. — MM. Debré, Lelong, Semelaigne, Mignon et Mlle Petot. Pour ces auteurs, rareté de ces formes et abus de ce diagnostic. Il y a deux formes d'images nodulaires du poumon. L'une rare consiste en un semis de grains très fins répartis sur la totalité des champs pulmonaires, sans tendance à l'agmination ; l'autre, plus fréquente, consistant en taches plus grosses, plus irrégulières, ayant tendance à confluer. Il est intéressant de souligner l'état clinique d'enfants bien portants en apparence chez lesquels une image radiographique fait pressentir une issue fatale.

Granulie froide infantile revue après 7 ans. — MM. Ferru et Perochon (Poitiers). Observation d'une fillette vue en 1927, chez laquelle une radio montra qu'il s'agissait d'une tuberculose miliaire disséminée sur les deux poumons avec nodules inégaux à des stades évolutifs différents. Cuti-réaction positive. L'état général s'améliora peu à peu. Aujourd'hui la radio ne montre plus qu'un certain degré de sclérose avec nodules juxta-hilaires calcifiés.

Sclérose nodulaire des poumons. — M. Nicaud. Il ne faut pas toujours attribuer les images radiologiques granuleuses à la granulie froide. On peut réaliser des granulies subaiguës chez le lapin en injectant par voie vasculaire des bacilles de Koch tués. On observe ainsi des lésions granuliques alvéolaires curables ou de très longue évolution.

La signification des tuberculoses miliaires dites granulies froides. — M. L. Bernard. Peut-on individualiser un type clinique sur une image radiologique ? L'auteur ne le croit pas. L'image miliaire peut se rencontrer au cours de toutes les formes de la tuberculose pulmonaire, se mêlant aux aspects les plus variés. Ce n'est pas l'image qui individualise une forme, c'est le potentiel évolutif qui fait la gravité de chaque cas. On peut rencontrer la même image avec un potentiel évolutif différent. L'image miliaire est un état transitoire, souvent un état précoce, répondant à une phase initiale de la tuberculose.

Quelques cas de granulie froide. — M. Bezançon. Pour cet auteur, on abuse du mot « froide », et mieux vaudrait dire granulie prolongée ou chronique. Pour lui, on n'a pas le droit de traduire en langage anatomo-pathologique les constatations radiographiques. Le terme de granulie froide n'est qu'une expression intéressante. A ce propos, il faut signaler que nombre de cardiaques ayant de la stase pulmonaire donnent des aspects de granulie froide.

Images radiologiques en mailles de filet. — MM. Sergent, Cottenot et Poumeau-Delille désignent sous ce nom des images constituées par un fin réseau péri-lobulaire et

de petites taches en grains diversement associées. Cet aspect peut être dû à des causes différentes et ne permet pas de faire un diagnostic topographique et moins encore un diagnostic de nature.

Syndrome de Raynaud consécutif à une hémorragie gastrique. — MM. Ch. Richet, Sourdel et Meyer-Heine. Syndrome de Raynaud typique à la suite d'hémorragies gastro-intestinales abondantes, celles-ci ayant déterminé un spasme vasculaire durable. Des hémorragies répétées viennent de déclancher une vaso-constriction permanente.

Forme ictéro-méningée d'une endocardite aiguë maligne. — MM. Pinard, Bioy et Aragon. Jeune syphilitique, à la suite d'un traitement par novarsénobenzol, présenta un ictère, une méningite à 2.600 leucocytes par mmc, de la fièvre à type septicémique et un souffle diastolique de la base. Donc endocardite maligne aiguë. A l'autopsie, bourgeons sur les valvules aortiques.

Crises d'épilepsie généralisée chez un migraineux. Plaque calcaire de la faux du cerveau. — MM. Costedoat et Hugonot. Homme 60 ans, atteint depuis la jeunesse de migraines en relation avec des troubles vasculaires, présentant depuis 2 ans des crises d'épilepsie généralisée avec perte de connaissance nocturnes, puis diurnes. L'examen radiographique du crâne mit en évidence une plaque calcaire à la partie antérieure de la faux du cerveau. Les auteurs attribuent à cette lésion les crises d'épilepsie, les troubles vasculaires et humoraux du début de l'accès de migraine.

Encéphalite morbilleuse à forme foudroyante. — MM. Lemierre et Gabriel. Femme de 30 ans qui, au sixième jour d'une rougeole, présenta du délire avec agitation et tomba dans le coma. La ponction lombaire donna un liquide louche stérile, peuplé de mononucléaires. L'examen histologique de l'encéphale montra une méningite lymphocytique et des foyers inflammatoires et dégénératifs disséminés, surtout nombreux dans la substance blanche. Réaction histologique méningée très intense.

Les néphrites de la syphilis secondaire. — M. Tzanck, Mlle Jammet et M. Nagreanu distinguent les *néphrites syphilitiques secondaires* des *néphrites médicamenteuses* ou d'intolérance rénale. Cliniquement identiques, elles ne diffèrent que par les circonstances dans lesquelles elles se présentent. Il semble naturel de traiter la néphrite syphilitique par une médication spécifique et inversement en présence d'une néphrite médicamenteuse d'interrompre tout traitement qui peut nuire ; mais ce sont souvent des « cas d'espèce » parfois angoissants.

Endocardite lente à méningocoque B. — MM. Lemierre, Laporte, Reilly et Laplane. Homme atteint à la fin de 1931, de méningite aiguë à méningocoque avec éruption varicelliforme initiale. Guérison après un mois et demi. Rechute deux mois plus tard. Guérison. Dix-sept mois de bonne santé apparente. Fin 1933, ictère apoplectique avec hémiplégie gauche. Apparition d'un état fébrile avec double souffle aortique. A l'hémoculture méningocoque B. Mort au bout de trois semaines par collapsus cardiaque. A l'autopsie, végétations aortiques avec infarctus multiples. C'est un cas d'endocardite méningococcique à marche lente.

Arythmie complète transitoire au cours d'une pancardite rhumatismale. — MM. Aubertin et Sée. Malade porteur d'une insuffisance mitrale, est atteint d'une arythmie complète par fibrillation, puis par fibrillo-flutter. Cette arythmie n'aggrava pas l'insuffisance cardiaque qui s'améliora vite. L'arythmie disparut au moment où cessèrent les frottements péricardiques, elle était donc fonction de la myocardite rhumatismale elle-même.

Déterminations pulmonaires aiguës congestives ou putrides consécutives à des sondages de l'œsophage pratiqués à l'aveugle. — MM. R. Bénard et Soulas. Les sondages au cas de rétrécissement de l'œsophage répétés à l'aveugle sont dangereux. Les auteurs ont observé une péri-œsophagite suppurée et un abcès putride au lobe supérieur droit. Il s'agit de lésions infectieuses d'origine traumatique responsables de l'infection pulmonaire.

Particularités cliniques de la tuberculose pulmonaire au cours des cardiopathies. — MM. Caussade et Amsler. 1° Les hémoptysies abondantes ou légères observées au cours de la maladie mitrale ne peuvent être considérées que comme étant de nature tuberculeuse ;

2° Chez certains cardio-tuberculeux, les hémoptysies ne sont qu'un phénomène épisodique et passager ; chez d'autres, elles peuvent persister pendant assez longtemps ;

3° Qu'il y ait des hémoptysies ou non, la tuberculose est grave quand elle préexiste à l'affection cardiaque ; elle prend une allure évolutive ;

4° Les poussées congestives semblent avoir une influence sur l'évolution de la tuberculose.

Ponction lombaire ou ponction sous-occipitale. — MM. Pinard et Périer. Du point de vue facilité, la ponction sous-occipitale doit être préférée. Elle n'est pas plus dangereuse que la lombaire, elle entraîne moins d'accidents de dépression. Les chiffres de contrôle sont un peu différents. Pour la lymphocytose, on admet 1 pour la ponction lombaire, et 0,06 pour la ponction sous-occipitale. Pour l'albumine, l'écart de 10 est habituel entre les deux chiffres.

Ponction splénique dans les leucémies. — M. Emile-Weill. Femme atteinte de splénomégalie solitaire. Formule sanguine normale. Une ponction splénique donna un splénogramme typique d'une leucémie, avec 98 p. 100 de lymphocytes. Cela fit conclure à la non-intervention. La ponction splénique est d'importance pour le diagnostic et demeure inoffensive quand elle est faite avec précaution et en deux temps.

Méningite-post-rubéolique. — MM. de Gennes, Celice et Gauthereau. Méningite à liquide clair, avec hyperalbuminose et lymphocytose au décours d'une rubéole chez un enfant de 6 ans. Evolution bénigne, céphalée persistante pendant un mois.

Variations de la lipidémie après splénectomie. MM. de Gennes, Mahoudeau et Laudat. Chez les chiens splénectomisés, le taux des lipides et du cholestérol du sang s'élève d'une façon régulière et se maintient élevé pendant longtemps.

Variation de la lipidémie au cours d'affections diverses. — MM. de Gennes, Mahoudeau et Laudat. Chez les pléthoriques soumis à une cure d'amaigrissement par suppression des hydrates de carbone, il y a abaissement de la lipidimie et de la cholestérolémie.

Chez les pléthoriques soumis à la cure d'amaigrissement par le seul repos au lit, on note également un abaissement de la lipidémie et de la cholestérolémie parallèle à l'amaigrissement.

L'ingestion d'extrait thyroïdien fait baisser le taux des lipides. L'ablation du corps thyroïde élève le taux des lipides sanguins. Les modifications de la lipidémie ne sont pas parallèles à celles du métabolisme basal.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 2 juin 1934)

Infection tréponémique utéro-ovarienne et cycle oestral folliculinique chez la souris blanche. — MM. C. Levaditi, R. Schoen, Y, Manin et A. Vaisman. Le cycle oestral provoqué par l'administration de la folliculine n'influence pas manifestement l'infection tréponémique utéro-ovarienne.

Action des rayons de la lampe à mercure sur les propriétés chancrigènes du virus syphilitique. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et M. Paic. Contrairement aux rayons γ du radium, les radiations de la lampe à mercure suppriment *in vitro* l'activité chancrigène du virus syphilitique, si l'irradiation dure 30 minutes, et cela aussi bien lorsqu'il s'agit de la forme tréponémique de ce virus, que de son état infra-visible. Cette perte des propriétés chancrigènes est cependant compatible avec la mobilité et la vitalité du *Treponema pallidum*.

Sur la gélification rapide par l'acide lactique des sérums de sujets atteints de kala azar. — M. H. Violle. Les sérums des sujets humains ou animaux atteints de kala azar se gélifient en présence de ce corps avec beaucoup plus d'intensité que les sérums normaux.

Action des rayons gamma du radium sur le virus syphilitique. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman, Mlles Y. Manin et R. Schoen. Les rayons γ du radium, appliqués à la dose de 77 millicuries 5, ne provoquent aucune modification du virus syphilitique *in vitro ;* n'exercent aucune action sur l'évolution clinique et la richesse tréponémique du syphilome du lapin *in vivo ;* n'influencent pas la syphilis inapparente de la souris.

Connexions du noyau de la bandelette optique et du noyau accessoire de la bandelette avec le noyau périventriculaire du tuber cinereum. — M. J. Nicolesco. La voie de connexion partant du noyau de la bandelette optique et dirigée le long de la direction de ses neurones aberrants, semble être une formation efférente centrifuge, destinée à établir des connexions avec le noyau périventriculaire juxta-trigonal du tuber cinereum.

La migration des îlots aberrants du noyau accessoire de la bandelette optique vers le noyau périventriculaire, de même que certains faits histologiques concernant la pathologie humaine de la région infundibulo-tubéro-hypophysaire, fournissent une base anatomique à cette interprétation.

MM. E. Grasset et M. des Ligneris ont recherché **l'action des venins et anavenins de cobra et de vipère sur le sarcome de Rous** chez la poule. Ils ont observé chez une certaine proportion d'animaux traités, un retard dans l'apparition ou l'évolution des processus néoplasiques, mais n'ont pu reproduire ces résultats en série, ce qui les amène à conclure à une action non spécifique, analogue à celle causée par différents agents — infections et toxines microbiennes. Une action inhibitrice a été également observée chez des mammifères porteurs de mélanomes, soumis à des injections de venin et anavenin de cobra, mais cette régression ne s'est pas maintenue, en conséquence, semble-t-il, de l'apparition de l'immunité antivenimeuse.

Durée de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. Quand les lapins reçoivent l'injection déchaînante aux environs du 70e jour après la dernière injection sensibilisante, certains font un choc anaphylactique, d'autres n'en font pas. Cette date semble être une date limite. En effet, sauf une exception, tous les lapins recevant l'injection déchaînante après cette date n'ont pas présenté de choc anaphylactique.

La durée de l'état anaphylactique conféré à un lapin semble donc être relativement courte.

Présentation d'ouvrage. — M. Laugier présente une brochure de M. Eugène Schreider sur les *Facteurs physiologiques et psychologiques de la prédisposition aux accidents* (1). Cet ouvrage constitue un exposé des recherches effectuées jusqu'à ce jour pour déterminer les caractères physiologiques, psychologiques qui permettent de différencier les sujets prédisposés à provoquer des accidents ou à en être victimes. Dans une préface, M. Laugier a exposé le principe rationnel des recherches biotypologiques, systématiques et coordonnées qui s'imposent si l'on veut faire progresser efficacement nos connaissances dans ce domaine. Une bibliographie abondante termine l'ouvrage.

Une injection déchaînante chez un lapin sensibilisé n'est pas désensibilisante. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. Les lapins sensibilisés, qui ont fait à la suite d'une injection déchaînante un choc anaphylactique, ne sont pas désensibilisés. Ils sont seulement protégés pour une période qui semble être de 48 heures environ.

La réaction de Vernes-résorcine chez le cobaye. — MM. Raoul Vaurs et Jean Renard ont effectué la réaction de Vernes-résorcine chez 350 cobayes de provenance, d'âge et de poids différents ; ils ont étudié l'action de la gestation, de la digestion, l'influence propre du sérum sur le résultat de la réaction. Le chiffre moyen est de 14,4 chez la femelle pleine. La digestion n'a pas d'influence marquante sur les chiffres moyens, mais elle peut donner des résultats aberrants qui peuvent amener des erreurs capitales s'ils s'appliquent à des animaux inoculés. Aucune précaution ne paraît superflue pour que le chiffre obtenu soit aussi exact que possible, puisque le diagnostic de la tuberculose est fondé sur la seule obtention d'un chiffre.

Réaction de Bordet-Wassermann avec des sérums préalablement soumis à l'action de certains sels. — MM. R. Dujarric de la Rivière, N. Kossovitch, Mlle G. Katz. Le contact avec certains sels de mercure, d'arsenic ou de bismuth rend négatifs à la réaction de Bordet-Wassermann quelques sérums qui étaient auparavant positifs à cette réaction. Ils étudient les modalités de cette réaction. Pour un même sérum, les résultats sont très variables suivant le sel employé. Il y aurait intérêt à étudier la valeur de cet « hémo-test » de sensibilité sanguine pour tel ou tel médicament antisyphilitique en confrontant avec les données cliniques les résultats fournis par le laboratoire.

L'équilibre glycémique du sang défibriné en perfusion hépatique. — MM. N. Fiessinger, H. Benard, R. Cattan et M. Herbain, après avoir perfectionné la technique de perfusion de façon à permettre une conservation aussi longue que possible de la vitalité de l'organe, constatent que le sang perfusant se charge constamment en glucose et que cette élévation du glucose sanguin est le plus souvent proportionnelle à la charge en glycogène du foie perfusé. Les foies peu chargés en glycogène par inanition, par épuisement ou par dégénérescence ne donnent qu'une élévation minime en glucose. L'adjonction d'insuline au sang circulant avec ou sans une certaine dose de glucose commercial n'arrive pas à fixer ce glucose dans le foie et à augmenter le taux en glycogène. Avec le glucose hépatique, les auteurs montrent dans l'expérience du double foie, que l'on

(1) Publications du « Travail humain ». Conservatoire des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, Paris (IIIe).

n'obtient pas plus de glycogène. Le blocage par l'encre de Chine ne change rien à ces résultats. Ces recherches montrent l'instabilité du glycogène hépatique et la facilité de sa libération.

Diminutino de la lactacidémie dans le sang défibriné et oxygéné perfusant le foie chez le chien. — MM. N. Fiessinger, H. Benard, M. Herbain et L. Dermer. Il y a dans les perfusions hépatiques une diminution constante de la lactacidémie qui n'est pas influencée par l'adjonction d'insuline, de thyroxine, par l'existence d'une hépatite phosphorée, par la dépancréatisation antérieure ou par le blocage à l'encre de Chine. Il n'existe pas de proportionnalité entre l'augmentation de la glycémie et la diminution de l'acide lactique. Il est vraisemblable d'admettre qu'une partie de cet acide est transformée en glucose, mais la glycogénolyse empêche d'en apprécier la valeur.

Sur le parasitisme du bacille tuberculeux aviaire dans l'organisme du cobaye. — MM. A. Boquet, A. Saenz et L. Costil ont réussi, en employant la voie sous-cutanée ou intrapéritonéale, par passage en série de cobaye à cobaye, à entretenir une souche de bacille aviaire pendant 19 mois, avec multiplication évidente de ce germe dans cet organisme. Des faits identiques ont été constatés chez un cobaye inoculé par voie sous-cutanée avec 10 milligr. d'une souche de bacilles aviaires et gardé en observation pendant 2 ans. Cet animal fut trouvé indemne de lésions tuberculeuses viscérales ; mais, des ganglions inguinaux hypertrophiés et du pus des articulations enflammées, on a cultivé un bacille identique à la souche d'origine.

La virulence d'un microbe consiste donc, non seulement dans son aptitude au parasitisme, mais aussi, indépendamment de sa toxicité, en ce que l'on désigne habituellement sous le nom d'agressivité ou de pouvoir agresseur, par une sorte de conception anthropocentrique de ses propriétés pathogènes.

Sur l'influence du fractionnement des doses de vaccin dans la prémunition antituberculeuse par le B C G. — M. L. Nègre. Les cobayes qui ont ingéré 5 centigrammes de B C G. en cinq prises de 1 centigramme effectuées tous les deux jours, présentent une proportion de réactions positives à la tuberculine plus élevée et une résistance à une infection tuberculeuse d'épreuve un peu plus marquée que ceux qui ont absorbé par la voie buccale la même quantité de B C G en une seule fois.

M. Dujarric de la Rivière offre à la Société de Biologie un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier : *L'immunité par mécanisme physico-chimique.*

— Société de biologie de Lyon (séance du 28 mai 1934) :

Sur l'existence d'éléments accélérateurs du cœur dans le sympathique cervical, chez les ruminants. — Expérimentant sur le chien et le cheval, MM. L. Jung, R. Tagand et M. Pierre ont obtenu, précédemment, par excitation du sympathique cervical, des effets accélérateurs dans la moitié des cas.

Utilisant une disposition anatomique particulière de la chèvre, et qui permet d'opérer dans des conditions plus favorables, ils viennent d'enregister chez cet animal des résultats de même ordre que les précédents : la faradisation du sympathique cervical fait passer le rythme cardiaque chez certains sujets de 96 à 116, de 92 à 136 et de 104 à 168.

Sur l'origine du péristaltisme œsophagien. — On sait que la déglutition comprend un ensemble de réflexes coordonnés, et tels que chacun d'eux est conditionné par celui qui le précède. Le péristaltisme œsophagien, dans les conditions normales, fait suite au péristaltisme pharyngien. MM. L. Jung et M. Pierre montrent qu'il est cependant possible, chez le cheval, de faire naître un mouvement péristaltique, directement dans l'œsophage. Mais il faut pour cela pratiquer une distension locale beaucoup plus forte que celle déterminée par un bol alimentaire.

Phénomènes de dispersion moléculaire en milieux minéraux et en milieux protéiniques. — Comme pour les milieux minéraux, M. Kofman obtient avec les sérums de cheval normal ou thérapeutique, des efflorescences qui évoluent tantôt en surface, tantôt en profondeur. Les variations de morphologie de ces productions osmotiques permettraient de caractériser les divers sérums.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 24 mars 1934)

Appareillage portatif pour la réduction des fractures et des luxations sans anesthésie et sans aides. — M. M. Finikoff présente un appareillage portatif pouvant s'adapter sur n'importe quelle table et permettant la réduction sans douleur, sans anesthésie et sans aides, dans la position appropriée pour chaque variété de fracture.

Présentation d'instrumentations en laryngologie et en broncho-œsophagoscopie. — M. A. Soulas.

Présentation d'instruments pour broncho-œsophagoscopie. — M. Guisez.

Utilité de l'hémostase par ligature au cours de l'hystérectomie vaginale. — M. Séjournet, partisan d'élargir les indications de l'hystérectomie vaginale, préconise en outre la suppression des classiques pièces à demeure et leur remplacement par des ligatures en catgut.

Etude graphique des réflexes des respirations. — M. Du Pasquier. La capacité vitale classique ou volontaire renseigne utilement sur l'état anatomique du poumon et de la plèvre, mais elle est insuffisante pour donner à elle seule la mesure de l'état fonctionnel de la respiration. Il est nécessaire de lui adjoindre la notion nouvelle de la capacité vitale réflexe obtenue par le jeu des réflexes respiratoires au cours de la dyspnée provoquée en dehors de la volonté. La capacité respiratoire représente chez l'homme normal 60 à 80 % de la C. V. Ce rapport est diminué toutes les fois qu'il y a déficience fonctionnelle, et en particulier très fréquemment dans l'asthme. C'est là, semble-t-il, une des caractéristiques du terrain respiratoire dans l'asthme.

A propos d'une image radiologique d'appendice. — M. Frain présente deux radiographies qui ont permis, du fait d'un appendice visible, d'éliminer une réaction appendiculaire et de mettre en évidence une périviscérite du petit bassin.

Le « fuseau » dans le Mal de Pott dorsal. — M. Roederer rappelle que la présence du « fuseau », ainsi nommé par Ménard, signe le Mal de Pott dorsal dans les radiographies de face. Voilà des années — depuis 1912 — que cet élément de diagnostic qui manque très rarement, a été signalé par l'auteur et Albert Weil, les premiers en France. Le fait est aujourd'hui classique. Néanmoins, trop de cliniciens l'ignorent encore, puisque dans trois cas récents, des erreurs ont été commises, parce qu'on n'avait pas tenu compte du « fuseau ». (Fractures. Epiphysites infantiles.)

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique

PHYTO-SPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE • 111 BIS rue de Turenne PARIS 3e

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES 64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

Des propriétés anesthésiques de l'ionisation iodée. — M. GRAIN. Dans toutes les manifestations douloureuses, l'ionisation iodée permet de réaliser l'anesthésie totale et permanente du territoire douloureux.

En laryngologie, elle réalise sans aucune manœuvre intralaryngée, l'anesthésie des larynx tuberculeux et dysphagiques, elle permet l'alimentation normale et indolore des malades, ainsi que les traitements endo-laryngés ultérieurs. Simple, fidèle et inoffensive, l'ionisation iodée est facilement utilisable dans tous les domaines de la pathologie douloureuse.

Météoropathologie et douleurs. — M. CAUVY est d'avis que la coexistence entre l'humidité et l'apparition des douleurs n'est pas une simple coïncidence ; il y a là une relation de cause à effet. L'humidité, facteur important, n'est pas le seul à considérer ; il faut aussi compter avec d'autres éléments : froid, état électrique de l'air, dépression barométrique, variété des vents, etc..., dont l'enchevêtrement permet difficilement de discerner la part qui revient à chacun d'eux. La peau, ensemble physiologique des plus sensibles aux variations de température, joue un rôle considérable dans la pathogénie des douleurs en raison même de ses rapports étroits de sensibilité avec les organes profonds. Cette considération permet d'entrevoir tout le parti que l'on peut tirer de l'hydrothérapie et notamment des cures thermales.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ACCIDENTS ÉVOLUTIFS DE LA DENT DE SAGESSE[1]

B. ACCIDENTS OSSEUX. — 1. Ici le premier en date est *l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.*

Il faut pratiquer l'extraction de la dent à ce stade de début dès qu'il existe :

— Une *tension douloureuse* qui va devenir bientôt continue, pulsatile.

— Un peu *de fluxion* et de *trimus.*

2. Sinon, c'est l'*ostéo-phlegmon externe* qui s'extériorise par :

S. F. — *Un trimus intense,* des douleurs irradiées (nerf mentonnier).

S. G. — Fièvre.

S. Ph. — *Inspection : fluxion très marquée,* rendant difficile la recherche de l'adénopathie.

Palpation. — *La tuméfaction fait corps avec l'os.*

Toucher buccal. — Deux signes importants :

— Le sillon gingivo-jugal est comblé par *un bourrelet dur, saillant.*

— Il existe *un point douloureux osseux* correspondant à la dent malade.

EVOLUTION

Il ne faut pas attendre l'ouverture spontanée, suivie fréquemment de *fistulisation,* mais intervenir chirurgicalement.

L'intervention a rendu exceptionnels les accidents mortels, des auteurs classiques (thrombo-phlébites, septico-pyohémie, abcès du cerveau, etc...).

FORMES CLINIQUES

1. *Ostéo-phlegmon interne.* — Développé *au-dessus du mylo-hyoïdien.*

— Tous les signes sont *en dedans* du maxillaire, dans le sillon gingivo-lingual qui est comblé.

2. *Ostéo-phlegmon inférieur.* — Développé *au-dessous* du mylo-hyoïdien.

— Réalise une *tuméfaction sous-maxillaire* à différencier de l'adénophlegmon sous-maxillaire qui serait beaucoup moins fréquent que lui.

2. Accidents nerveux. — Nous citerons : la possibilité : de *névralgies faciales, partielles* (odontalgies, otalgies) ou totales ;

— De *paralysie faciale,* plus rare, le plus souvent partielle ;

— De *troubles oculaires,* exceptionnels.

Ces troubles nerveux cessent après l'ablation de la dent.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic comporte *deux difficultés :*

a) *La première* est de rapporter, dès le début, les moindres accidents à la dernière molaire.

Eliminer à cause du trismus : une angine, un phlegmon de l'amygdale ; l'arthrite temporo-maxillaire.

Examiner la dent.

Faire une radiographie, qui donnera des renseignements utiles, surtout s'il s'agit d'une dent incluse.

b) *La deuxième* est de différencier :

L'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire des ostéo-phlegmons (surtout à siège inférieur).

Se rappeler que l'adéno-phlegmon est moins fréquent que l'ostéo-phlegmon ;

Que l'ostéo-phlegmon, quel qu'en soit le siège, donne lieu : à un *trismus intense,* à une *tuméfaction qui fait corps avec l'os ;* à des *points douloureux osseux.*

De toute façon, il faudra remonter à la cause et explorer systématiquement la dernière molaire.

TRAITEMENT

1° *Ne pas s'attarder à des traitements prophylactiques.*

— Simple désinfection de la bouche ;

— Excision du capuchon muco-périosté pour favoriser l'éruption.

2° *Mais pratiquer l'extraction de la dent dès qu'elle devient douloureuse.*

— Anesthésie générale ou régionale ;

— Résection de la *paroi externe de l'alvéole* (Brocq et Monier) ;

— Trépanation de l'os si dent incluse.

3° Cette extraction est encore *le premier acte à accomplir* devant *l'apparition des complications* que l'on traitera ensuite isolément :

a) ADÉNOPHLEGMON : Incision.

b) OSTÉO-PHLEGMON. — Incision si extraction insuffisante au drainage.

Cette incision sera pratiquée suivant les cas : *par voie buccale, dans le sillon gingivo-jugal,* ou par voie sous-angulo-maxillaire.

c) ANGINE DE LUDWIG. — Les trois incisions habituelles.

Sérum antigangréneux.

Toni-cardiaques.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1934, n° 57, p. 1042.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

OLÉTHYLE-BENZYLE

Adopté par les hôpitaux de Paris

GYNERGÈNE
"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE

AMPOULES 1/2 cc. à 1 ampoule.

COMPRIMÉS 1 à 2, trois fois par jour.

GOUTTES XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e

B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA

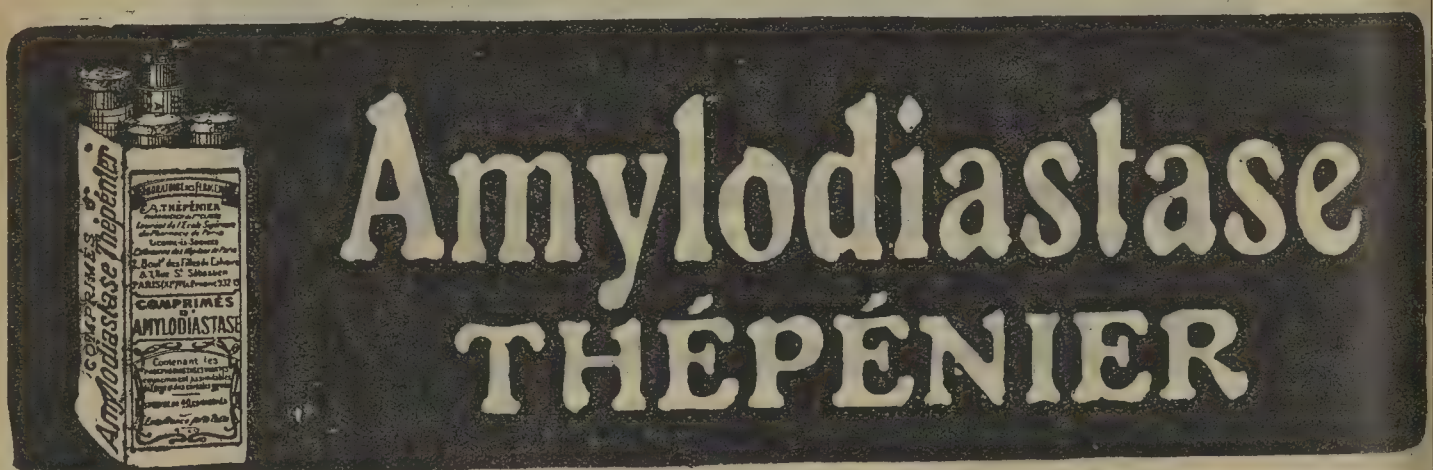
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

***Préparation des bouillies :** délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.*

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 28 JUILLET 1934. — N° 60.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

LE PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DU LYMPHATISME, par M. Jacques Odinet.

LES JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE LYON, par M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (Quatrième liste. V. p. 1094.)

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le programme des matières sur lesquelles pourront porter les questions posées aux épreuves pratiques du concours de nomination aux places d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux est fixé ainsi qu'il suit :

Première partie : *Epreuves de radiologie. — Radiodiagnostie.* — 1. Générateurs électriques de basse et haute tension; 2. Etude des rayonnements; 3. Les installations radiologiques : description, montage, démonstration; 4. Techniques d'examens radioscopiques et radiographiques, y compris les procédés récents; leur interprétation; 5. Recherche et localisation des corps étrangers; 6. Technique photographique.

Rœntgenthérapie. — 1. Appareillage : description, démonstration, montage, fonctionnement; 2. Technique des applications : mesures.

Curiethérapie. — 1. Rayonnement des corps radio-actifs; 2. Matériel et appareillage; 3. Mesures; 4. Technique des principales applications.

1. Radiophysiologie; 2. Danger et accidents des radiations : leur traitement, la protection.

Deuxième partie : *Epreuves d'électro-actinologie. — Electrologie.* — 1. Les appareils utilisés en électrodiagnostic et en électrothérapie (haute et basse tension, haute et basse fréquence) : description, montage, démonstration; 2. Electrodiagnostic classique et chronaximétrique; techniques; 3. Réactions normales et pathologiques; leur signification; 4. Technique des applications des diverses modalités de l'électrothérapie.

Actinologie. — 1. Appareillage et technique des applications de lumière : ultraviolet, infrarouge, etc.

1. Electrophysiologie; 2. Dangers et accidents des courants de haute et basse tension : leur traitement, la protection.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour quatre places d'internes en médecine et en chirurgie aura lieu le 7 décembre 1934, à l'hôpital de Nîmes. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 novembre 1934 inclus, dernier délai.

— Rouen. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen aura lieu à l'hospice général le jeudi 18 octobre 1934, à 16 h. 30.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général. La liste sera close le 22 septembre 1934, à 18 h.

Une indemnité annuelle de 5.000 fr. est allouée aux chirurgiens chefs de service des hôpitaux. Elle est acquise aux chirurgiens adjoints dans le cas où ils remplacent un titulaire.

Les chirurgiens adjoints reçoivent une indemnité annuelle de 2.500 fr. pour le service des interventions d'urgence.

— Saint-Etienne. — Un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon le lundi 10 décembre 1934, à 8 h. 30.

Ce concours se composera de cinq épreuves.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des hospices, 15 *bis*, rue Badouillère, à Saint-Etienne.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 30 novembre, à 18 h.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Gaudier, professeur de clinique chirurgicale, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 1er août 1934, pour cause de suppression d'emploi.

— M. Swynghedauw, agrégé de chirurgie, cessera ses fonctions le 1er août 1934 (suppression d'emploi). Il est nommé chef de travaux à partir de la même date.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. — Sont inscrits au tableau de concours :

Pour officier. — MM. Bousquet (P.-Ed.), Roudinesco (Alex.), Juillard.

Pour chevalier. — MM. Barthet et Galanidès.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Commandeur de l'ordre de Léopold. — M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

Officier de l'ordre de Léopold. — M. le médecin colonel Schickelé.

MARINE. — M. le médecin général de 1re classe Defressine, inspecteur général du Service de santé, est placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux du Corps de santé.

M. le médecin général de 1re classe Autric est désigné pour les fonctions d'inspecteur général du Service de santé et de président du Conseil supérieur de santé.

M. le médecin en chef de 1re classe Marcandier est nommé directeur central du Service de santé, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie.

M. le médecin principal Le Cheriton est nommé professeur de bactériologie et d'épidémiologie à l'Ecole d'application de la marine à Toulon.

M. le médecin principal Bideau est nommé professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

GUERRE. (Troupes coloniales. Armée active.) — Après concours, sont nommés :

Médecins des hôpitaux coloniaux : MM. les médecins capitaines Germain et Fournials.

Chirurgien des hôpitaux coloniaux : M. le médecin capitaine Bertrand.

LE 70e ANNIVERSAIRE DE LA CONVENTION DE GENÈVE. — Après la guerre d'Italie le Genevois Henry Dunant, qui avait été le témoin attristé du manque de soins des blessés de la bataille de Solferino, essaya d'obtenir des nations civilisées la création, en temps de paix, de sociétés de secours aux blessés. Son généreux projet aboutit à la signature de la Convention de Genève le 22 août 1864.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS. — L'Association corporative et l'Association des étudiants en médecine de Paris (ancienne section de médecine de l'A. G.) nous communiquent :

« 1° Depuis plusieurs mois nos deux associations étudient un projet de fusion qui est actuellement sur le point d'aboutir et qui réaliserait ainsi le désir de tous : faire une association forte et représentant effectivement les étudiants en médecine de Paris ;

2° Ces deux groupements, dont l'un est reconnu d'utilité publique, sont purement professionnels et possèdent des moyens d'action et de travail qui ont fait leurs preuves et sont connus de la Faculté de médecine, des étudiants et de tout le monde médical. »

Enfin, dans un troisième paragraphe que nous analysons seulement, l'Association corporative et l'Association des étudiants en médecine de Paris (A. G.) protestent contre une campagne de dénigrement employée contre elles.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — TRAVAUX PRATIQUES DE PHYSIQUE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physique aura lieu à partir du mercredi 3 octobre 1934.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque.

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en physique avant la session d'examens du mois de novembre 1934.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

VIIIe Congrès français de stomatologie. — Sous la présidence du Dr Marcel Béliard, le VIIIe Congrès de stomatologie aura lieu à Paris, du 8 au 13 octobre 1934. Après une séance inaugurale à la Faculté de médecine, le congrès siégera à la Sorbonne.

Deux rapports et une question à l'ordre du jour seront présentés et mis en discussion :

1er rapport : *Les grands syndromes sanguins et leurs manifestations buccales*, par MM. Sassier et Houzeau.

2e rapport : *Complications locales proximales et générales des troubles de l'articulé dentaire*, par MM. Chatellier et Friez.

Question en discussion, présentée par M. Lacaisse : indications des différents modes d'anesthésie en stomatologie. De nombreuses communications libres, des projections de films, des démonstrations techniques, des présentations de malades, des séances opératoires dans les hôpitaux et à l'école de stomatologie complètent le programme scientifique de cette manifestation.

Des avantages matériels (réduction sur les chemins de fer, dans les hôtels) et des distractions variées sont offerts aux participants.

Le Comité invite les confrères qui ne se sont pas encore inscrits à le faire sans retard. Envoyer les adhésions et cotisations (100 fr.) au Dr Boutroux, 22, rue des Sablons, Paris (chèques postaux Paris 281-93).

Pour tous renseignements, et pour l'envoi des titres de communications, s'adresser au secrétaire général, Dr Jean Vilenski, 5, rue de Phalsbourg, à Paris.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies
Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Par l'Association de ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné
Thényl - Ethyl - Malonyl - Urée
Trinitrine

le **Disonyl**

Ex-Nidyl

Constitue
l'Agent thérapeutique Type

dans les :

TACHYCARDIES
EXTRA-SYSTOLES
ALGIES CARDIOTHORACIQUES
ANXIÉTÉS
INSOMNIES NERVEUSES

POSOLOGIE :
3 à 6 dragées par jour
à avaler sans les croquer

Echantillons
LABORATOIRES DU Dr ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard — PARIS. (6e)

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL DU LYMPHATISME

La Bourboule, 9 et 10 juin 1934 (1).

Le premier Congrès international du lymphatisme s'est tenu avec un plein succès à La Bourboule, les 9 et 10 juin derniers. Plus de 500 participants avaient répondu à l'appel des organisateurs, et pendant deux jours une assistance nombreuse vint écouter les nombreux rapporteurs qui traitèrent du lymphatisme sous toutes ses formes.

Le samedi matin, dès leur arrivée, la plupart des congressistes allèrent visiter l'établissement thermal et purent se convaincre de son parfait agencement. Sans luxe inutile, il offre à tous les baigneurs les meilleures conditions de confort ; de plus, les précautions les plus minutieuses sont prises chaque jour pour en assurer la propreté et l'hygiène.

Aussitôt cette visite terminée eut lieu, dans la grande salle du Casino, la première séance de travail. Après quelques mots d'introduction du docteur R. Pierret, président de la Société médicale de La Bourboule, le professeur Castaigne, un des principaux animateurs du Congrès, prononça quelques mots de bienvenue pour tous les congressistes et salua en particulier tous les maîtres étrangers qui honoraient de leur présence cette réunion : MM. Martinez Vargas, Taillens, Görter, Moncrieff, Cohen, Suner, etc., après avoir présenté les regrets de tous ceux qui n'avaient pu venir.

On passa ensuite, sous la présidence de M. le professeur Marfan, à l'étude des questions à l'ordre du jour.

Avant de les exposer, disons notre admiration pour les organisateurs qui ont su élaborer un programme où le travail, les excursions, les réceptions nombreuses et brillantes alternaient fort agréablement.

Ce Congrès fait honneur à ceux qui l'ont mis sur pied : le professeur Castaigne, la Société médicale de La Bourboule et son président le docteur Robert Pierret, la Société des Eaux ayant à sa tête M. Goutet qui se dépensa sans compter durant ces trois jours, la municipalité et l'ensemble de la population qui réservèrent aux congressistes le meilleur accueil.

Mais ce Congrès a eu surtout deux résultats tangibles : il a permis une mise au point de nos connaissances sur le lymphatisme, et surtout il a fait connaître à un grand nombre de médecins, dont plusieurs étrangers, une des plus belles stations thermales dont puisse s'enorgueillir la France.

Rapports.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DU LYMPHATISME

Esquisse d'une conception du lymphatisme. — Le Président du Congrès, M. le professeur Marfan, propose de donner du lymphatisme la définition suivante : état caractérisé par une hyperplasie persistante, plus ou moins généralisée, des ganglions lymphatiques et des tissus lymphoïdes, résultant des réactions communes, non spécifiques, que peuvent déterminer dans ces organes et tissus la plupart des infections et intoxications prolongées.

Cette définition précise délimite bien le cadre du lymphatisme, en écartant toutes les intumescences ganglionnaires transitoires, localisées ou de nature spécifique.

Ses deux signes majeurs sont la polyadénie superficielle et une anémie modérée auxquelles peuvent s'ajouter des lésions de rachitisme, l'hyperplasie des amygdales, l'hypertrophie de la rate et du thymus. Ces deux dernières seraient l'apanage des formes graves.

Trois ordres de causes sont à l'origine du lymphatisme :

1° Une *infection* bénigne ou sévère, mais prolongée, telle que grippe, suppuration du cavum pharyngien, tuberculose ou syvhilis, etc. ;

2° Une *dystrophie d'origine alimentaire*, et en particulier celle due à l'allaitement artificiel ;

3° Des *troubles digestifs* persistants.

Les altérations anatomiques consistent surtout dans l'intumescence sans caractères particuliers du tissu lymphoïde, très comparable à celle que l'on observe après certaines intoxications. La connaissance de ces lésions permet de concevoir dans une certaine mesure le mode d'action des causes efficientes que nous avons signalées : le lymphatisme serait une réaction générale de l'organisme à l'autointoxication provoquée par ces différents facteurs.

Cette conception fait enfin du lymphatisme une entité morbide bien distincte de la tuberculose ; le seul lien qui puisse réunir les deux affections est le lien étiologique déjà mentionné, à savoir que certaines variétés de lymphatisme peuvent reconnaître une origine partiellement tuberculeuse.

Idée générale du lymphatisme. — M. le professeur Martinez Vargas (de Barcelone) étudie les rapports qui unissent la scrofule, la diathèse exsudative, l'état thymo-lymphatique et l'allergie tuberculeuse, et conclut à ce que ni la diathèse exsudative, ni l'état thymo-lymphatique ne correspondent à des réalités cliniques.

Par contre, le lymphatisme est un état constitutionnel caractérisé par une sensibilité exagérée à l'égard de toutes les agressions toxi-infectieuses et des réactions vasculaires et inflammatoires de la peau et des muqueuses, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Il se distingue de la scrofule par le fait qu'il ne s'accompagne d'aucune manifestation allergique à l'égard de la tuberculine.

Etiologie, pathologie et thérapeutique générale du lymphatisme. — M. le professeur Mouriquand (de Lyon) insiste sur les difficultés de donner du lymphatisme une définition précise, et pense qu'il faut pour l'instant s'en tenir à la tradition qui restera respectable jusqu'au jour où un travail analytique et critique aura démantelé la vieille diathèse. Ce travail est d'ailleurs commencé, mais progresse avec une extrême lenteur.

Devant la complexité des aspects sous lesquels le lymphatisme apparaît au médecin, il est préférable de parler de *syndrome lymphatique*, se divisant en lymphatisme dystrophique et en lympho-scrofulose.

Ces états lymphatiques s'apparentent étroitement avec certains syndromes endocriniens qui méritent de ce fait l'appellation de « paralymphatiques », en particulier certains syndromes thyroïdiens ou hypophyso-tubériens. Ils se rapprochent également de l'ancienne diathèse arthritique et s'unissent même à elle pour former le lympho-hépato-arthritisme.

Le lymphatisme marque une réaction particulière d'un terrain spécial vis-à-vis de facteurs variés, infectieux, toxiques, déséquilibrés et carences diverses : c'est dire que le traitement de la cause sera de première importance.

Mais, en dehors de toute conception étiologique, il faudra encore lutter contre les troubles morbides présentés par les malades, et la base de cette thérapeutique reste constituée par le grand air, l'altitude, le séjour marin et les cures thermales.

Le lymphatisme existe-t-il ? — M. le professeur Taillens (de Lausanne) insiste sur le fait que le terme de lymphatisme se rencontre presque exclusivement dans la littéra-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

ture française, alors que les Allemands emploient plutôt le terme de diathèse exsudative.

Il lui semble que ce terme désigne un état très vague, intimement allié à la scrofule dont il ne serait que la première étape, et qui ne serait par conséquent qu'une forme de tuberculose à évolution spéciale greffée sur une rhino-pharyngite chronique préexistante. Le lymphatisme est donc en décroissance depuis les progrès de l'oto-rhino-laryngologie, et pour sa part, l'auteur le rencontre avec une plus grande rareté qu'il y a quelques années.

Lymphatisme, diathèse exsudative et sensibilisation. — M. le professeur Moro (de Heidelberg) cherche tout d'abord à définir la conception de la diathèse et adopte la définition de Baumès qui désignait par ce terme une prédisposition héréditaire particulière, due à un substratum inconnu mais répondant évidemment à un principe unique, pouvant atteindre à la fois plusieurs organes ou se manifester par des phénomènes morbides et des localisations alternantes, identiques de nature, bien qu'elles puissent se présenter sous des aspects extrêmement variés.

Le lymphatisme, par ses manifestations multiples, rentre bien dans le cadre de la diathèse tel que le conçoit Baumès. Mais il fallait encore préciser la nature du principe unique, vraisemblablement humoral, qui unissait entre elles toutes ces manifestations. La notion d'allergie avait déjà créé un lien entre certaines d'entre elles, comme l'eczéma, l'urticaire ou l'asthme, mais n'expliquait nullement les dermatoses séborrhéiques non plus que le terrain lymphatique ou la tendance à l'obésité. Mais le problème s'éclaire parfaitement si on part de la notion de sensibilisation, ainsi qu'il résulte d'un schéma établi par l'auteur au lieu de la notion d'allergie.

Lymphatisme et alimentation. — M. le professeur Rohmer (de Strasbourg) fait rentrer dans le cadre nosologique du lymphatisme deux états bien caractérisés et souvent d'ailleurs combinés l'un à l'autre :

1° L'hyperplasie primitive ou la tendance à l'hypertrophie secondaire de tout le tissu lymphoïde avec une certaine réserve pour le thymus ;

2° L'habitus pastosus avec tendance pathologique à l'hydratation ou à la déshydratation.

L'enfant vient au monde avec ce terrain particulier sur lequel se grefferont ultérieurement les diverses manifestations pathologiques, et l'auteur se demande dans quelle mesure l'alimentation peut les provoquer ou les empêcher.

Il croit à la nécessité de donner à l'enfant une alimentation suffisante, mais d'où tout superflu sera soigneusement banni, avec restriction des graisses, donc du lait et des œufs, riche en hydrates de carbone dont la quantité sera limitée par la tendance à l'engraissement, et abondante en légumes frais et en crudités.

Recherches sur le sang des lymphatiques. — MM. les professeurs Caussade et Vérain (de Nancy) ont étudié certains points de la composition du sang chez 20 enfants lymphatiques et 10 enfants normaux, vivant tous dans les mêmes conditions et soumis au même régime.

Ils n'ont observé aucune modification de la formule leucocytaire, de l'uricémie, de la calcémie ou de la glycémie. Le taux de l'hémoglobine et celui du chlorure de sodium plasmatique étaient légèrement abaissés. Il existait de façon constante une tendance à l'alcalose contrastant avec une diminution de la réserve alcaline.

Il faut encore noter des perturbations du test d'hydrophilie cutanée et de l'interférométrie thymique.

Cet ensemble de signes biologiques ne forme pas un tout assez cohérent pour permettre des déductions étiologiques.

LYMPHATISME DES MUQUEUSES

Lymphatisme des muqueuses (1). — M. le professeur Nobécourt.

Anneau de Waldeyer et adénopathies cervicales. — MM. le professeur Lemaitre et R. Maduro insistent en premier lieu sur l'étroite solidarité qui unit l'anneau de Waldeyer à ses dépendances lympho-ganglionnaires, constituant un système lympho-ganglionnaire dont la réalité est démontrée par certains processus inflammatoires ou tumoraux.

Les adénites inflammatoires consécutives aux infections non spécifiques de l'anneau de Waldeyer ne peuvent être diagnostiquées qu'après un examen complet de tout cet anneau, nécessitant la mise en œuvre de procédés spéciaux de diagnostic. Elles se présentent sous deux types cliniques fondamentaux.

La *fièvre ganglionnaire*, fréquente chez l'enfant, est caractérisée par une polyadénite cervicale accompagnée d'une fièvre élevée, souvent de type inverse. Sa terminaison normale est la guérison en cinq à six semaines, sans suppuration des ganglions.

Les *adénites cervicales chroniques banales* sont souvent plus difficiles à reconnaître. Sans parler de leur diagnostic différentiel avec les dysembryomes latéraux du cou, les branchiomes ou les kystes congénitaux, elles doivent être distinguées des adénites consécutives à une infection locale cutanée ou muqueuse, ou dues à une cause spécifique, leucémie, lymphogranulomatose, tuberculose. Le diagnostic avec la tuberculose est de beaucoup le plus difficile, car il est des adénites bacillaires en rapport avec une infection bacillaire de l'amygdale, comme en témoignent quelques microphotographies projetées par l'auteur.

Les adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses de l'enfant. — M. le professeur Robert Debré rappelle que, depuis une dizaine d'années, nombre de médecins s'insurgent contre la facilité avec laquelle est posé le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique. L'examen clinique d'un grand nombre d'enfants permet en effet de voir que les signes classiques de cette affection ne sont aucunement liés à l'augmentation de volume des ganglions du médiastin.

Aucun signe n'est en effet pathognomonique : les signes généraux, fièvre, pâleur, aspect chétif, relèvent des causes les plus diverses. Parmi les signes fonctionnels, la toux est due soit à une rhino-pharyngite chronique, soit à une coqueluche traînante, soit, plus rarement, à une bronchectasie ; la dyspnée relève d'un stridor congénital, d'une laryngite striduleuse ou d'une crise d'asthme. Aucun des signes physiques décrits par Guéneau de Mussy n'a de valeur nosologique, et le syndrome classique que forment la circulation collatérale, la submatité postérieure et le signe de d'Espine se voit couramment chez des enfants normaux, alors qu'il fait d'autres fois défaut dans des cas authentiques d'adénopathie médiastinale.

L'examen radiologique est souvent difficile à interpréter, et des images de croisement vasculaire ou de lésion parenchymateuse, voire même d'anomalie anatomique, sont attribuées à tort à l'adénopathie trachéo-bronchique.

Seule l'étude anatomique permet d'affirmer l'existence des adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses : celles-ci existent dans toutes les affections broncho-pulmonaires aiguës ou chroniques et ne déterminent aucun signe fonctionnel, aucun signe physique ni aucun signe radiologique. Elles restent donc latentes et disparaissent après guérison de l'infection causale.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 46.

Ces adénopathies ne se voient jamais au cours des maladies infectieuses non compliquées de lésions pulmonaires ; elles ne se rencontrent pas davantage au cours de l'hypertrophie amygdalienne, des végétations adénoïdes ou de l'infection des voies respiratoires supérieures.

Les états thymo-lymphatiques — MM. le professeur P. LEREBOULLET et Jacques ODINET exposent leur conception de l'état thymo-lymphatique telle qu'elle résulte des recherches expérimentales et des constatations cliniques qu'ils ont faites durant ces dernières années.

Dans la première partie de leur rapport, ils discutent l'*existence de l'hypertrophie du thymus* au cours des états thymo-lymphatiques. Ils n'ont jamais constaté de signes d'hypertrophie thymique chez les nombreux lymphatiques qu'ils ont examinés, et comme cette affection leur semble être d'une extrême rareté et d'un diagnostic très difficile, ils croient que la plupart des cas antérieurement publiés concernaient en réalité des thymus normaux non évolués et considérés à tort comme hypertrophiés.

Ils étudient ensuite le *rôle que joue le thymus dans la physiologie pathologique des états thymo-lymphatiques*. Ils se refusent à admettre l'existence d'un appareil thymo-lymphatique et insistent sur les différences fondamentales qui séparent le thymus et les ganglions lymphatiques : les deux seuls points de contact entre eux sont en effet le développement maximum dans le jeune âge, et les réactions analogues à l'égard de l'inanition et des rayons X. Ce sont des bases trop faibles pour appuyer sur elles une analogie de fonctions. Enfin les arguments proposés pour faire admettre l'idée d'un hypo-fonctionnement thymique en se basant sur les épreuves biologiques proposées jusqu'à ce jour leur paraissent sans fondement sérieux.

Tout en reconnaissant la réalité du type clinique décrit par Paltauf, ils dénient donc tout rôle au thymus dans sa symptomatologie ou sa pathogénie, et pensent qu'il est plus clinique de parler de lymphatisme que de thymo-lymphatisme.

Le lymphatisme dans le domaine dermatologique.— MM. J. GATÉ et P.-J. MICHEL (de Lyon) affirment leur conviction de l'existence d'un terrain particulier qu'à défaut d'autre terme plus précis on peut appeler lymphatisme. Cet état se distingue nettement de la scrofule, qu'ils considèrent après beaucoup d'autres comme une forme atténuée de tuberculose.

Les dermatoses sont fréquentes chez les lymphatiques et les auteurs soulignent la fréquence des infections cutanées, impétigo et pyodermites, de l'eczéma séborrhéique, de l'acné polymorphe et enfin des chéloïdes qui ont parfois une évolution torpide assez spéciale qu'on peut peut-être attribuer au terrain.

Ils ont trouvé souvent en pareil cas le métabolisme basal abaissé et insistent sur la nécessité de poursuivre de nouvelles recherches dans ce sens.

Il leur semble enfin que le traitement du lymphatisme par les procédés habituels a une influence très favorable sur l'évolution des dermatoses dont ils ont rappelé la fréquence au cours de cet état.

L'œil chez l'enfant lymphatique et scrofuleux. — MM. RENÉ PIERRET et GÉRARD LEFEBVRE (de Lille) passent en revue les différents modes de réaction de la conjonctive hypersensible des lymphatiques aux atteintes extérieures.

Ils étudient particulièrement l'*ophtalmie phlycténulaire*, qu'ils considèrent comme une forme de tuberculose curable survenant sur un terrain lymphatique, en raison de la constance presque absolue de la cuti-réaction positive et de l'existence de lésions bilaires latentes décelables par la radiographie.

Les cures d'altitude et arsenicales leur semblent une indication formelle de pareils états pour lesquels la mer est formellement contre-indiquée en raison de la sensibilité des muqueuses au vent et à la poussière.

Réactions lymphatiques et syphilis congénitale. — M. E. LESNÉ et Mme LINOSSIER-ARDOIN estiment que la syphilis, soit isolée, soit associée à la tuberculose, peut jouer un grand rôle à l'origine des adénites scrofuloïdes suppurées et fistulisées de la seconde enfance et des infections du tissu lymphoïde rhino-pharyngé par l'intermédiaire, dans ce dernier cas, du coryza chronique.

Son rôle est beaucoup moins évident dans les états lymphatiques, thymo-lymphatiques ou scrofuleux : il semble cependant que son action puisse se manifester indirectement par les insuffisances hépatique ou glandulaire qu'elle entraîne et par le caractère spécial qu'elle imprime aux infections qui évoluent sur son terrain.

Il sera donc bon de la rechercher systématiquement, ce qui n'est pas toujours aisé, et parfois seule l'épreuve du traitement montrera au clinicien qu'il est dans la bonne voie.

Lymphatisme et paludisme. — M. le professeur GILLOT (d'Alger) a étudié systématiquement les rapports du paludisme et du lymphatisme et est arrivé à cette conclusion que le paludisme ne se retrouve jamais directement à l'origine ni du paludisme ni de la scrofule.

Le paludisme pur ne s'accompagne jamais en effet de lésions hypertrophiques des ganglions, et les enfants nés de mères paludéennes sont seulement des tarés particulièrement sensibles à toutes les infections.

Les relations du lymphatisme avec d'autres états morbides. — M. le professeur GORTER (de Leyde) pense que le lymphatisme est un sous-groupe de la diathèse exsudative et constitue un trouble inné transmis héréditairement.

Il est indépendant de la scrofule, et de l'hydrolabilité de Finkelstein.

Il n'est lié ni à une avitaminose, ni à la suralimentation, ni à une infection prolongée, et dépend uniquement de troubles endocriniens dont le plus important est une insuffisance surrénale qui explique les troubles du métabolisme des graisses et du sucre ainsi que la prédisposition aux maladies allergiques.

Points de vue britanniques à propos du lymphatisme. — M. ALAN MONCRIEFF (de Londres) M. D. M. R. C. P. signale que le terme de lymphatisme est encore peu répandu en Grande-Bretagne et pense qu'on peut englober sous cette dénomination trois groupes morbides bien définis :

1° Une *hypertrophie thymique* associée à la *laryngite striduleuse* et à des *crises dyspnéiques*. La réalité de ce syndrome est d'ailleurs fortement contestée ;

2° Une *hyperplasie généralisée de tout le tissu lymphoïde* avec prédisposition à la mort subite. Mais une enquête récemment menée sur une grande échelle a permis de conclure à l'absence de toute relation effective entre l'hyperplasie lymphoïde et la mort subite ;

3° L'*hypertrophie amygdalienne associée aux végétations adénoïdes*, à un certain degré d'*anémie*, à un habitus spécial et à une sensibilité particulière aux infections cutanées et muqueuses. Ce troisième groupe est seul admis sans discussion, bien qu'on lui applique rarement l'épithète de lymphatisme. L'étiologie de ce groupe morbide est encore inconnue.

La lutte contre le lymphatisme en Belgique. — M. le professeur COHEN (de Bruxelles) fait l'historique de la lutte contre le lymphatisme en Belgique.

Les premiers efforts sont dus à l'initiative privée avec la création des colonies scolaires. Pendant la guerre apparut l'Œuvre nationale de l'enfance, soutenue d'abord par la Fondation Rockfeller et reconnue ensuite par l'Etat, tout en gardant son indépendance.

Cette œuvre a créé, à côté des colonies de vacances qui restent prospères, un certain nombre de preventoria marins qui donnent des résultats satisfaisants, mais l'auteur souhaite qu'on puisse dans l'avenir faire également profiter ces enfants de cures arsenicales.

Le lymphatisme chez l'enfant en Italie. — M. le professeur COMBA (de Florence) s'étend particulièrement sur les rapports qui unissent le lymphatisme et les constitutions auxquelles l'école italienne attache une si haute importance. Il montre que le lymphatisme présente des aspects différents suivant la morphologie de l'enfant.

Il rappelle enfin la série des travaux italiens ayant eu durant ces dernières années trait au lymphatisme et donne un bref aperçu sur les cures climatiques et hydrominérales du lymphatisme en Italie.

DIAGNOSTIC DU LYMPHATISME

Diagnostic différentiel des états lymphatiques. — M. le professeur SUNER (de Madrid) insiste sur le polymorphisme des accidents lymphatiques et sur les multiples problèmes diagnostics qu'ils soulèvent. La cutiréaction à la tuberculine lui paraît primordiale pour le diagnostic.

Cette réaction est, avec le classique facies scrofuleux, le meilleur moyen de diagnostic avec la scrofule qu'il considère comme une variété spéciale de tuberculose.

Seule la propension à la mort subite lui semblerait justifier la notion des états thymo-lymphatiques, et encore le diagnostic d'hypertrophie du thymus est-il trop souvent posé sur des interprétations radiologiques erronées.

Les diagnostics de maladie de Hodgkin et de tuberculose ganglionnaire se justifient assez facilement par les caractères cliniques habituels. Les anémies lymphoïdes ne sont le plus souvent que des formes frustes de leucémie qui jettent le masque à un moment quelconque de leur évolution. Quant à la leucémie lymphoïde, elle est aisément reconnue par l'examen de sang.

Diagnostic différentiel du lymphatisme. — M. le professeur OLMER et M. POINSO (de Marseille) fixent tout d'abord le cadre nosologique du lymphatisme, seul moyen rationnel pour permettre la discussion d'un diagnostic différentiel.

Les *lymphatiques gras* ne doivent pas être confondus avec :

1° Certains *insuffisants thyroïdiens* que l'on reconnaîtra aisément par la recherche des signes cliniques de myxœdème, par la mesure du métabolisme de base et par l'épreuve du traitement thyroïdien ;

2° Les *insuffisants hypophysaires* reconnaissables à leur retard de croissance avec obésité, leur atrophie génitale, leurs troubles oculaires et les lésions radiologiques de la selle turcique qu'ils présentent ;

3° Les *scrofuleux* qui seront reconnus grâce à la suppuration de leurs adénopathies laissant des cicatrices indélébiles ;

4° Le thymo-lymphatisme et l'ostéo-lymphatisme sont enfin des états intriqués dans lesquels la recherche de l'hypertrophie du thymus ou des stigmates osseux permettra un diagnostic exact.

Les *lymphatiques maigres* ne devront pas de leur côté être confondus avec :

1° Des *tuberculeux* dont il ne sera pas toujours aisé de les différencier par l'étude des clichés radiologiques et de la cutiréaction ;

2° Des *hérédo-syphilitiques* chez lesquels les stigmates classiques imposent le diagnostic et justifient le traitement dont les résultats viendront lever tous les doutes ;

3° Des *leucémiques* ou des *lymphadéniques*.

D'ailleurs, ce diagnostic est ordinairement facile et le seul point important est de faire un diagnostic étiologique duquel doit découler le traitement approprié.

TRAITEMENT HYDROMINERAL DU LYMPHATISME

Traitement hydrominéral du lymphatisme. — M. le professeur GIRAUD (de Montpellier) montre que les indications crénothérapiques chez les lymphatiques sont fonction de l'état de fond d'une part et des manifestations extérieures de la diathèse et de leurs caractères cliniques de l'autre. Il est donc nécessaire de faire un bilan complet des lésions avant de prendre une décision.

Les moyens dont dispose le thérapeute sont :

1° Les *cures arsenicales*, modificatrices de la nutrition, stimulantes et hémogènes, qui s'adressent à l'état de fond lui-même. Le type en est la cure de la Bourboule ;

2° Les *cures chlorurées sodiques*, qui sont stimulantes et activent la résolution des adénopathies. Les eaux chlorurées sodiques fortes sont les plus indiquées ;

3° Les *cures sulfureuses*, surtout utiles en cas de lésions importantes des voies respiratoires supérieures.

Si on envisage les indications respectives de ces cures chez les différents malades, on voit que les cures arsenicales et chlorurées sodiques fortes conviennent aux lymphatiques simples sans complications. De simples nuances déterminent le choix entre les unes et les autres, et leur alternance est souvent désirable.

Les gros ganglions crus ou fistulisés sont plutôt justiciables des eaux chlorurées sodiques fortes ; les infections purulentes des voies respiratoires supérieures appellent le soufre.

La Bourboule revendique par contre formellement l'hyperplasie adénoïdienne avant et après exérèse, l'asthme des lymphatiques, l'adénopathie trachéo-bronchique, les dermatoses sous tous leurs aspects.

Les résultats seront meilleurs si les cures sont précoces et répétées.

Les eaux arsenicales dans la cure thermale du lymphatisme. — M. le professeur agrégé E. CHABROL souligne dès les premières lignes de son rapport l'influence favorable des eaux arsenicales sur les réactions anormales des organes hématopoiétiques et les susceptibilités fort curieuses de l'ectoderme qui constituent le fond du tempérament lymphatique. Elles confèrent aux victimes de ce tempérament une immunité relative vis-à-vis des infections acquises ou héréditaires.

Il fait ensuite l'étude comparative des principales stations arsenicales d'Europe. Par sa teneur en arsenic, La Bourboule se place au troisième rang avec 6 milligrammes par litre ; elle contient en outre 5 gr. 64 par litre de chlorure de sodium et 1 milligramme de bicarbonate de fer. Elle dispose ainsi d'un puissant ensemble d'agents solidaires dont il faut souligner les qualités de nuances, d'équilibre et de mesure, et qui la font accepter plus facilement par l'organisme que les eaux similaires de Roncegno, de Levico et de Bad-Turkheim.

Il faut ajouter que La Bourboule se place en tête de toutes les stations arsenicales d'Europe par sa radio-activité, et que du point de vue climatique, elle réalise l'heureuse

association d'une altitude de 857 mètres et d'une atmosphère lumineuse riche en ozone et en principes balsamiques.

L'auteur montre ensuite l'évolution de la cure du lymphatisme dans les stations arsenicales ; elles ont progressivement abandonné aux plages de l'océan et aux stations chlorurées fortes la scrofule et les tuberculoses chirurgicales pour recueillir toutes les formes de lymphatisme.

Il termine enfin par une étude sommaire des faits groupés sous le nom de crise thermale, qui touche étroitement dans sa pathogénie aux intéressants problèmes de désensibilisation progressive que réalise la thérapeutique de choc.

Le traitement du lymphatisme à La Bourboule. — M. Jean Anglada (de La Bourboule) précise les indications de La Bourboule dans la cure du lymphatisme et montre que le principe de thérapeutique est fonction de la constitution chimique et physico-dynamique d'une solution colloïdale ionisée chlorurée sodique et arsenicale douée de propriétés bactéricides, anti-toxiques, désensibilisantes et phylactiques qui ont été vérifiées chez l'homme et chez l'animal et qui concourent à la défense humorale et au mécanisme général de l'immunité.

Il précise ensuite les différentes techniques de cure et dissocie les effets précoces du traitement sans doute imputables au climat et les résultats tardifs qui prouvent la spécificité antilymphatique de la station.

Le mécanisme de la cure n'est qu'incomplètement expliqué par nos connaissances sur les sources, et il est nécessaire de faire intervenir un principe éphémère encore indéterminé et à propos duquel toutes les hypothèses sont permises.

Résultats obtenus chez les enfants envoyés de Paris à La Bourboule par l'Assistance publique. — MM. J. Hallé et P. Ferreyrolles apportent les résultats de la cure de La Bourboule chez 2.400 enfants envoyés durant ces douze dernières années par les soins de l'Assistance publique de Paris.

La plupart d'entre eux sont atteints d'affections respiratoires, bronchites à répétition, adénopathie trachéo-bronchique, asthme, etc., et les porteurs de manifestations ganglionnaires et cutanées sont les moins nombreux. On observe chez tous une amélioration rapide de l'état général facilement contrôlable, et qui persiste pendant plusieurs mois.

Mais il existe également une modification de l'évolution des différentes localisations morbides qui ont justifié la cure bourboulienne, comme ils ont pu s'en rendre compte par l'examen de 87 enfants asthmatiques, soignés à La Bourboule et dont ils ont pu retrouver les traces. Les crises s'espacent et deviennent plus légères, et les résultats sont encore plus satisfaisants après des cures successives. On peut arriver ainsi à la guérison complète et définitive de l'asthme infantile.

Lymphatisme et éducation physique. — M. L. Merklen (de Nancy) montre que le lymphatique doit être considéré comme un insuffisant respiratoire, soit par obstruction des voies respiratoires supérieures, soit par insuffisance du taux d'hémoglobine ou de vitesse de circulation, soit enfin par incapacité des tissus à utiliser l'oxygène qui leur est offert.

Il faudra lutter contre la première par des exercices d'éducation et de rééducation progressifs et contre les deux derniers par l'éducation physique générale. Une fois établie la cause de l'insuffisance respiratoire, la mise en œuvre du traitement approprié amène une très rapide amélioration, surtout s'il s'associe aux cures climatique et hydrominérale.

Communications.

Lymphatisme et oto-rhino-laryngologie. — Plusieurs communications ont eu trait aux rapports du lymphatisme et des affections des voies respiratoires supérieures.

Le professeur Reverchon (de Lille) souligna la précocité et la fréquence des manifestations respiratoires du lymphatisme (nez du lymphatique et facies adénoïdien) qui restent toute la vie des stigmates indélébiles de l'affection.

M. Tramuset (de Reims) signala l'atrophie primitive du massif facial comme cause d'insuffisance respiratoire : c'est un diagnostic différentiel à envisager avec le lymphatisme.

M. Porez (de Lille) attira l'attention sur la nécessité de toujours joindre à l'adénoïdectomie un traitement général du lymphatisme pour éviter les récidives.

MM. Le Mée et A. Bloch étudient l'évolution des adénites secondaires à l'hypertrophie amygdalienne après amygdalectomie et signalent la possibilité de reprises infectieuses au niveau des ganglions même sans atteinte nouvelle du tissu lymphoïde pharyngé. Ce fait contre-indiquerait dans une certaine mesure l'amygdalectomie chez les sujets encore indemnes d'atteinte ganglionnaire.

M. Leroux fait une étude d'ensemble de la toux pharyngée, qui ne peut survenir que chez des sujets prédisposés. Le lymphatisme est une des causes favorisantes essentielles qu'il conviendra de traiter au même titre que l'excitabilité pharyngée.

M. Soulas insiste enfin sur l'abondance et la stagnation des sécrétions bronchiques chez les adultes lymphatiques. La bronchoscothérapie lui paraît dans ces cas une thérapeutique utile et d'application facile.

M. Koenig (d'Orléans) rappelle les principes du traitement des végétations adénoïdes par la radiothérapie.

Enfin MM. Valette et Clogne (de La Bourboule) ont recherché la cause des 8 à 10 p. 100 de récidives d'infections rhino-pharyngées qui se voient après la cure de La Bourboule, et ont pu faire diminuer cette proportion par la vaccinothérapie associée.

Quelques aspects particuliers du lymphatisme. — Le professeur Gaetano Boschi (de Ferrare) décrit sous le nom de lymphatisme neuro-méningé un état qu'il attribue au ralentissement de la circulation du liquide céphalo-rachidien et qui se caractérise par la céphalée et des troubles endocriniens.

Le professeur Cruchet (de Bordeaux) donne une double description du lymphatique au point de vue somatique et au point de vue psychique : les lymphatiques sont des sujets mous, pâlissant au moindre effort, mais susceptibles de réveil sous l'empire des circonstances.

M. Maurel (de La Bourboule) parle de l'adénopathie trachéo-bronchique et de l'asthme infantile chez le lymphatique.

M. Montant (de Paris) précise les points particuliers cliniques et anatomo-pathologiques de l'appendicite chez le lymphatique.

Enfin, M. Proby (de Lyon) fait une étude des manifestations lymphatiques de l'infection focale.

Diagnostic du lymphatisme. MM. Armand-Delille et Lestocquoy montrent la nécessité de faire une radiographie précise du thorax chez l'enfant lymphatique, afin de ne pas méconnaître certaines lésions calcifiées anciennes et pour diriger vers un endroit approprié ceux qui présentent des lésions parenchymateuses en évolution.

M. LAURENTI (de Nice) pense que la ptyalo-réaction Zambrini peut être utile dans le dépistage du lymphatisme.

Cures associées chez les lymphatiques. — M. MOLINÉRY (de Luchon) insiste sur la nécessité d'avoir recours dans le traitement du lymphatisme à des cures thermales multiples qui chacune répondront à un besoin déterminé.

MM. HUBER et MORRAS, M. DE CHABANOLLE insistent chacun de leur côté sur les bienfaits de l'association de la cure d'altitude à la cure thermale dans le traitement du lymphatisme.

M. BARRAUD (de Châtelaillon) considère que le traitement de choix du lymphatisme est réalisé par l'association d'une cure arsenicale et d'une cure marine qui vient la compléter.

M. ARMAND-DELILLE insiste sur la nécessité de la culture physique et de l'héliothérapie pendant la durée de la cure hydrominérale.

MM. PIERRET et DIFFRE (de La Bourboule) et MORRAS (de Villard-de-Lans) pensent que ce but est atteint par la gymnastique et le jeu surveillés en plein air, dans la tenue la plus légère.

Médecine sociale et lymphatisme. — M. DUVERNOY (de Besançon) insiste sur le rôle du médecin inspecteur des écoles dans le dépistage précoce du lymphatisme, et sur la possibilité de réaliser facilement la rééducation respiratoire par la spirométrie.

M. P. RENAULT (de Paris) a pu établir avec une statistique de près de 3.000 cas que l'hérédo-syphilis n'est responsable que de 10 p. 100 environ des cas de lymphatisme et que ceux-ci frappent environ 20 p. 100 de la population scolaire.

M. POREZ (de Lille) insiste sur les bienfaits de l'école de plein air dans le traitement préventif du lymphatisme.

JACQUES ODINET.

La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson (1), par J. POUCEL, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Ce livre est consacré à l'étude d'une affection du nourrisson justiciable d'un traitement chirurgical — qui sera bénin et efficace si le diagnostic a été suffisamment précoce. — C'est à mettre entre les mains des médecins cet élément de succès que l'auteur s'emploie dans ce travail.

Les spécialistes d'enfants sont assaillis de nourrissons vomisseurs, l'expérience permet vite de dépister les causes de ces intolérances, mais il s'agit de ne pas laisser échapper les cas assez rares où l'estomac proteste contre un obstacle mécanique, ce qui entraînerait la mort par inanition de l'enfant.

Le diagnostic de sténose pylorique n'est en général pas difficile. Mais il faut y penser. Si l'attention est en éveil, le syndrome est trop caractéristique pour que l'on puisse facilement s'égarer.

Le diagnostic posé, le traitement est presque toujours chirurgical. Or le risque opératoire d'une pylorotomie, entre les mains d'un chirurgien habitué est des plus minimes, chez un enfant vigoureux ; il suffira de ne pas retarder inutilement l'opération.

Diagnostic précoce, opération précoce, voilà les deux lois dont l'observation fera de la maladie pylorique une affection presque bénigne.

L. G.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 108 pages avec 16 figures dans le texte et 8 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES DE LYON

[2 et 3 juillet 1934 (1)].

Comme il y a deux ans à Nancy, comme l'an dernier à Paris, les journées orthopédiques de Lyon les 2 et 3 juillet, ont remporté le plus vif et le plus légitime succès. Une fois de plus est démontré combien heureuse est la formule de ces journées où les chirurgiens orthopédistes viennent se rendre compte des méthodes employées dans les autres centres, comparer avec les leurs propres, en un mot s'instruire. Aussi de tous les points de la France et de nombreux pays étrangers s'étaient-ils rendus à l'appel du Comité d'organisation.

C'est dans le cadre de ce magnifique nouvel hôpital de la Grange-Blanche et des vastes bâtiments de la nouvelle Université dus en partie à la générosité de M. Rockfeller qu'eurent lieu les réunions scientifiques.

De l'hôpital de la Grange-Blanche, que les congressistes visitèrent en détail, et qui est construit par petits pavillons à un étage groupés, je ne puis dire autre chose qu'il réunit tous les perfectionnements modernes. Le groupement des services de chirurgie et médecine adultes, enfants, et de toutes les spécialités dans le même hôpital constitue un avantage énorme ; il permet la collaboration efficace de toutes les compétences auprès d'un malade.

*
* *

Séances opératoires. — Pendant deux matinées, dans les divers pavillons de chirurgie ont eu lieu des interventions chirurgicales, présentations de malades encore dans les salles, et de documents radiographiques.

C'est ainsi que dans le service de clinique chirurgicale infantile, on a pu voir : le prof. NOVÉ-JOSSERAND exécuter **une arthrodèse sous-astragalienne combinée avec l'évidement de l'astragale et du cuboïde pour pied bot congénital chez un enfant de 4 ans ;**

M. TAVERNIER, **une ostéotomie sous-trochantérienne avec conservation d'un ergot externe** (ostéotomie de Momsen) pour luxation congénitale double irréductible de la hanche ;

M. TAVERNIER, **une arthroplastie de la hanche pour une luxation congénitale de l'adulte,** avec creusement d'un néocotyle profond et interposition de fascia lata.

Dans le même pavillon, MM. Nové-Josserand, Tavernier et leurs élèves montrèrent de nombreux documents, en particulier sur l'évolution des ostéites kystiques et fibro-kystiques, les tumeurs des os, la coxa-vara, les formes anormales de la syphilis osseuse.

Dans son pavillon, le prof. BÉRARD exécute une **greffe d'Albee pour un mal de Pott chez un adulte ;** et dans son service M. SANTY, **une arthrodèse extra-articulaire de la hanche pour coxalgie.**

*
* *

Séances de travail. — Les deux après-midi furent employées à des présentations de malades, instruments, radiographies.

M. Lucien MICHEL présente 4 enfants opérés il y a plusieurs années entre 4 et 7 ans pour **des pieds bots congénitaux par l'arthrodèse sous-astragalienne combinée à l'évidement de l'astragale et du cuboïde.**

(1) *Association de la Presse médicale française.*

M. Vignard est resté fidèle à la **tarsoclasie avec l'appareil de Robin dans le traitement des pieds bots congénitaux.** Il montre les bons résultats qu'on peut en retirer pour la correction du varus du pied (la ténotomie du tendon d'Achille n'est effectuée que par la suite), et plus tard, s'il y a lieu, pour la correction de la rotation du tibia par ostéoclasie.

M. L. Michel présente des **appareils de redressement pour pieds bots congénitaux.** — Pour le pied bot unilatéral, il emploie la traction caoutchoutée entre une semelle et une genouillière en aluminium. Dans le pied bot bilatéral, les deux semelles d'aluminium sont réunies par un ressort qui les force à tourner en valgus.

M. L. Michel présente un **appareil de redressement pour pied bot talus valgus** comprenant une gouttière jambière articulée avec une semelle prolongée en un long ergot en arrière. Sur cet ergot s'attache la traction caoutchoutée qui redresse le talus.

M. L. Michel présente **un appareil plâtré à valve pour fixer en rotation interne les luxations congénitales de la hanche** ayant tendance à se reluxer.

M. Nové-Josserand présente un cas de **dyschondroplasie congénitale très marquée.**

M. L. Michel montre un enfant atteint de **malformations complexes du membre inférieur,** nécessitant un appareillage spécial pour permettre la marche.

M. L. Michel montre **l'appareil plâtré à redressement actif de Schede dans la scoliose.** Il n'a pas donné les résultats qu'il en espérait, et a été remplacé dans le service par des plâtrés sectionnés à la jonction des courbures. La réduction est obtenue par bascule progressive des deux moitiés de l'appareil, soit par l'action d'un tourniquet, soit par celle d'une articulation à vis.

M. Tavernier montre l'**évolution des kystes des os,** et la possibilité dans certains cas de leur guérison par fracture spontanée.

M. Nové-Josserand présente deux cas de **pseudarthrose congénitale de jambe,** l'un traité par des greffes de Delagénière a guéri, le deuxième, traité de même a récidivé et a été guéri par la méthode de Halm.

M. Nové-Josserand montre un cas d'**ostéite fibreuse où l'opération** a trouvé une masse solide fibreuse dans l'os.

M. Tavernier expose d'après trois cas l'évolution **spéciale des tumeurs à myéloplaxe du col fémoral.** Comme il n'y a pas de périoste, l'os détruit ne se reproduit pas, le col présente une encoche.

Il insiste sur l'efficacité de la radiothérapie faite à très petites doses pour stériliser ces kystes avant ou après la greffe osseuse.

M. Tavernier montre un beau résultat obtenu par **greffe occipito-cervicale dans un cas de fracture de la base de l'odontoïde** avec déplacement progressif de l'atlas en avant. Ces déplacements sont fréquents et peuvent être tardifs.

M. Tavernier établit les **indications du traitement sanglant dans les luxations congénitales de la hanche :** ce sont les cas irréductibles, incoercibles ou trop âgées. Entre 4 et 10 ans, il a fait 13 réductions sanglantes. Mais souvent le cotyle est petit, à toit fuyant, et les hanches se subluxent par la suite.

Après 10 ans, il ne faut pas chercher à réduire, mais faire l'opération de reconstruction de la hanche avec creusement d'un néocotyle profond. M. Tavernier a exécuté cinq fois cette opération.

M. L. Michel **Les indications des ostéotomies dans les luxations congénitales de la hanche** consistent dans les troubles de la marche ou les douleurs dans les cas irréductibles.

La technique employée a été celle de la bifurcation typique.

Il montre cinq malades avec des résultats éloignés excellents, bien que la radiographie révèle des dispositions variables.

M. Pouzet. **Les réfections ostéoplastiques du toit du cotyle dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche.** — Diverses méthodes ont été employées dans le service. La tendance à placer l'appui trop haut a amené M. Nové-Josserand à décoller la capsule et le fibro-cartilage articulaire du plafond osseux et à combler l'hiatus par des greffes.

Dans les subluxations et les luxations antérieures, la butée osseuse donne des résultats fonctionnels parfaits.

Dans les hanches réduites avec subluxation secondaire, l'emploi de l'appareil de dérotation de L. Michel suffit pour les cas légers ; dans les cas plus graves, la réfection d'un plafond est indispensable.

La constitution d'une butée constitue aussi un complément dans les réductions sanglantes

M. Tavernier. **Les transplantations musculaires dans le genou paralytique.** — Cinq observations. La transplantation du tenseur du fascia lata ne demande pas de rééducation. Celle des fléchisseurs demande une rééducation très longue. Il vaut mieux pratiquer la transplantation totale des muscles postérieurs que celle du biceps seul qui expose à la luxation de la rotule en dehors.

Bien que l'extension soit très limitée, le résultat fonctionnel est bon.

M. Tavernier montre le bon résultat obtenu dans la **flexion du gros orteil chez les poliomyélitiques** par la fixation du tendon fléchisseur à la première phalange.

M. Tavernier. **Traitement du récurvatum du genou dans la poliomyélite par une butée tibiale antérieure.**

M. Tixier. **Fracture des extrémités du plateau tibial** (4 observations). — Ces fractures soit en cupule par tassement, soit avec détachement d'un coin, donnent un genou très instable par dénivellation du plateau tibial. Dans ces cas, il faut soulever le fragment et combler l'hiatus par des greffes. Il est bon de faire une arthrotomie qui permet de vérifier la reconstitution du plateau ainsi que l'état de ligaments croisés et des ménisques.

MM. Bérard et Armanet. **Ostéosynthèse du rachis en dehors du mal de Pott.** — La méthode de Böhler est efficace pour réduire la fracture, mais, surtout à la région dorsale, on peut voir le tassement se reproduire ; aussi il y a avantage après la réduction à la fixer par une greffe osseuse. De même, dans les cas de fractures ou subluxations vertébrales vus tardivement et où la réduction n'est plus possible, la greffe donne d'excellents résultats (3 malades).

M. Rendu. **La désinsertion de l'aponévrose plantaire dans le pied creux essentiel,** selon la technique de M. Nové-Josserand, donne d'excellents résultats à condition de la

pratiquer à temps, avant la production des déformations osseuses.

M. SANTY montre les **résultats éloignés de l'ostéosynthèse dans 40 maux de Pott.** — Il y a eu dans les suites 6 décès (2 méningites, 2 cachexies par fistules, 1 maladie d'Addison, 1 lésion pulmonaire), 2 cas ont fait un deuxième foyer, 18 résultats excellents, 7 bons, 2 médiocres ; les autres ont été perdus de vue.

M. WERTHEIMER. **Opérations portant sur le système nerveux dans la maladie de Little** (3 malades). — Il rejette la radicotomie postérieure choquante et illogique. Le stöffel ou plutôt la suppression de certains filets nerveux est indiquée (obturateur, nerfs des ischio-jambiers). Les ramisections et gangliectomies du grand sympathique donnent une amélioration certaine.

M. TAVERNIER. **Ostéosynthèse dans la scoliose.** — M. Tavernier ayant eu des rechutes après des ostéosynthèses avec greffe, préfère la méthode de Hibbs. Dans un cas, il a effectué la résection partielle d'une vertèbre cunéiforme dorsale. Cette tentative a été suivie de rechute. Le traitement opératoire reste un traitement d'exception.

*
* *

Remise de la médaille de M. Nové-Josserand. — Les élèves, amis et admirateurs du prof. Nové-Josserand avaient tenu à faire coïncider les journées orthopédiques avec la remise au professeur Nové-Josserand de la médaille qui lui était offerte au moment où il allait quitter la chaire de chirurgie orthopédique. Cette cérémonie a eu lieu dans la grande salle de conférence de l'Université, trop petite pour contenir tous ceux qui étaient venus pour remercier, applaudir, l'élève et le digne successeur d'Ollier.

Dans des allocutions pleines de sympathie et d'émotion, ont pris successivement la parole MM. LAROYENNE (Lyon), MOURIQUAND (Lyon), MAFFEI (Bruxelles), MOUCHET (Paris), EMSLIE (Londres), DI GAETANO (Naples), SAN RICART (Barcelone), DELCHEF (Bruxelles), NICOD (Lausanne), MATHIEU (Paris), LÉPINE (Lyon), et HERRIOT, qui présidait la séance.

*
* *

Le premier soir, le professeur et Mme Nové-Josserand recevaient leurs invités dans un de ces restaurants de Lyon qui lui constituent une réputation chez les gourmets, une soirée artistique très réussie suivait le dîner. Le deuxième soir, des cars ont emmené les congressistes pour le banquet de clôture du Congrès, dans le site du col de la Luers, d'où l'on découvre la haute vallée du Rhône avec, comme toile de fond, la chaîne du Mont Blanc.

M. LANCE.

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (antigénothérapie), par L. NÈGRE et A. BOQUET, chefs de service à l'Institut Pasteur. Préface du professeur CALMETTE. Un volume de 236 pages, avec 15 figures. (Bibliothèque de Phtisiologie). — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

La durée de la grossesse et ses anomalies, par Henri VIGNES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Un volume de 98 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : N° 61). — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1934)

Les ondes courtes et les venins. — M. BOUVIER communique un travail de Mme PHISALIX et M. F. PASTEUR sur l'action des ondes courtes sur le venin de la vipère aspic. Ces ondes ont pour premier effet de détruire les substances frénatrices contenues dans le venin, et par conséquent de rendre celui-ci plus toxique. Dans la suite, la neurotoxine est atténuée et la toxicité du venin diminuée.

Le calcium de l'organisme. — M. Pierre VIALA communique une note de Mlle MICHAUX sur les teneurs en calcium des poumons et des reins chez les cobayes normaux, inanitiés ou atteints de scorbut aigu ou chronique et sur certains troubles vésicaux observés chez les carencés.

Concentration des toxines. — MM. SALIMBENI et LOISEAU, dans une note présentée par M. MESNIL, indiquent un procédé de concentration de la toxine et de l'anatoxine diphtériques au moyen de la congélation.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1934)

Action des ondes courtes sur le cœur isolé. — MM. Ch. LAUBRY, J. TOURNIER, J. WALSER et L. DEGLAUDE ont expérimenté sur le cœur isolé l'action des ondes de 20 mètres qui leur avaient donné des résultats intéressants dans le traitement de l'angine de poitrine. Ils n'ont observé, dans ces conditions, aucune modification du fonctionnement cardiaque. Ayant poursuivi les mêmes expériences en se servant d'ondes de 3 mètres fournies par un appareil spécialement construit par eux, ils ont obtenu des effets constants portant sur l'amplitude des battements cardiaques, sur le rythme et sur le débit coronarien.

Ces faits leur permettent d'avancer que les éléments constitutifs du myocarde, muets vis-à-vis des ondes courtes habituellement employées dans la pratique, sont influencés par des ondes nettement plus courtes.

Les auteurs ont ainsi mis en évidence le rôle important joué dans les réactions cardiaques par les phénomènes de résonance ou d'induction.

A propos des accidents aigus provoqués par l'insolation. — M. Maurice D'HALLUIN (de Lille) (Note présentée par M. ZIMMERN). La mort des rongeurs exposés au soleil est due à une action thermique. Les radiations du spectre visible transportent à elles seules assez d'énergie pour que leur transformation en chaleur détermine des accidents mortels, en particulier quand la capacité d'absorption de l'organisme est augmentée par des substances photosensibilisantes. Ces considérations expliquent la pathogénie de l'insolation et sont importantes à retenir dans la pratique de l'héliothérapie.

Action curative du sérum antistreptococcique de Vincent dans un nouveau cas de septicémie à streptocoques. — M. SOLLIER.

Existence dans l'encéphale des rats de Saïgon d'un virus rappelant le virus du typhus exanthématique. — MM. MESNARD et DELBOVE.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16e. Seine.

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 20 juin 1934)

Ostéosynthèse chez l'enfant. — M. Ombrédanne, par une série de projections, démontre les très mauvais résultats de l'ostéosynthèse à matériel perdu chez l'enfant. Il est résolument partisan de l'ostéosynthèse temporaire par fixateur externe.

Abcès du cerveau. — M. Férey, chez deux malades, a pratiqué après l'intervention l'aspiration à travers le drain. Guérison.

Fractures supra-condyliennes de l'humérus. — M. Leveuf, dans les fractures irréductibles, pratique une réduction sanglante avec enchevillement osseux et obtient de bons résultats rapprochés.

M. Sorrel rappelle que Broca a abandonné les interventions sur le coude qui donnent de bons résultats immédiats, mais souvent de mauvais résultats éloignés.

M. Bréchot remarque que ces opérations ne sont possibles que chez le grand enfant.

M. Mouchet préfère aussi la voie latérale menant derrière le long supinateur pour éviter la rétractilité de la cicatrice, et la contusion du nerf radial.

Perforations utérines au cours du curettage. — M. Picot résume la discussion en cours, rappelle tous les accidents possibles après perforation utérine, signale les raisons d'intervenir, cette question pouvant cependant être discutée pour certaines perforations survenant lors d'un curettage aseptique pratiqué par le chirurgien lui-même.

Fistule biliaire après gastrectomie. — M. Okinczyc rapporte ce travail de MM. Francke et Falcoianu. C'est au cours des résections d'ulcères performants de l'estomac et du duodénum que la lésion du cholédoque peut se produire. L'écoulement de bile n'est pas toujours immédiat. Guérison de la fistule par cholécysto-jejunostomie.

Ictère par rétention. — M. Okinczyc rapporte ce travail de M. Goinard : cet auteur a observé un ictère chronique par rétention, sans obstacle sur la voie biliaire, et qui guérit par cholécystostomie.

Présentation de radiographies :

M. Pierre Duval présente les radiographies d'une ostéite kystique de toute la diaphyse tibiale, avec examen histologique de Lecène. Résection diaphysaire. Greffe d'un péroné sain. Quatre ans plus tard, la greffe présente les signes d'une ostéite kystique. Celle-ci doit donc être considérée dans ce cas comme une maladie locale.

Présentation de pièces :

M. Cunéo présente la pièce et les radiographies d'une curieuse tumeur osseuse.

(séance du 27 juin 1934)

Contusion herniaire. — M. Huet rapporte une observation exceptionnelle de contusion grave d'une élytrocèle. Il s'agissait d'une malade opérée quelques années plus tôt, et à qui il avait été fait une hystéropexie isthmique. On trouve à l'intervention une rupture du côlon pelvien. Mort.

Lobectomie pour bronchectasie et abcès bronchectisant. — M. R. Monod montre l'intérêt de la lobectomie en un temps par la méthode de Lilienthal. Il en dit aussi les difficultés :

Difficulté d'hémostase du pédicule pulmonaire ;

Danger de pleurésie, de médiastinite, d'emphysème sous-cutané ou médiastinal, que l'on peut éviter par un enfouissement très minutieux du moignon bronchique ;

Difficulté d'assurer la stabilisation du médiastin.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'anesthésie sous pression.

Il a pratiqué 4 lobectomies avec deux morts : l'une de choc, l'autre vraisemblablement par œdème médiastinal et deux guérisons complètes.

En résumé, si la technique de l'intervention est aujourd'hui bien réglée, les indications opératoires sont difficiles à bien poser et d'elles découlent les résultats.

M. M. Maurer rapporte des points de détail de la technique de Roberts, et insiste en particulier sur la nécessité d'une très grande incision partant de la ligne des apophyses épineuses et suivant le septième espace jusqu'à la ligne axillaire antérieure avec section des 7e et 8e côtes.

Il faut aussi pratiquer des ligatures multiples et étagées du pédicule, puis drainer et aspirer dans le 9e espace pour permettre l'expansion du poumon restant, après fermeture hermétique de la plèvre par le procédé de l'auteur.

Méningo-encéphalite streptococcique guérie. — M. Chevassu rapporte cette intéressante observation de M. Ribollet (armée), qui guérit son malade, grâce au sérum de Vincent, à des doses de 40 cc. par jour, combiné à l'intervention chirurgicale.

M. Métivet a guéri une septicémie par le même sérum de Vincent.

M. Soupault a deux succès à son actif.

M. Basset a guéri un cas de méningo-encéphalite, grâce au sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur.

M. Moure également.

Présentation de malades.

M. Braine présente un malade guéri de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires, et traité par cholédocotomie et kystotomie combinées.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Quatrième liste. (Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 55, p. 994 ; n° 58, p. 1063, n° 59, p. 1066.)

M. Georges Basch, médecin des hôpitaux, 167, boulevard Malesherbes (17e) sera à Paris jusqu'au 1er septembre ; M. P. Jourdy (ophtalmologie), 31, rue Bayen, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. Félix Rose, 1, boul. Voltaire, sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. Roger Rossano (ophtalmologie), 113, rue de la Tour (16e), sera à Paris jusqu'au 15 août et après le 4 septembre ; M. Pierre Lejeune (gynécologie et obstétrique), 44, avenue de Suffren, sera à Paris pendant toutes les vacances ; M. M. Gandy (chirurgien), 142, rue de Courcelles (17e), sera à Paris en août et septembre ; M. M. Gaucher, 36, avenue de La Bourdonnais (7e), sera à Paris jusqu'au 10 septembre.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE — PILULES

Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.

CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = **CHLORAMINE FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - **6, Rue Abel, PARIS** - Aucune contrindication

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Échant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer

Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & C^ie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — S^t-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION

et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE, HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas. Toutes Pharmacies.* — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service Al.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — MERCREDI 1er AOUT 1934. — N° 61.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'influence du ganglion aortico-rénal sur la fonction du rein chez l'animal. Etude expérimentale, par MM. R. Fontaine, R. Bauer et J. Kunlin.

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE DU RHUMATISME CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ. (Compte rendu. Fin.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de neurologie. — Société de médecine militaire française.

NOTES POUR L'INTERNAT

Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (Cinquième liste. V. p. 1098.)

DEUIL NATIONAL : *Le Maréchal Lyautey.*

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Liste des prix à décerner en 1934 (bourses de fondations, bourses de doctorat, bourses municipales) :

J.-A. Sicard, 25.000 francs. — Une ou deux bourses dans le but de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publication, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Indiquer de la façon la plus précise, les recherches ou missions poursuivies, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires. — 15 octobre 1934.

Bernheim, 650 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiants français, russes ou polonais). — 15 octobre 1934.

Segond, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves, qui préparent le concours d'adjuvat ou ont obtenu le titre d'aide d'anatomie. — 15 octobre 1934.

Déroulède, 1.000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer. — 15 octobre 1934.

Monthyon, 2.500 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1933. — 15 octobre 1934.

Girard, 3.000 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptible d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses. — 15 octobre 1934.

Saintour, 6.000 francs. — Le sujet désigné par la Faculté, pour l'année 1934, est le suivant : « Cycle de la vitamine C ».

Les mémoires doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté, jusqu'au 15 octobre 1934, dernier délai, sans désignation d'auteur.

Chaque mémoire devra porter une épigraphe ou devise apparente qui sera rappelée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. — 15 octobre 1934.

Barbier, 3.300 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. — 15 octobre 1934.

Chateauvillard, 2.500 francs. — Prix au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé au cours de l'année précédente (les thèses et dissertations inaugurales sont admises). — 31 janvier 1935.

Jeunesse, 2.500 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène. — 15 octobre 1934.

Leri, 1.500 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations, publié au cours de l'année 1933. — 15 octobre 1934.

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

Prix Behier, 4.000 francs. — Prix biennal à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie médicale. — 15 octobre 1934.

Rigout, 1.000 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou de bactériologie. — 15 octobre 1934.

Desmazes, 1.800 fr. — Récompense du meilleur traité sur l'influenza. — 15 octobre 1934.

Lannelongue, 500 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne. — 15 octobre 1934.

De Rothschild, 2.500 fr. — Bourses à deux étudiants, de préférence israélites. — 15 octobre 1934.

Carville, 1.000 fr. — Deux bourses au profit de deux étudiants français, laborieux et peu fortunés. — 15 octobre 1934.

Demarle, 780 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant. — 15 octobre 1934.

De Tremont, 2.000 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Veret, 500 fr. — Prix annuel à un étudiant méritant et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Hervieux, 3.500 fr. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Dieulafoy, 7.000 fr. — Bourses à trois étudiants français méritants, sans fortune ou peu fortunés. — 15 octobre 1934.

Serge-Henri Salle, 200 fr. — Achat d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de la Charité. — 15 octobre 1934.

Seligmann, 10.000 fr. — Bourse destinée à soigner un externe des hôpitaux de 3e année ou un interne des hôpitaux de Paris atteint de tuberculose débutante.

Legs Marjolin. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude et ayant recueilli avec soin les observations dans leur service (joindre à la demande les certificats des chefs de service). — 15 octobre 1934.

Faucher. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examens pour deux étudiants français et deux étudiants polonais. — 15 octobre 1934.

Legs Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants et sans fortune. — 15 octobre 1934.

Les demandes établies sur papier timbré à 4 fr. (sauf pour les Pupilles de la nation) et accompagnées, soit d'un état de situation de fortune, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, devront parvenir à M. le doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

(*à suivre.*)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — M. Georges Abt, directeur de l'Office international d'hygiène publique. (Au titre étranger.) M. le docteur Davenport fils (Américain).

Au grade de chevalier. — MM. Cassar (de Tunis), Diacono (de Sousse), Haïm Peretz (du Caire).

(Au titre étranger) M. le docteur Cruceanu (Roumain).

MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Roques, médecin sanitaire maritime.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Got, reçu quatrième au concours de médecin des Asiles de 1934, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), en remplacement de M. le docteur Burckard, appelé à un autre poste.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

— Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) est vacant par suite du départ de M. le docteur Mouchette, appelé à un autre poste.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Fisch (de Paris).

DEUIL NATIONAL

La maréchal Lyautey n'est plus. Aux hommages de respect et d'admiration qui s'adressent de toutes parts à sa mémoire ne manquera pas celui des médecins.

Lyautey, le plus grand des colonisateurs, l'homme au regard clair et aux vues larges, a su merveilleusement utiliser les « toubibs ». A Madagascar, au Maroc, il a réalisé la pénétration pacifique avec l'aide de nos confrères. Au cours de l'organisation de l'empire chérifien, il a fait la plus large part aux services d'hygiène et de prophylaxie. L'estime qu'il portait à ses collaborateurs médicaux, il l'a montrée bien des fois. Il en a donné de nouvelles preuves au cours des réunions médicales marocaines, au cours des journées médicales belges, qu'il accepta de présider naguère, au cours enfin des journées médicales coloniales de Vincennes, dont il suivit les travaux avec sollicitude.

Avec une profonde gratitude, tous ceux qui admirent l'œuvre médicale grandiose de Lyautey s'inclinent devant sa mémoire.

F. L. S.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Cinquième liste. (Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 55, p. 994 ; n° 58, p. 1063 ; n° 59, p. 1066 ; n° 60, p. 1094.)

M. G. Rémy-Néris (R. R. L.), 2, avenue Hoche, sera à Paris à partir du 20 août ; M. Maurice Sureau (gynécologie obstétrique), 11, rue Portalis (8e) sera à Paris pendant tout l'été ; M. Marc Iselin (chirurgie), 71, avenue Marceau (16e), sera présent à Paris en août et septembre ; M. Paul Guéniot (accoucheur des hôpitaux), 203 *bis*, boul. Saint-Germain, sera à Paris jusqu'au 20 août ; M. Georges Basch (médecin des hôpitaux), 167, boul. Malesherbes (17e), sera à Paris jusqu'au 1er septembre ; M. Lucien Girard (analyses biologiques), 100, rue de l'Université (7e), sera à Paris jusqu'au 11 août et à partir du 17 septembre ; M. Maurice Lamy (médecin des hôpitaux), 7, rue Davioud, sera à Paris en août et septembre ; M. Antoine Basset, professeur agrégé, chirurgien, 153, boul. Haussmann, sera à Paris jusqu'au 31 juillet et à partir du 4 septembre ; M. J. Comby (pédiâtrie), 195, faub. Saint-Honoré (8e), sera à Paris jusqu'au 25 août ; Mlle Dreyfus-Sée (pédiâtrie), 12, avenue Pierre-Ier-de-Serbie (16e), sera à Paris en août ; M. E. Hautefeuille (phtisiologie), 51, av. de Suffren (7e), ne s'absente pas ; M. Pierre Duhail, chirurgien, 3, square de la Tour-Maubourg (7e), sera à Paris jusqu'au 15 août et à partir du 15 septembre.

RENSEIGNEMENTS

VILLE IMPORT. MIDI. A céder poste intéress. médecine, belle client. en pleine progr. Conv. à ex-chef de clin. ou ex-int. Paris, Lyon ou ville de Fac. — Ecr. au bur. du Journal.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

VACCINATION EN PROFONDEUR

BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE PAR LE PROPIDON

Bouillon stock-vaccin du Pr P. Delbet

PROPIDON

PANSEMENT

Étui contenant 1 ampoule de Propidon de 5 cc., 1 compresse et 1 coton stériles

VACCINATION EN SURFACE

PROPIDEX

Pommade à base de Propidon

DANS TOUS LES CAS DE :

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ • MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
INFECTION CUTANÉE À PYOGÈNES • CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8e

traitement bromuré, intensif, dissimulé.

sédobrol "roche"

tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS

Travail de la Clinique chirurgicale A de Strasbourg.
(Professeur : M. LERICHE.)

L'INFLUENCE DU GANGLION AORTICO-RÉNAL SUR LA FONCTION DU REIN CHEZ L'ANIMAL
ÉTUDE EXPÉRIMENTALE

Par MM. R. FONTAINE, R. BAUER et J. KUNLIN.

Situé dans l'angle inférieur que forme l'artère rénale avec l'aorte, généralement plus développé à gauche qu'à droite, le ganglion aortico-rénal constitue, avec les ganglions sémilunaires et mésentériques supérieurs, le vaste plexus solaire.

Du ganglion aortico-rénal partent de nombreuses fibres qui, accompagnant l'artère rénale et ses branches de division, forment la majeure partie du plexus rénal, lequel préside à l'innervation de cet organe.

L'influence qu'exerce sur le rein le plexus rénal périphérique a souvent été étudiée du point de vue expérimental et physiologique, et en France notamment par MM. Ambard et Papin. Par contre, on ignore tout du rôle que joue le ganglion aortico-rénal, centre pourtant important et qui semble assurer, si nous en croyons certaines de nos recherches, en grande partie l'innervation sensitive du rein.

Si cela est, en chirurgie, l'ablation de ce ganglion devient indiquée dans un grand nombre de syndromes douloureux d'origine rénale. Mais auparavant, il importe de savoir si cette ablation est permise. C'est là le but de cette note.

Pour aborder ce problème, nous avons, après quelques tentatives infructueuses, procédé comme suit :

Sur 4 chiens, nous avons, dans un premier temps, extirpé un rein. Après guérison opératoire, la valeur fonctionnelle du rein restant fut déterminée par les méthodes d'exploration actuellement en usage en urologie. Après évacuation de la vessie, une injection intraveineuse de phénolsulfonephtaléine (P.S.P.) fut faite ; les urines furent recueillies au bout de 70 minutes, par cathétérisme vésical. Dans les urines ainsi obtenues, nous avons recherché :

1° Le taux du colorant éliminé, et
2° La concentration en urée (C.U.) (1).

La valeur fonctionnelle du rein une fois établie, nous avons procédé à l'ablation du ganglion aortico-rénal par laparotomie latérale. Le rein découvert, les nerfs qui entourent l'artère rénale furent suivis jusqu'au ganglion aortico-rénal, que nous avons régulièrement trouvé à la jonction de l'aorte et de l'artère rénale. Après l'opération, les mêmes épreuves fonctionnelles furent répétées à des intervalles variables.

Voici le détail de nos expériences :

EXPÉRIENCE N° 1. — *Chien* N° 642 : femelle, pesant 14 kilogs.

Le 31 août 1933, sous anesthésie à l'éther, néphrectomie gauche.

Le 26 septembre 1933, ablation, par incision latérale droite, d'un ganglion aortico-rénal, nettement individualisé sous la forme d'un amas ganglionnaire du volume d'une grosse tête d'épingle.

1) *Quantité d'urines par 24 heures :*

8- 9-33	375 grammes
9- 9-33	810 —
10- 9-33	720 —
19- 9-33	600 —
20- 9-33	375 —
26- 9-33	Opération
29- 9-33	250 grammes
30- 9-33	350 —
2-10-33	450 —
3-10-33	580 —
6-10-33	600 —

2) *Epreuves fonctionnelles :*

Date.	Quantité.	P. S. P.	C. U.
20- 9-33	12cm3	60 %	6g
28- 9-33	13	60	8
4-10-33	13	60	16
10-10-33	15	60	12
17-10-33	25	55	27
24-11-33	53	65	33
12-12-33	60	70	23

EXPÉRIENCE N° 2. — *Chien* N° 644 : femelle, 5,600 kgs.

Le 6 septembre 1933, néphrectomie droite.

Le 28 septembre 1933, ablation du ganglion aortico-rénal gauche. Le ganglion est plaqué contre l'aorte ; il est très nettement isolable. L'opération et les suites se passent sans incidents.

Influence sur la sécrétion d'urines :

Date.	Quantité totale par 24 h.
13- 9-33	270 grammes
14- 9-33	255 —
15- 9-33	175 —
16- 9-33	195 —
20- 9-33	200 —
28- 9-33	Opération
2-10-33	250 grammes
3-10-33	300 —

Epreuves fonctionnelles sur 70 minutes :

Date.	Quantité.	P. S. P.	C. U.
24- 9-33	3cm35	65 %	17g
28- 9-33	Opération		
30- 9-33	30	65	17
17-10-33	13	75	40

Le 13 septembre 1933, l'animal meurt sans cause apparente. Le rein prélevé a été injecté au minium ; sa vascularisation est normale.

EXPÉRIENCE N° 3. — *Chien* N° 645 : femelle de 24 kgs.

Le 7 septembre 1933, néphrectomie droite.

Le 2 octobre 1933, ablation du ganglion aortico-rénal gauche. On note d'assez gros filets nerveux sur la face antérieure de l'artère rénale ; ils conduisent directement sur le ganglion aortico-rénal qui est totalement extirpé.

Epreuves fonctionnelles :

Date.	Quantité.	P. S. P.	C. U.
21- 9-33	24cm3	60 %	11g
2-10-33	Opération		
3-10-33	12cm35	30	18,5
10-10-33	42	45	13
17-10-33	22	50	33
23-11-33	87	65	32
12-12-33	118	65	16

(1) Le cathétérisme vésical est difficile chez le chien mâle, mais toujours possible avec quelque habitude. Chez la femelle, il est facile, à condition de préparer les animaux par une incision de la vulve vers le périnée.

Expérience N° 4. — *Chien* N° 647 : femelle, 6,500 kgs. Le 13 septembre 1933, néphrectomie gauche, sous anesthésie à l'éther.

Après guérison opératoire, on procède le 6 octobre 1933 à l'*extirpation du ganglion aortico-rénal droit*. On trouve ce ganglion profondément caché entre la veine cave et l'aorte contre l'origine de l'artère rénale. Extirpation complète. Guérison per primam.

Epreuves fonctionnelles :

Date.	Quantité.	P. S. P.	C. U.
21- 9-33	3g5	65 %	9g
6-10-33	Opération		
10-10-33	12	70	12
17-10-33	5g5	70	38
23-10-33	5	75	14

Ces recherches montrent :

1° L'ablation du ganglion aortico-rénal est bien tolérée. Nos animaux, quoique néphrectomisés du côté opposé, sont restés en parfaite santé. Deux d'entre eux survivent 8 mois après l'opération et se trouvent toujours en excellent état.

2° En ce qui concerne l'influence de cette extirpation ganglionnaire sur la sécrétion rénale, il nous a semblé que dans les tout premiers jours qui suivent l'intervention, elle était diminuée, mais très rapidement la quantité d'urines émises en 24 heures revient à son chiffre normal.

3° Les épreuves fonctionnelles, faites avant et après l'intervention, montrent :

a) *La quantité d'urines*, émises dans les 70 minutes que dure cette exploration, augmente après l'opération ;

b) *Le taux d'élimination de la phénolsulfonephtaléine* ne varie guère. Dans l'expérience n° 3, nous avons noté une diminution temporaire dans les quelques jours qui ont suivi l'opération, mais deux mois et quatre mois plus tard, nous trouvons pour la P.S.P. un chiffre normal légèrement supérieur au chiffre initial ;

c) *Le taux de concentration en urée* a toujours été trouvé augmenté après l'opération.

En résumé, après néphrectomie, l'ablation du ganglion aortico-rénal améliore plutôt la fonction du rein restant ; en tout cas, même à distance, elle n'a aucune influence fâcheuse sur la valeur fonctionnelle de cet organe. C'est avant tout ce qu'il nous importait d'établir.

Au service de la santé publique, par Paul Garnal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Préface de M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique. Prix de l'ouvrage en souscription : 25 francs. — Adresser les souscriptions Librairie Vigot frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La tuberculose vertébrale vue aux rayons X, par Jacques Stéphani (de Montana), privat-docent de l'Université de Genève, et Gustave Turini, directeur du service médical du sanatorium « Lumière et Vie », à Montana, chirurgien de l'hôpital de Sierre. 1 vol. in-8° de 60 pages avec 39 figures, dont 16 hors texte. — Prix : 24 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CONFÉRENCE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE DU RHUMATISME

CHRONIQUE PROGRESSIF GÉNÉRALISÉ

Aix-les-Bains, 28 juin-1er juillet 1934 (1).

Traitement chirurgical du rhumatisme chronique. — M. R. Leriche. Il faut d'abord éliminer de la question tous les traitements chirurgicaux qui ne visent pas à arrêter la maladie, et qui ont simplement pour objectif la sédation de la douleur, ou un but orthopédique.

L'auteur examine à ce point de vue le traitement des mono-arthrites déformantes, des ankyloses rhumatismales, vicieuses ou non, et finalement, il aborde le problème du traitement chirurgical de la polyarthrite déformante progressive, c'est-à-dire d'un traitement qui, s'il était employé à temps, préviendrait l'apparition des contractures, des douleurs, des déformations. A l'heure actuelle, ce traitement n'existe pas. Les essais tentés ne se sont adressés qu'à des formes très avancées de la maladie, à un stade où aucune thérapeutique pathogénique n'est plus possible.

L'auteur cherche donc à examiner la manière de poser le problème. Il pense qu'il est nécessaire, pour aboutir, de considérer *la polyarthrite non pas comme une maladie d'organe, mais comme une maladie de tissu*. Pour lui, *une articulation n'est pas au point de vue pathologique un organe, mais un arrangement de tissu conjonctif en divers états métamorphiques*. L'essentiel est de voir les possibilités évolutives de ces divers éléments conjonctifs : il y a quatre types conjonctifs à examiner.

1° *Le cartilage*, nourri par imbibition, n'ayant pas de vaisseaux, n'a pas de réaction pathologique propre. Il est peu actif physiologiquement, et n'intervient, à coup sûr, que secondairement dans la polyarthrite.

2° *La synoviale* n'est que du tissu conjonctif en deux couches, dont l'externe seule est vascularisée. Quand celle-ci est hyperhémiée, il s'y fait des poussées de croissance qui refoulant la couche interne pseudo-endothéliale, se développent du côté de la cavité articulaire. D'où les *synovites villeuses* ou non, dont l'œdème crée *l'hydarthrose*. Dans ce tissu œdémateux, il peut se faire des ossifications et des chondrifications, s'il y a de l'os en raréfaction au voisinage. A propos de ces ossifications, l'auteur examine la *question de l'ostéogenèse*, et rapporte des expériences inédites, montrant que l'ossification est un phénomène humoral, et non pas un phénomène cellulaire. L'étude des réactions de la synoviale conduit à cette conclusion, que par le mécanisme de l'hyperhémie, la *synoviale peut réaliser la plus grande partie des lésions de l'arthrite déformante*.

3° *Les ligaments*, par eux-mêmes, n'ont pas de réaction pathologique intéressante. Mais ils sont doublés d'importantes formations nerveuses qui, physiologiquement, mettent les articulations en diverses positions, en synergie avec les muscles. A l'état pathologique, les ligaments, à *cause de leur état de porte-nerfs*, jouent donc un grand rôle, mais d'ordre secondaire.

4° *L'os*. Pour l'auteur, le phénomène essentiel de la vie osseuse normale et pathologique, est l'*ostéolyse*, parce que l'ostéolyse est la condition nécessaire de toutes les ossifications.

L'auteur étudie les agents physiologiques de l'ostéolyse. Il y en a deux, *l'hormone parathyroïdienne*, et *l'hy-*

---

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 57, p. 1033.

perhémie active. L'auteur étudie en détail l'ostéolyse physiologique d'origine parathyroïdienne, et montre ce que l'on peut obtenir expérimentalement, en injectant de la parathormone. Il en résulte que des états parathyroïdiens, *inapparents et temporaires*, peuvent produire des ostéolyses, dont des ossifications définitives seront le seul témoin. Il se demande si, dans ces conditions, les parathyroïdes n'interviennent pas souvent dans le mécanisme de réalisation de la polyarthrite déformante.

De même, l'hyperhémie, en produisant l'ostéolyse suivie d'ostéogenèse, peut parfaitement inaugurer le début de la maladie polyarticulaire.

Dans une dernière partie, l'auteur étudie le *rôle pathologique des foyers de nécrose osseuse* qui, au niveau des épiphyses, peuvent produire des ossifications et des chondrifications dans la capsule.

Il rapporte des faits expérimentaux qui le montrent.

En définitive, la polyarthrite progressive paraît ne pouvoir se réaliser que de trois façons :

1° *Par l'intermédiaire des troubles vasomoteurs*, agissant sur la synoviale, pour y produire la synovite proliférante et l'hydarthrose, et sur l'os épiphysaire, en y provoquant de l'ostéolyse qui conduit à des ostéogenèses anormales.

2° *Par le moyen d'un déséquilibre calcique*, d'origine parathyroïdienne, temporaire ou permanent, très probablement temporaire. Il en résulte des raréfactions osseuses, conduisant à des ossifications anarchiques, alors que le processus parathyroïdien a depuis longtemps disparu.

3° *Par le moyen de nécroses épiphysaires focales*, dont l'ostéolyse lente produit des chondrifications et des ossifications dans la capsule et les ligaments.

Cette analyse de physiologie pathologique justifie les tentatives faites avec les sympathectomies, les parathyroïdectomies, les arthroplasties et les forages.

L'auteur examine :

1° Les *parathyroïdectomies*, qui donnent de très brillants résultats, mais qui ne sont que rarement stables dans l'état actuel de nos connaissances. Il y a lieu de chercher pourquoi le résultat ne tient pas, et quels sont les mécanismes de la récidive. Il est possible qu'il faille faire des interventions parathyroïdiennes de type différent, ou en combinaison avec des actions sympathiques. En tout cas, d'après son expérience, l'auteur n'est pas d'avis de les abandonner, bien loin de là.

2° Les *opérations sympathiques* tantôt échouent complètement, tantôt donnent de très bons résultats. L'auteur en rapporte un exemple très frappant, suivi pendant quatre ans et demi. Il pense que là encore, il faut persévérer, en analysant le mieux possible les causes des échecs.

3° *L'arthroplastie*, qui lui a donné dans certains cas de beaux résultats. Il en cite un, suivi pendant onze ans, un autre de dix-huit ans, et un de quatre ans. Il pense que la *suppression des ligaments péri-articulaires* est un des éléments de la valeur thérapeutique de l'arthroplastie, parce que, en les excisant, on fait *une large neurectomie périphérique*.

4° *Le forage de Duvernay*, peut-être en supprimant des foyers d'os mort, à coup sûr, en provoquant une mutation calcique locale, suivie d'ostéogenèse, donne dans beaucoup de cas des résultats encourageants. L'étude de cette méthode doit être poursuivie.

Traitement orthopédique des grands rhumatismes déformants. — M. le professeur Paul Mathieu et M. le docteur Robert Ducroquet (de Pau). Les grands rhumatismes déformants aboutissent assez souvent à de véritables infirmités qui nécessitent l'intervention du chirurgien orthopédiste : ankyloses partielles ou totales, limitations de mouvement, raideurs, déformations, attitudes vicieuses.

Localisés aux genoux qu'ils fixent en flexion ou aux hanches qu'ils immobilisent en demi-flexion, ces accidents articulaires interdisent aux malades de se tenir debout, de marcher ou même de s'asseoir.

Aux membres supérieurs, ils rendent impossible tout acte de préhension, du fait de l'ankylose du poignet ou des doigts en extension. La mastication elle-même est condamnée chez certains sujets.

Les lésions anatomiques varient suivant les cas et suivant le stade de l'affection. Aussi, les traitements qu'il convient d'instituer diffèrent-ils assez notablement.

Pour les articulations qui ont conservé une mobilité assez grande, il suffit de leur imposer des mouvements passifs d'une amplitude progressive. On récupère ainsi un jeu normal, et l'emploi d'appareils à redressement progressif complète le traitement, assure le gain obtenu.

Mais, que l'on emploie les appareils plâtrés à chambre libre, les appareils à secteurs (en celluloïd) ou les appareils à traction élastique, il faut toujours s'appliquer à éviter les traumatismes, qui déterminent les réactions articulaires, lesquelles sont elles-mêmes suivies de nouvelles limitations de la mobilité. D'où importance de suivre une technique minutieuse dans les diverses étapes du redressement, technique qui varie d'ailleurs avec l'appareil employé.

Pour les articulations dont les mouvements présentent une limitation serrée, on les amènera à la position la plus favorable à l'utilisation du membre : extension pour le membre inférieur, flexion pour le membre supérieur. On agit ici par séances de redressement manuel suivies de la pose d'appareils plâtrés en une ou plusieurs séances. Ainsi traitées, certaines articulations s'avèrent capables de récupérer quelque mobilité. On oriente le traitement en conséquence. Sinon, on vise à établir l'ankylose en position favorable.

Pour les grandes ankyloses osseuses (exceptionnelles), il convient de recourir aux interventions chirurgicales proprement dites : ostéotomies, arthroplasties... afin d'obtenir le redressement d'attitudes vicieuses ou quelquefois la mobilisation des segments articulaires. Quant au traitement de convalescence, il varie selon qu'on se trouve en présence d'une ankylose serrée ou d'une articulation largement mobile : ici triomphent les appareils à verrou.

Tel est le traitement orthopédique des lésions constituées. Mais, si on s'y prend à temps, il est possible d'empêcher l'apparition même de ces lésions. Les positions et attitudes vicieuses, ankyloses, etc.., ne sont, en effet, que la fixation des attitudes que le malade adopte pendant ses crises, à cause du soulagement qu'elles lui apportent. Le médecin devra surveiller son malade et l'empêcher de prendre ces attitudes, bienfaisantes certes pour sa sensibilité, mais dangereuses pour l'avenir de ses fonctions. Mieux, il lui fera prendre des attitudes correctrices.

Les exercices de posture et les appareils de posture réalisent une véritable prophylaxie des grandes infirmités du rhumatisme chronique.

La part de l'infection dans les rhumatismes chroniques. — Sir William Willcox, K.C.I.E., C.B., C.M.G., M.D., F.R.C.P. (Londres), médecin chef du St Mary's Hospital (Londres). Nous éliminons de notre cadre le rhumatisme dû à des micro-organismes spécifiques, tels que le bacille tuberculeux, le bacille dysentérique, le gonocoque, etc...

Un grand nombre de cas de rhumatismes chroniques ont comme facteur étiologique un processus infectieux présent dans l'organisme, et cette infection joue un rôle important dans le déterminisme des lésions des articulations et des tissus fibreux. Dans la plupart des cas, une infection à streptocoques qui a pour point d'origine un ou plusieurs foyers

existant dans l'organisme, sert de facteur étiologique. Le streptocoque est généralement du type viridans, dans quelques cas il appartient au groupe hémolytique et dans d'autres cas au groupe indifférent.

Le foyer d'infection peut siéger dans les dents, les amygdales et le naso-pharynx, les intestins, l'appareil génito-urinaire, etc... Il est très commun de trouver des infections secondaires de l'intestin, conséquences de l'infection essaimée à partir d'un foyer primitif de la bouche ou du naso-pharynx.

Beaucoup de chercheurs ont prétendu avoir prouvé d'une façon péremptoire que le rhumatisme chronique relève d'une infection streptococcique ; mais il est désirable d'attendre de nouvelles recherches confirmatives.

Les auto-vaccins sont précieux : mais leur emploi exige un soin particulier, puisque le dosage adéquat varie avec les individus. Dans les cas de sensibilisation ou d'allergie, les vaccins doivent être évités, ou être utilisés avec les plus grandes précautions, à très petites doses.

Le traitement par les sérums antistreptococciques trouve son indication dans les cas aigus ou subaigus ; mais il vaut mieux l'éviter dans les cas chroniques.

La thérapeutique de shock protéinique est parfois suivie d'une amélioration temporaire, mais cette dernière est rarement permanente.

Chimiothérapie du rhumatisme chronique déformant progressif généralisé. — MM. le professeur F. Rathery et le docteur J. Lacapère (Paris). Les rapporteurs envisagent le rhumatisme chronique déformant progressif dans son sens le plus vaste.

Ils distinguent d'une part le terrain, et d'autre part, les agents de ce type de rhumatisme. Si le terrain est un, les causes sont multiples. Cette distinction servira de base à leur rapport.

I. *Médicaments susceptibles de modifier le terrain*

Un même agent produira chez certains sujets une arthrite simple, chez un autre du rhumatisme. Pour que le rhumatisme évolue, il faut que l'agent étiologique frappe un terrain prédisposé. Les rapporteurs conservent pour caractériser le terrain le vieux terme d'*arthritisme*, si combattu, et qui renferme cependant une idée exacte. Si nous sommes incapables, peut-être, de caractériser encore d'une façon complète l'état arthritique, il n'en constitue pas moins un « état diathésique », comme l'avaient fort bien vu les anciens cliniciens. L'arthritisme peut être actuellement défini « une attitude spéciale que présente, chez certains individus, le tissu conjonctif à réagir en présence de certaines excitations ». On peut schématiquement admettre, comme thérapeutique visant le terrain arthritique :

a) Les médications opposées aux manifestations morbides héréditaires : iode, arsenic, opothérapie ;

b) Les médications s'adressant aux manifestations d'un trouble physico-chimique : phosphore, soufre, alcalins, uricolytiques ;

c) Les médications des dysfonctionnements biologiques : anticolloïdoclasie, corps radio-actifs.

II. *Médications opérant sur l'agent causal*

Les rapporteurs étudient successivement : le rôle des traumatismes, des intoxications, des glandes endocrines, du système nerveux, et surtout des infections. Ils tentent à ce sujet de distinguer les formes toxiques et les formes infectieuses.

Au point de vue des infections, ils étudient les médications destinées à agir sur les infections générales, focales ou locales. Ils insistent surtout sur l'*aurothérapie*. Ils montrent les résultats remarquables de cette thérapeutique, qui n'est pas cependant sans danger, et doit être maniée avec une extrême prudence.

Le régime dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. Pierre-P. Ravault (de Lyon) et Jacques Graber-Duvernay (d'Aix-les-Bains). « Si l'on met à part quelques rares cas d'espèces, la diététique des R.C.P.G peut se ramener à une formule simpliste : pas de restrictions : alimentation abondante, large et variée.

« Cette ligne de conduite, en somme purement négative, n'est plus guère discutée aujourd'hui. »

Les auteurs tiennent à réagir contre les restrictions imposées quelquefois par des notione erronées « qui non seulement sont inefficaces à l'endroit du processus articulaire, mais encore influent défavorablement sur l'état général et les moyens de défense des rhumatisants ».

Indications diététiques générales. — Deux principes fondamentaux :

1° Ne pas imposer aux rhumatisants les restrictions du régime des goutteux ou des oxalémiques dans le domaine des albuminoïdes et surtout des nuclémies et des purines.

2° Donner une alimentation abondante, variée, équilibrée quantitativement et qualitativement. Le vin est recommandé. Les auteurs insistent sur une bonne hygiène alimentaire. Notons que certains auteurs anglais recommandent la réduction des hydrocarbones, en particulier du sucre, des sucreries et des féculents.

Indications spéciales. — L'apparition de poussées fébriles, les états anémiques, les intolérances alimentaires, les perturbations du métabolisme calcique, les associations morbides peuvent dicter des modifications.

Mais dans l'ensemble, il ne faut voir dans le régime qu'une arme de protection susceptible de conserver au malade le maximum de ses moyens de défense.

Communications.

MM. Rebattu et Proby (Lyon) : *Les relations entre le rhumatisme chronique et l'infection focale.* — Les relations entre l'infection focale, infection latente dont les dents et les amygdales sont les principaux foyers et le rhumatisme chronique sont certaines. Il s'agit simplement d'en déterminer les modalités et la règle proportionnelle. Expérimentalement la question est démontrée par les travaux de Loeffler qui reproduit l'arthrite chez le lapin par des injections intraveineuses de streptocoque isolé des amygdales.

Bactériologiquement, le même microbe est retrouvé dans les foyers infectieux amygdaliens, et les articulations rhumatismales. Billinos, Coleman et Hibbs démontrent que l'arthrite chronique déformante est d'origine infectieuse. Cliniquement, l'infection focale doit être incriminée dans le rhumatisme chronique, dans une proportion de 30 à 35 pour 100 d'après les statistiques américaines, de 60 à 70 p. 100 d'après les statistiques anglo-saxonnes. Les auteurs ont plutôt observé des manifestations aiguës ou subaiguës. La proportion existant entre les lésions infectieuses dentaires et amygdaliennes est d'après eux et les statistiques de Pamberton, Cecil et d'Archer : amygdales 45 à 50 p. 100. Dents : 50 à 55 p. 100. Cette statistique n'est vraie que pour l'âge moyen. Elle augmente en faveur de l'amygdale chez l'adolescent, pour décroître chez les vieillards qui ont plus fréquemment des lésions dentaires. Une opinion moyenne d'après les statistiques internationales paraît donner les chiffres suivants : amgydales 10 à 20 p. 100. Dents 72 p. 100. La forme clinique la plus fréquente paraît être l'arthrite chronique non déformante à sièges multiples, beaucoup plus que les localisations musculaires, sous-cutanées, ou nerveuses.

Le traitement doit être radical en enlevant les dents ou les amygdales malades d'une façon totale, notion thérapeutique de date plus récente que ne le feraient supposer les innombrables travaux qui ont été faits sur la question, et qui explique bien des insuccès.

MM. J. Forestier et F. Gerbay (Aix-les-Bains) : *L'étude en courbes de la sédimentation globulaire et de la floculation à la résorcine dans l'évolution et le traitement des polyarthrites évolutives.* — Résumant leur expérience de plus de 3.000 déterminations espacées sur une durée de 5 ans et sur plusieurs centaines de malades, les auteurs croient pouvoir formuler les conclusions suivantes :

L'étude en courbes de la sédimentation globulaire et de la floculation à la résorcine constitue le meilleur contrôle de l'évolution et de l'activité des traitements des polyarthrites évolutives.

Ces réactions sont constamment anormales pendant toute la durée de l'évolution de ces maladies, même en l'absence de toute poussée évolutive ; l'exception à cette règle est très rare.

Le retour à la normale de la sédimentation globulaire est nécessaire pour déclarer qu'une polyarthrite chronique évolutive est guérie.

Au cas de désaccord entre les deux réactions, les auteurs accordent plus de crédit à la sédimentation globulaire.

M. Terray (Aix-les-Bains) : *Chrysothérapie et cure thermale d'Aix-les-Bains.* — Dès 1834, le docteur Despine montrait la nécessité pour les médecins d'Aix-les-Bains de ne pas se contenter de la stricte pratique du thermalisme, mais d'associer suivant le cas à l'action des eaux tous les moyens thérapeutiques convenables pour obtenir plus rapidement la guérison des malades.

Deux médications associées présentent un grand intérêt particulier :

L'opothérapie chez certains petits hyperthyroïdiens douloureux ;

La chrysothérapie dans certaines formes de polyarthrites symétriques progressives : cette dernière médication ne s'oppose pas à l'action des eaux thermales, bien au contraire l'emploi des eaux thermales en facilite l'action et diminue considérablement les accidents d'intolérance.

MM. Weissenbach et Gilbert Dreyfus : *L'épreuve conjuguée des bains froid et chaud successifs, son application à l'exploration vasculaire de certains rhumatismes chroniques à localisation ou à prédominance distale.* — Les auteurs emploient une technique d'exploration vasculaire simple et facile à standardiser, qui consiste à apprécier les variations de la tension artérielle (par la méthode auscultopalpatoire), de l'indice oscillométrique et accessoirement de la tension veineuse sous l'influence d'un bain froid, de dix minutes à 6-8°, puis d'un bain chaud à 44-46° d'égale durée, donné immédiatement après.

Chez certains sujets présentant des nodosités d'Héberden, associées à de l'arthrite sèche des épaules et des genoux, ils ont enregistré des résultats très différents de ceux obtenus chez l'individu normal : notamment, une élévation paradoxale de la tension maxima auscultatoire sous l'influence du froid et du chaud, deux fois sur trois, une élévation de la minima après bain chaud et une élévation de l'indice oscillométrique après bain froid.

Chez les malades atteints de rhumatisme chronique progressif infectieux, les réactions se sont montrées à peu près identiques à celles du sujet sain.

Ces résultats demandent confirmation. Mais d'ores et déjà l'épreuve proposée par les auteurs apparaît pleine de promesses.

M. C. Rœderer (Paris) : *Difficultés de diagnostic entre le rhumatisme vertébral chronique et le mal de Pott.* — Le problème est devenu plus difficile depuis que l'on connaît les rhumatismes vertébraux localisés et les modifications de la statique vertébrale fréquente dans ces formes. Décalcification, destruction, médiocrité des constructions réactionnelles ne sont plus l'apanage de la tuberculose depuis que l'on sait aussi qu'il y a des ostéophytes dans le mal de Pott et que dans des formes rares, il est vrai, celui-ci peut s'accompagner d'opacité et non de décalcification.

Pour la région dorsale, la présence du fuseau juge la question. A la région lombaire et cervicale, elle est plus difficile à résoudre. Le laboratoire donne des indications sur l'imprégnation tuberculeuse, mais ne dit pas s'il y a lésion vertébrale et la radiographie ainsi que la clinique donnent souvent des témoignages bien indistincts.

D'autre part, la tuberculose ne réagit pas à la colonne vertébrale seulement sous la forme ulcéro-caséeuse, il semble exister une forme ostéophytique sans érosion et aussi une forme de rhumatisme à la Poncet, cliniquement assez peu tapageuse, mais donnant des images très identiques : faiblesse des contours, déminéralisation, engainement, « aspect sale » de la région.

La preuve de l'origine tuberculeuse est difficile à donner, mais ce sont en tout cas des rhumatismes vertébraux chez des tuberculeux.

M. Saidman (Aix-les-Bains) : *Les applications de la thermométrie cutanée au diagnostic des rhumatismes.* — L'exploration systématique de la température de la peau, au niveau des articulations, au moyen d'un thermomètre électrique, permet de déceler, en comparant des points symétriques, du côté malade et du côté sain, des différences qui passent habituellement inaperçues et qui sont utiles au diagnostic.

On examine un certain nombre de points, surtout du côté de l'extension de l'articulation, là où la synoviale est plus accessible.

1° Dans les rhumatismes du type arthrose (Coste-Forestier, Lacapère), la température est peu ou pas modifiée au niveau de l'articulation, mais on peut trouver des différences au niveau des masses musculaires ou des articulations voisines (ex. dans le genou, au cours des arthroses de la hanche).

2° Dans les formes « arthrites », on décèle des différences appréciables de température, qui s'atténuent à mesure que la lésion s'améliore.

3° Dans les névralgies on ne trouve généralement pas d'écarts thermiques, contrairement à ce qui se passe dans les névrites. L'auteur considère que le test thermique permet de faire le diagnostic dans les cas délicats.

M. Neligan (Droitwich) : *Le métabolisme du soufre dans la polyarthrite symétrique progressive.*

MM. Ramel et Chomé (Lausanne) : *Bacillémie tuberculeuse au cours des polyarthrites rhumatismales aiguës.*

M. Folliet (Aix-les-Bains) : *Le rôle de la cure d'Aix dans le rhumatisme chronique progressif généralisé.*

M. Michaud (Aix-les-Bains) : *Le rhumatisme de l'œil et les complications oculaires du rhumatisme.*

M. Merklen (Aix-les-Bains) : *Atteinte de la hanche au cours du rhumatisme chronique progressif généralisé.*

Mme Delanoë (Mazagan) : *Les arthrites rhumatismales au Maroc.*

M. Cirera Volta (Barcelone) : *Rhumatisme ostéalgique.*

M. Perlès (Paris) : *A propos d'un cas de polyarthrite progressive chronique évoluant depuis 38 années.*

M. Sampson (Londres) : *L'arthrite rhumatismale.*

MM. les professeurs Savy et H. Thiers (Lyon) : *Traitement des accidents de sensibilisation aux sels d'or chez les rhumatisants par la substance P. d'Oriel.*

M. L. Blanc (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif à début spondylitique.*

M. Bertier (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif et traitement d'Aix.*

M. Denier (La Tour du Pin) : *La lumière de Wood et la photographie en infra-rouge permettant de prévoir les accidents cutanés de la chrysothérapie.*

M. Léonet (Lyon) : *Sur le choix des sels d'or.*

MM. Béthoux et Berthet (Grenoble) : *Rhumatisme chronique tuberculeux du type inflammatoire traité et amélioré par l'antigène méthylique.*

M. Ducruet (Salins-les-Bains) : *Psychothérapie et rhumatisme chronique.*

M. Chevallier (Aix-les-Bains) : *Rhumatisme chronique progressif tuberculeux et antigène méthylique.*

MM. J. Forestier et J. Rey (Aix-les-Bains) : *Un cas de polyarthrite chronique tuberculeuse.*

M. Forestier et Mlle Certonciny : *La chimiothérapie des polyarthrites : or, antimoine, argent. Principes de traitement.*

Autour de la Conférence.

L'organisation parfaite de la conférence a été fort appréciée. Fait rare : le beau volume des rapports a été remis aux congressistes dix jours avant le congrès. La sténographie des discussions paraîtra prochainement dans un deuxième volume. Il convient donc de féliciter vivement le président, le secrétaire général et tous les organisateurs sans oublier notre confrère Crinon, qui dirigea avec maestria le bureau de presse.

Les matinées étaient consacrées aux séances. Les après-midi aux visites et aux excursions.

La première *visite* fut consacrée aux embellissements d'Aix : la plage fleurie, les nouveaux parcs qui sont un enchantement, le curieux Solarium tournant de notre confrère Saidman. Ce magnifique instrument thérapeutique est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire encore. Notons qu'il a déjà une réplique à Cannes et que le gouvernement des Indes anglaises en a fait installer un troisième par le docteur Saidman.

Au nouvel *établissement thermal* fut consacrée la plus longue visite. M. Chabrol en avait conté l'histoire dans sa conférence. Beaucoup le connaissaient déjà, tous s'y attardèrent pour examiner à loisir les « appartements » de bains avec salles de repos, les salles de douches, les douches locales, les bains profonds, les Berthollets, la splendide piscine en voie d'achèvement.

Les techniciens s'arrêtèrent aux détails, aux fiches remarquables qui accompagnent les malades et admirèrent la merveilleuse ventilation, les tables de massage perfectionnées, que sais-je encore ?

Les artistes s'attardèrent dans le hall si accueillant et si élégant, dans les cabines de luxe dignes d'un palais oriental et qui s'harmonisent si bien avec les lignes modernes de l'édifice.

Les érudits se recueillirent dans les thermes romains pieusement conservés dans l'établissement même et ils visitèrent avec un vif intérêt l'exposition rétrospective du Vieil Aix, et la radiothèque.

L'exposition pharmaceutique organisée par M. J. Faure a remporté un succès très marqué.

Quarante de nos plus grandes maisons de spécialités pharmaceutiques y ont pris part.

Nous en publions la liste ci-dessous.

Les excursions à Marlioz, autour du Lac du Bourget, au Revard, furent particulièrement suivies.

Mais que dire des *réceptions ?* Nos confrères d'Aix, avec la plus charmante des amabilités, reçurent matin et soir les congressistes qui gardent un souvenir ému et reconnaissant de l'hospitalité somptueuse et raffinée qu'ils ont reçue à Aix.

Le banquet de clôture a eu lieu au Grand Cercle, où s'étaient tenues les séances, et où avait eu lieu la veille une magnifique représentation de gala.

Le banquet réunissait 350 convives. Il fut particulièrement élégant et cordial, ainsi qu'en témoignèrent les 15 orateurs qui, au champagne, exprimèrent leur gratitude envers les organisateurs et leur admiration pour la splendide station d'Aix-les-Bains.

F. L. S.

Exposition de spécialités pharmaceutiques (Aix-les-Bains). — *Liste des exposants et produits exposés.* — Laboratoire de Biochimie Médicale Ch. Desgrez, docteur en pharmacie, 19, rue Van-Loo, Paris. — Sulfarsénol, Arsénos-solvants, Ektophanol.

Henry Rogier, 56, boulevard Péreire, Paris. — Uraseptine, Kymosine.

Marcel Midy et Fils, 4, rue du Colonel-Moll, Paris. — Piperazine Midy, Proveinase, Pommade Midy, Suppositoires Midy, Carbolin simple, Carbolin composé.

G. Tetard, Laboratoire de Médecine expérimentale, 1, rue de Malherbe, Beauvais. — Sodothiol, Formocarbine, Fludiose.

Reaubourg 31, rue Saint-Georges, Paris. — Passiflorine, Passicarbine.

S. P. E. C. I. A., 21, rue Jean-Goujon, Paris. — Myochrysine, Crisalbine, Gonacrine, Néo-Dmegon, Propidon, Dmelcos, Neptal, Baume Rhodia, Aspirine, Rhoféine, Urazine, Asciatine, Hexorcène, Coryphédrine, Néo-Dmetys, Quinacrine, Flétase, Pâte Specia, Mixiod, Stovarsol, Alunozal, Gardénal, Pâte gingivale, Sanédrine, Propidon pansement, Propidex, Ovules Propidon, Suppositoires Propidon, Pastilles Gonacrine, Huile de foie de morue, Ergorone, Sanlyol.

Vaillant et Cie, 19, rue Jacob, Paris. — Dentol : Dentifrice, Pâte, Poudre, Savon ; Omagil : Sirop, Baume, Pilules.

Armingeat et Cie, 43, rue de Saintonge, Paris. — Tiodine Cognet.

Heudebert, 85, rue de Saint-Germain, Nanterre. — Pains de régime, Spécialités alimentaires, Farineux.

Laboratoires Lobica, 46, avenue des Ternes, Paris. — Uralysol, Lactochol granulé, Le Beatol, Azotyl, Taxol, Lactobyl, Veinotrope, Carditone.

Compagnie Générale du Lait, Rumilly (Haute-Savoie). — Lait Mont Blanc, Farine Mont Blanc, Tonimalt Mont Blanc.

Société des Produits chimiques spéciaux « Brevets Lumière », 45, rue Villon, Lyon. — Allochrysène, Oléochrysène, Emgé, Tulle Gras, Cryogénine, Persodine, Rhéantine, Enterovaccin, etc...

Tillier, 11, rue du Petit-Parc, Saint-Maur. — Antiphlogistine.

Ranson, Laboratoires de l'Opocalcium, 121, avenue Gambetta, Paris. — Opocalcium simple, Opocalcium irradié, Opoferrine, Anaclusine.

Société Français du Lait sec « Dryco », 5, rue Saint-Roch, Paris. — Lait Dryco, Vita Germine.

Laboratoires Brisson, Dr Dedet et Cie, 157, rue Championnet, Paris. — Ampoules Seti, Neo Seti, Sulphium, Vulcase.

Laboratoires du Dr Maurice Leprince, 62, rue de la Tour, Paris. — Cascarine, Rhomnol, Eumictine, Arsycodile, Pilules du docteur Séjournet, Guipsine, Néo-Rhomnol, Freinospasmyl, Néo-Arsycodile, Ferrocodile.

Famel, 16, rue des Orteaux, Paris. — Sirop Famel, Bain Oculaire Optraex.

Laboratoires Rocher, 32, rue de Grenelle, Paris. — Bromocarpine, Colentyl. Antioga.

Laboratoires Chaix, 8 et 10, rue Alphonse-Bertillon, Paris. — Colloïdogénine : Ampoules, Sirop ; Splénomédulla : Ampoules, Sirop ; Succomusculine : Ampoules, Sirop.

Deschiens et Cie, 9, rue Paul-Baudry, Paris. — Hémoglobine (Sirop).

Laboratoires Cruet, 13, rue Miollis, Paris. — Atophan, Atophanyl (injectable), Solganal (intraveineuse), Solganal B intramusculaire, en solution aqueuse et en suspension huileuse), Veramone, Néotropine.

Laboratoires Albert Rolland, 31, rue des Francs-Bourgeois, Paris. — Hépatrol, Micelliode.

Société d'Applications Pharmacodynamiques, 5, rue Claude-Decaen, Paris. — Rhocia.

Laboratoires de Produits Biologiques I. M., 28, rue de la Quarantaine, Lyon. — Séro-Comprimés, Séropulvérisateur, Sérolactyl, Séro-Collutoire.

Laboratoires Longuet, 34, rue Sedaine, Paris. — Citrosodine, Carbofixine, Clisémine, Quinuryl, Strychnal, Orthozomine, Zomine, Pilules du docteur Debouzy, Urisanine.

Établissements Estachy-Boyer, 12, rue Pavée, Paris. — Radio-Gastrol, Phosbiose, Ménovarine, Bilirhéine, Broncodyl, Baume Rheumasan.

Laboratoires Zizine, 26, rue de Fécamp, Paris. — Agocholine, Peptodiase, Vivoléol, Antéro-Pansement, Gastro-Pansement.

Blaise, Laboratoires du Viophan, 81, rue de Lille, Roubaix. — Viophan, Organi-Calcion.

Fumouze et Cie, 78, faubourg Saint-Denis, Paris. — Sirop et Pâte de Berthe, Sirope de La Barre, Bougies, Ovules, Crayons, Suppositoires, Poudre Chaumel ; Mécanyl, Vivasol, Baume Lartigol, Solution Fumouze, Cigarettes Barral, Capsules Raquin, Papier anti-asthmatique.

Rainal Frères. — Appareils d'orthopédie, Appareils de prothèse, Instruments de chirurgie.

Laboratoires Logeais, Boulogne-sur-Seine. — Naiodine A, Naiodine B, Iodamélis.

Laboratoires M. Follet, Rumilly (Haute-Savoie). — Dynamine Connat, Broncho-sérum Connat, Lascorange Connat.

Laboratoires du Myoral, 20, rue des Écoles, Paris. — Francalcion, Myoral.

Laboratoires Métadier, Tours (Indre-et-Loire). — Métaspirine.

Laboratoires Comar et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris. — Salicylate de soude Clin, Liqueur Laville, Solurol, Sparto-camphre, Adrénaline, Vaccins Clin, Arsaminol, Néo-Treparsénan, Paderyl, Genisténal, Odarsol, Sérums Clin, Salicylate de Lithine, Elixir Déret, Enesol, Cinnosyl, Electrargol, Collothiol, Sulfo-Treparsénan, Asephéine, Nourry, Moussette.

Laboratoires A. Bailly, 15, rue de Rome, Paris. — Urophile, Anaxéryl, Glucolactol, Opobyl, Theinol, Pulmosérum.

Docteurs Faure et Dussuel, Aix-les-Bains. — Magnélax, Tannurgyl, Néo-Tannurgyl, Elixir de santé de J. Bonjean, Le Sinalpasme du Dr Le Tanneur.

Laboratoires Adol, 78, cours de la Liberté, Lyon. — Potion Adol, Pilules Blennopiat, Cachets Adol, Baume Adol.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1934)

Contribution à l'étude de la pathologie vasculaire de la couche optique. A propos de l'irrigation sanguine du relais thalamique du système de la sensibilité de la face. Disposition vasculaire au niveau du noyau semi-lunaire de Flechsig et du centre médian de Luys. — MM. J. NICOLESCO et T. HORNET montrent que le noyau semi-lunaire de Flechsig et la partie externe du centre médian de Luys (*relais de la voie sensitive de la face*) constituent un territoire particulier de la région thalamique, situé entre les branches vasculaires du pédicule thalamo-genouillé et celles du pédicule thalamo-perforé de l'artère cérébrale postérieure.

Sciatique de double origine. Eclat d'obus de la fesse et tumeur extradurale de la queue de cheval. — M. COSSA (de Nice) rapporte le cas d'un malade atteint de sciatique rebelle. On extirpa un éclat d'obus, qui se trouvait au contact du nerf sciatique. Mais cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration. L'épreuve du lipiodol montra que l'huile iodée s'arrêtait en S^1, tout en prenant la forme normale en balle de fusil. Une nouvelle opération chirurgicale, pratiquée par le Dr Grinda, permit de découvrir et d'extirper une tumeur extra-durale implantée sur le dique L^5-S^1.

Sur une nouvelle conception du neurone. — M. VON MAYENDORFF a observé trois cas de ramollissements de la partie postérieure du lobe occipital, dont il a suivi les dégénérescences secondaires jusque dans les nerfs optiques, malgré l'intégrité des centres sous-corticaux. Ces faits, d'après l'auteur, obligent à reviser complètement toute la théorie classique du neurone.

Polynévrite après sérothérapie antitétanique curative avec participation du névraxe et des méninges (observation anatomo-clinique). — MM. H. ROGER, Y. POURSINES et M. RECORDIER rapportent l'observation d'un malade qui, après un tétanos guéri par une sérothérapie intensive, présenta une quadriplégie intense et rapide du type polynévritique, mais avec rétention d'urine, paralysies craniennes et syndrome d'hypertension intracranienne (sans réaction albumino-cytologique).

L'autopsie montra, outre une hydrocéphalie ventriculaire, des lésions de vaso-dilatation artério-capillaire et de petites hémorragies des nerfs, des racines, des ganglions, de la leptoméninge et même de la moelle, du pédoncule et de l'écorce. Les lésions les plus anciennes siègent dans les nerfs et dans les racines.

Aphasie motrice pure, simili-anarthrie, rééduquée sans aucun redressement des coordinations articulaires, par simple sommation de la mémoire des sons. — M. J. FROMENT et Mlle ANDRÉE FEYEUX présentent une malade atteinte d'aphasie motrice pure qui faisait figure d'anarthrie totale. Cette malade, qui fut rééduquée uniquement par l'oreille, donne, après coup, toute une série de preuves du déficit de sa mémoire des sons. C'est certainement ce déficit qui réalisait la simili-anarthrie. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire, dans les aphasies, la part des *troubles du langage par carence phonologique* au lieu d'incriminer toujours, systématiquement, la motricité d'articulation. Si on ne le fait pas, on se prive d'un procédé de rééducation qui fut, ici, remarquablement efficace et sur lequel, il y a vingt ans, MM. J. FROMENT et O. MONOD ont attiré l'attention ; rééducation de l'aphasie motrice et même

de la prétendue anarthrie par réveil de la mémoire des sons.

Dissociation corticale des mouvements du pied par méningiome de la faux du cerveau. Abolition de la motilité volontaire avec conservation du jeu de toutes les motilités réflexes et automatiques. — MM. J. Froment, R. Leriche et Roger Froment présentent un film de paralysie corticale du pied par méningiome de la faux du cerveau, qui réalise une dissociation très fine de la motilité du pied et des orteils. La motilité volontaire était seule abolie, tandis que subsistaient tous les mouvements réflexes, y compris ceux que provoque la réflectivité statique (station à cloche-pied et phénomène de la poussée). Alors que tous les mouvements volontaires du pied et des orteils étaient abolis, ceux que mettait en jeu l'automatisme de marche subsistaient indemnes. Une dissociation aussi fine ne doit être possible que dans les lésions corticales très limitées et peu profondes.

Compression dorso-lombaire par télangiectasie veineuse pie-mérienne. Curiethérapie. — MM. Henri Roger, Marcel Arnaud et Joseph Alliez (de Marseille) présentent l'observation d'un malade atteint d'algies sciatiques qui évoluent par poussées, avec abolition d'un seul réflexe achilléen, troubles sphinctériens discrets. On constate, chez ce malade, un syndrome de Froin avec blocage complet du liquide céphalo-rachidien : arrêt du lipiodol au niveau du L^1-L^2. L'intervention montra de volumineuses varices médullaires, tortueuses, pelotonnées en un véritable plexus. Dans l'impossibilité d'extirper pareille formation vasculaire, on eut recours à la curiethérapie, qui fit disparaître le syndrome subjectif, et qui permit la reprise du travail. Le syndrome humoral persiste trois ans après.

L'apparition récente de paresthésies des membres supérieurs fait craindre une extension du processus à la région cervicale.

Syncinésies symétriques au cours de la stupeur. — M. Miskolczz (de Szeged) rapporte l'observation d'une jeune femme de dix-huit ans, qui, à la suite de crises d'éclampsie, accoucha d'un enfant mort-né, puis fut atteinte de confusion mentale post-puerpérale, avec fièvre à 39°9, grosse albuminurie, mutisme, négativisme, flexibilité cireuse, catatonie, gâtisme. Les syncinésies symétriques se produisaient quand on communiquait un mouvement passif ou une attitude à un membre. La malade guérit ultérieurement.

Variations des réflexes sous l'influence de la dilatation aiguë du cœur. — M. Boisseau (de Nice) rapporte l'observation d'une malade atteinte de contracture hémiplégique avec exagération des réflexes, trépidation épileptoïde et signe de Babinski. A la suite d'une émotion, cette malade fit une crise de dilatation cardiaque aiguë avec coma. Au déclin de cette période de coma, tous les signes de spasmodicité s'évanouirent, pour réapparaître dès que la malade eut repris complètement conscience. Le même fait se reproduisit une deuxième fois avant la mort de la malade.

Les troubles respiratoires dans les tumeurs cérébrales. — MM. Néri et Dagnini (de Bologne) ont étudié les troubles respiratoires, à l'aide du pneumographe et du polygraphe, chez un grand nombre de malades des services de MM. de Martel et Cl. Vincent. Les troubles (hoquet permanent ou en crises paroxystiques, soupirs, bâillements, respiration périodique) sont rares dans les tumeurs situées au-dessus de la tente du cervelet ; elles sont fréquentes, au contraire, dans les tumeurs situées au-dessous de la tente du cervelet. Il faut signaler particulièrement la fréquence relative du rythme de Cheynes-Stokes dans les tumeurs de la région infundibulaire.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 14 juin 1934)

Appareil d'immobilisation plâtrée du membre supérieur en position de fonction. — M. Laboureau

Corps étranger articulaire et lésions méniscales. — M. du Bourguet présente une observation et des documents concernant un malade porteur d'une rupture du ménisque externe en anse de seau et un corps étranger articulaire pédiculé constaté antérieurement au traumatisme responsable de la lésion méniscale et du type des corps étrangers de l'ostéochondrite disséquante.

A propos d'une éruption zostériforme de la conque de l'oreille revêtant le type du zona otitique total. — MM. Veyssi et Nicolas ont observé chez un sujet de 22 ans, sans autre histoire clinique qu'une suppuration auriculaire bilatérale prolongée à 8 ans, l'apparition, depuis l'âge de 12 ans, d'éruptions zostériformes à type otitique total survenant tous les trois à six mois à droite, une seule fois à gauche, et qui sont probablement liées à un processus de funiculite du canal de Fallope.

Le bilan d'une tournée de radioscopie systématique. — M. Jacob, au cours des opérations de radioscopie systématique pratiquées sur le contingent nouvellement incorporé, a constaté, sur près de 15.000 recrues examinées, que 385 fois l'image pulmonaire n'apparaissait pas comme absolument normale. Après des examens complémentaires radiographiques, cliniques, bactériologiques, 326 de ces sujets ont été maintenus au service, 59 ont été l'objet d'une réforme ; 9 de ces derniers étaient porteurs de bacilles de Koch. La radioscopie peut apporter de précieux renseignements pour faciliter le triage de la collectivité militaire ; l'importance des lésions découvertes chez des sujets d'apparence normale et déjà passés par les mains de plusieurs médecins ouvre des horizons sur les différents degrés de latence de la tuberculose pulmonaire.

A propos de la radioscopie systématique. — MM. Théobalt et Roulin estiment que l'intérêt de la radioscopie systématique réside surtout en ce qu'elle permet de déceler des lésions cliniquement frustes ou latentes, en particulier des pleurésies ou des tuberculoses pulmonaires à forme fibreuse chez des sujets en apparence sains et sans antécédents pathologiques notables. Mais l'exploration aux rayons X comporte ses imperfections et l'on ne doit pas négliger l'examen clinique ni la bacilloscopie.

La tuberculose évolutive chez les candidats à l'engagement et au rengagement. — MM. Ferrabouc, Trial et Crosnier ont dépisté chez 1.149 candidats à l'engagement et au rengagement vingt-quatre cas de tuberculose pulmonaire en évolution. La proportion est plus forte chez les engagés que chez les rengagés. Les auteurs établissent, dans l'examen pratiqué, l'importance prépondérante de la radiologie sur la clinique et la bactériologie.

Influence de l'exercice sur la pression artérielle et le métabolisme. — M. de Chaisemartin recueille sur 21 sujets de quarante à cinquante-cinq ans, ayant accompli un stage de six semaines à l'Ecole supérieure d'éducation physique des observations montrant que : la pression artérielle s'est stabilisée à la suite de l'effort chez la plupart d'entre eux ; les taux d'urée, d'acide urique et de cholestérine sont revenus à la normale chez ceux qui présentaient un déséquilibre du métabolisme. Ces résultats ayant été obtenus sans modification du régime alimentaire ni prescriptions

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

médicamenteuses, on peut conclure de ces faits à l'action bienfaisante de l'exercice physique.

Le pain blanc et les idées modernes sur l'alimentation. — M. Dano estime que le pain blanc est de valeur alimentaire réduite et que la faute en est au moulin à cylindre ; il préconise la panification directe et expose deux procédés industriels utilisables : procédé Rabinovitch et procédé Pays.

A propos de l'intérêt diagnostique du frottement péricardique rhumatismal. — MM. Pilod et Passa attirent l'attention sur les formes abarticulaires de la maladie rhumatismale et notamment sur ses formes chirurgicales. Ils estiment qu'en l'absence de localisation articulaire nette, le frottement péricardique, dont l'un d'eux a montré la grande fréquence, peut permettre un diagnostic étiologique précis. Ils rapportent à ce sujet l'observation d'un rhumatisant ayant simulé successivement une crise appendiculaire et un phlegmon périnéphrétique, et chez qui l'orientation étiologique avait été donnée dès le début par un frottement péricardique.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Due le plus souvent à la rupture d'une *artère lenticulo-striée*, l'hémorragie cérébrale se présente avec une symptomatologie *assez semblable* dans les différents cas.

Tout de suite nous insisterons :

1° Sur la *gravité* de cette affection, la mort pouvant survenir soit à la phase de coma, soit à la phase critique, vers le 6e ou le 10e jour ;

2° Sur la *difficulté de son diagnostic avec le ramollissement cérébral profond*, plus fréquent, en particulier avec le ramollissement hémorragique.

I. **Forme typique d'hémorragie cérébrale.** — On peut distinguer, schématiquement :

1° Une phase d'attaque apoplectique ;
2° Une phase d'amélioration transitoire ;
3° Une phase critique ;
4° Une phase d'hémiplégie résiduelle.

1° Phase d'attaque apoplectique. — *Le début.* — Dans la très grande majorité des cas, le début est *brutal*, par un *ictus ;* parfois cependant quelques prodromes ont été signalés : bourdonnements d'oreille, céphalée, éblouissements, vertiges.

Le coma. — C'est donc un malade dans le coma qu'on amène à l'hôpital : malade dans le décubitus dorsal, inerte, ne répondant pas aux questions. C'est un *coma complet* avec perte de la conscience, de la sensibilité et de toute motilité volontaire.

Le *faciès* est tantôt pâle, tantôt rouge vultueux.

La *respiration* est ralentie, bruyante, stertoreuse, quelquefois, elle affecte le rythme de *Cheyne Stokes*.

Le *pouls* est *lent*, plein, dur, hypertendu.

La *température* est abaissée, 36 et même 35.

Il y a incontinence des sphincters.

A un examen plus attentif, on va noter des signes d'hémiplégie.

a) Soit *signes d'hémiplégie manifeste :*

1° A la face : *déviation conjuguée de la tête et des yeux ;* très nette, elle se reproduit aussitôt qu'on essaye de la corriger. Elle se fait *du côté de la lésion* dans le cas habituel (loi de Vulpian-Prévost), du côté de l'hémiplégie lorsqu'il y a contracture (loi de Grasset-Landouzy).

Il existe un certain degré d'*asymétrie faciale :* le malade « *fume la pipe* » ; l'une des joues est soulevée à chaque expiration et les traits sont déviés du côté sain. Cette asymétrie peut être accentuée en comprimant le facial derrière la branche montante du maxillaire (*signe de P. Marie et Foix*).

Les *pupilles* sont souvent inégales, d'abord en mydriase, puis en myosis.

Les *réflexes pupillaires à la lumière sont diminués. Le réflexe cornéen est aboli.*

2° Aux membres : ils sont en résolution musculaire, cependant, cette résolution est plus accentuée du côté de l'hémiplégie : les membres soulevés retombent plus lourdement de ce côté.

En réalité, la différence est peu appréciable aux membres inférieurs ; au contraire, elle est généralement nette aux membres supérieurs. On peut faire cette manœuvre sur un segment de membre : chute de l'avant-bras sur le bras, ou encore chute de la main sur l'avant-bras (*signe de Raimiste*).

Les réflexes tendineux sont abolis.

Il y a signe de Babinski : très souvent, l'extension de l'orteil se constate des deux côtés, mais elle est plus franche du côté paralysé.

Les réflexes d'automatisme médullaire existent des deux côtés, mais ils sont beaucoup plus nets du côté de l'hémiplégie.

3° A l'abdomen : les réflexes cutanés abdominaux (*signe de Rosenbach*) et crémastériens sont abolis.

b) Soit *signes discrets d'hémiplégie.*

Dans ces cas, on recherchera à la face le signe de *Pierre Marie et Foix*, au membre supérieur le signe de *Raimiste ;* un signe de *Rosenbach* unilatéral, un signe de *Babinski* plus net d'un côté serviront à déceler l'hémiplégie.

En résumé, à cette phase de coma, on a :

1° Un coma *complet ;*
2° Avec troubles *bulbaires* nets ;
3° Et signes d'*hémiplégie.*

L'examen clinique, plus approfondi, va permettre de rechercher l'étiologie de l'hémorragie cérébrale, d'en fixer dans une certaine mesure le pronostic.

α) *Examen du système cardio-artériel :* bradycardie, tension artérielle élevée, bruit de galop, clangor aortique.

β) *Examen pulmonaire :* rechercher les sous-crépitants avec submatité et respiration diminuée aux bases ;

γ) Examen du *fonctionnement rénal :* azotémie, albuminurie, glycosurie.

δ) Examen du liquide céphalo-rachidien.

Aussitôt fait le diagnostic d'hémorragie cérébrale, on instituera le traitement classique et :

1° Veiller à l'apparition d'une complication *pulmonaire ;*
2° Rechercher une *rétention d'urine ;*
3° Essayer d'éviter l'*escarre* de décubitus par des soins de propreté ;
4° Parer à la *déshydratation ;*
5° Surveiller la *température.*

En effet : *une température qui monte* progressivement, où l'hyperthermie succède à l'hypothermie avec coma profond, doit faire prévoir *la mort en 24 à 48 heures.*

Plus souvent, en quelques jours, la *température revient à la normale* ou la dépasse légèrement pour retomber assez vite en même temps que le coma diminue, puis disparaît.

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LIPOÏDES H.I

EXTRAITS ÉTHÉRO-ALCOOLIQUES IMPUTRESCIBLES ET PURIFIÉS DES ORGANES.

GYNOCRINOL

CONTIENT L'HORMONE FOLLICULAIRE

Hypoovaries, Ménopauses naturelle et opératoire, Stérilité, Sénilité, etc.

ANDROCRINOL

CONTIENT L'HORMONE ORCHITIQUE.

Fatigues cérébrales, Sénilité précoce, Stérilité, Ménopause masculine, Asthénies, etc..

ADRÉNOL TOTAL

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE SANS ADRÉNALINE

Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde, Convalescences, Asthénies des hypertendus, etc.

R. Jougray

POSOLOGIE:
6 à 9 pilules par jour.

LABORATOIRE ISCOVESCO - 107, rue des Dames, PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. : *Auteuil 26-62*

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 4 AOUT 1934. — N° 62.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La rupture spontanée de l'œsophage, par M. Jean Girard.
NOTES DE MÉDECINE INFANTILE
Coupage et sucrage du lait destiné à l'allaitement artificiel, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine de Marseille.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Tenons compte de la culture générale pour sélectionner les médecins.
La priorité aux humanités, par M. Maurice Mordagne.
CHRONIQUE
Le Maréchal Lyautey hygiéniste, par F.L.S.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Notre excellent confrère « Lyon médical » annonce les mutations suivantes dans les hôpitaux de Lyon.

I. *Services de médecine.* — M. le docteur A. Devic prend à l'Antiquaille le service de neurologie laisser libre par le départ de M. le docteur Bériel.

M. le docteur Paliard prend à l'Hospice des Charpennes le service laissé libre par le passage à l'Antiquaille de M. le docteur A. Devic.

II. *Services de chirurgie.* — M. le docteur Tavernier prend à Grange-Blanche le service laissé libre par le départ de M. le docteur Patel.

M. le docteur Wertheimer prend à Grange-Blanche le service laissé libre par le départ de M. le docteur Leriche.

M. le docteur Guilleminet prend à Debrousse le service laissé libre par le passage à Grange-Blanche de M. le docteur Tavernier.

— Marseille. — Après concours ont été nommés :
Chirurgien des hôpitaux : M. R. Imbert.
Chirurgien accoucheur : M. G. Plasse.
Stomatologiste des hôpitaux : M. P. Achard.

AGRÉGATION (2e DEGRÉ). — La date d'ouverture du concours du deuxième degré de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie pour une place d'agrégé d'hydrologie et de climatologie près la faculté de médecine de l'Université de Paris, fixée précédemment au 20 novembre 1934, est reportée au 7 janvier 1935.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Liste des prix et des bourses (fin). Voir page 1126.

HOPITAL FRANCO-MUSULMAN DE PARIS ET DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le concours pour le recrutement d'internes en médecine et en chirurgie de l'hôpital franco-musulman, qui devait avoir lieu le 18 juin 1934, a été ajourné à une date ultérieure. Une nouvelle publicité par voie d'affiches sera faite au moment du nouveau concours, lequel aura lieu dans le dernier trimestre de 1934.

Renseignements sur l'hôpital. — L'hôpital franco-musulman comptera environ 260 lits réservés aux malades musulmans de Paris et de sa banlieue. Ces lits seront répartis entre les services suivants :

Médecine générale : MM. Rousseau et Nicolas, médecins des dispensaires musulmans.

Maladies vénériennes et cutanées : M. Machtou, médecin de l'Institut prophylactique.

Tuberculose pulmonaire : M. Sakka, médecin de l'Office public d'hygiène sociale.

Chirurgie et tuberculose osseuse : M. Thalheimer, chirurgien des hôpitaux.

Electro-radiologie : M. Ledoux-Lebart, radiologiste des hôp.

Maladies des yeux : M. Montbrun, médecin des hôpitaux.

Nez, gorge, oreilles : M. Leroux, médecin des hôpitaux.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

L'hôpital constituera pour les internes un centre complet d'études. Ils auront en outre la possibilité d'y étudier les affections particulières aux originaires de l'Afrique du Nord et de l'Orient. Leurs recherches pourront être poursuivies dans les services et leurs observations complétées, notamment en ce qui concerne la parasitologie et la microbiologie, dans les laboratoires de l'hôpital, lesquels seront placés sous la direction de M. le docteur Jausion, médecin agrégé du Val-de-Grâce.

Pour tous renseignements complémentaires, particulièrement pour les avantages attachés à la fonction d'interne, prière de consulter les affiches du premier concours et de s'adresser au bureau des établissements départementaux d'assistance, 2, rue Lobau, escalier A, 2e étage, porte 227, où les candidats pourront dès maintenant s'inscrire.

LA VENTE DES MASQUES A GAZ. — M. le Préfet de police vient de prendre un arrêté réglementant la vente et le contrôle des masques à gaz.

LES VOIX LATINES. — *Conférence du professeur Daniel.* — Le 18 octobre prochain, à 21 heures, à l'Institut Océanographique, à l'occasion du prochain Congrès de la Presse médicale latine qui aura lieu du 17 au 21 octobre et sous les auspices de l'U.M.F.I.A. ou Union médicale latine et des Voix latines, le professeur Daniel, le très éminent chirurgien de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris, donnera une conférence intitulée : La science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française. Cette conférence dont la partie parlée ne durera que trois quarts d'heure sera accompagnée d'un très beau film qui représentera : 1° quelques aspects de la Roumanie; 2° la Roumanie à travers les siècles; 3° institutions et hôpitaux; 4° quelques personnalités médicales roumaines; 5° visite des professeurs français en Roumanie.

Cette conférence sera faite sous la Présidence d'honneur de S. E. Dinu Cesiano, ministre de Roumanie à Paris, le docteur Dartigues, président de l'U.M.F.I.A. ou Union médicale latine présentera le conférencier, son ancien camarade et ami, le professeur Daniel.

On trouvera des cartes d'invitation chez le docteur Dartigues, président de l'U.M.F.I.A. ou Union médicale latine, 81, rue de la Pompe, Paris (16e), Librairie Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e), Librairie Baillière, 19, rue d'Hautefeuille, Paris (6e), Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e), Librairie du Monde médical, 42, rue du Docteur Blanche, Paris (16e), Académie Gaya, 2, rue des Italiens, Paris (9e), Assscіation des Médecins roumains, 28, rue Serpente, Paris (6e).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auguste Marie, médecin honoraire de l'Asile Sainte-Anne, Maire d'Orly, Conseiller général de la Seine, Commandeur de la Légion d'honneur.

— De M. le docteur Decreton à Dunkerque.

Un congrès de radiesthésie. — Un congrès international de radiesthésie, organisé par l'association française et internationale des « Amis de la radiesthésie », 105, boulevard de Magenta, à Paris, se tiendra du 16 au 22 septembre prochain au palais Mon Repos, à Lausanne.

Ce congrès placé sous la présidence d'honneur du professeur Branly, membre de l'Institut, et la présidence du professeur Wright, médecin de la Cour d'Angleterre, sera surtout consacré à l'exposé des applications de la radiesthésie à la médecine, à l'art vétérinaire et à l'agriculture.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CHRONIQUE

LE MARÉCHAL LYAUTEY HYGIÉNISTE

Un épisode peu connu de la vaccination antityphoïdique au Maroc

Le maréchal Lyautey, dont l'œuvre admirable accomplie au Maroc a été partout rappelée, est aussi, ce que l'on ignore, le premier qui ait répandu dans ce pays non encore assimilé le bienfait de la vaccination antityphoïdique. On était à une période sévère des opérations militaires ; les troupes expéditionnaires laissaient en chemin de nombreux typhoïsants et aussi, hélas, de nombreux morts par fièvre typhoïde.

La vaccination antityphoïdique n'était pas encore obligatoire dans l'armée. Les résultats décisifs des admirables travaux du professeur Vincent ne s'étaient pas encore imposés à l'attention de tous.

Comment la mettre en pratique ? Voici l'ordre bref et éloquent du général Lyautey, prescrivant l'application de cette mesure prophylactique qui a sauvé depuis tant d'existences et pendant la grande guerre préserva l'armée et la nation :

Ordre du maréchal Lyautey, résident général au Maroc en date du 16 juillet 1912

« La vaccination antityphique est le meilleur moyen de lutter contre cette affection ; son efficacité est pleinement démontrée par l'expérience sur la ligne d'étapes.

« Deux compagnies d'Européens placées côte à côte dans le même poste ont été l'une, décimée par la fièvre typhoïde, l'autre indemne. La première, n'ayant pas été vaccinée, la deuxième l'ayant été.

« J'invite expressément les troupes à adopter cette mesure protectrice. Toute unité qui sera signalée comme marquant de la mauvaise volonté à cet égard sera renvoyée à l'arrière. »

Comme le maréchal Lyautey connaissait bien la phychologie du Français ! Dès ce moment, tous les militaires envoyés pour combattre se soumirent à l'envi à la nouvelle méthode de vaccination. F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

VILLE IMPORT. MIDI. A céder poste intéress. médecine, belle client. en pleine progr. Conv. à ex-chef de clin. ou ex-int. Paris, Lyon ou ville de Fac. — Ecr. au bur. du Journal.

Secrétaire médec. diplômé (secrét. et cont.), suscept. de faire secrét. écon. cherche emploi médecin ou hôp.-hosp. Ecrire : Leroy, 31, rue de Paris, Poissy (Seine-et-Oise).

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS

Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.
Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.
Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur bénigué.
Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.
Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.
Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.
Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

SEROCARBONE

Suspension de CARBONE ANIMAL pour injections intraveineuses

dans les SEPTICEMIES et ÉTATS INFECTIEUX MICROBIENS

Jamais aucun choc ni aucun accident sérique

(Communications à l'Académie de Médecine, séances des 30 Janvier et 3 Juillet 1934, et à la Société de Dermatologie séance du 12 Juillet 1934.)

SES AVANTAGES : Polyvalent, très actif, atoxique, indolore, inoffensif, inaltérable, économique.

SES INDICATIONS LES PLUS FRÉQUENTES : Infection puerpérale, infections tuberculeuses, dermatoses infectieuses, érysipèle, métro-salpingite, phlébite, phlegmon, furonculose, albuminurie, pyélonéphrite, grippe, bronchite, pneumonie, pleurésie, lymphangite, arthrite gonococcique, épidydimite gonococcique, cholécystite, otite, rhumatisme articulaire aigü, etc...

TÉLÉPH. SÉGUR 96-46

LABORATOIRES P. BAUDE
NESTOSYL SEROCARBONE
72, Rue Saint-Dominique - PARIS (7e)

ADR. TÉLÉGR. NESTOSYL-27-PARIS

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
POLONOVSKI ET NITZBERG
LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

REVUE GENERALE

LA RUPTURE SPONTANÉE DE L'ŒSOPHAGE

Par M. JEAN GIRARD (de Nancy).

La rupture spontanée de l'œsophage est une affection rare dont on ne compte qu'une quarantaine d'observations. Ayant eu l'occasion d'en observer un cas avec notre collègue et ami Kissel, nous en avons profité pour reprendre l'histoire de cette partie de la pathologie œsophagienne et essayer d'en tracer un tableau d'ensemble.

Résumons d'abord l'histoire de notre malade.

Un cas de rupture spontanée de l'œsophage. — X..., Constant, 61 ans.

1° *Antécédents héréditaires.* — Rien à signaler.

2° *Antécédents personnels.* — Ethylisme ancien. Depuis 30 ans, le malade présente de la dysphagie survenant par crises. Les aliments solides, le pain et la viande notamment, ne peuvent plus être déglutis. Dans l'intervalle des crises, à apparition fort irrégulières, les digestions sont absolument normales.

3° *Histoire de la maladie.* — Le 18 octobre, à son déjeuner, le malade fait un repas copieux, comportant notamment des moules. En partant à son travail, à 1 h. 30, il éprouve de violentes envies de vomir, non suivies d'effet, puis ressent une douleur transfixiante, aiguë, syncopale, à la base de l'appendice xyphoïde ; il s'affaisse sur le sol. Il est amené à l'hôpital à 14 h. 30, dyspnéique, pâle, se plaignant de douleurs épigastriques. On pense à une intoxication par les moules. On administre au malade de l'ipéca, et on fait des injections d'apomorphine. Aucun vomissement ne se produit. Devant cet échec, on pratique un lavage d'estomac au moyen d'une sonde molle en caoutchouc, qui pénètre avec facilité, sans provoquer aucune douleur. On injecte un litre d'eau tiède, qui n'est rejetée qu'en partie. Un chirurgien appelé à ce moment pense, devant l'histoire et l'état général, à une perforation d'ulcus gastrique, mais, l'abdomen étant souple, décide de le laisser en observation.

A 17 heures, la dyspnée a beaucoup augmenté, et dépasse 30 respirations par minute. La face est cyanosée, pâle et anxieuse. Le pouls bat à 140, très faiblement. L'examen de l'abdomen montre une légère contracture localisée à l'hypocondre gauche. Il existe tous les signes cliniques d'un volumineux hydro-pneumothorax gauche, avec sucussion hippocratique très marquée. On le ponctionne immédiatement et on ramène 500 cmc. d'un liquide chocolat, grumeleux, d'odeur aigrelette, de réaction légèrement acide. L'aiguille se bouche et, bien que l'épanchement semble encore abondant, on ne peut plus ramener de liquide. Devant cet ensemble symptomatique, nous avouons n'avoir pu poser un diagnostic certain.

La première hypothèse était celle d'un ulcère perforé, mais la réaction péritonéale manquait, et la lésion gastrique n'expliquait pas l'hydro-pneumothorax. Devant l'aspect du liquide, on pense à un abcès amibien ouvert dans la plèvre, et le liquide est envoyé pour examen cytologique et chimique au laboratoire.

A 22 heures, le malade meurt de collapsus cardiaque.

On apprend le lendemain que le liquide retiré de la plèvre avait tous les caractères d'un liquide gastrique.

Autopsie. — A l'ouverture de la plèvre gauche, on constate un épanchement de quatre litres environ, de couleur chocolat, d'odeur très fétide. En asséchant la cavité pleurale, on trouve, contre la paroi postérieure, un volumineux paquet formé de moules, d'olives et d'épices diverses, agglomérées. On prélève en bloc les organes intra-thoraciques. Il existe une plaque ecchymotique sphacélée sur la partie postérieure de la plèvre gauche, à hauteur des insertions du diaphragme. A la même hauteur, sur le bord latéral gauche de l'œsophage, immédiatement au-dessus du cardia, on observe une plaque sphacélique, noirâtre, à laquelle adhèrent encore quelques moules, et qui est centrée par une perforation longitudinale, longue de 5 cm. environ, linéaire, à bords nets et s'arrêtant à la limite du diaphragme. La muqueuse œsophagienne paraît absolument normale. Vue par sa face interne, la perforation semble faite au couteau, en plein tissu sain.

L'estomac est vide. La muqueuse est normale.

Examen histologique. — Disparition par places de l'épithélium œsophagien. Le chorion et la sous-muqueuse présentent une infiltration leucocytaire intense avec formation de véritables abcès microscopiques.

Les tuniques musculaires sont dissociées et également infiltrées de polynucléaires.

On était donc en présence d'une réaction inflammatoire nette, dont l'existence antérieurement à la perforation paraît certaine, étant donné la brièveté de l'évolution de la maladie et le caractère des lésions histologiques.

Cette œsophagite antérieure était la cause de la perforation.

Cette observation, si l'on peut appliquer cette épithète à une chose exceptionnelle, est classique dans son étiologie, sa symptomatologie et sa terminaison.

Historique. — La rupture spontanée de l'œsophage fait son entrée dans l'histoire médicale en 1724. Si antérieurement Ziesner l'avait signalée, son observation prête à équivoque et c'est Boerhaave qui dans ses « Aphorismes de Chirurgie » relate la fin brutale du baron de Wassenaer, grand amiral de Hollande. Fort glouton il avait l'habitude en sortant de table d'introduire, à la manière romaine, ses doigts dans sa bouche, et rendait ainsi l'excédent de sa nourriture. Un jour que ce procédé s'avérait infidèle, il absorba une infusion de chardons bénits. Il éprouva une douleur atroce à la base du thorax, eut la sensation que quelque chose se rompait en lui, tomba, se roula à terre, couvert de sueurs froides, essayant vainement de vomir et mourut après 18 heures de souffrance. L'autopsie montra un estomac à peu près vide, des organes abdominaux sains, et des poumons nageant dans un liquide contenant des débris alimentaires. L'œsophage était sectionné dans sa totalité, à 3 travers de doigts au-dessus du diaphragme et ses deux extrémités rétractées et englobées dans un tissu cellulaire boursoufflé. Toute la surface de la muqueuse était saine. Dryden (1787), puis Guersant (1812) et Bouillaud (1823) rapportèrent des observations analogues et Roumegaux en 1875 en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Mention est faite de la rupture spontanée de l'œsophage dans les traités classiques de Paulet et Busquet de Follin et Duplay, de Sencert et dans le Dictionnaire des sciences médicales. Des travaux plus récents furent faits par Irwing Walker, Williams et Boyd, Petren, Smead, Gott, Poper. Tous ces travaux permettent de dégager un type clinique net. Avant que de le faire, soulignons que nous laissons en dehors de cette revue toutes les ruptures par traumatismes internes ou externes, par œsophagoscopie, par ulcères, par diver-

ticules, par lésions inflammatoires ou néoplasiques du conduit. Nous ne pouvons faire état, par exemple, des observations récentes de Raimondi (compression du thorax entre deux wagons), d'Esser où l'agent traumatique était un tramway, de Wieshe où l'œsophage se rompit au cours de l'œsophagascopie.

Etiologie. — La rupture de l'œsophage survient dans la grosse majorité des cas chez des alcooliques et sa prédilection pour le sexe masculin en est une preuve.

Bien que la majorité des observations mentionnent ce terrain spécial il n'est pourtant pas absolument nécessaire. Desault rapporte l'histoire d'une rupture chez une fillette de 7 ans, Menne et Moose chez un bébé de 5 mois ; Walker sur 22 cas qu'il a pu retrouver dans la littérature, concernant 20 hommes et 2 femmes ne trouve des habitudes éthyliques prouvées que chez 11 sujets, chez quatre seulement l'abstinence était soulignée, les autres étaient douteux. Donc, alcoolisme net dans au moins la moitié des cas. A côté comme causes prédisposantes prennent place la dilatation atonique de l'œsophage, congénitale ou acquise, l'emphysème, la ptose viscérale prononcée, qui affaiblit la résistance œsophagienne par l'allongement qu'elle inflige au conduit, et la tendance aux spasmes qui semble indispensable comme nous le verrons ultérieurement, pour provoquer la rupture.

La cause déterminante est toujours la même. C'est l'indigestion, soit provoquée (Boerhaave, Dryden), le plus souvent spontanée, à la suite d'un repas trop copieux, parfois avec ivresse. Exceptionnellement, comme dans les observations de Gott, la cause était une méningite aiguë et la rupture était due aux vomissements continuels, d'une part, à une embolie microbienne avec infarctus de la paroi œsophagienne, d'autre part.

Etude clinique. — Le début se fait toujours par des nausées, des efforts pénibles de vomissements, qui souvent ne sont pas suivis d'effet. Cette absence de rejet alimentaire, que l'on retrouve par exemple dans les observations de Boerhaave, de Dryden, dans la nôtre, nous semble avoir une grande importance pour le diagnostic. Elle indique d'une façon presque pathognomonique que le contenu stomacal a trouvé une autre voie d'évacuation. Mais ce symptôme qui dépend des dimensions de la fistule pleuro-œsophagienne et de l'abondance du contenu gastrique peut manquer et des vomissements surviennent, le plus souvent sanglants. C'est au cours de ceux-ci qu'apparaît le second signe, constant lui aussi, la douleur. Subite, violente, parfois syncopale, toujours comparée à une sensation de déchirement, elle siège à la partie supérieure de l'abdomen, ou en arrière de l'appendice xyphoïde, reste fixe ou s'irradie vers le rebord costal gauche. Le malade est alors en état de choc, immobile, pâle, anxieux, dyspnéique, couvert de sueurs froides, gémissant et bientôt, bien qu'en proie encore aux nausées, incapable de vomir. Le pouls s'accélère rapidement. L'examen local ne montre rien : très rarement il est signalé que l'abdomen dans sa région supérieure gauche est contracturé et douloureux. L'auscultation du thorax fait entendre des râles fins à la base d'un poumon, le gauche le plus souvent, et à la base du cou, l'on perçoit dans la moitié des cas environ un emphysème sous-cutané qui peut se généraliser plus ou moins rapidement.

Devant ces signes le chirurgien porte parfois le diagnostic d'ulcère perforé ou de pancréatite hémorragique, opère et constate l'intégrité des organes abdominaux (Popper, Raestrup).

Le plus souvent devant la discordance des signes généraux et des signes locaux, dérouté par cette histoire clinique, le médecin ne sait que penser et Walker en 1914 se vante d'être le premier ayant posé le diagnostic du vivant de son malade. Le tableau clinique, quel que soit le traitement mis en œuvre se modifie rapidement et apparaissent les signes d'un hydrothorax ou plus souvent d'un hydropneumothorax, l'épanchement augmentant avec une extrême rapidité, et entraînant une gêne respiratoire considérable. Il siège le plus souvent à gauche (22 cas), n'est que rarement bilatéral (9 cas). Plus rarement encore il siège à droite (De Lavergne, Roy). Si on le ponctionne on retire un liquide hématique d'odeur aigre, de réaction acide, contenant des débris alimentaires où l'on peut retrouver les médicaments que le malade a ingéré depuis le début de son affection. Il est toujours très riche en bactéries et l'examen direct montre une riche flore polymorphe. Dans notre cas nous avons facilement retiré 500 cc. de liquide sous pression.

Parfois la plèvre ne se rompt pas : il y a communication directe entre l'œsophage et les bronches, d'où asphyxie aiguë avec hémoptysie abondante (Fitz-Lindsay et Smith).

Dyspnéïque, cyanosé, le malade s'affaiblit rapidement, le pouls devient incomptable, les bruits du cœur s'effacent et la mort survient inéluctablement dans un délai moyen de 18 à 30 heures après l'indigestion liminaire. Les chiffres extrêmes sont, d'une part, 7 heures (Adams), 6 heures (Heintz) et 4 heures (Taendler) et d'autre part 176 heures (Walker), 180 heures (Fitz) et même 17 jours (Gott).

A l'autopsie, les viscères abdominaux sont intacts ; Petren signale la coexistence d'un ulcère gastrique, Gott celle d'un ulcère duodénal. La cavité pleurale contient une quantité abondante pouvant atteindre plusieurs litres d'un liquide fétide et sanguinolent, contenant des débris alimentaires plus ou moins volumineux. La partie inférieure de l'œsophage est infiltrée d'une masse gélatiniforme et sphacélique, développée autour de la perforation. Celle-ci est longitudinale (sauf dans deux cas où elle était transversale et dans l'observation de Boerhaave, restée unique, où l'œsophage était sectionné). Les dimensions varient de 1 à 5 cm. Vue par sa face interne, elle est nette comme tracée au couteau, sur une muqueuse en apparence saine. Elle siège au-dessus du diaphragme, sur le bord gauche du conduit œsophagien. Seul Allen la signale au niveau de la bifurcation trachéale.

L'examen microscopique montre parfois que l'œsophage est normal, la rupture s'étant faite dans un tissu absolument sain (Petren, Gott, Popper). D'autres fois il existe une œsophagite, les parois étant infil-

trées de cellules inflammatoires qui dissocient les fibres musculaires (Mac Weeney) et qui peuvent être tellement abondantes qu'elles forment des abcès microscopiques (Girard et Kissel). Williams et Boyd ont même signalé que toute différenciation entre les tuniques de l'œsophage avait disparu et qu'ils ne voyaient plus qu'un tissu inflammatoire bourré de microbes. Gott décrit aussi une nécrose en bande par infarctus artériel d'origine microbienne. Ces lésions diffèrent totalement de celles produites par la nécrose ou par la digestion post-mortem de l'œsophage, plusieurs expérimentateurs ayant pris soin par des examens comparatifs de répondre d'avance à cette objection possible et nous ne souscrivons pas à l'opinion de Beneck qui admet une digestion par un suc gastrique trop acide de la partie inférieure de l'œsophage.

En résumé un éthylique gros mangeur, au cours d'efforts de vomissements, suivis ou non d'effets, éprouve une douleur déchirante retro-xyphoïdienne et succombe en quelques heures dans un état de choc avec épanchement pleural gauche. L'autopsie montre une rupture longitudinale de la portion sus-diaphragmatique d'un œsophage en apparence sain.

Pathogénie. — On conçoit que les faits que nous venons de résumer ont vivement intrigué ceux qui ont pu en être témoins et qu'ils se sont demandés le pourquoi et le comment de cette rupture. Leurs opinions divergent notablement. Pour les uns, comme le disait déjà Velpeau, un œsophage sain ne peut se rompre, et le microscope, en montrant la nature inflammatoire de ce que les anciens auteurs appelaient « le ramollissement gélatiniforme » (Maidière) l'œsophagomalacie ou l'œsophage alcoolique (Charles) a montré le bien-fondé, dans certains cas, de cette conception. La lésion peut cliniquement être tout à fait latente, mais parfois les auteurs notent que leurs malades étaient des dyspeptiques de longue date (Williams et Boyd, etc.) ou qu'ils souffraient d'ulcère gastrique (Petren) ou duodénal (Gott). Expérimentalement, Ziemsen, Mackensie prétendent que l'œsophage sain est fort résistant. Que, isolé, il faut une traction de 7 à 8 kls. pour rompre la musculeuse, de 10 kls. pour rompre la muqueuse. En insufflant de l'eau dans la cavité œsophagienne Mackenzie, Brosch produisent une rupture linéaire avec une pression variant de 2 kls. 1/2 à 5 kls. Latarget voit l'œsophage résister à une pression de 1 m. de mercure. Brosch dans certains cas mettait la muqueuse en contact pendant 48 heures avec du suc gastrique. Ce procédé ne paraît pas rendre l'œsophage plus fragile. Williams et Boyd, plus récemment, en examinant l'œsophage de chiens, chez qui ils avaient produit une section expérimentale concluent que la rupture spontanée est toujours précédée de lésions inflammatoires qui affaiblissent la résistance de l'œsophage. Les constatations de Kissel et de moi sont en faveur de cette opinion. Mais elle n'est pas admise de tous et d'incontestables observations (Petren, Gott, Popper) notent expressément l'intégrité de l'œsophage. Les lésions pariétales ne seraient donc que des causes adjuvantes. D'expériences, en cours de réalisation actuellement, et qui seront exposées, au Congrès des Anatomistes de 1934, faites avec notre collègue et ami Bleicher, nous pouvons conclure qu'un œsophage sain peut se rompre sous une pression très faible, inférieure nettement à celle produite par un effort de vomissement, et comme nos prédécesseurs nous notons que toujours la perforation siège au-dessus du cardia et en communication avec la plèvre gauche. Nous sommes en train d'étudier la cause anatomique de cette localisation réalisant pour l'œsophage une véritable « undefended space ».

Mais quelle que soit la conclusion de ces recherches, on est forcé d'admettre que la cause de la rupture est une perturbation du mécanisme normal du vomissement. Celui-ci exige une ouverture large du cardia, une fermeture énergique du pylore et une béance de l'œsophage due au vide thoracique par contraction brusque du diaphragme. Si la coordination musculaire ne se fait plus, et si un spasme de l'œsophage ferme celui-ci à sa partie supérieure, tandis que le cardia se relâche et que le contenu gastrique est projeté dans le conduit, la brusque augmentation de pression qui en résulte entraîne la rupture à l'endroit qui physiologiquement ou par une lésion antérieure est fragilisé. La cause première de la rupture est donc un trouble nerveux, qui arrête le bol alimentaire dans son expulsion et nous rappelons que notre malade depuis plusieurs années avait eu de tels spasmes qui empêchaient complètement la déglutition. La rupture est survenue quand le spasme a empêché la régurgitation.

La mort semble être due à plusieurs facteurs. On peut incriminer l'abondance de l'épanchement et la gêne circulatoire qui en résulte et la surinfection du liquide pleural, Williams et Boyd, Popper ont montré sa richesse en bactéries et sa haute toxicité. Expérimentalement la mort est aussi fatale que le contenu gastrique ait passé dans la plèvre ou que l'épanchement soit purement inflammatoire, à réaction alcaline. Enfin Fitz, Gott, avec raison, incriminent la gangrène du médiastin et l'irritation vago-sympathique qu'elle entraîne.

Nous serons bref sur la thérapeutique. Jusqu'ici la mort est inéluctable quel que soit le traitement mis en œuvre. Vinson prétend la guérison possible. En 1825, Mandière publie un cas de rupture avec guérison. A la lecture de son observation nous croyons qu'il s'agit là simplement d'un abcès rétro-pharyngien. Hors ce cas des plus douteux à nos yeux, le malade a toujours succombé, même lorsque, fait exceptionnel, le diagnostic a été posé et une intervention réalisée. Un malade de Gott succombe 7 jours après une thoracotomie avec drainage et irrigation de la plèvre. Les autres chirurgiens ont posé des indications théoriques : Proust propose la gastrotomie préventive, Williams et Boyd, Smead le drainage de la plèvre, Irwing Walker, le drainage du médiastin postérieur, Gott, Kuttner la mise en place d'une sonde œsophagienne.

Mais l'évolution est si rapide en général et les signes d'intoxication si marqués que l'issue de toutes ces tentatives est incertaine, et il semble que le pronostic reste aussi grave pour l'avenir qu'il l'était dans le passé.

BIBLIOGRAPHIE

Adams. *Pathol. Soc. London*, t. 29, p. 113.
Beneck. *Deutsch. Med. Wochen*, 1904, p. 1489.
Bleicher et Girard. *Compte rendu Congrès Anatomique*, Bruxelles, 1934.
Boerhaave. *Atrocis nec descrip.* 1724, *et Aphorismes de Chirurgie*, t. I, p. 172.
Bosanquet. *Clin. Journ.*, 1913, p. 209.
Bouillaud. *Arch. gén. de Méd.*, 1823, t. I, p. 531.
Bowles and Turner. *Brit. Med. Journ.*, 1900, p. 763.
Brosch. *Arch. für Path. Anat.*, 1900, p. 114.
Charles. *Dublin Journ. of Med. Science*, 1870, p. 311, et *Gazette Hebdomadaire*, 1871, p. 287.
Desault. *Journ. de Chir.*, t. II, p. 305.
Dryden. In *Dictionnaire des Sciences Méd.*, t. LXVI, p. 513.
De Lavergne. *Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921, n° 37.
Esser. *Deuts. Zent. für ges. Med.*, 1927.
Fitz. *Amer. Journ. of Med. Sciences Philad.*, 1877, t. LXXIII, p. 17.
Girard et Kissel. *Bull. Soc. Nat. Chir.*, 23-11-32.
Gott. *Amer. Journ. of Med. Sciences*, sept. 1933.
Gramatzki. *Thèse de Kœnigsberg.*
Griffin. *Lancet*, 4-8-1869.
Guersant. *Bull. Falculté Méd.*, 1812, t. I, p. 73.
Heintze. *Freeie Verein der Chir.*, t. XVII.
King. *Guy's Hospital Report*, 1843.
Lindsay and Smith. *Royal Acad. of Ireland*, 1899, t. XVII.
Le Ray. *Th. de Paris*, 1875.
Lidermann. *Münch. Med. Wochen*, 28-7-1887.
Harrison. *Lancet*, 8-4-1894.
MacWeeney. *Lancet*, 1900, p. 161.
Mandler. *Th. de Nancy*, 1934.
Menne und Moore. *Arch. für Pediatrie*, 1921, p. 672.
Meyer. *Med. Ver. von Preussen*, 1858, p. 113.
Peltason. *Deuts. Med. Wochen*, 23-6-1921.
Petren. *Bruns'Beit. zur Klin. Chirurgie*, Band 135, H. 3.
Pints de Magallaes. *Medicina Contempor.*, Lisbonne, 1911, t. 39.
Pironneau. Communication personnelle.
Popper. *Mediz, Klinik*, t. XXIX, 9-6-1933 et *Presse Méd.*, 10-3-1934.
Raestrup. *Deuts. Ztsch. für ges. Med.*, 1928.
Roumegaux. *Th. de Paris*, 1878.
Roy. *Lancet*, 1911, p. 1765.
Smead. *Amer. Journ. of Obstr. and Gyn.*, avril 1931.
Toendler. *Deutsch. Ztsch. für Prak. Med.*, 1878.
Vinson. *Mayo Clinic*, 1921, n° 13, p. 6.
Walker. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 20-6-1914, p. 1925.
Watkins. *Chicago pathol. Soc.*, 1919.
Watson. *Brit. Med. Journ.*, 1912, p. 1182.
Weiss and Malory. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1932, p. 1353.
Whipham. *Lancet*, 12-9-1903.
Williams and Boyd. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1926, t. XLII, p. 57.
West and Andrews. *Pathol. Soc. London*, t. XVIII.
Wolf. *Med. News*, 1894, p. 516.
Zenker and Ziemssen. *Encyclopedia of the Practise of Med.*, 1878, p. 100.

Et les traités de Pathologie de Poulet et Bousquet (1885), de Follin et Duplay (1878), de Le Dentu et Delbet, de Sencert.

Au service de la personne humaine, conférences de déontologie médicale données à Lyon, aux infirmières et aux travailleuses sociales, par le Dr René Biot. — Un volume broché : 13 fr. — Editions Vulliez, à Joigny (Yonne).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

COUPAGE ET SUCRAGE DU LAIT DESTINÉ A L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

Le lait de vache pur peut-il être utilisé dans l'alimentation des nourrissons ? Oui, pour les vieux auteurs (Parrot, Guéniot, Budin). Non, pour les contemporains qui, s'ils le donnent volontiers à partir des sixième-septième mois, estiment qu'il ne saurait convenir aux premiers mois, en s'appuyant sur les arguments rassemblés par le prof. Marfan :

Arguments *physiologiques :* d'une part, la digestion du lait de vache dilué se rapproche beaucoup plus de celle du lait de femme que de celle du lait de vache pur ; de l'autre, la caséine du lait de vache y existe en telles proportions (H. Barbier) que l'enfant ne peut l'utiliser, le seul remède étant un coupage très étendu avec de l'eau fortement sucrée.

Arguments *cliniques*. La plupart des enfants de moins de six mois alimentés exclusivement au lait de vache pur dès leur naissance (Variot) souffrent de troubles digestifs et généraux. Aux premiers ressortit la *dyspepsie du lait de vache pur* (Marfan), caractérisée par des selles peu nombreuses, mais abondantes, de consistance pâteuse, de couleur blanc-jaunâtre, d'odeur putride ; de réaction alcaline, elles sont particulièrement riches en savons calcaires, en matières minérales et en azote, mais pauvres en pigments biliaires. Quant aux seconds, ils consistent en pâleur, bouffissure du visage, tendance à la diarrhée et aux infections secondaires, évolution vers l'hypothrepsie. Les uns et les autres sont bien dus au lait pur et particulièrement à la caséine qu'il contient, puisqu'ils s'atténuent si on le coupe à moitié ou au tiers.

Le lait de vache doit donc être coupé. « Malheureusement, la dilution du lait entraîne la diminution de sa richesse en graisses et en hydrates de carbone, qui n'étaient déjà pas en excès dans le lait pur, pour remédier à son appauvrissement en substances ternaires, on le sucre. Ce n'est qu'un pis-aller, car il reste pauvre en graisses, s'il s'enrichit en hydrates de carbone, mais cette technique, simple et facile, donne de bons résultats. » (J. Renault et Mad. de Tannenberg).

Dans quelles proportions effectuer le coupage ? Et comment s'y prendre pour qu'ainsi traité, il garde la même valeur nutritive que lorsqu'il est pur ?

Le temps n'est plus où l'on se contentait, soit de lui ajouter d'autant plus d'eau que l'enfant était plus jeune (Biedert), soit de le remplacer par des liquides mucilagineux : eau panée, décoction d'orge, de riz, de gruau d'avoine, lesquels étaient censés favoriser la coagulation de la caséine en petits flocons. On a, de même, renoncé à la méthode volumétrique d'Escherich, qui nécessitait des calculs compliqués, comme à celle de Heubner-Hofman et Soxhlet, qui consistaient, la première à utiliser un mélange à parties égales de lait et d'une solution de lactose à 6 % (ce mélange restant le même quel que fût l'âge de l'enfant), et qui diminuait par trop la quantité de graisse contenue dans le lait, la seconde, à se servir, pour le coupage, d'une eau fortement chargée de lactose, souvent mal digérée.

D'autres auteurs ont cru remédier aux inconvénients du lait coupé en lui ajoutant des matières grasses, et particulièrement de la graisse de lait. On ne les a guère suivis. Il s'agit là, en effet, d'un procédé compliqué, coûteux, où l'asepsie est mise à une rude épreuve, et, d'ailleurs, contestable dans son principe, puisque la graisse de lait est souvent mal tolérée.

En France, les méthodes les plus employées sont celles de MM. Marfan, J. Renault et E. Terrien.

§ 1. — Pour M. Marfan, il convient, *au cours des trois ou quatre premiers mois, de s'adresser, pour le coupage, à l'eau saccharosée à 10 %, et de l'employer à raison d'une partie pour deux parties de lait.*

Sur quels raisonnements se fonder pour arriver à cette règle ?

En principe, le procédé de coupage doit :

Etre *simple* et *peu coûteux ;*

Ne pas trop appauvrir le lait en sucre ;

Fournir une quantité suffisante de calories ;

Ne pas gêner la stérilisation.

Que la technique conseillée par M. Marfan satisfasse à la première condition, voilà qui est évident, sans qu'il y ait lieu d'insister davantage. Il ne réalise pas moins les autres. En effet :

a) L'addition, au lait, d'un tiers d'eau abaisse suffisamment le taux de la caséine, l'expérience montrant que les nourrissons digèrent aussi bien cette protéine avec des coupages au tiers qu'avec des coupages par moitié ;

b) La réduction quantitative du sucre et de la graisse n'est pas telle qu'elle puisse compromettre le développement de l'enfant : d'ailleurs, glucides et lipides peuvent, dans une certaine mesure, se remplacer ; en sucrant à 10 % l'eau de coupage, on remédie à la carence en lipides et le mélange dégage 600 calories par litre, c'est-à-dire presque autant que le lait de femme ;

d) Sa concentration moléculaire est presque égale à celle du lait ;

e) Quoique pauvre en beurre (25 p. 1.000), il en contient une quantité suffisante, au moins pour les premiers mois ;

f) La stérilisation en est aisée.

Au lactose (Soxhlet), au maltose, au glucose, d'action inconstante et parfois laxative, M. Marfan préfère le saccharose, facile à se procurer, peu coûteux, de digestion aisée, et qui possède une action astringente parfois utile.

La *technique* est simple. Si l'on a recours à l'ébullition, on se contentera d'ajouter au lait de l'eau bouillie deux minutes, et sucrée pendant qu'elle bout. S'adresse-t-on au bain-marie, on mélange avec le lait l'eau préalablement sucrée. Utilise-t-on, enfin, les laits stérilisés du commerce, on se munit d'eau bouillie sucrée, tenue à l'abri des souillures, qu'on ajoute au lait juste au moment de s'en servir.

Dans la première semaine, on substituera au mélange précédent un autre où lait et eau sucrée à 5 % sont en parties égales.

Dans le courant du quatrième mois, *si tout va bien*, on ne coupera plus le lait qu'au quart, puis, au bout de quelques jours, on le donne pur, quitte à faire machine arrière s'il survient quelque incident.

Avec ce procédé, les *résultats* sont très satisfaisants, bien que la croissance soit souvent un peu lente.

§ II. — M. J. Renault et Mme de Tannenberg ont proposé de sucrer l'eau à 12 % et à employer, pour le coupage, la formule 1/M, où M représente l'âge de l'enfant exprimé en mois.

A un mois, le coupage sera donc fait par moitié (1/1), au second, au tiers (1/2), au troisième, au quart (1/3).

Cette méthode, très pratique, conduit à prolonger l'usage du lait coupé jusqu'au neuvième mois. En sa faveur, on peut faire valoir que la présence d'eau, même en faible quantité, favorise la digestion du lait et s'oppose à la coagulation de la caséine en grumeaux volumineux.

§ III. — Non moins facile à se rappeler, la méthode d'E. Terrien, qui, « sauf le premier mois, où le lait doit être coupé du tiers, met dans chaque biberon une quantité d'eau fixe de 15 à 20 gr. (une cuillerée à soupe) et ajoute la quantité de lait nécessaire pour compléter la dose à laquelle l'enfant a droit ».

Avec cette technique, c'est la quantité d'eau qui est fixe, et la quantité de lait qui est variable, le taux du coupage diminue donc à mesure que l'enfant avance en âge. On cesse d'ajouter de l'eau dès qu'on arrive à la quantité de 135 grammes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 JUIN 1934)

Acrodynie à forme quadriplégique. — MM. DEBRÉ, Julien MARIE, MESSIMY. Enfant de 5 ans, ayant présenté au 2e mois d'une acrodynie, un syndrome de quadriplégie. Paralysie totale des 4 membres. Régression complète en 15 jours. Les muscles les plus touchés furent ceux de l'extrémité distale et les allongeurs, par la ponction lombaire, dissociation albumino-cytologique sérieuse.

Action comparée des extraits surrénaux corticaux et médullaires dans le traitement de la maladie d'Addison. — MM. R. BÉNARD et THOYER. Femme atteinte de maladie d'Addison de moyenne intensité, ayant présenté un syndrome d'insuffisance surrénale aiguë grave. Injection quotidienne de 1 gr. d'extrait surrénal pendant deux mois et demi. Disparition de tous les signes, sauf l'hypertension. Celle-ci a cédé à des injections de médullo-surrénale.

Aspect de l'onde et de l'espace S. T. de l'électrocardiogramme dans la myopathie. — MM. A. et L. VAN BOGAERT.

Résultat éloigné d'une surrénalectomie pour hypertension artérielle permanente — MM. MONIER-VINARD et DESMARETS. Surrénalectomie en 1929 chez une malade atteinte d'hypertension permanente avec paroxysmes. Effet très bienfaisant de l'intervention. Disparition des paroxysmes hypertensifs. La malade a pu reprendre toute son activité habituelle.

Nouveau cas de surrénalectomie pour hypertension permanente. — MM. MONIER-VINARD et DESMARETS. Hypertension continue sans variations 25-27, 15-17. Ablation de la surrénale droite. Ce résultat est un abaissement des tensions fixées à 22-13. Au cours de l'intervention, une biopsie rénale a démontré une dégénérescence hyaline des vaisseaux et des plages de sclérose interstitielle.

Greffe surrénale sur un addisonien. — MM. DESMARETS et MONIER-VINARD. Greffe sur un addisonien d'une capsule surrénale d'un hypertendu ; greffe dans la gaine aponévrotique du muscle droit de l'abdomen. Echec brutal. Mort 48 heures après l'intervention dans un brusque état de choc dû à la résorption des albumines hétérogènes provenant du greffon.

Spondylose rhizomélique avec hypercalcémie traitée par parathyroïdectomie. — MM. ALAJOUANINE, BAZY, FAUVEROT et COSTE. Spondylose rhizomélique typique avec hypercalcémie considérable. L'ablation d'une glande saine donna lieu à un retour du calcium sanguin à la normale et à une amélioration fonctionnelle rapide. Le mode d'action de l'intervention semble se rapprocher de celui des interventions sur le sympathique.

Aspect radiologique de l'aorte chez le vieillard. — MM. BRODIN, HEIM DE BALSAC et Mlle TEDESCO. Etude du cœur et de l'aorte de 178 sujets valides âgés de 80 à 100 ans. Presque toujours il y a allongement de l'aorte avec épaississement de ses parois et augmentation de la flexuosité. L'aspect le plus caractéristique de l'aorte sénile est l'existence en oblique antérieure d'une courbe harmonieuse de la crosse comparable à un col de cygne, et liée à une visibilité particulière de la crosse et de l'aorte descendante.

Un cas d'hémorragie gastro-intestinale mortelle chez un diabétique atteint de pneumonie grippale. — M. Lorando (Athènes). Malade de 78 ans, diabétique, atteint de broncho-pneumonie grippale avec coma. Après le coma, mœlena, et mort rapide par hémorragie intestinale. A l'autopsie, ulcération pylorique à fond pâle, sans point de saignement. Action probable toxémique du virus grippal.

Hémoptysies monosymptomatiques d'une tuberculose non évidente. — M. Caussade. Il convient de s'appuyer sur des notions expérimentales et anatomiques pour admettre que toute hémoptysie tuberculeuse est causée par une lésion vasculaire déterminant une béance plus ou moins prononcée d'un vaisseau d'une importance variable. La tuberculose pulmonaire peut être à son début mono-symptomatique que des hémoptysies ou que des congestions pulmonaires récidivantes ou non en soient les symptômes révélateurs.

Tension artérielle chez le vieillard. Tension comparée aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. — MM. Brodin et Joseph. L'étude comparée de la tension des deux membres, l'augmentation de l'écart normal entre les deux tensions et surtout sa diminution permet de prévoir l'existence de lésions aortiques et surtout la présence probable de plaques d'athérome au niveau de la bifurcation aortique.

Le traitement dans la syphilis rénale. — M. Tzanck, Mlle Jammet et M. Negreanu. 1° Néphrites syphilitiques authentiques apparues avant tout traitement peuvent guérir spontanément ou sous l'influence de la thérapeutique antisyphilitique ; 2° néphrites d'intolérance médicamenteuse, chez les syphilitiques traités et pouvant se manifester sous les doses les plus minimes. Elles sont opposées par le traitement. Seules sont graves les néphrites chez les syphilitiques traités.

Extension intra-pulmonaire d'un fibrome du disque intervertébral. — Mme Delhaye et M. Van Bogaert (Anvers).

Purpura ecchymotique récidivant après sérothérapie antitétanique. Guérison par la sérothérapie maternelle. — M. Stillmankes (Anvers).

Poussée miliaire au cours d'un pneumothorax artificiel. M. Paraf. Observation d'une poussée miliaire au cours d'un pneumothorax artificiel ayant envahi aussi bien le poumon sain que le poumon collabé. Guérison en six mois.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

(séances du 14 mars et du 11 avril 1934)

Fièvre typhoïde et médecine légale. — M. L. Payan. Les relations qui existent entre la fièvre typhoïde et la médecine légale présentent un triple intérêt :

1° Un intérêt étiologique. — Certaines fièvres typhoïdes d'origine accidentelle surviennent dans des laboratoires par ingestion de cultures d'Eberth ; elles posent les mêmes problèmes médico-légaux que les fièvres de Malte de même origine ; elles sont cliniquement très graves, et leur incubation est très courte.

Plus intéressantes, assez rares et fort difficiles à dépister sont les fièvres typhoïdes volontairement provoquées dans un but de suicide ou de crime ;

2° Un intérêt légal ou judiciaire. — Des épidémies d'origine hydrique (Lyon 1928), des épidémies d'origine alimentaire (épidémies de paratyphoïde B par des crèmes ou par de la charcuterie) ont déjà donné lieu à des poursuites judiciaires, et elles ont parfois entraîné des sanctions pénales et civiles (dommages et intérêts) pour les compagnies (Lyon) ou pour les fournisseurs responsables.

3° Un intérêt lié aux difficultés des expertises. — Dans les fièvres typhoïdes par accident, et surtout par crime ou par suicide, l'expert ne peut guère que jouer le rôle de guide technique auprès du juge d'instruction.

Dans les épidémies d'origine hydrique, ni la clinique, ni la bactériologie, ni l'hydrographie du terrain ne permettent de remonter à l'origine de l'infection. Seule, l'épidémiologie permettra la solution du problème. Il en est de même d'ailleurs pour les épidémies d'origine alimentaire.

Fièvre typhoïde avec manifestations névraxitiques diffuses. — M. L. Payan. Les manifestations encéphaliques et encéphalo-méningées sont fréquentes dans la fièvre typhoïde et parfois assez diffuses ; ainsi en est-il notamment dans les formes cérébello-spastiques réalisant de façon plus ou moins complète le tableau de l'ataxie aiguë, et dans certaines observations, dont celle de Hillemand, Laurent, Mézard et Stéhelin (fièvre typhoïde avec troubles délirants, avec paralysie des deux oculo-moteurs externes, avec léger syndrome cérébelleux gauche, troubles vestibulaires et paralysie des membres inférieurs). Il est rare pourtant de voir l'infection éberthienne toucher tous les étages du névraxe, depuis le cerveau jusqu'aux nerfs périphériques. Ainsi en était-il chez la typhique observée par l'auteur : elle présenta dès le début de sa maladie des troubles délirants suivis de coma. Rapidement, ensuite, s'installèrent des manifestations multiples qui persistèrent de façon définitive.

Paralysie pharyngée transitoire et curable au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. D. Olmer, Jean Olmer et D. Léna rapportent l'histoire d'un malade qui, au dixième jour d'une fièvre typhoïde grave, présenta une paralysie pharyngée prédominant au niveau du voile, sans aucun autre signe neurologique. Cette paralysie régressa très rapidement sous l'influence du traitement par la strychnine, et la fièvre typhoïde évolua normalement par la suite vers la guérison, sans incident. Les auteurs discutent, à ce sujet, l'origine bulbaire ou plus vraisemblablement névritique de cet accident, dont ils soulignent le caractère exceptionnel et la guérison rapide et complète.

Hémoculture positive à l'Eberth au cours d'accès palustres. — MM. D. Olmer, Jean Olmer, P. Buisson et Paillas.

Syndrome méningé lymphocytique précédant l'évolution d'une fièvre typhoïde. — MM. D. Olmer, Jean Olmer et Paillas.

Etude anatomo-clinique d'une fièvre typhoïde hémorragique avec complications cardiaques. — MM. D. Olmer, M. Mosinger et M. Audier. Il s'agit d'une forme hémogéno-hémophilique, dont les auteurs étudient les altérations spléniques à type de réaction réticulaire polymorphe et les lésions de myocardite parcellaire à localisation périnerveuse.

Le syndrome d'insuffisance cardio-vasculaire de la fièvre typhoïde. — MM. Giraud-Costa et M. Audier. D'après leurs études cliniques et électro-cardiographiques, les auteurs distinguent des syndromes subaigus et aigus. Dans le premier groupe, ils séparent les syndromes cardiaques qui comprennent des myocardites, des myocardies, et des cas intermédiaires où il existe de minimes lésions du myocarde localisées autour des fibres nerveuses.

Les syndromes vasculaires caractérisent les formes hypotensives ou hypertensives de la fièvre typhoïde. Les insuffisances cardio-vasculaires aiguës : collapsus, syncope, ont une pathogénie vasculaire (par atteinte du système nerveux vaso-moteur). Il peut y avoir soit vaso-dilatation artérielle, périphérique, soit hypotonie veineuse. Les études pléthysmographiques des auteurs sont en faveur de ce dernier mécanisme.

Arthrite sacro-iliaque aiguë dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. — MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J.-E. PAILLAS ont observé, quelques jours après une fièvre typhoïde bactériologiquement confirmée, des algies très violentes localisées à l'articulation sacro-iliaque gauche, avec reprise de la température et lésions radiologiques. Ce tableau clinique s'atténue rapidement sous l'influence du vaccin T.A.B. et disparaît en un mois. Il y a lieu d'insister sur l'extrême rareté de cette localisation dans la fièvre typhoïde, tandis qu'elle est habituelle dans la mélitococcie. L'action nette de la thérapeutique spécifique précocement instituée est aussi à souligner.

Les formes articulaires de la fièvre typhoïde. — M. R. POINSO, à propos de quatre observations personnelles, étudie les arthro-typhus, formes de début et les variétés articulaires proprement dites qui durent toute la maladie et dont le diagnostic avec le rhumatisme articulaire aigu est particulièrement difficile. Il envisage aussi le mécanisme pathogénique de ces arthralgies, en relation avec l'état septicémique, peut-être par l'intermédiaire de phénomènes de floculation protéique.

La vaccination associée typho-diphtérique chez l'enfant. — M. P. GIRAUD. Dans les régions où la fièvre typhoïde est endémique, cette affection est fréquente chez le jeune enfant et entraîne, à cet âge, une mortalité au moins égale à celle des adultes. Il est donc indiqué de soumettre les jeunes enfants, dès l'âge de deux ans, à la vaccination antityphoïdique par injections, dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Il est commode, dans ce but, d'associer l'anatoxine diphtérique de Ramon au vaccin T. A. B. dans la même injection. Cette vaccination associée, déjà utilisée dans l'armée avec un plein succès, donne aussi chez l'enfant d'excellents résultats sans provoquer de trop vives réactions. Les doses utiles, à l'âge de 2 ans, sont 1/10 cc. de T.A.B.+1 cc. d'anatoxine pour la première injection ; 2/10 cc. de T.A.B.+1 cc. 1/2 d'anatoxine pour la deuxième ; 3/10 cc. de T.A.B.+1 cc. 1/2 d'anatoxine pour la troisième. Laisser trois semaines d'intervalle entre les injections. Contre-indications rares ; tuberculose et néphrite surtout.

Les phlébartérites typhiques. — MM. GIRAUD-COSTA et M. AUDIER rapportent deux observations d'artérite survenue sur un membre atteint antérieurement de phlébite typhique. Dans l'une de ces observations, il s'agissait d'une claudication intermittente, avec abolition de l'indice oscillométrique, survenue quelques mois après une phlébite typhique. Les auteurs insistent sur la nécessité de vérifier l'intégrité de la circulation artérielle d'un membre qui vient d'être atteint de phlébite éberthienne.

La kératite éberthienne expérimentale. — M. Jean SEDAN.

Fièvre typhoïde et tuberculose. — M. J. BERTHIER envisage, d'après ses propres observations, divers aspects des rapports entre ces maladies lorsqu'elles évoluent simultanément ou consécutivement. Il ne pense pas que la F. T. accélère l'évolution d'une tuberculose pulmonaire en activité, malgré la dénutrition pathologique ou diététique du typhique. D'autre part, il insiste sur la fréquence, très relative, après le troisième septennaire chez d'anciens tuberculeux pulmonaires ou extrapulmonaires, considérés comme cliniquement guéris, d'hémoptysies de moyenne abondance, fluxionnaires, sans évolution locale consécutive, et nie la modification de l'allergie tuberculeuse par la F. T.

Par ailleurs, l'auteur note la fréquence d'observation, à sa consultation phtisiologique, de cas où les signes cliniques généraux de poussées évolutives tuberculeuses initiales en imposent, en une région d'endémie typhique, pour une F. T. accompagnée des signes pulmonaires congestifs habituels, que les réaction sérologiques n'aient pu être faites, qu'elles aient été supposées d'apparition tardive, ou qu'intervienne une vaccination récente. Il souligne le danger de cette erreur pour l'évolution de la tuberculose méconnue, ainsi soumise, parfois au bout de longues semaines, aux méthodes actuelles de la phtisiothérapie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TENONS COMPTE DE LA CULTURE GÉNÉRALE POUR SÉLECTIONNER LES MÉDECINS. LA PRIORITÉ AUX HUMANITÉS

Le dépôt au Sénat de la proposition de loi Portmann, dont le but est de restreindre le nombre des étudiants en médecine, a provoqué dans le monde médical les réactions les plus vives et les plus diverses. Un débat a eu lieu à ce sujet à la *Fédération Corporative des médecins de la région parisienne.*

On sait que chez les praticiens, les concours n'ont pas bonne presse, et c'est ce qui est ressorti une fois de plus de la discussion, celle-ci ayant pour objet principal l'institution du concours à l'entrée des Facultés réclamé par l'honorable sénateur-professeur de Bordeaux.

Le principal orateur, M. *Tissier-Guy*, ancien interne des hôpitaux de Paris, et vice-président du Syndicat des médecins de la Seine, exposa les dispositions générales prises par la Commission d'Enseignement de la Confédération des syndicats médicaux, à laquelle il avait pris une part active le 17 juin 1934.

Les voici : *a.* Un concours institué avant la prise de la première inscription de médecine a été repoussé, parce qu'on ne pourrait établir le concours ou le choix que sur des connaissances scientifiques étrangères à la médecine. Enfin et surtout la réglementation par concours entraînerait fatalement la « fonctionnarisation » de notre profession. (J'ajoute qu'un classement avec affectation suivrait l'adoption de ces mesures, si bien que les meilleurs cliniciens seraient affectés aux grandes villes, et que le plaisir de s'installer dans son pays natal serait très souvent refusé.)

b. La limitation du nombre des étudiants serait obtenue par deux barrages :

1° Le premier, avant l'entrée de la Faculté, serait basé sur l'obtention d'un minimum de points au P. C. B. (60 au lieu de 55), et sur les notes obtenues au baccalauréat ; dans ce dernier cas, on tiendrait compte des catégories du baccalauréat, *dont on proclamerait l'inégalité des droits* comme avant 1902. C'est ainsi que la série A donnerait *de plano* 20 points ; la série A' 10 points ; la série B, 0 point.

2° Le second barrage, placé à la fin de la première année de médecine, comporterait des épreuves écrites et une

épreuve orale de séméiologie. Ce barrage serait opéré par un jury unique pour toutes les Facultés et Ecoles de médecine.

(Il n'y aurait donc pas concours, mais sélection basée sur la valeur des connaissances acquises au cours des études secondaires et de celles du P. C. B. Les partisans décidés des humanités dont nous sommes et ceux qui croient à la précellence des études scientifiques sont tombés d'accord ; à eux de conserver l'union sacrée jusqu'au résultat final et d'éviter toute espèce de trahison.)

Mais M. Tissier, se plaçant sur le terrain protectionniste, n'a pas manqué de penser à certaines invasions étrangères qui convoitent nos meilleurs postes médicaux. Et il a rappelé que la Confédération avait le même jour émis un vœu précisant que les étrangers non soumis aux épreuves du début des études, ne pourraient, en aucun cas bénéficier de la possibilité de transformation des inscriptions ou doctorat d'Université en inscription ou doctorat d'Etat.

Telles sont les dispositions récemment exposées à la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne*, dispositions qui présentent des avantages sérieux pour remédier à la pléthore médicale.

Quelques jours après, le Conseil d'administration de la Confédération a eu une entrevue avec M. le professeur Portmann. Si nos renseignements sont exacts, M. Portmann a reçu à l'Hôtel Chambon un accueil déférent, mais de très nombreuses objections lui ont été faites. Aucune décision n'a été prise en faveur de sa proposition de loi, ce qui ne nous surprend pas, quand on sait combien le corps médical est attaché au maintien des libertés universitaires.

Je voudrais à ce sujet — et pour terminer cet exposé — rappeler l'opinion que professent beaucoup de nos maîtres sur le trop jeune âge de beaucoup d'étudiants. Mes amis le professeur Dieulafé (de Toulouse) et le regretté professeur Mailhe, de la Sorbonne, ont souvent soutenu devant moi qu'un homme, quel qu'il soit, ne devrait être autorisé à examiner des malades que s'il a une maturité d'esprit suffisante. Ne pourrait-on pas, à l'inverse de ce qui se pratique à Polytechnique, fixer un âge minimum pour être autorisé à pénétrer dans la Maison d'Hippocrate ?

MAURICE MORDAGNE.

PRATIQUE MÉDICALE

LA BROMUROTHÉRAPIE PRATIQUE (1)

par le Docteur Touraine

Le moyen le plus simple, le plus commode et le plus pratique de faire supporter la médication bromurée est réalisé par le sédobrol, extrait de bouillon végétal, concentré, achloruré et bromuré, grâce auquel le praticien est toujours certain de donner à son malade une préparation active et parfaitement tolérée qui lui rendra les plus grands services non seulement en médecine générale, dans les maladies du tube digestif, de l'appareil circulatoire, en gynécologie, en urologie, mais encore en obstétrique, en pédiatrie et aussi en stomatologie, car le sédobrol permet de combattre, dans bien des cas, l'anxiété si fréquente chez tous ceux qui souffrent.

(1) *Concours Médical*, N° 36, Paris, Septembre 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Le sanatorium suburbain pour enfants de l'Assistance Publique de Paris (1), par le docteur Gérard NOËL-AUGUSTIN.

Si, en ces dernières années, beaucoup a été fait pour les tuberculeux, certaines catégories de malades ne bénéficiaient pas encore d'organisations sanatoriales appropriées. Le cas des enfants de moins de 15 ans était parmi les plus urgents à résoudre, du fait de l'encombrement et de la menace de contagion que créaient de tels sujets dans les services d'assistance.

Dans les locaux de Brévannes, à 15 kilomètres de Paris, un sanatorium vient d'être ouvert, le premier en France où soit prévue l'hospitalisation de nourrissons. Plus de 250 lits sont ainsi réservés aux tuberculeux pulmonaires de moins de 15 ans, ce nombre étant vraisemblablement appelé à s'accroître à mesure que s'affirmeront les bienfaits de l'organisme nouveau.

Dans un intéressant travail, inspiré par M. Chevalley, l'auteur a étudié les locaux, l'organisation administrative et médicale, le fonctionnement ainsi que les résultats médicaux et sociaux qu'il est permis d'en attendre.

La comparaison de ce que permet d'espérer un tel plan avec les résultats vrais sera précieuse pour l'organisation à venir de la lutte antituberculeuse dans certains domaines.

L. BABONNEIX.

Les drames et les angoisses de la jeunesse (2), par le docteur GILBERT-ROBIN.

Sujet complexe et délicat, comme le dit fort bien l'auteur, tout dans la jeunesse n'est pas insouciance et si à chaque époque des problèmes se sont posés dont elle est l'objet ou le sujet, problèmes touchant l'individu lui-même et ses rapports avec tout ce qui l'environne, à notre époque plus qu'à aucune autre ces problèmes se sont renouvelés et multipliés du fait des difficultés économiques ou sociales du temps présent. Doit-on s'en tenir à des solutions traditionnelles dont l'inefficacité a pu dans certains cas être soutenue ; doit-on les rajeunir ; doit-on chercher des directives entièrement nouvelles ? Tel est le problème à résoudre ?

L'étude des réactions psychologiques normales, celle des conséquences pathologiques, bénignes ou graves, cachées ou évidentes, et de pronostics divers, est l'objet de cet intéressant essai qu'illustrent de nombreuses esquisses psychologiques. A l'éducateur et au psychiatre elles peuvent apporter quelques éléments de conclusion.

L. BABONNEIX.

Les varices (3), par L. GERSON, assistant à l'Hôpital Saint-Louis. Préface de L. LOUSTE, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Ce livre, essentiellement clinique et thérapeutique, a été rédigé pour l'étudiant et pour le praticien. Il met au point d'une façon précise et exacte la question du traitement sclérosant.

Un exposé original d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques sert de base à l'ouvrage. Il détaille ensuite minutieusement l'examen clinique avec les techniques d'exploration qui doivent entrer dans la pratique courante. Il a le mérite de rester dans le cadre du médecin général en

(1) Paris, Jouve et Cie.
(2) Paris, Flammarion.
(3) In-8 de 122 pages avec 34 figures dans le texte. — Prix : 28 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

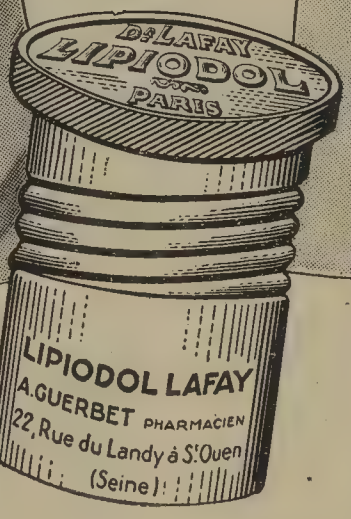
LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol



Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule, 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP CARRÉ

insistant avec soin sur les étiologies multiples, sur l'état objectif du malade et sur l'appréciation de la circulation apparente et réelle.

Cet ensemble d'examens classe les varices qu'il faut respecter et celles qu'on doit scléroser.

Ayant fait œuvre sage de clinicien, l'auteur aborde le côté technique très spécial, qui ne s'apprend qu'au prix d'une très longue expérience dont il cherche à faire profiter les médecins : choix critique de la seringue, des aiguilles et du liquide favorables. Il préconise, à côté du salicylate de soude, le liquide de Lugol, dont il a légèrement modifié la formule et dont il montre les remarquables résultats.

Après avoir donné un véritable code du traitement sclérosant, l'auteur montre la valeur des traitements s'adressant à l'état circulatoire.

Enfin les complications sont l'objet d'une étude précise : l'exposé de la désinfection des pansements, des pommades, porte la marque de l'école de Saint-Louis.

Cet ouvrage, bien édité et abondamment illustré, donne au médecin praticien un résumé méthodique et classé du traitement des varices, que nul n'a le droit d'ignorer aujourd'hui.

L. G.

Le traitement des albuminuries juvéniles (1), par le Dr F. RATHERY, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Le traitement des albuminuries juvéniles mérite d'être individualisé pour une double raison.

Le trouble rénal qui détermine l'albuminurie est encore de date récente, il doit donc être plus accessible à la thérapeutique.

Le sujet frappé est en pleine période de développement et de croissance, il est important de ne pas priver l'organisme des facteurs alimentaires dont il a besoin.

Les causes de l'albuminurie relevant de mécanismes complexes, il importe d'adapter le régime à l'affection en cause et de se défier des régimes à « tout faire ».

A la base de cette étude, le professeur Rathery a donc tout d'abord :

1° Défini le trouble rénal caractérisant l'albuminurie et montré sous quelles influences il peut se développer ;

2° Caractérisé les besoins alimentaires d'un organisme en période de croissance et indiqué le danger possible des carences qui peuvent résulter de prescriptions imparfaites et de régimes systématiques.

L. G.

La résection endoscopique de la prostate (2), par le Dr Ed. PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

L'auteur qui poursuit depuis deux ans l'application des méthodes endoscopiques au traitement de l'hypertrophie prostatique a donné dans cet ouvrage les résultats de son expérience.

Il a utilisé une instrumentation personnelle et donne tous les détails de la technique qu'il préconise. Ceux qui voudront appliquer la méthode trouveront là des instructions et des conseils qui leur éviteront bien des déboires. L'auteur est loin de croire que cette résection endoscopique remplacera totalement ou en grande partie la prostatectomie, mais il est persuadé qu'elle a des indications qu'il a cherché à préciser.

A l'aide de ce manuel, tous ceux qui ont une certaine expérience de l'endoscopie et de la chirurgie urinaire arriveront à pratiquer la résection.

L'ouvrage est très abondamment illustré, ce qui facilite la compréhension du texte.

L. G.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles ». In-8 de 52 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-4 (24,5 × 18,5) de 66 pages avec 47 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Liste des prix à décerner en 1934 (1) (bourses de fondations, bourses de doctorat, bourses municipales) :

Bourses de doctorat. — Peuvent obtenir, sans concours, pour un an, une bourse de 1re année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

Soit de la note 75 à l'examen P. C. N. (certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (ou de la mention « assez bien », au certificat d'études supérieur des Sciences portant sur la physique, la chimie, ou l'histoire naturelle) et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 mentions « bien » ou 1 « bien » et « assez bien ».

Soit de la note 80 au certificat P. C. N. (ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur) et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

Les bourses de doctorat en médecine, à partir de la 2e année d'études, sont données au concours.

Sont admis à prendre part à ce concours, les candidats appartenant au régime d'études fixé par le décret du 10 septembre 1924, pourvus de 4, 8, 12 ou 16 inscriptions, qui ont subi avec la moyenne 7 l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les concours ont lieu annuellement au siège des Facultés mixtes et des Facultés de médecine et de pharmacie, dans le courant du mois de juillet, au jour fixé par le ministre.

Pièces à fournir : I. — Pour les boursiers de 1re année : 1° demande sur papier timbré à 4 francs ; 2° notice individuelle (imprimé fourni par la Faculté) ; 3° extrait du rôle des contributions ou certificat de non-imposition ; 4° certificat indiquant les notes obtenues au baccalauréat ; 5° certificat indiquant le nombre de points obtenus au P. C. N.

II. — Pour les boursiers devant prendre part au concours : 1° demande d'inscription au concours, sur papier timbré à 4 francs ; 2° et 3° (comme ci-dessus).

Les pupilles de la nation peuvent obtenir des bourses de doctorat sans concours, même s'ils ne remplissent pas les conditions prévues par l'arrêté du 15 mai 1927.

Les demandes rédigées sur papier libre et accompagnées des pièces indiquées ci-dessus, doivent être adressées à la Faculté munies de l'avis de l'Office départemental des pupilles de la nation, dont dépend le candidat.

Les demandes de bourse de 1re année et celles des pupilles de la nation ne participant pas au concours devront parvenir complètes à la Faculté avant le 10 juillet.

Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins. — Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1934.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 61, p. 1097.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA

BULGARINE THÉPÉNIER

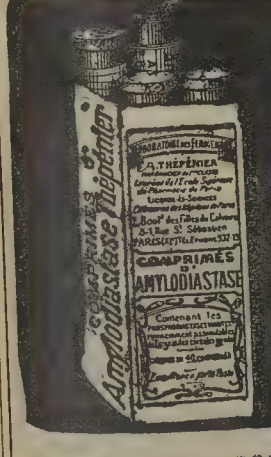
Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine ", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,46 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { *Cachets pour Adultes.* 2 à 6 par jour. *Poudre pour Enfants,* 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Éch. méd. gratuit. - **AUBRIOT**, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : **MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES,** etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 8 AOUT 1934. — N° 63.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS
La cure de raisin, par M. R. LEVENT.
NOTES DE MÉDECINE LÉGALE
Lésions dans les intoxications barbituriques.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société anatomo-clinique de Bordeaux. — Société de médecine d'Alger.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
De la pléthore. Les étudiants étrangers, par A. HERPIN.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale (suite).

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — A l'occasion de l'Assomption le Secrétariat sera fermé le lundi 13 et le mardi 14 août.

— MARSEILLE. — M. Malméjac, agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, esttransféré, pour cause de suppression d'emploi, à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université de Marseille, à compter du 1er août 1934.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira le 5 novembre 1934 au siège de ladite école.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Briau, médecin directeur de l'asile agricole de Chezal-Benoit, appartenant à la 3e classe du cadre, est mis à la disposition de l'asile privé faisant fonctions d'asile public de Plouguernevel pour y exercer les fonctions de médecin-chef.

MARINE. — Est promu au grade de médecin général de 1re classe, le médecin général de 2e classe Brunet.

Le médecin général de 1re classe Brunet est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

— Est promu au grade de médecin général de 2e classe, le médecin en chef de 1re classe Balcam.

Le médecin général de 2e classe Balcam est placé, par anticipation et sur sa demande, dans la 2e section (réserve) du cadre des officiers généraux du corps de santé de la marine.

— Le médecin principal Durieux est promu au grade de médecin en chef de 2e classe, et admis, sur sa demande, à la retraite.

— Les pharmaciens chimistes principaux Vallery et Petiot sont promus au grade de pharmaciens chimistes de 2e classe, et admis, sur leur demande, à la retraite.

— Le médecin en chef de 1re classe Ployé, médecin chef de l'hôpital maritime de Cherbourg, est nommé aux fonctions de membre du conseil supérieur de santé de la marine, à Paris.

COURS DE PRATIQUE CHIRURGICALE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE du professeur Georges Portmann *donné à Paris*, du jeudi 18 octobre au mercredi 24 octobre 1934, avec la collaboration des docteurs J. Auzimour et P. Leduc.

Ce cours, essentiellement pratique, comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques.

Droit d'inscription : 250 fr.

Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 *bis*, cours de Verdun, Bordeaux.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

LA MAISON DU MÉDECIN. — Nous avons le plaisir de faire savoir au amis et bienfaiteurs de cette belle œuvre de solidarité professionnelle que notre confrère le docteur J. Bengué vient de faire don à la Maison du médecin d'un capital destiné à assurer une rente de dix mille francs pour entretenir, à Valenton, un pensionnaire de plus.

Cette fondation qui portera le nom de son créateur « Fondation du docteur Jules Bengué » honore grandement notre confrère. Son orientation vers la pharmacie, le grand succès de ses spécialités ne lui ont pas fait oublier ce qu'il devait au corps médical. Par un sentiment délicat, c'est à ceux qui vieillissent sans s'être enrichis, sans avoir pensé à l'avenir, que Bengué a voulu témoigner sa reconnaissance en contribuant, par sa générosité, à leur assurer une vieillesse heureuse.

VOYAGE MÉDICAL EN U.R.S.S. — A la suite de la 9e conférence de l'Union internationale contre la tuberculose du 4 au 7 septembre à Varsovie, un groupe important de médecins français se rendra en U.R.S.S. et visitera Moscou et Leningrad. Nos confrères sont assurés de trouver le meilleur accueil en Union Soviétique. Le circuit durera une semaine environ.

Pour tous renseignements : Comité du Voyage médical en en U.R.S.S., 12, rue Auber, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur René Hardyau au Mans et du docteur Paul Boussi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA PLÉTHORE

Les étudiants étrangers.

On a beau s'efforcer de ne s'étonner de rien — la période que nous traversons nous ayant habitués aux surprises comme aussi à voir bousculer et même renier les traditions — on ne peut tout de même pas concevoir certaines conceptions opposées au bon sens qui fut, jusqu'à ces derniers temps, une des qualités prédominantes de notre pays.

Il est entendu que nous sommes hospitaliers, mais encore ne faudrait-il pas l'être trop ; il est entendu qu'il n'est pas inutile que des étrangers viennent faire leurs études en France, mais ce n'est utile qu'à une condition, c'est que ces étrangers, leurs études terminées, retournent dans leurs pays respectifs pour y constituer des foyers de culture française. S'ils demeurent chez nous, non seulement ils sont trop souvent inutiles, car, Dieu merci, nous ne manquons pas de sujets d'élite, mais encore ils prennent la place de Français qui les auraient avantageusement remplacés.

Il ne faut pas oublier, non plus, que les carrières intellectuelles sont particulièrement encombrées : dans la médecine, par exemple, le nombre des situations vacantes, chaque année, est notoirement inférieur au nombre de doctorats délivrés dans le même temps ; le nombre des étudiants en médecine qui était en 1929 de 8.182, a atteint 10.338 en 1933. Il ne paraît donc pas que le moment soit bien choisi pour ouvrir toutes grandes aux étrangers qui comptent rester en France pour exercer, les portes de nos Facultés. Mais est-il concevable qu'en outre on veuille donner à ces étrangers des facilités particulières pour leur permettre de prendre la place des Français et même des avantages supérieurs à ceux qui sont accordés à nos nationaux ?

Or, si invraisemblable que cela puisse paraître, il semble bien que c'est ce but qui est actuellement poursuivi et il est permis de s'étonner que le Conseil supérieur de l'Instruction publique puisse s'associer à ces manœuvres.

Il n'y a pas bien longtemps, nous avons connu un projet singulier qui se proposait tout simplement, en facilitant la transformation des inscriptions d'Université en inscriptions d'Etat, sans exiger préalablement la naturalisation, de supprimer pratiquement aux étudiants étrangers, pour l'exercice en France, le service militaire obligatoire pour les nôtres. Ce projet, grâce à une action rapide et énergique du Corps médical, fut repoussé de justesse par le Conseil supérieur ; mais nous croyons savoir que le ministère de l'Education nationale qui ne devrait tout de même pas être indifférent aux intérêts français, ne se fait pas faute de suppléer par des mesures individuelles aux dispositions que l'échec du décret projeté n'a pas permis de généraliser. Et il y a lieu de noter que le nombre des bénéficiaires possibles s'est trouvé considérablement accru du fait des expulsions allemandes.

Aujourd'hui, exactement depuis le 10 juillet, nous sommes en présence d'une nouvelle manœuvre qui procède des mêmes idées et tend au même but.

A cette date, le Conseil supérieur de l'Instruction publique était saisi d'une demande d'autorisation, par un Allemand, d'ouvrir à Paris une école allemande ; cette école, destinée aux étudiants réfugiés allemands, les préparerait aux baccalauréats français, ce qui leur permettrait de faire transformer leurs inscriptions d'Université et de postuler le diplôme d'Etat. Par la suite, lorsqu'ils seraient possesseurs de ce diplôme d'Etat, il leur suffirait, pour avoir le droit d'exercer en France, de se faire naturaliser ; or, comme le temps nécessaire à leurs études médicales les conduirait aux environs de l'âge limite pour le service militaire, il leur serait aisé d'éviter cette obligation et ils en retireraient un avantage considérable sur nos nationaux.

Si extraordinaire que cela puisse paraître, il s'est trouvé au Conseil supérieur de l'Instruction publique, 25 voix pour l'approbation et seulement 14 contre avec, ce qui est non moins extraordinaire, une douzaine d'abstentions.

Cependant, le Directeur de l'Enseignement secondaire avait attiré l'attention de ce Conseil sur le danger de la mesure projetée, car parmi ces réfugiés il en est certainement qui ne sont pas expulsés et qui ne viennent pas chez nous simplement pour faire leurs études ; il avait été rapporté une déclaration du baron de Rothschild qui, pour le même motif, conseillait de freiner pour les admissions en France. Mais on passa outre et nous pouvons nous demander quels sentiments ont bien pu inspirer le Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Il paraît avoir oublié en tout cas qu'actuellement les Français souffrent terriblement de la pléthore qui ne peut qu'être aggravée par l'admission massive d'étrangers ; il a oublié que, par cette décision au moins singulière, il permettait à ces étudiants de tourner les lois en vigueur et particulièrement la loi Armbruster.

Le Corps médical ne peut laisser passer sans protester cette nouvelle injustice ; il doit intervenir rapidement et énergiquement au ministère de l'Education nationale pour que le ministre prenne en mains les intérêts des étudiants et des médecins français et refuse, comme il en a le droit et le devoir, cette autorisation scandaleuse.

A. HERPIN.

RENSEIGNEMENTS

VILLE IMPORT. MIDI. A céder poste intéress. médecine, belle client. en pleine progr. Conv. à ex-chef de clin. ou ex-int. Paris, Lyon ou ville de Fac. — Ecr. au bur. du Journal.

Insomnies
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

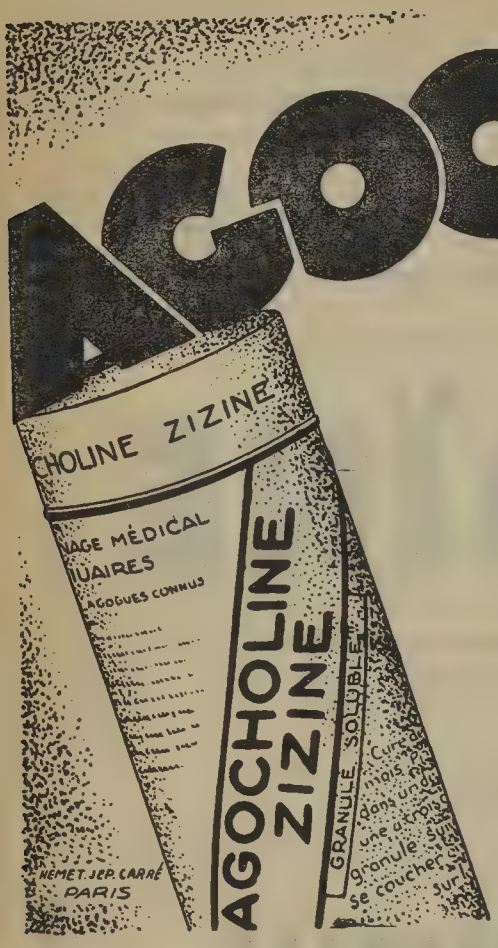
LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ACTUALITÉS

LA CURE DE RAISINS

« ... Le raisin et la pomme ont fait fausse route depuis un temps immémorial en suivant la voie presque exclusive de la fermentation... »

Il y a, sans nul doute, quelque outrance dans ces lignes échappées à la plume d'un des champions les plus convaincus et les plus vénérés de la lutte antialcoolique. Elles auraient peu surpris, il y a quelques années encore ; à l'heure présente il convient d'énoncer une doctrine moins absolue et dans l'opinion médicale la réhabilitation des boissons fermentées est maintenant en bonne voie. Le bienfait de leur usage modéré par un sujet normal n'est plus discuté lorsqu'elles sont de bonne qualité. Il est, par ailleurs, incontestable que depuis Noé le vin a fait ses preuves et aussi que l'usage d'excitants est de tous les temps et de tous les pays, ce qui donne à penser qu'il correspond à un besoin quasi physiologique de l'espèce humaine. Enfin, comme l'a fait remarquer Mme L. Randoin, la fermentation qui, comme la cuisson, est de tous les pays et de tous les temps correspond en dernière analyse à un procédé de conservation de liquides ou de substances facilement altérables.

Il n'est donc nullement dans notre pensée de recommencer une discussion superflue.

Il n'en reste pas moins que le vin est cher et se vend mal, à l'heure actuelle plus que jamais, d'où surproduction relative, et que le raisin pourrait, sans préjudice pour ses producteurs, être, non sans avantage, consommé sous d'autres formes, en particulier par ceux qui pour des raisons médicales doivent s'abstenir de vin.

La cure de raisins — cure uvale pour employer un néologisme dont l'aspect scientifique est agréable à certains — est vieille, au moins comme Noé sinon davantage. L'antiquité l'a pratiquée, Pline l'Ancien, Galien et Celse en témoignent, et d'oubli en redécouverte, sa pratique ne s'est jamais entièrement perdue depuis.

Sans doute parce que nul n'est prophète en son pays, c'est en France que pendant longtemps elle a paru le plus volontiers négligée. D'autres pays lui avaient été moins longtemps infidèles : la Russie de la Mer Noire, l'Italie, le Tyrol (Botzen, Meran) semblaient avoir mieux conservé cette tradition ; des milliers de kilos de raisins frais y sont ainsi consommés chaque année à la saison des récoltes et la cure de raisin y occasionne toujours un important afflux touristique.

Depuis quelques années la France a participé de nouveau à ce mouvement et il n'est pas sans intérêt au point de vue médical de prêter attention aux avantages de cette « saison thermale de vendanges » (1) qui, dans certaines régions du Midi ou de l'Auvergne (1) en particulier, est déjà de quelque importance. Moins d'indifférence, pour une de nos plus importantes cultures nationales, atténuerait en quelque mesure, nous semble-t-il, le marasme qui l'atteint.

Si la consommation du raisin frais ne peut évidemment durer chaque année que quelques semaines, il convient aussi de ne pas ignorer que la « saison thermale » peut être désormais prolongée grâce à la préparation, trop peu connue encore, des jus de raisins non fermentés, dont une préparation très soigneuse fait à l'heure actuelle des succédanés très dignes d'attention des fruits frais.

***

Raisins frais. — Les études d'Herpin ont montré que dans le jus frais les sucres (glucose, lévulose) atteignent une proportion, variable naturellement selon les années et les espèces, de 12 à 30 %. Les matières minérales très diverses ne représentent qu'une moyenne de 1,30 %. Les sels de potassium, de sodium, de magnésium et de calcium y occupent la première place, mais on rencontre aussi, en faible quantité, du fer, du silicium et du manganèse. Le phosphore y est représenté par des phosphates minéraux et aussi par des combinaisons organiques. A noter aussi la présence de divers tartrates en quantité notable.

Au contraire les albumines en sont à peu près absentes et les chlorures, ainsi que les matières grasses, y manquent totalement.

Si ces composants se retrouvent dans l'ensemble comme composants des jus conservés, il est un élément par l'absence duquel ces produits sont demeurés longtemps inférieurs aux jus frais, les vitamines.

Les études de Mme Randoin sur la valeur alimentaire du jus de raisins frais ont apporté quelque lumière sur cette question.

Liées de nature à la présence de matières grasses, les vitamines liposolubles manquent totalement et l'on ne peut trouver trace de vitamines A, D ou E. Par contre les vitamines hydrosolubles tiennent une place importante, en particulier dans le péricarpe et la pulpe du fruit.

La vitamine C, antiscorbutique, est présente dans le jus de raisins préparé à froid comme le montre la survie de 70 jours par rapport à des témoins, assurée par le jus de raisins à des cobayes soumis à un régime scorbutigène. Le pouvoir antiscorbutique du raisin est cependant inférieur à celui du citron puisqu'il suffit d'une quantité moitié moindre de ce dernier pour obtenir les mêmes effets.

La vitamine B antinévritique paraît manquer à peu près entièrement. En revanche la vitamine B' (d'utilisation nutritive) semble exister en quantité notable, quoique non encore absolument précisée. Dans le jus frais existent enfin divers ferments ou diastases encore incomplètement connus.

Une telle composition range donc le raisin frais au premier rang parmi les aliments dynamiques du fait des sels et surtout des vitamines et des sucres

(1) On a récemment proposé aux pouvoirs législatifs de reconnaître aux stations uvales les mêmes privilèges et avantages qu'aux stations thermales. Mesure encore à l'étude.

(1) Depuis quelques années une station uvale a été aussi ouverte à Fontainebleau.

qu'il renferme. Chez l'enfant à la période de croissance la consommation de ces fruits paraît donc à encourager ; mais on ne peut, à beaucoup près, considérer le raisin comme aliment complet faute d'albumines et de graisses.

Pour ce qui est de la diététique médicale, le jus de raisins frais est un médicament hypoazoté et hypochloruré ; l'étude physiologique a montré de plus ses puissantes propriétés diurétiques, laxatives et aussi cholagogues. La cure de raisins peut donc rendre de grands services contre la constipation — bien qu'elle puisse également influencer heureusement certaines diarrhées — contre les affections hépatiques (congestion hépatique, lithiase biliaire et même cirrhoses) dans les affections rénales (par son pouvoir diurétique et sa pauvreté en chlorure et en produits azotés) dans le rhumatisme chronique, la goutte, dans certaines affections cutanées, en somme dans l'ensemble des troubles qui relèvent de ce qu'on est convenu, faute de mieux, d'appeler arthritisme.

Il existe peu de contre-indications ; le diabète semble la seule contre-indication importante.

La technique de la cure de raisins est des plus simples. Selon son âge et ses capacités digestives qu'on devra déterminer par tâtonnement, le malade, pendant les 20 jours que durera la cure, devra absorber une quantité de fruits frais allant de 500 grammes à 3 kgs dans les 24 heures, en 3 prises, une heure avant le repas. Le fruit doit être absorbé sans peau ni pépins. Une telle cure ne doit amener ni dégoût, ni encore moins de troubles digestifs.

Il ne semble pas qu'une telle cure, au moment des récoltes, puisse être réellement considérée comme onéreuse. Son plus grand inconvénient au point de vue médical est de n'être possible que pendant quelques semaines par an, en été et au début de l'automne. Au point de vue gastronomique, il est incontestable que toutes les variétés de fruits ne sont pas également propres à être consommées comme fruits. Mais en dehors du chasselas, essentiellement destiné à la table, il est d'autres variétés, trop peu connues, de raisins très sucrés ; destinés en principe à la production de certains vins (Banyuls entre autres) ils peuvent être également consommés comme fruits. Naturellement, l'élimination de tous les produits antiparasitaires est ici une question importante.

A noter aussi, en ce qui concerne le raisin-aliment, la haute valeur nutritive du raisiné, confiture de raisin chère aux générations d'antan.

*
* *

Jus de raisins conservés. — Peut-être grâce à l'influence des Sociétés de Tempérance, nombreuses en ce pays, c'est en Suisse que paraît être née l'industrie des jus de raisins non fermentés. Elle s'est, depuis, répandue dans d'autres pays et l'on fabrique actuellement en France d'excellents produits de cette sorte préparés avec des fruits français de la meilleure qualité selon une technique due à une longue expérience et qui semble satisfaire à toutes les conditions.

Préparation. — Le jus qui sort du fruit par la pression ou moût de raisin est un liquide trouble, mêlé qu'il est aux pépins et à des débris de péricarpe. Il contient les éléments importants du fruit, y compris ferments et diastases. Il est nécessaire d'empêcher sans le moindre retard l'action de ces derniers, des ferments alcooliques surtout. Selon les procédés employés dans ce but les produits peuvent différer notablement au point de vue analytique et diététique quelles que soient les analogies apparentes.

Bien des procédés d'abord employés ont été abandonnés : addition d'antiseptique — comme SO^2, prohibé en France dans l'alimentation — qui, même anodins comme le benzoate de soude, altèrent la saveur du liquide ; réfrigération dont les effets ne sont que suspensifs ; ébullition qui donne un goût de caramel.

La pasteurisation à 75°-80° ne change pas le goût, non plus que la filtration sur cellulose ou amiante cellulosique qui suffit à arrêter la fermentation.

Les procédés de concentration sont plus en faveur et aboutissent à un enrichissement en sucre qui suffit à empêcher les ferments d'agir au moins dans la profondeur du liquide. Malgré des avantages divers d'ordre pratique ce procédé ne suffit donc pas à lui seul.

La concentration à chaud lèse les portions phosphorées du liquide, diminue le tartre, précipite les acides libres et peut altérer les sucres ; la résultante est un acheminement vers les vins cuits de certains pays orientaux très différents du jus de raisins frais.

On concentre habituellement par ébullition au-dessous de 40° dans un vide très poussé qui permet d'atteindre une densité de 1350 avec un taux d'extrait sec de 70 à 75 %. Cette concentration pratiquée après défécation et désacidification du moût donne un produit agréable et se conservant bien.

On peut aussi employer la congélation et la centrifugation associées qui à —10° ou —15° donnent un produit clair à parfum de raisin très développé, pauvre en acides, en sels et en crème de tartre. C'est un produit concentré qui, étendu d'eau à 1 pour 5, donne une boisson agréable très semblable aux jus frais.

Tous ces produits peuvent servir à la cure de raisins aussi bien qu'à l'alimentation, qu'ils soient dilués ou concentrés. Il semble que les produits obtenus par filtration ou par concentration dans le vide aient un succès plus habituel ; ils contiennent de 120 à 300 gr. de sucre par litre et ont une saveur en rapport avec les fruits d'où ils dérivent.

Balland trouve pour ces jus stérilisés la composition centésimale suivante :

Eau	81,80 %
Matières azotées	0,36 %
Matières grasses	0,31 %
Sucres	17,23 %
Matières extractives + Cellulose	0,23 %
Cendres	0,07
Acidité	0,198

Leur valeur alimentaire, surtout due aux sucres, en fait des aliments énergétiques ; les acides (malique et tartrique surtout) par leur combustion totale engendrent des carbonates, agents d'alcalinisation des humeurs.

Quant aux vitamines leur présence est discutée, le mode de préparation et l'énergie du pressage des épidermes de fruits ont ici une grande importance. Mme Randoin note que même à froid la concentration peut raréfier ou supprimer la vitamine C, mais que la vitamine B', d'utilisation nutritive, semble subsister quoique dans une proportion mal définie.

A noter que l'absence d'alcool n'est pas, bien au contraire, une raison d'enrichissement en vitamines.

Les propriétés des jus fermentés sont analogues, la question des vitamines réservée, à celles du jus de raisins frais. Au point de vue de leur valeur nutritive, 100 grammes de jus concentré représentent 68 calories environ, auxquelles leur provenance presque exclusivement glucosique donne une valeur dynamogène particulièrement appréciable pour les sujets sportifs. On ne peut cependant considérer qu'il y ait là à proprement parler un aliment, ni même une boisson susceptible d'accompagner de façon habituelle les principaux repas. Si pris en dehors des repas les jus non fermentés sont une boisson d'un remarquable pouvoir désaltérant, leur usage exclusif engendre de l'écœurement et même une certaine anorexie qui doit en faire limiter l'usage.

Le pouvoir dissolvant de ces préparations peut les rendre très utiles comme véhicules de produits médicamentaux et de beaucoup préférables à des préparations alcoolisées.

Comme adjuvants de la thérapeutique, les jus non fermentés sont un breuvage des plus recommandables pour certains malades mis au régime : rénaux et cardiaques en particulier. Ils n'apportent à l'organisme ni chlorures ni éléments azotés ; ils ont de plus un pouvoir laxatif appréciable et surtout un pouvoir diurétique puissant — les produits préparés à froid surtout — qui les rend précieux en présence d'œdèmes. Action des plus favorables aussi, comme les jus frais, sur la fonction biliaire.

Il est cependant quelques ombres au tableau. Ces produits sont aisément altérables ; un flacon débouché est parfois de brève conservation s'il n'est conservé au froid. De plus leur prix encore assez élevé actuellement ne permet pas toujours leur consommation habituelle.

A ce dernier point de vue des efforts notables ont été déjà faits pour les rendre plus abordables.

Si on ne peut encore les considérer comme pouvant entièrement remplacer les raisins frais dans la pratique courante, ce sont cependant des produits dont les qualités hygiéniques ne sauraient demeurer ignorées et auxquels au point de vue médical et aussi au point de vue économique on ne peut que souhaiter une plus large diffusion susceptible de donner aux fruits de notre sol un marché toujours plus étendu.

R. LEVENT.

Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement, par G. CANUYT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et P. DAULL, chef de clinique O. R. L. à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un volume de 138 pages avec 35 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 65). — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

NOTES DE MÉDECINE LÉGALE

LÉSIONS DANS LES INTOXICATIONS BARBITURIQUES

Les barbituriques sont à l'ordre du jour. Agents thérapeutiques très précieux, ils sont rapidement devenus des moyens de suicide très appréciés. Leurs méfaits ont été, très souvent, en ces derniers mois, énoncés à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ailleurs, en des communications pleines d'intérêt. Mais nos très distingués collègues se sont surtout efforcés de mettre en valeur soit les caractéristiques cliniques de l'intoxication, soit les accidents très graves qui résultent de l'abus de ces drogues, soit surtout les résultats du traitement énergique qu'il convient d'instituer d'urgence.

On sait que la thérapeutique par la strychnine à hautes doses a paru donner des résultats très favorables. Plus récemment, on a préconisé l'emploi de la coramine, basé sur l'antagonisme pharmacologique qui existe entre cette substance et les barbituriques. Différents auteurs ont signalé les heureux résultats obtenus par la coramine associée ou non à la strychnine.

Dans cette courte note, envisagée surtout du point de vue médico-légal, nous ne saurions faire l'historique d'une question qui donne lieu, chaque jour, à des documents importants. Nous croyons cependant devoir citer les mémoires successifs parus ici même, au cours des mois derniers, de MM. Carrière, Huriez et Willoquet ; ces auteurs ayant, de façon particulièrement documentée, fait en quelque sorte « le point » en envisageant successivement l'expérimentation et la clinique. Disons cependant que l'étude purement anatomo-pathologique n'est encore qu'ébauchée. On a signalé diverses complications pulmonaires et autres sans lésion nettement pathognomonique. C'est la raison pourquoi il nous paraît que les faits suivants sont d'intérêt plus immédiat et méritent d'être signalés.

Dans une communication à la Société des hôpitaux, Flandin et Benard ont constaté pendant la vie la rutilance du sang chez un sujet ayant absorbé 15 gr. de Gardénal. Ces auteurs disent « intoxication barbiturique mortelle. La prise de sang montre l'aspect rouge vif rutilant du sang veineux. Cette coloration ayant été notée à toutes les saignées pratiquées pendant l'évolution du coma... » Les auteurs ajoutent :

Cette rutilance du sang a fait soupçonner un moment l'association d'une intoxication oxy-carbonée à l'intoxication barbiturique. Ce qui était faux.

Or, Derveaux, Denoille et Melisfenos (Soc. de médecine légale, mai 1934) exposent qu'ils ont remarqué fréquemment au cours des autopsies de certains cadavres décédés après une intoxication barbiturique, une coloration anormale du cadavre, coloration rose en même temps que des lividités paradoxales, en position déclive, roses également.

Cette coloration, le plus souvent superficielle, n'atteignant que les téguments, mais pouvant se généraliser et atteindre les muscles profonds et les viscères, pouvant faire penser alors comme cela s'est produit dans le cas de Flandin et Benard, à une intoxication par l'oxyde de carbone.

En cet état, la question serait toute simple...

Mais... ce qui vient la compliquer, c'est que l'on sait que l'intoxication cyanhydrique peut donner un aspect analogue... et que l'on sait, par ailleurs, que les barbituriques peuvent se transformer dans les cadavres en dérivés cyanhydriques.

Serait-ce donc à cette transformation que serait due la coloration rosée après l'intoxication barbiturique ?

Conclusion impossible à fournir à l'heure actuelle. Question encore à l'étude, mais qui serait, après contrôle, on en conviendra, de signification singulièrement précieuse.

C. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1934)

Lactogélification sérique considérée comme indice de néoformation. — M. Kopaczewski a découvert récemment un phénomène nouveau : la gélification du sérum par l'acide lactique ; en se souvenant que le cancer s'accompagne précisément, de l'augmentation du taux de l'acide lactique dans le sang et dans les tissus néoformés, et que, d'autre part, il existe des variétés de cancers s'accompagnant de production des substances gélatineuses, M. Kopaczewski a eu l'idée de voir si le sérum ne se gélifie pas plus rapidement dans les cas des néoformations. Dès le début de ces travaux à ce sujet, présentés par le professeur d'Arsonval à l'Académie des Sciences, il a signalé que, effectivement, ce phénomène est accéléré dans des fortes proportions. Il apporte aujourd'hui la confirmation de ses observations premières, en s'appuyant sur environ 200 cas des diverses néo-formations, bénignes et malignes : dans environ 90 % des cas examinés, la réponse sérologique a été affirmative et plus ou moins accentuée. De sorte que l'on peut établir un véritable indice de néoformation en divisant le temps de gélification du sérum normal par celui du sérum étudié ; cet indice dépend de l'acuité du processus de néoformation et passe souvent de 1,0 (normal) à 80 (cancers généralisés). L'accentuation de la gélification est très précoce : M. Kopaczewski a vu des cas de tumeurs malignes tout à fait à leur début (3 semaines) donner déjà des réponses nettes. La simplicité de cette réaction nouvelle proposée par le Dr Kopaczewski est extrême : il suffit de prélever quelques cc. du sang, séparer le sérum, ajouter à 1 cc. de ce dernier 0,1 cc. de l'acide lactique et fixer le temps au bout duquel on arrive à retourner le tube sans renverser le contenu ; à 20° C la gélification ne dépasse pas une heure dans les cas de cancer net. Cette simplicité de la réaction permettra rapidement de confirmer ou d'infirmer la valeur de la réaction nouvelle proposée par M. Kopaczewski : tout médecin peut l'exécuter lui-même.

Sur la formation de l'adrénaline dans la glande surrénale Adrénaline combinée ou virtuelle et adrénaline libre. — MM. J.-E. Abelous et R. Argaud.

Dispositif pour la respiration artificielle chez l'homme. — M. Léon Binet et Mlle Madeleine Bochet.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1934)

Angine et polyadénite aiguë. — M. Sabrazès a observé chez des sujets de 17 à 29 ans, rarement au-dessus, des angines dont il rapporte 10 cas. Il s'agit d'angines aiguës fébriles, marquées par une polyadénopathie et assez souvent une légère splénomégalie (dans cinq cas sur dix). Ces angines s'accompagnent de lympho-monocytose d'un haut degré.

Narcose à l'Evipan sodique. — M. Velu (Maroc) expose les résultats de l'anesthésie à l'Evipan sodique en médecine vétérinaire. Il estime que des facteurs très simples comme le taux de dilution, la rapidité d'injection, le fractionnement des doses sont suffisants pour modifier considérablement le mode d'action de l'Evipan sodique et permettre de faire de cette anesthésie, une anesthésie en quelque sorte réglable.

La narcose à l'Evipan sodique peut être considérée comme une méthode de choix en chirurgie canine, clinique et expérimentale.

Le carnet de visites de Clemenceau. — M. Jayle présente le carnet de visites de Clemenceau qui paraît avoir été confectionné à la main. Cartonné, il est orné sur son plat antérieur d'un dessin macabre, très original, fait par Clemenceau.

Il commence le 20 novembre 1869 et se termine le 18 octobre 1871, mais les dates de visites ne sont interrompues que du 20 novembre 1869 au 10 août 1870. Très bien tenu, il montre l'esprit d'ordre et de méthode de Clemenceau.

L'intérêt de ce carnet est capital. Il établit que Clemenceau a exercé en Vendée de novembre 1869 au 10 août 1870 et que, par conséquent, il n'est pas venu d'Amérique lors de la déclaration de guerre le 19 juillet 1870, suivant la version de ses deux grands biographes, M. Gustave Geffroy et M. Georges Suarez.

MM. Marinesco et Draganesco envoient une étude anatomo-clinique et expérimentale d'un cas d'encéphalomyélite rabique survenue au cours d'un traitement pastorien.

MM. A. et R. Sartory, J. Meyer et Hirschmann présentent une note sur l'image leucocytaire en clinique.

Vacances. — La prochaine séance de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 2 octobre 1934.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 JUIN 1934)

Azotémie et cholestérolémie. Rétention tissulaire. Elimination après stimulation thérapeutique des fonctions hépato-rénales. — MM. Tixier et Eck. Le sérum doit être considéré comme un intermédiaire entre les tissus et les émonctoires. La clinique, l'épreuve du régime peuvent faire soupçonner une rétention tissulaire qui n'est pas traduite par l'analyse du sérum. La stimulation de la cellule hépatique et des éliminations biliaires et rénales sous l'influence des injections intraveineuses d'extrait de Cynara peut mettre en évidence la rétention tissulaire.

La croissance chez les diabétiques. — MM. M. Labbé et Gringoire. Sur 74 enfants diabétiques, 65 p. 100 ont au moment du début du diabète une taille supérieure à la normale. Cependant, dès l'apparition du diabète, en dépit d'un régime sérieux, la croissance staturale est ralentie dans 75 p. 100 des cas : apparition de la puberté très retardée. Les auteurs croient que le pancréas a un rôle dans la croissance, et qu'à côté de l'infantilisme thyroïdien existe un infantilisme pancréatique.

Radiothérapie des furoncles de la lèvre supérieure. — MM. Faure-Beaulieu, Gibert et Solomon. Résultats très favorables de cette méthode dans une localisation de la furonculose que les chirurgiens n'osent pas toujours aborder. Tous les cas des auteurs se sont terminés par la guérison. Régression en quelques jours après une courte période d'augment, sans suppuration. C'est une précieuse application de l'action des rayons X sur les affections inflammatoires aiguës.

Résultats statistiques de la chrysothérapie à la clinique de la tuberculose. — MM. Léon Bernard et Mayer. Sur 755 malades, 404 ont été traités par la chrysothérapie ; 265 ont été améliorés, 139 non améliorés. Pourcentage des améliorations : 65 p. 100.

Dans les cas favorables, chute progressive de la fièvre, modification heureuse de l'expectoration et de l'élimination bacillaire, amélioration de l'état général, remaniement de l'image radiologique, stabilité des résultats heureux. Les auteurs ont employé la chrysalbine associée au gluconate de calcium pour injection intraveineuse : 0,50 par dose. Intervalle entre les injections : 8 jours. C'est actuellement, semble-t-il, la méthode la plus favorable.

Les hémoptysies des cardiaques. — M. Laubry ne croit pas au rôle de la tuberculose dans la genèse des hémoptysies des cardiaques. Dans la prétendue intervention de la tuberculose au cours des cardiopathies rhumatismales, l'auteur n'a que très rarement rencontré le bacille de K. Dans 30 cas de pleurésie chez les cardiaques, la preuve de la tuberculose n'a pu être faite. Il y a beaucoup d'hémoptysies chez les cardiaques dans lesquelles la tuberculose n'intervient pas : H du rétrécissement mitral, H de l'hypertension pulmonaire ; H de l'insuffisance aortique. Pour M. Laubry, les hémoptysies chez les cardiaques où la tuberculose fait sa preuve, sont exceptionnelles.

Cardiopathies évolutives chez l'enfant. — MM. Grenet et Joly. Le rôle de la tuberculose dans l'évolution des cardiopathies rhumatismales chez l'enfant, est négligeable. Ni les hémocultures, ni les examens du sang, ni la recherche des B. K., ni les réactions à la tuberculine ne permettent de le rencontrer. Les constatations nécropsiques donnent des résultats analogues. Chez l'enfant, le rhumatisme demeure communément à l'état de pureté.

Psychose d'origine sérique. — MM. Tzanck et Mlle Abadi. Un cas de psychose sérique chez un enfant à la suite de sérothérapie antitétanique et précédé d'urticaire, à rapprocher des manifestations mentales survenues au cours de la chimiothérapie. Ce sont comme des équivalents psychiques de l'intolérance.

Intolérance rénale à type de néphrose lipoïdique. — MM. Tzanck, Laudat et Pautrat. L'observation de néphrose lipoïdique survenue après des médicaments antisyphilitiques. Il y a donc une forme d'intolérance rénale à type de néphrose lipoïdique. Celle-ci serait un syndrome dans le sens le plus vaste du terme, c'est-à-dire un aspect clinique pouvant relever de processus pathologiques différents.

Syndrome basedowien et encéphalopathie infantile. — MM. Labbé, Boulin, Uhry et Antonelli. Malade présentant : 1° des signes d'encéphalopathie infantile ; 2° un syndrome basedowien sans goitre ni exophtalmie et résistant au traitement iodé. Il s'agit vraisemblablement d'une association fortuite d'encéphalopathie infantile et d'une maladie de Basedow atypique, à l'origine de laquelle il y aurait atteinte d'un centre de métabolisme.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 16 juin 1934)

Intérêt pratique de l'ensemencement direct du liquide céphalo-rachidien et de la recherche de la microculture pour le diagnostic précoce de la méningite tuberculeuse. — MM. A. Saenz et L. Costil ont préconisé un procédé d'isolement du bacille de Koch qu'ils ont déjà appliqué aux urines, au liquide céphalo-rachidien, aux crachats et enfin aux organes secondairement infectés. Ils modifient leur technique primitive en la simplifiant.

Il suffit d'ensemencer directement le liquide céphalo-rachidien, sans le centrifuger, sur 6 à 8 tubes de milieux à l'œuf-asparagine. L'ensemencement direct du liquide, sans aucune opération préalable, s'est montré plus sensible que la culture du flocon fibrineux qui a été négative dans 33 p. 100 des cas et dont la présence n'est même pas constante. On procède ensuite à l'examen systématique des produits de raclage à partir du 7e jour d'étuve à 38°. On pose ainsi un diagnostic précoce lorsque l'examen direct du culot de centrifugation n'a pas montré de bacilles.

Action de l'ultra-filtration sur les réactions des sérums leishmaniens. — MM. L. Nattan-Larrier, S. Nougués et L. Grimard-Richard. Les sérums provenant de sujets ou de chiens atteints de leishmaniose soumis à l'ultra-filtration conservent la propriété de s'opacifier par le formol, mais ne présentent plus aucune aptitude à se gélifier ou se gélifient tardivement. Les sérums leishmaniens filtrés se comportent comme les sérums non filtrés à l'égard de la formol-stibosane réaction.

De l'influence du pH sur l'activité de la toxine diphtérique. — M. P. Pauli. Des expériences effectuées, il résulte que l'addition d'acide à la toxine diphtérique ne la transforme pas en anatoxine, c'est-à-dire en un dérivé qui en a gardé le pouvoir floculant et en a perdu toute la toxicité.

Etude de la toxine diphtérique par le spectre d'absorption. — MM. C. Levaditi, G. Loiseau, M. Paic, M. Philippe et P. Haber ont recherché s'il était possible de différencier les milieux de culture contenant la toxine élaborée par le bacille diphtérique, de ceux qui en sont exempts, au moyen des spectres d'absorption dans la lumière visible et ultraviolette. Il résulte de leurs études physiques que les bouillons contenant la toxine diphtérique donnent un spectre d'absorption caractéristique, avec un maximum à 4080 A et un minimum à 3900 A. La bande d'absorption disparaît si l'on examine, dans les mêmes conditions, soit le bouillon non ensemencé, soit le bouillon rendu atoxique par l'action du rayonnement total de la lampe à mercure, soit, enfin, le bouillon ensemencé avec un bacille diphtérique non toxigène. L'anatoxine de Ramon absorbe plus fortement la lumière, mais la courbe d'absorption est presque analogue à celle de la toxine. Les auteurs concluent que l'étude des spectres d'absorption dans l'ultraviolet permet d'observer des particularités qui, très vraisemblablement, sont en relation avec l'élaboration de la toxine diphtérique par le bacille de Loeffler, dans les milieux de culture appropriés.

Nouvelles recherches expérimentales sur l'action de l'alcool octylique (octanol) primaire. — MM. A. Clerc, J. Stern et R. Paris avaient antérieurement mis en évidence, l'action hypotensive et tensio-négative, de l'octanol en injections intraveineuses chez le chien. Une série de recherches récentes leur a montré que le corps en question, en injections intraveineuses et même *in vitro*, amène un raccourcissement remarquable dans le temps de coagula-

tion sanguine, par contre, il n'empêche ni le choc dû à la peptone, ni celui provoqué par l'histamine.

D'autre part, l'action hypotensive est exagérée par l'atropine et le tartrate d'ergotamine ; par contre, la drogue renforce l'action hypertensive de l'adrénaline et se montre antagoniste de la pilocarpine et du formol, le premier arrive même à annihiler le pouvoir hypotenseur en question. D'une manière générale, l'octanol primaire semble agir sur le système neuro-végétatif, en paralysant le parasympathique et en excitant le sympathique ; mais il ne semble pas hypotenseur par cet intermédiaire.

L'uréogénie au cours de la perfusion expérimentale du foie. — MM. Noël Fiessinger, Henri Bénard, Maurice Herbin et Lucien Dermer, dans leurs expériences de perfusion hépatique, observent une augmentation constante de l'urée du sang circulant, qui, dans une moyenne de trois heures, atteint des chiffres variables de 0,10 à 0,60. Cette uréogénie n'est pas modifiée, ni par une oxygénation imparfaite, ni par l'adjonction d'insuline, d'extrait splénique ou de thyroxine. Le blocage et l'intoxication phosphorée semblent diminuer l'uréogénie. Il eût été intéressant de pouvoir suivre les différentes étapes chimiques de l'uréogénie, en assistant à la baisse progressive des polypeptides et des amino-acides.

Malheureusement, au cours des perfusions, même de courte durée, interviennent des phénomènes *d'autolyse* dans le sang et dans le foie perfusé qui augmentent les polypeptides et les amino-acides plus rapidement que l'uréogénie ne les fait diminuer.

L'élévation du taux des polypeptides dans le sang, peut atteindre le double ou le quadruple du chiffre de départ ; l'augmentation des amino-acides (méthode de Folin) est moins importante et moins constante. Mais de toutes façons, la formation de ces produits par autolyse prime leur disparition par uréogénie.

L'étude du métabolisme des protides apporte à cette notion une démonstration intéressante. Il est possible que dans les circonstances complexes de la pathologie, on puisse assister au côtoiement de la protéolyse autolytique et à l'uréogénie hépatique, comme dans les expériences de perfusion.

La vitamine C dans l'hypophyse. — MM. A. Giroud et C.-P. Leblond, par leur méthode histochimique, montrent que l'hypophyse est à rapprocher de la cortico-surrénale, du tissu interstitiel du testicule, du corps jaune de l'ovaire par sa haute teneur en vitamine C. Dans l'hypophyse seule la partie glandulaire est riche et là encore, une distinction doit être faite entre le lobe intermédiaire et le lobe antérieur. Ce dernier et spécialement ses cellules chromophiles sont riches en vitamine. Cette accumulation et cette localisation aussi précise doit être en rapport avec certaines propriétés fonctionnelles.

Etude de la protection contre le choc anaphylactique réalisée par voie intraveineuse chez le lapin sensibilisé au sérum. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo ont constaté que pour déclencher un choc anaphylactique chez le lapin, il fallait injecter une dose d'au moins 0,7/20 cc. de sérum par voie intraveineuse ; d'autre part, pour obtenir une protection, une dose suffisante de sérum doit être injectée, mais il n'est pas nécessaire que cette dose ait déterminé un choc anaphylactique. La protection temporaire vis-à-vis du choc anaphylactique, qui peut être obtenue par une injection intraveineuse d'une dose minime de sérum, s'installe très rapidement, dès la 14e minute après l'injection déchaînante. Elle est de plus courte durée que la protection par les fortes doses.

Etude de la protection contre le choc anaphylactique réalisée par voie sous-cutanée et voie intradermique chez le lapin sensibilisé au sérum. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo montrent qu'une injection de 2 cc. de sérum de cheval, faite par voie sous-cutanée à un lapin sensibilisé, protège cet animal temporairement vis-à-vis d'un choc anaphylactique. L'injection intradermique n'a pas constamment le même effet.

Distinction entre un vrai et un faux bacille diphtérique par l'étude du pouvoir pathogène. — MM. G. Ramon, Robert Debré et E. Gilbrin. Les bacilles diphtérimorphes non pathogènes peuvent prendre l'aspect d'un bacille moyen ou long. Seule l'étude du pouvoir pathogène permet sûrement de distinguer un vrai d'un faux bacille diphtérique.

Au cours d'une angine cliniquement diphtérique, on isole toujours un germe pathogène pour le cobaye.

Des bacilles diphtérimorphes longs et moyens, non pathogènes, n'ont été isolés que chez des porteurs de germes et très rarement au cours d'angines cliniquement non diphtériques.

Du lien existant entre le pouvoir pathogène d'un bacille diphtérique et sa morphologie. — MM. G. Ramon, Robert Debré et E. Gilbrin. Des bacilles courts ont été isolés au cours d'angines diphtériques malignes hypertoxiques. Les bacilles courts peuvent posséder un pouvoir hautement pathogène. Il n'existe aucun lien entre le pouvoir pathogène d'un bacille diphtérique et sa morphologie.

Augmentation de la radiorésistance des protozoaires cultivés dans un milieu cholestérinisé. — MM. B.-S. Levin et C. Piffault avaient montré dans des travaux antérieurs que des paramécies cultivées dans un milieu lécithiné devenaient radiorésistantes et supportaient des doses trois fois supérieures à celles nécessaire pour tuer les témoins.

En reprenant ces recherches avec des émulsions de cholestérine, les auteurs constatent que les animaux cultivés pendant trois jours dans un milieu cholestérinisé supportent une irradiation quatre fois plus longue que les témoins ; cette radiorésistance se manifestant déjà en présence de quantités minimes de produit actif (1/30 000).

De tels faits présentent actuellement du point de vue théorique une certaine importance quant à la protection contre les radiations de Roëntgen.

Action de la castration ovarienne sur la tolérance à l'insuline et l'insulinémie de fatigue. — MM. M. Sendrail et G. Rieunau (de Toulouse) rappellent que l'un d'eux a établi la réalité d'une sensibilisation à l'insuline par le travail musculaire. La comparaison des courbes d'hypoglycémie insulinienne avant et après un exercice déterminé, peut être considérée comme une méthode d'évaluation des capacités de résistance à la fatigue. Les auteurs ont pratiqué expérimentalement cette double recherche chez des chiennes avant et après castration ovarienne bilatérale. Ils ont vu que la privation de l'incrétion ovarienne détermine à l'état statique un équilibre nouveau des hormones glycorégulatrices, lequel se caractérise par une glycémie plus basse en valeur absolue et par une moindre sensibilité à l'insuline. D'autre part, la décharge insulinosécrétoire, provoquée par l'épreuve du travail, est notablement accrue, dans tous les cas. Enfin, les réactions cliniques d'hypoglycémie prennent plus d'amplitude pour une chute glycémique égale, comme si la susceptibilité des centres nerveux était exaltée. Ces faits paraissent rendre compte de la fatigabilité que les cliniciens rangent parmi les signes de déficit ovarien et qui jusqu'ici était attribuée à la suppression d'un prétendu pouvoir dynamogénique de la glande.

SOCIETE ANATOMO-CLINIQUE DE BORDEAUX

(SÉANCE DU 28 MAI 1934)

Ectasie de l'aorte descendante ; étude radiologique. — MM. NANCEL-PENARD et R. BARGUES, à propos d'un cas d'ectasie de l'aorte descendante, dont ils présentent des radiographies, insistent sur la rareté de ces cas et sur la difficulté de l'étude radiologique du médiastin.

Sur un cas de phlegmon rétro-prostatique. — M. BLANC rapporte l'histoire d'un malade qui présente une septicémie fruste avec bactériurie (staphylocoques), puis urétrite, prostatite, suppuration de la loge péri-prostatique postérieure et phlegmon pré-rectal.

Une périnéotomie faite au bon moment, amena la guérison. L'auteur, à ce propos, étudie les conditions et les localisations des suppurations péri-prostatiques.

Un cas de mucocèle appendiculaire. — M. CHASTAIGNET (Présentation de pièce).

Céphalhématome bilatéral symétrique. — M. L. POUYANNE présente un enfant qui est porteur d'un céphalhématome bilatéral symétrique, ce qui est exceptionnel.

Syndrome de régression des fonctions sexuelles, avec féminisme et état hypothyroïdien. — MM. BONNIN, DE GRAILLY, ANDRÉ et BARROUX. Un homme, déjà évolué au point de vue sexuel, présente à 18 ans, après une fièvre typhoïde, une atrophie testiculaire double avec perte des caractères sexuels secondaires (chute des poils), et conservation de la fonction externe. Marié, père de trois enfants, il contracte à 33 ans les oreillons ; à la suite, atrophie extrême des testicules, perte des fonctions externes, signes de féminité, état hypothyroïdien avec quelques symptômes de myxœdème. Les auteurs signalent l'évolution en deux temps du syndrome, discutent à son sujet le féminisme avec atrophie testiculaire, l'eunuchoïdisme tardif, et concluent, en définitive, que ce syndrome se rapproche davantage de l'infantilisme tardif.

Malformation utérine expliquant la localisation d'une infection utéro-salpingo-ovarienne. — MM. MANDILLON, GEORGET et J. BEAUVIEUX rapportent un cas d'utérus bicorne, dont la portion gauche est celle développée chez une malade qu'ils ont opérée pour métro-salpingo-ovarite gonococcique. Ils attirent l'attention sur le fait suivant : les lésions étaient uniquement localisées à gauche et l'ovaire droit était indemne, grâce très probablement à l'imperméabilité de la trompe atrophique de ce côté. Hystérectomie fundique sur l'utérus gauche conservation de l'ovaire droit.

Un cas de maladie d'Ayerza. — MM. CREYX, BROUSTET et VERGER. L'intérêt de ce malade réside principalement dans l'absence, tant clinique que radiologique, chez lui, du syndrome d'artérite pulmonaire, qui cependant jouerait classiquement le rôle capital dans la pathogénie de la cyanose des cardiaques noirs. Cette observation vient à l'appui des idées émises récemment par Marino Castex, sur le caractère contingent et accessoire de l'artérite pulmonaire dans la constitution du syndrome cyanotique d'Ayerza.

(SÉANCE DU 4 JUIN 1934)

Un cas d'épithélioma du corps thyroïde. — MM. LEFÈVRE et A. LAPORTE présentent une malade.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1934)

Tuberculose fibro-caséeuse évolutive du sommet droit chez une diabétique. Insuline, pneumothorax. Stabilisation. — A propos d'une observation, MM. SECOUSSE et LACOSTE insistent sur l'étroit parallélisme d'évolution des deux affections, sur la latence et l'insidiosité du début de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques, avec absence fréquente de B. K. dans les crachats ; sur l'amélioration du pronostic général de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques par l'insuline et la collapsothérapie. Cette association constitue la méthode thérapeutique de choix, la chrysothérapie restant souvent inopérante.

Il faut donc élargir au maximum les indications du pneumothorax chez les tuberculeux diabétiques. Cependant, les formes aiguës de la tuberculose, plus encore que les diabètes consomptifs restent des éléments de pronostic de la plus haute gravité.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1934)

Un cas de kala-azar algérois, avec guérison. — MM. GILLOT et MACHUEL.

Une famille arabe de nains rachitiques. — MM. GILLOT, MACHUEL et PIETRI.

Cirrhose ascitique chez un jeune Arabe. — M. GILLOT, Mme KILCHER-MAUCOURT, Mlle POROT et M. SIMERAY.

Abcès primitif du poumon à rechute chez un enfant. — M. GILLOT, Mme KILCHER-MAUCOURT et Mlle Colette POROT.

Au sujet de l'affection appelée Bou-fertoutou. — M. COLLIGNON.

Lymphémie subleucémique. Radiothérapie. Noma. Guérison clinique et hématologique remontant à sept mois. — MM. LEBON, MANCEAUX, BLONDEAU, ALCAY et SAUSSOT. Homme de 38 ans. Le traitement radiothérapique prudent a freiné et assagi la production lymphoïde, mais une leucopénie très importante s'est installée progressivement par la suite, favorisant le développement d'un noma qui, opéré, guérit. Depuis, amélioration clinique et hématologique et guérison apparente depuis 7 mois. Les organes hématopoiétiques momentanément sidérés par la radiothérapie semblent avoir été stimulés par l'infection et le choc opératoire.

Réticulo-plasmocytome ilio-sacré. — MM. SABADINI, MONTPELLIER et LAFFARGUE rapportent l'observation d'un myélome ilio-sacré, de variété plasmocytaire. Exemple de tumeur rare, intéressante à plusieurs titres.

Syndrome de Raynaud. Artérite oblitérante. Tuberculose pulmonaire. — MM. BENHAMOU, LOUBEYRE et Mlle ODRY. Observation d'un adulte atteint d'un syndrome de Raynaud évoluant de longue date sur un fond d'artérite chronique. Aggravation nette des spasmes vasculaires, à l'occasion du réveil d'une tuberculose pulmonaire fibreuse qui était torpide jusque-là.

Intoxication mortelle par un barbiturique malgré des injections de strychnine à hautes doses. — MM. LOUBEYRE et GARES. Observation d'une malade examinée en plein coma hyperthermique, vingt-quatre heures après l'absorption de Dial, dont elle ne put être tirée malgré des injections massives de strychnine poussées jusqu'à la limite de sa tolérance. Au cours de l'examen, il ne parut pas que les manifestations cardiaques et pulmonaires aient pu être rendues responsables du dénouement mortel.

A propos de la période d'incubation et de la période d'invasion du paludisme d'inoculation. — MM. A. Huguenin, L. Alcay et F.-G. Marill ont suivi 32 malades traités par malariathérapie pour des affections diverses.

Ils proposent d'appeler période d'incubation la phase cliniquement silencieuse qui suit l'inoculation, et période d'invasion celle qui s'intercale entre celle-ci et le premier accès typique, avec ou non des hématozoaires.

Les temps d'incubation observés avec la quarte ont été plus longs que ceux habituellement décrits. Ils ont assez rarement noté de véritable période d'invasion. Recherchant systématiquement l'hématozoaire, ils l'ont mis en évidence, chez 9 malades sur 12, en pleine période latente d'incubation. Ils se demandent si certaines particularités du paludisme qu'ils ont observé ne tiennent pas au fait que leur expérimentation s'est déroulée en pays d'endémie palustre.

LIVRES NOUVEAUX

Etude physiologique de la Réaction de Schick (1), par le docteur Maurice Gautrelet.

L'auteur, fils de l'éminent physiologiste, a cherché, par expérimentation sur l'animal, dans quelle mesure intervient l'action, sur les vaisseaux plus particulièrement, du système nerveux végétatif pour la production du phénomène de Schick.

Par voie intramusculaire, l'adrénaline injectée plusieurs heures avant la toxine semble en renforcer l'action, tandis que dans les mêmes conditions l'acétylcholine la diminue. L'atropine est sans effet d'aucun sens.

L'injection de toxine diphtérique mélangée à l'histamine ou au chlorure de potassium donne une réaction plus marquée ; les chlorures de calcium ou de sodium, la pituitrine ont au contraire des effets empêchants.

De même, lorsque le mélange toxine-histamine est injecté intradermique, ou lorsqu'on injecte par la même voie le mélange toxine-pituitrine.

La toxine diphtérique seule jouit vis-à-vis des capillaires d'une action vasodilatatrice propre, et les substances qui lui sont associées l'exagèrent ou la diminuent.

Il semble donc que la vaso-dilatation due à la toxine diphtérique elle-même ne soit pas sans importance dans la production de la réaction de Schick.

L. Babonneix.

(1) Paris, Le François.

Dans le rythme du monde (1), par le docteur Dartigues.

Dans sa belle et émouvante préface, l'auteur se défend d'apporter, après des exemples si célèbres, un nouveau livre de pensées ou de maximes. Mais il a adopté cette forme d'écrit fragmentaire, car elle lui paraît susceptible d'aborder une infinie variété de sujets ou de motifs sous une condensation plus grande de ce qui a été offert à sa méditation et à sa réflexion. Il nous apporte dans ce livre une immense fresque des impressions reçues dans une ascension de conscience, au cours de son existence, du spectacle universel extérieur et du monde intérieur de l'âme et de l'esprit. En dehors d'une imagination parfois rayonnante, d'aperçus au fond et à la forme inattendus, l'auteur nous

(2) In-8 de 650 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE ENTÉRITE
GASTRALGIE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul Ornano PARIS

OLÉTHYLE-BENZYLE

INFECTIONS CHRONIQUES IODASEPTINE CORTIAL 15, Boul Pasteur — PARIS —

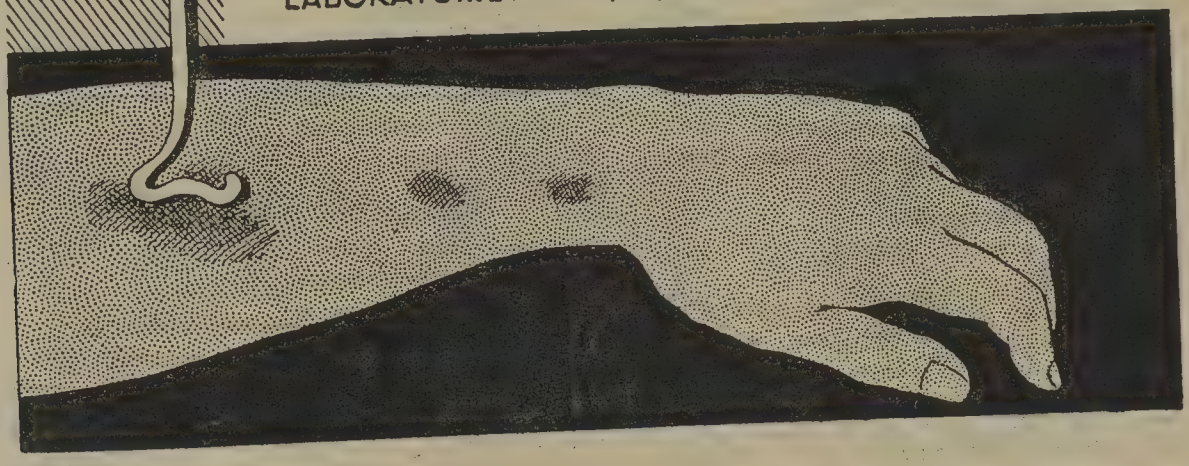
PERCAÏNAL "CIBA"

Analgésie sûre et prolongée

Eczéma, macérations de la peau, décubitus, herpes zoster, gerçures, crevasses du sein, ulcères de la jambe, ulcérations dues aux rayons X, intertrigo, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, brûlures, etc.

Analgésique et antiprurigineux
Antiphlogistique - Astringent

LABORATOIRES CIBA, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, LYON



316

apporte une note véritablement neuve par l'ampleur et l'étendue du domaine où sa réflexion s'est exercée. Et ce qui frappe, c'est la vie intense qui se dégage de tout cela, car si son esprit est toujours en quête de clarté, c'est une âme vibrante, en même temps que clairvoyante, un cœur que font battre d'un rythme puissant la bonté dominante et la sympathie pour tout ce qui fait effort ou souffre sur la terre. On sent en cet auteur une âme d'apôtre pour tout ce qui peut sortir de l'ornière animale et élever l'homme, les races et les nations vers la grandeur, la beauté, le dévouement mutuel, la sympathie et l'amour. Il faut lire cette sorte de symphonie verbale aux sonorités magnificentes souvent où l'auteur nous berce au signe de sa baguette invocatrice dans les rythmes du monde et de l'univers, les rythmes de la Nature, du Ciel, des Eaux et de la Terre, et les rythmes de l'Humanité : ceux de la Destinée humaine, ceux des Races et des Peuples, ceux du Cœur et de la Sentimentalité, ceux du Cerveau, de la Pensée et de l'Activité humaines. Il y a dans ce livre curieux, où beaucoup pourront reconnaître leur propre pensée et leurs propres aspirations, des méditations sur la Vie, la Douleur, le Bonheur, l'Amour et la Mort, vraiment remarquables. Comme l'a dit son éminent ami, le professeur J.-L. Faure : « Il y a en ce recueil de méditations une source inépuisable. »

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉREBRALE[1]

2° Phase d'amélioration transitoire. — Le malade sort du coma et reprend connaissance peu à peu.

A cette phase, on va *pouvoir faire un examen neurologique plus attentif.*

1° A la face : on note une *paralysie faciale à type central* avec intégrité relative du facial supérieur.

Le malade répond aux questions, mais présente des troubles de la *parole* constants : troubles d'ordre moteur ou *dysarthrie.*

2° Aux membres : *l'hémiplégie devient très nette,* par suite de la réapparition des mouvements du côté sain.

On va pouvoir rechercher avec précision s'il existe des *troubles sensitifs.*

3° Phase critique. — Elle va du 6e au 15e jour ; c'est la phase dangereuse par excellence.

On voit alors la *température qui s'élève;* le malade s'agite, souvent il délire ; son faciès est vultueux ; la respiration est rapide, parfois saccadée, le pouls s'accélère et la mort survient rapidement dans l'hyperthermie.

Cette évolution fatale s'explique par la possibilité de complications :

1° Complications infectieuses :

Escarres de decubitus (fessière, sacrée, talonnière) ;

Broncho-pneumonies ;

Infection urinaire avec cystite, pyélonéphrite : elle est très fréquente.

2° Complications rénales :

Accidents urémiques possibles chez ces malades atteints de néphrite chronique.

3° Complications cérébrales :

Soit *encéphalite de voisinage ;*

Soit *nouvelles hémorragies,* ou *extension de l'hémorragie* (inondation ventriculaire, hémorragie cérébro-méningée).

Toutes ces complications sont fréquentes : on voit la gravité de cette phase dangereuse.

Cependant, le malade peut encore franchir cette phase et on arrive à la

4° Phase d'hémiplégie résiduelle. — Le malade reste un infirme, porteur d'une hémiplégie.

C'est une hémiplégie *proportionnelle, à type capsulaire, d'intensité variable,* qui évolue en deux phases plus ou moins indiquées : d'hémiplégie flasque, courte, d'hémiplégie *avec contracture.*

La réapparition des réflexes tendineux, puis leur exagération précède la contracture d'ordre pyramidal.

Contracture en *flexion* au membre supérieur ; en *extension* au membre inférieur.

Cette hémiplégie présente d'ailleurs une *tendance* assez marquée *à l'amélioration.* Les régressions subtotales sont plus fréquentes dans l'hémorragie que dans le ramollissement (Pierre Marie).

Toujours le pronostic d'avenir reste réservé, car la *récidive* est toujours possible.

II. Formes cliniques de l'hémorragie cérébrale. — Elles ne sont que des variantes du tableau clinique ; on a pu décrire :

1° Des formes foudroyantes, peu fréquentes ; elles traduisent une hémorragie bulbo-protubérantielle ;

2° Des formes rapidement mortelles : *a*) formes avec *inondation ventriculaire :*

Le début est très brusque ; le coma est très intense ; d'emblée apparaissent des contractures : déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté de l'hémiplégie, opposée à la lésion, hypertonie d'un côté avec exagération des réflexes ; apparition de raideur de la nuque et de convulsions ; hyperthermie progressivement croissante et mort en 2 à 3 jours.

L'inondation ventriculaire peut apparaître *d'emblée* ou *secondairement* au cours d'une hémorragie cérébrale banale.

b) *Formes avec dilacération des pédoncules cérébraux* jusqu'à la protubérance.

Il s'agit de formes hypotoniques avec hémiplégie et parfois quadriplégie flasque, abolition des réflexes et mort en 36 à 48 heures.

3° Des formes moyennes. — Le début est brutal par ictus avec coma hémiplégique complet, puis apparaissent des signes de réaction méningée (raideur de la nuque, Kernig), des accidents convulsifs. La ponction lombaire donne un liquide sanglant.

b) *Formes cérébrales pures.* — 1. Hémorragies de la région des noyaux caudé et lenticulaire.

2. Hémorragie *de la couche optique avec syndrome thalamique.*

3. Hémorragie *des zones muettes.*

Ictus sans signes de lésion en foyer : *toujours rechercher l'hémianopsie à la sortie du coma.*

4° Des formes frustes. — Elles sont rares.

Le début en est progressif, avec céphalée, obnubilation, engourdissement des membres : *le tableau clinique est identique à celui du ramollissement cérébral* et le diagnostic est difficile.

(à suivre.)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 61.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

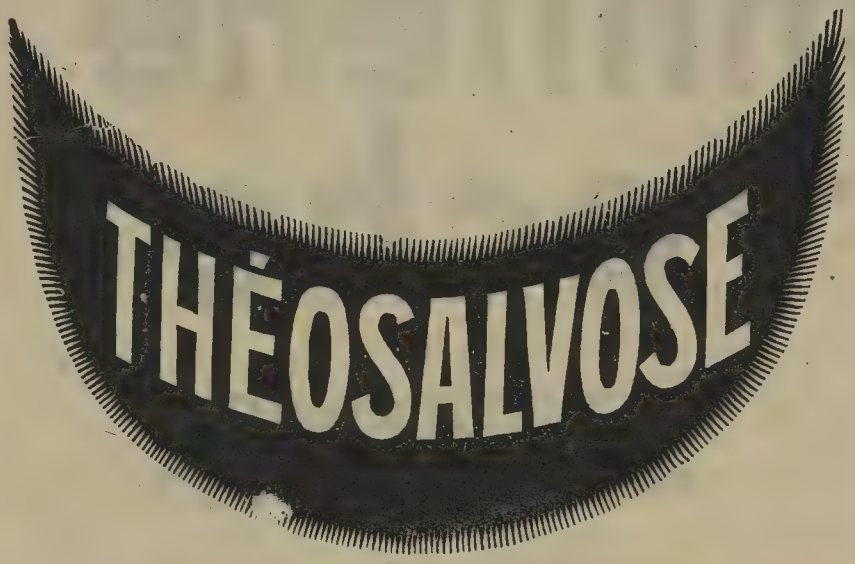
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets



Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,10. Seine.

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 11 AOUT 1934. — N° 64.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
L'anesthésie épidurale haute selon la méthode de Dogliotti par M. Edouard Lackmann.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de biologie. — Société de médecine de Paris. — Société de Thérapeutique. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Questions fiscales. Le secret professionnel, par M. A. Herpin.
LIVRES NOUVEAUX
MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES. (Sixième liste. V. p. 1156.)

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — La médaille d'or du prix de l'internat en 1934, pour la section chirurgie a été décernée à M. Laumonier, interne de 4e année.

— Un concours pour trois places de médecins-adjoints de l'assistance médicale gratuite à domicile, s'ouvrira le mardi 6 novembre 1934, au siège de l'administration, rue du Loup, 63.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat du bureau de bienfaisance de 9 heures à midi, et de 2 heures à 5 heures.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Jean Trillot, médecin-chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), est nommé médecin-chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés à Albi (Tarn), en remplacement de M. le docteur Pailhas.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Rudaux (Edouard-Paul), professeur en chef honoraire à l'hôpital de la Maternité; M. Cordes (Jean-Hippolyte-Félix), ancien médecin, ancien aide-major; 43 ans de services et de pratique médicale; M Guelliot (Antoine-Octave), ancien médecin chirurgien des hôpitaux, ancien médecin major de 1re classe de réserve; 31 ans de services.

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. Artaud (Marcel-Régis-Benjamin), médecin en chef de la police municipale; M. Morizot (Joseph), docteur en médecine, ancien maire d'Arles (Bouches-du-Rhône).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Dargelos.

Santé publique. — *Au grade d'officier.* — M. Ginestous (Paul-Simon-Etienne), médecin ophtalmologiste à Bordeaux (Gironde), 48 ans de services militaires et civils et de pratique professionnelle des plus remarquées; M. Phelip (Auguste-Jacques), chirurgien chef de l'hôpital civil de Vichy (Allier), 34 ans de services militaires et de pratique médicale et hospitalière particulièrement dévouée.

Au grade de chevalier. — M. Pin (Maurice-Pierre), médecin directeur du sanatorium des Neiges à Briançon (Hautes-Alpes) 27 ans 1/2 de services militaires et de pratique professionnelle distinguée.

MÉRITE AGRICOLE. — *Au grade de chevalier.* — M. Weitz (de Paris).

LUCHON. — *Syndicat général des O.R.L. français.* — La réunion du Conseil du syndicat des oto-rhino-laryngologistes français s'est tenue à Toulouse et s'est terminée à Luchon et Saint-Bertrand-de-Comminges.

Reçus à la Faculté par le nouveau doyen, M. le professeur Bardier qui leur a souhaité la bienvenue en termes à la fois empreints d'une charmante simplicité et d'une belle élévation de pensée, les membres du syndicat ont, alors, abordé leur ordre du jour qui ne comportait pas moins de 17 points divers. 15 d'entre eux furent traités à fond.

Le lendemain, conduit par M. Laval de Toulouse, le corps médical de Luchon recevait, à l'Etablissement thermal, nos camarades du Conseil du syndicat général des O.R.L. et, dans le bureau du directeur, le docteur Molinéry, il leur était adressé, par le docteur Pelon, une allocution, non seulement marquée au coin de la tradition de courtoisie qui est coutumière à notre station, mais encore d'un point de vue scientifique très accusé.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Après la visite des établissements thermaux et du radio-vaporarium sulfuré, que nos confrères ont déclaré être rigoureusement unique en France et dans le monde, les membres du syndicat ont gagné Saint-Bertrand-de-Comminges où tous ont admiré, avec la cathédrale, les magnifiques restes romains et médiévaux qu'abrite ce site enchanteur, où plusieurs villes se succédèrent, où enfin 50.000 habitants vécurent un jour ensemble, alors que, par un fait qui reste encore à expliquer, il en est à peine 500 aujourd'hui. Toujours suivant la tradition, un déjeuner des plus confraternels termina la matinée et on avait, ainsi, joint l'utile à l'agréable.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A.D.R.M.). — Séance du Conseil d'administration. — M. Dupont, revenu d'Athènes, fait part des regrets exprimés par quelques médecins grecs qui voudraient voir la France leur envoyer des conférenciers, des livres, etc., pour contre-balancer la propagande germanique qui est extrêmement active.

M. Hartmann expose au Conseil le résultat d'une réunion qui a eu lieu dans les locaux de l'A.D.R.M. sous la présidence de Son Excellence M. Sato, ambassadeur du Japon; à la suite de cette réunion le Comité médical franco-japonais a été fondé.

Des pourparlers ont lieu avec le corps médical de Dublin en vue de la création d'une filiale irlandaise de l'A.D.R.M. Le professeur Coffey, président de l'University College, semble partisan de cette création à laquelle nous serions désireux de voir participer à la fois les membres de l'University College et des représentants de Trinity College. Le docteur Collis venu pour le congrès français de pédiatrie, doit, dès son retour à Dublin, s'occuper de la question.

En fin de séance M. Roger expose la diminution de notre influence dans le proche Orient, diminution en rapport avec le manque de recrutement des congrégations de langue française et une augmentation de l'influence allemande résultant de l'arrivée de nombreux professeurs israélites allemands.

Election : M. Lestocquoy est nommé membre de l'A.D.R.M.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Paul Mayoud à Vienne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES

Le secret professionnel.

Un des principes les plus essentiels de la médecine traditionnelle est certes le secret professionnel, dont l'institution remonte aux premiers temps de l'art de guérir et qui fut codifié dans le Code pénal, article 378. Mais nous vivons à une époque qui n'est guère respectueuse des traditions ; elles sont fort attaquées et peu ménagées parfois même par ceux qui ont mission de les défendre.

Les nouvelles dispositions fiscales ne valent pas grand'chose à ce point de vue : elles nous obligent à la tenue d'un livre-journal que le corps médical a eu le grand tort d'accepter, car il est une grave menace pour l'avenir, et il eût été prudent de la prévoir.

Mais, pour le présent, sinon les dispositions votées, au moins les mesures prises par l'administration paraissent vouloir respecter le secret professionnel, et cela vaut d'être noté.

Dans une circulaire de la Direction Générale des Contributions Directes, en date du 1er février 1934, nous trouvons, sur ce point, des indications précieuses qu'il importe que connaissent bien tous les médecins.

L'administration précise tout d'abord que le contrôleur pourra demander communication non seulement du livre-journal, mais de toutes pièces justificatives (article 112). Ces pièces, précise l'article 113, « sont celles qui seraient nécessaires pour vérifier que toutes les recettes professionnelles ont été exactement inscrites au livre-journal ».

« Toutefois (article 114), s'il s'agit d'une profession astreinte au secret professionnel, le contrôleur ne pourra pas exiger la production de pièces susceptibles de révéler la personnalité du client qui a versé les fonds. En cas de contestation sur le caractère secret de la pièce demandée, le redevable pourra, s'il appartient à une profession comportant un organisme de discipline, provoquer l'avis de cet organisme dans les conditions prévues par la note commune du 31 juillet 1933, N° 1349, relative à la procédure officieuse de préconciliation. »

De ces textes, découlent certaines conclusions.

Tout d'abord, comme nous l'avons toujours pensé et dit, le livre-journal ne présente que des inconvénients puisqu'il ne constitue pas une preuve qu'on puisse opposer à l'administration : celle-ci se réserve de demander la production de pièces justificatives.

Mais nous enregistrons avec plaisir ce qui se rapporte au secret professionnel : nous avons le droit de refuser toute communication de pièces intéressant le secret et, en cas de contestation, nous devons avoir recours au préconciliateur.

Il importe donc que les médecins continuent, comme par le passé, à exiger le respect du secret traditionnel et cela d'autant plus que leur droit est reconnu par l'administration.

Il importe également qu'ils utilisent largement la préconciliation : outre qu'elle a, pour eux, l'avantage de régler à l'amiable la plupart des difficultés, la négligence de cette possibilité est considérée souvent comme une présomption de fraude ; par contre, la commission de taxation, lorsque le litige arrive jusqu'à elle, tient le plus grand compte du rapport du préconciliateur.

Quoi qu'il en soit, au cours de la crise que traversent actuellement les traditions, il est intéressant de noter que l'administration des contributions directes contribue à maintenir celle de notre secret professionnel.

A. HERPIN.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS.2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Tréphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

1°- Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°- Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°- Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de **TOUTES les**
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.

Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS — LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS-15e

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GENERALE

L'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE HAUTE SELON LA MÉTHODE DE DOGLIOTTI

Par M. EDOUARD LACKMANN,
Interne des hôpitaux de Paris.

But. — L'apparition, dans ces dernières années, de nombreuses nouvelles méthodes anesthésiques (barbituriques en anesthésiques de base, évipan, anesthésie épidurale haute) indique bien l'absence d'agent anesthésique parfait, et la nécessité pour le chirurgien de savoir choisir, pour un malade donné et pour une maladie donnée, le meilleur anesthésique.

Or, deux régions de l'organisme, pour les maladies desquelles la chirurgie a fait de gros progrès, le thorax et l'étage sous-phrénique de l'abdomen, n'ont pas encore d'agent anesthésique suffisamment sûr et efficace. Considérons par exemple la chirurgie gastrique. Les narcoses par inhalation, au moins pour les gastrectomies, sont formellement contre-indiquées en raison des graves complications broncho-pulmonaires. La rachianesthésie demeure toujours dangereuse par l'incapacité où nous sommes, devant la variabilité des réactions individuelles, de fixer le niveau supérieur de l'anesthésie. Quant à l'anesthésie locale, ou locorégionale, outre le fait qu'elle demande au chirurgien un temps relativement considérable pour être réalisée, elle ne donne pas toujours une anesthésie parfaite, et les malades nerveux s'en accommodent très mal.

Faute de mieux, c'est elle qu'emploient de nos jours la majorité des opérateurs, mais il n'est pas douteux que si on leur offrait un procédé anesthésique inoffensif et efficace, ils abandonneraient les anciennes méthodes. Il semble aujourd'hui que ce procédé soit trouvé avec l'*anesthésie épidurale haute*.

Historique. — C'est Dogliotti, de Turin, qui imagina, en 1931, à la suite de travaux anatomiques sur la disposition de l'espace épidural, d'anesthésier les racines médullaires non plus comme on faisait jusqu'alors dans l'espace sous-arachnoïdien, mais à leur sortie de l'étui dural.

Cette méthode présente sur la rachianesthésie l'avantage évident de laisser le liquide anesthésiant à distance de la moelle, donc d'éviter la diffusion jusqu'au bulbe, responsable des morts de la rachianesthésie haute.

En avril 1933, Dogliotti pouvait publier dans *The American Journal of Surgery* sa technique et ses premiers résultats. Cette méthode est donc récente, mais son intérêt a suscité immédiatement de nombreux travaux tant cliniques que physiologiques. Elle possède actuellement dans tous les pays des adeptes convaincus. En France, notamment, Bonniot (de Grenoble), Robert Monod, Houdard (de Paris), l'ont expérimentée avec succès et l'on peut prédire que prochainement, le procédé de Dogliotti tiendra une place prépondérante parmi les divers procédés anesthésiques du thorax et de l'étage sus-ombilical de l'abdomen.

Rappel anatomique. — Nous rappellerons que la face externe de la dure-mère rachidienne adhère à la paroi antérieure du canal rachidien sur la hauteur des deux premières vertèbres cervicales. Partout ailleurs, elle est séparée de ces parois par *l'espace épidural*.

En arrière, c'est-à-dire dans la seule région qui nous intéresse, cet espace présente son maximum d'étendue sagittale dans la région lombaire. Il atteint alors 1 centimètre. Il diminue au fur et à mesure qu'on s'élève, n'atteint plus que 2 ou 3 mm. au niveau des vertèbres cervicales, sauf au niveau des deux premières où il paraît manquer complètement.

Cet espace épidural n'est pas virtuel, comme la cavité pleurale par exemple. Il est occupé par les plexus veineux intrarachidiens et par une graisse très fluide, rougeâtre et abondante.

Physiologie. — I. LA RÉALISATION DE L'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE HAUTE. — Nous verrons plus loin à quel niveau il convient d'injecter le liquide anesthésique. Mais, même en nous plaçant dans le cas le plus favorable, c'est-à-dire de l'injection au niveau de la colonne lombaire, là où l'espace épidural a son maximum de profondeur, la course de l'aiguille est bien réduite — un centimètre. Avant l'espace épidural, c'est l'épais ligament jaune ; après, c'est l'espace sus-arachnoïdien, virtuel, et immédiatement après, l'espace sous-arachnoïdien où circule le liquide céphalo-rachidien. On voit donc le double écueil de cette anesthésie. Si on reste en deçà, on n'anesthésie que le ligament jaune ; si on va au delà, on fait une rachianesthésie. Or nous verrons que les doses employées dans l'anesthésie épidurale sont bien supérieures aux doses de l'anesthésie lombaire.

En conséquence, pour que cette anesthésie épidurale haute soit possible, il faut que nous possédions un test permettant d'affirmer avec certitude que nous sommes bien dans l'espace épidural. Dogliotti, Sebrechts et Bonniot ont imaginé chacun un procédé.

1° *Procédé de Dogliotti.* — Il consiste à monter sur l'aiguille une seringue chargée de sérum artificiel. On pousse l'aiguille en exerçant sur le piston une pression continue. Dès que l'on atteint l'espace épidural, le piston, qui jusque-là ne pouvait progresser dans la seringue, s'y engage avec facilité, le liquide refoulant aisément la graisse péridurale.

2° *Procédé de Sebrechts.* — Alors que le procédé de Dogliotti identifie l'espace épidural de dehors en dedans, le procédé de Sebrechts l'identifie de dedans en dehors. On ponctionne l'espace sous-arachnoïdien comme pour une rachianesthésie sur le sujet *assis*. Quand le liquide s'écoule, on retire légèrement l'aiguille jusqu'à l'arrêt de l'écoulement. Il faut procéder très lentement et ainsi on peut constater que la dernière goutte, perlant au pavillon de l'aiguille, est aspirée. On est alors dans l'espace épidural où existe, comme nous le verrons plus loin, une pression négative.

Ce procédé est assez délicat à mettre au point. Mais surtout il a l'inconvénient de perforer la dure-mère, et nous allons montrer que tous les inconvénients qu'on a reprochés à l'anesthésie épidurale haute relè-

vent, en définitive, uniquement de la technique de Sebrechts :

a) Nous n'insisterons pas sur les petits incidents causés par la perte du liquide céphalo-rachidien à travers l'orifice dural. Ils sont connus depuis qu'on pratique la rachianesthésie et, bien qu'ennuyeux, ils n'ont rien de grave.

b) Autrement sérieux sont les accidents résultant du passage de l'anesthésique à travers l'orifice dural de l'espace épidural à l'espace sous-arachnoïdien. Certes, quelques chirurgiens dénient toute importance à cette possibilité. Pour Robert Monod en particulier, l'étroitesse de l'orifice dural, la différence des pressions des deux espaces, rendraient illusoires les dangers de transformation de l'anesthésie épidurale en rachianesthésie. Sebrechts, par la lenteur de l'injection, par l'emploi de solutions très diluées, par la surveillance attentive du pouls dont le ralentissement serait un signal d'arrêt, pense prévoir les injections sous-arachnoïdiennes et prévenir les accidents.

Mais la majorité des opérateurs admet la diffusion du liquide anesthésique à travers l'orifice dural. Les gros accidents au passif de la méthode sont en effet survenus quand fut employé le procédé de Sebrechts. Nous y reviendrons. C'est pourquoi, avec M. Houdard, il est maintenant généralement admis que si, au cours de l'anesthésie, on blesse la dure-mère et on ouvre l'espace sous-arachnoïdien, il faut considérer la tentative comme avortée et recourir à un autre mode d'anesthésie.

3° *Le procédé de Bonniot. Le vide épidural.* — Ainsi donc le procédé de Sebrechts est dangereux ; le procédé de Dogliotti est peu sensible. Il restait à découvrir un test inoffensif et nettement perceptible.

Ce test fut découvert récemment par Bonniot ; il repose sur la notion de *vide épidural*. Nous avons signalé l'aspiration de la dernière goutte dans le procédé de Sebrechts, aspiration qui décèle une dépression épidurale. Bonniot, ayant perçu à ce moment à plusieurs reprises un véritable sifflement résultant de l'aspiration de l'air extérieur, eut l'idée de mesurer cette dépression par un manomètre à eau. Il constata une importante dénivellation, de 6 à 16 cm. d'eau suivant les cas. Il existe donc, dans la station assise, une importante pression épidurale négative, se chiffrant en moyenne par : —12 cms d'eau. Ces conclusions valent pour une ponction de la région dorsale supérieure.

Dans quelles mesures varie cette pression ? Quelle en est sa cause ?

a) *Variations de cette dépression.* — Il est établi que ce vide se traduit par des chiffres variables d'une part selon l'endroit où l'on fait la ponction ; d'autre part, selon la position du sujet.

— Dans la région lombaire, en décubitus ventral, la dépression est très faible : 0 à 1/2 cm. d'eau.

— Dans la région lombaire, la tête du sujet étant abaissée, la dépression s'élève à 5 cms.

— Dans la région lombaire, en décubitus latéral, la dépression n'est que de 1 à 5 cms d'eau.

— En passant par l'hiatus sacré, pas de dépression.

— Fait important, alors qu'en position horizontale, dans la région lombaire, la dépression est nulle, il suffit à ce moment de pousser légèrement l'aiguille pour obtenir une dépression de 8 centimètres d'eau. Si on ramène un peu l'aiguille en arrière, la pression reprend sa valeur normale ; et cependant l'injection demeure facile, ce qui prouve qu'on est bien dans l'espace épidural.

Tels sont les faits cliniques observés par Bonniot, par R. Monod, par Houdard, Judet et Mathey, et qu'il faut interpréter.

b) *Causes du vide épidural.* — L'étui méningé constitue un conduit à parois flasques, un peu élastiques, placé à l'intérieur d'un canal à parois rigides, le canal rachidien. Par suite de la pesanteur, le liquide qu'il contient tend à s'accumuler aux points déclives et à fuir les régions supérieures où les parois de l'étui méningé auront tendance à s'affaisser, donc à agrandir l'espace épidural, ce qui fait baisser sa pression.

Notons que cette conception de Bonniot suppose l'existence d'un vide épidural avant toute ponction. Or ceci ne cadre pas avec l'étude anatomique de la cavité épidurale, qui nous la montre comblée par de la graisse fluide et des plexus veineux.

C'est pourquoi Houdard, se basant sur l'insignifiance de la dépression au moment où le biseau de l'aiguille pénètre dans l'espace épidural, n'admet que le vide créé par l'aiguille en déprimant la dure-mère, créant ainsi un espace mort. Nous avons vu les faits cliniques qui militent en faveur de cette hypothèse. Nous pouvons en tirer trois conclusions pratiques pour la technique de l'anesthésie :

1. Nécessité d'élever la région du rachis que l'on ponctionne, afin de diminuer au maximum la tension du liquide céphalo-rachidien et de la dure-mère.

2. Utilité d'employer des aiguilles à biseau très court, refoulant la dure-mère sans la déchirer.

3. Nécessité de faire pénétrer *très* lentement l'aiguille, et très régulièrement, sans essayer de vaincre brutalement une résistance.

II. Caractères physiologiques de l'anesthésie obtenue. — 1. *Apparition de l'anesthésie.* — Il est exceptionnel que l'anesthésie soit massive et précoce.

Généralement, elle est retardée et progressive, débutant au bout de 5 à 10 minutes pour atteindre son maximum d'étendue et d'intensité en quinze à vingt minutes.

Bien entendu, elle se manifeste d'abord sur le segment cutané dépendant de la racine issue de l'intervalle ponctionné.

2. *Durée de l'anesthésie* : elle persiste de 1 h. 1/2 à 2 heures avec les doses usuelles que nous indiquerons plus loin.

3. *Etendue de l'anesthésie : a*) en hauteur : l'anesthésie s'étend en bande correspondant au niveau de l'injection ; la largeur de cette bande peut s'étendre sur 8 et même 10 segments médullaires.

b) En largeur : Quand on pratique l'injection dans le décubitus latéral, c'est la moitié déclive du corps qui est la première et la plus fortement anesthésiée.

On mettra donc le malade en décubitus latéral droit pour intervenir sur le foie ; gauche pour intervenir sur la rate.

c) En qualité : seule la sensibilité à la douleur disparaît. Les autres sensibilités sont respectées ou seulement diminuées.

Houdard insiste sur un fait curieux : il n'y a jamais de paralysies musculaires ; et les réflexes rotulien et achilléen sont conservés. Cette intégrité motrice est d'autant plus bizarre que l'objectif de la méthode — et Dogliotti possède des radiographies après injections lipiodolées qui prouvent que cet objectif est atteint — est de dépasser l'injection de l'espace épidural pour atteindre, au delà des trous de conjugaison, les rameaux communicants et les ganglions du sympathique. Houdard suppose que l'anesthésique n'imprègne que le seul ganglion. C'est une hypothèse qui reste à démontrer.

III. Le retentissement a distance.— Tous les avantages de l'anesthésie de Dogliotti se résument en une phrase :

L'anesthésie épidurale haute se comporte au point de vue général exactement comme une anesthésie locale.

C'est ce fait qui justifie la méthode, et explique ses immenses avantages sur la rachianesthésie :

1. *Pas d'action sur les centres médullaires ; donc, pas d'action sur la tension artérielle.* — On n'a pas ici à redouter la chute brutale de la maxima de 20 à 6, comme Forgue en rapporte un cas. Si Houdard signale une dépression de 3 centimètres, il reconnaît qu'elle est inconstante et on peut discuter la part opératoire de cette petite chute.

2. *Pas de risques de diffusion jusqu'au bulbe*, et par conséquent pas de syncopes mortelles à redouter dans les interventions hautes. Forgue et Basset, dans leur beau livre sur la rachianesthésie, ne montrent-ils pas que le caractère angoissant de la rachianesthésie, c'est l'impossibilité d'assigner à l'avance une limite supérieure précise aux zones anesthésiées, tant sont variables les réactions individuelles en présence d'une technique donnée et de doses données ?

C'est par désir de sortir de cette incertitude que Dogliotti a imaginé sa méthode et si, comme nous le verrons, la technique de l'épidurale haute est un peu plus compliquée que celle de la rachianesthésie, la possibilité d'avoir tous les avantages de cette dernière pour les opérations sus-ombilicales, et cela sans aucun risque bulbaire, sans le classique orage de la 20e minute, mérite un petit supplément de patience et d'attention de la part de l'opérateur.

3. *Enfin les suites opératoires* sont toujours remarquablement simples. Ce sont celles d'une anesthésie loco-régionale courante. En particulier, ni céphalée, ni troubles urinaires, ni paralysies parcellaires tardives.

Indications et contre-indications. — Nous allons d'abord étudier la place de cette nouvelle anesthésie par rapport aux anciennes méthodes ; puis les contre-indications.

I. Indications ; place de cette anesthésie par rapport aux anciennes méthodes. — Houdard dit excellemment :

« Je pense que cette anesthésie ne doit pas être faite à la légère et qu'il faut la réserver, en concurrence avec la rachianesthésie, mais beaucoup plus bénigne, aux cas où l'anesthésie générale est contre-indiquée et l'anesthésie locale impossible.

Actuellement, le champ de cette anesthésie s'étend du thorax aux membres inférieurs.

Dogliotti reconnaît que son expérience pour les opérations sur le cou est encore trop limitée pour qu'il puisse avoir une opinion sur la valeur de la méthode.

Du thorax aux membres inférieurs, à l'exception du pelvis, cette méthode de Dogliotti doit se substituer aux narcoses par inhalation, aux rachis et aux anesthésies locales : 1° *pour toutes les graves opérations de longue durée ;* 2° pour les *petites opérations où l'anesthésie locale est impossible et l'anesthésie par inhalation contre-indiquée.*

A la 1re catégorie d'indications appartiennent : les grosses interventions abdominales de l'étage sus-ombilical : estomac, rate, voies biliaires, intestin ; les grosses interventions thoraciques ; la chirurgie des reins et des canaux urinaires ; les longues opérations sur les membres inférieurs.

C'est dans cette catégorie d'indications que l'anesthésie de Dogliotti trouve son plus beau champ d'applications ; c'est là que son innocuité et sa durée en font vraiment l'anesthésique idéal.

Au contraire, dans la 2e catégorie d'indications : infiltration d'urines, curettage chez une malade à lésions pulmonaires, épididymectomie chez un bacillaire, etc..., l'anesthésie de Dogliotti demeure une méthode précieuse, certes, mais entre en concurrence avec d'autres procédés anesthésiques, en particulier avec l'évipan, et devrait sans doute céder le pas à ce dernier si son innocuité était bien établie.

II. Contre-indications. — Dogliotti indique les cas suivants où il faut s'abstenir de suivre sa méthode :

1° *Chez les enfants* en raison de difficultés techniques ;

2° *Chez les adultes très nerveux* où la narcose par inhalation est seule applicable ;

3° *Dans les opérations pelviennes : hystérectomies, amputations du rectum*, où il estime que la rachianesthésie donne une meilleure insensibilisation ;

4° *Dans les opérations périnéales* où il faut employer l'anesthésie épidurale par voie sacrée ;

5° *Dans les opérations de courte durée :* il semble en effet illogique d'employer une anesthésie de deux heures pour une hernie ou une appendicite.

Technique. — I. Le matériel. — Nous décrirons la technique de Bonniot dont nous avons montré les avantages physiologiques. Nous ne nierons pas les avantages du matériel spécial de R. Monod, ni de l'ampoule de cristal de Zowaquin. Mais il nous semble que le simple manomètre à eau, constitué par un tube en U. et employé par Houdard dans ses expériences, a un incontestable avantage de simplicité.

Il suffira donc d'avoir :

1° Une aiguille à ponction lombaire à biseau très court ;

2° Un tube de verre en U qu'on peut relier à l'aiguille par un embout et un raccord en caoutchouc ;

3° Une seringue stérile de 60 cm³.

II. Les produits et les doses. — Dogliotti emploie la novocaïne adrénalinée (25 gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1.000 pour 10 cm³ de la solution de novocaïne à 1/100). Houdard emploie la solution de scurocaïne à 2 % additionnée de bicarbonate de soude, qu'on utilise pour l'anesthésie épidurale sacrée.

— Les doses varient selon la région de l'injection et la nature de l'opération.

Pour une opération bénigne, n'injecter que 25 centigrammes d'anesthésique, soit 25 cm³ de la solution de Dogliotti ou 12 cm³ 1/2 de la solution de Houdard.

Mais pour toute opération importante, ces doses sont trop faibles, et il faut injecter de 60 à 80 centigrammes, sauf pour le thorax où 40 centigrammes sont suffisants.

III. Lieu d'injection. — Il faut injecter au niveau de :

— Pour les membres inférieurs et le pelvis : L_3—L_4 ;

— Pour l'abdomen inférieur : D_{12}—L_1—L_2 ;

— Pour l'abdomen supérieur : D_8 à D_{12} ;

— Pour le thorax et le membre supérieur : D_4 à D_{10} ;

— Pour le cou (?) : C_4—C_5.

IV. Technique de l'injection. — On installe le malade en décubitus latéral. Un billot sous le flanc ou l'hypocondre élève la région de la ponction.

On enfonce l'aiguille dans l'espace intervertébral et, avant de traverser le ligament jaune, on relie l'aiguille au manomètre à eau.

On enfonce alors avec une douceur et une lenteur extrêmes en surveillant le niveau d'eau. A un moment donné apparaît la dépression épidurale, qui est fixe ou temporaire. On enlève le manomètre et on s'assure en aspirant avec une seringue, qu'il ne vient ni sang ni liquide céphalo-rachidien.

On peut alors pousser l'injection anesthésique, lentement, soit d'un seul coup, soit plutôt en deux étapes, en arrêtant l'injection et en regardant si on n'a pas perforé la dure-mère. Pour cela on retire la seringue. Si l'on est demeuré dans l'espace épidural, il s'écoule quelques gouttes du liquide anesthésique, puis plus rien, alors que la perforation de la dure-mère donnerait issue au liquide céphalo-rachidien.

Incidents. — Avec la technique que nous venons d'indiquer, les incidents sont rares. On peut observer :

1° *Soit une difficulté à injecter le liquide anesthésique* : chaque fois que le liquide ne passe pas avec une pression *légère* sur le piston, c'est qu'on injecte en dehors de l'espace épidural. Houdard a eu ainsi 1 échec et Desplas, qui a eu 4 insuccès, doit peut-être les rattacher à cette cause. Le traitement est simple ; il suffit d'enfoncer davantage l'aiguille.

2° *Soit une piqûre des plexus rachidiens.* — Il faut retirer l'aiguille sans rien injecter et recourir à une autre anesthésie. Il est possible que la malade de Desplas qui a présenté des phénomènes d'irritation radiculaire typique avec paraplégie, troubles des réflexes, irritation du névraxe, ait fait une hémorragie de ce genre.

3° *Soit une ponction de la dure-mère et un écoulement du liquide céphalo-rachidien.*

— Nous avons vu que la technique de Sebrechts implique d'abord une ponction lombaire banale. Pour Dogliotti, pour R. Monod, l'ouverture accidentelle de la dure-mère est sans importance, et il suffit de retirer l'aiguille de quelques millimètres. Néanmoins, avec Houdard, nous pensons que cette manœuvre est au moins audacieuse ; que l'orifice de ponction crée une communication dangereuse entre les espaces épidural et sous-arachnoïdien ; et *que, chaque fois que l'on aura déchiré accidentellement la dure-mère, il est prudent de ne pas insister et d'employer un autre mode d'anesthésie.*

Accidents. — Un seul accident mortel a été porté au compte de l'anesthésie épidurale haute. Sebrechts a perdu un malade d'asphyxie par paralysie du diaphragme et des intercostaux. Nous avons déjà dit combien la méthode de Sebrechts nous paraissait dangereuse. Nous avons vu que les paralysies motrices n'existaient pas dans la véritable anesthésie épidurale. C'est dire que nous mettons sur le compte d'une rachianesthésie involontaire, et non d'une anesthésie épidurale, l'accident rapporté ci-dessus.

Car un seul accident est à redouter, *c'est l'injection du liquide anesthésique dans le liquide céphalo-rachidien.* Maurer le redoute au moment où on adapte la seringue à l'aiguille, en raison de la difficulté qu'il y a à garder une aiguille exactement immobile.

Pour Desplas, cet accident pourrait survenir avec une aiguille dont le biseau serait à cheval sur la dure-mère. On croirait être bien dans l'espace épidural, et en réalité on injecterait une partie du liquide dans l'espace sous-arachnoïdien. Il semble cependant que l'emploi d'aiguille à biseau très court doive mettre en garde contre ces deux causes de rachianesthésie involontaire. Mais il existe une troisième cause de pénétration sous-durale méconnue, c'est l'obturation momentanée de l'aiguille. C'est pourquoi Houdard, à qui cet incident est arrivé une fois, conseille l'injection du liquide en deux temps.

Il faut signaler d'ailleurs que dans le cas de Houdard, malgré l'injection de 60 centigr. de novocaïne dans l'espace sous-arachnoïdien, il n'y eut aucun incident, grâce à la thérapeutique préventive instituée immédiatement (éphédrine, injection intrarachidienne de caféine).

Conclusions. — L'anesthésie épidurale haute est un merveilleux moyen anesthésique pour les opérations graves et longues du thorax, de la région sous-phrénique et des membres inférieurs.

Son innocuité, sa durée, la valeur des suites opératoires qu'elle donne, méritent le surcroît d'attention et de patience qu'elle réclame du chirurgien.

La plupart des critiques qu'on lui adresse ont trait à des incidents causés par le procédé de Sebrechts et qui ne doivent plus être observés.

Cette anesthésie n'a donc contre elle qu'un seul inconvénient, c'est qu'on n'est jamais sûr de pouvoir la réussir, et répétons avec Houdard :

« Si on n'est pas certain, non seulement que l'aiguille est bien dans l'espace épidural, mais encore qu'elle y a pénétré sans blesser la dure-mère ou les plexus, il faut, mettant tout amour-propre de côté, savoir reconnaître qu'on n'a pas pu ou su faire une ponction correcte de l'espace et, sans insister, utiliser un autre mode d'anesthésie. »

Mais cet inconvénient se restreindra à mesure que se perfectionneront les détails techniques et il est souhaitable qu'un plus grand nombre de chirurgiens aient recours à ce procédé anesthésique, car c'est seulement d'un très grand nombre d'observations que pourront se déduire les limites exactes, encore imprécises pour le cou et le pelvis, des indications de l'anesthésie épidurale haute de Dogliotti.

Bibliographie

1. A.-M. Dogliotti. Un promettente metodo di anestesia tronculare in studio : la rachianestesia peridurale segmentaria, *Boll. e Mem. Soc. Piemontese Chir.*, avril 1931, p. 385.
2. Idem. Eine neue Methode der regionären Anästhesie : Die peridurale segmentäre Anästhesie, *Zentralbl. f. Chir.* 1931, N° 50, p. 3.141.
3. Idem. L'anestesia peridurale segmentaria, *Congr. Intern. Surg.*, Madrid, 1932, vol. III, p. 819.
4. G. Giordanengo. Anesthésie péridurale segmentaire selon Dogliotti, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, nov. 1931, *Journal d'Urologie*, 1932.
5. J.-M. Martinez-Sagawa. Nuevo procedimiento de anestesia llamado péridural del doctor Dogliotti, *Arch. de Med. Cir. y Esp.*, Madrid 1932, N° 560.
6. D. Fraisse. Sur un nouveau procédé d'anesthésie à grand territoire : anesthésie péridurale segmentaire de Dogliotti, *J. de Méd. de Paris*, janv. 1932, p. 49.
7. J. Figueras. La anestesia péridural segmentaria por el metodo de Dogliotti, *Rev. de Cir. de Barcelona*, N° 22, p. 302-311, 1932.
8. L. Molinengo. Premières expériences d'anesthésie épidurale segmentaire en gynécologie, *Gynécologie et Obstétrique*, 1932, N° 3.
9. A.-M. Dogliotti. A new method of block anesthesia. Segmental péridural Spinal Anesthesia, *Th. Amer. Journ. of Surg.*, vol. XX, N° 1, avril 1933, p. 107-118.
10. Bonniot. Note sur la pression épidurale négative. *Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir.*, t. LX, N° 2, p. 124.
11. G. Zowaquin. Physiologie chirurgicale de l'espace épidural dans l'anesthésie métamérique haute péridurale, *Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir.*, t. LX, N° 9, p. 438.
12. R. Monod. Remarques sur l'anesthésie péridurale segmentaire (méthode de Dogliotti). *Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir.*, t. LX, N° 9, p. 453.
13. L. Houdard, R. Judet et Mathey. Sur l'anesthésie épidurale des racines dorsales, lombaires et sacrées (25 cas). *Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chir.*, t. LX, N° 11, p. 510.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 9 juin 1934)

Une nouvelle technique de dosage des sels biliaires dans le liquide duodénal par la réaction phospho-vanillique varicellique. — MM. Et. Chabrol, R. Charonnat, J. Cottet et M. Cachin ont appliqué au liquide duodénal la réaction phospho-vanillique qu'ils ont proposée pour le dosage des sels biliaires du sang. La bile ne renfermant point de substances parasites capables d'induire en erreur avec cette technique, ils évitent la déperdition de glycotaurocholates que provoquent les défécations par l'acétate de plomb ; tout en gagnant en précision, la méthode offre sur les précédentes l'avantage de la rapidité. Lorsqu'on dispose d'une gamme d'étalons colorés à base de phosphate de cobalt, on peut pratiquer un dosage colorimétrique direct ; sinon, on a recours à la méthode de l'anneau limite.

Moyen de rechercher la chronaxie musculaire. — M. Lapicque indique une technique simple permettant sur le gastrocnémien de la grenouille, d'obtenir une chronaxie d'origine musculaire et non nerveuse.

Date d'apparition de l'état anaphylactique chez le lapin sensibilisé. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric et Mme A. Hugo. L'état anaphylactique chez le lapin peut s'installer entre le 7e et le 11e jour. Il est plus précoce quand on utilise, pour la sensibilisation, les voies intraveineuse, intramusculaire ou intrapéritonéale ; plus lent quand on utilise les voies sous-cutanée ou intradermique. Les chiffres précédents représentent les durées *minima* pour l'obtention de l'état anaphylactique ; cet état peut mettre un peu plus de temps à s'établir.

L'état anaphylactique n'apparaît pas d'une façon particulièrement précoce avec des injections sensibilisantes faites à très faible dose.

M. Leconte du Nouy trouve, dans ces faits, l'explication de certains résultats expérimentaux obtenus par lui dans ses études sur l'immunisation.

Recherches sur l'excrétion comparative des principes biliaires au cours des cholérèses expérimentales. — MM. Et. Chabrol, R. Charonnat, Jean Cottet et M. Cachin. Sur des chiens chloralosés porteurs d'une fistule cholédocienne après exclusion de la vésicule, les pigments biliaires, les taurocholates et la cholestérine ne sont pas excrétés suivant des lois rigoureusement superposables. La concentration des pigments varie en raison inverse du débit hydrique de la bile, alors que, pour les sels et la cholestérine, la concentration et le volume évoluent dans le même sens ; le chlore biliaire obéit à cette dernière loi.

On peut amplifier ces phénomènes avec l'atophan et l'acide cholalique. Ce n'est qu'en fin d'expérience que la proportion des sels et de la cholestérine vient à baisser sous l'effet d'une cholerragie prolongée. L'acide cholalique, de même que la bilirubine, peut, à lui seul, entraîner de remarquables excrétions de la cholestérine ; les éliminations dissociées des principes biliaires ne sont pas étroitement subordonnées à l'introduction dans l'économie d'un principe électif.

Diagnostic des infections leishmaniennes par la formol-stibosane réaction. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard. La formol-stibosane réaction peut permettre dans presque tous les cas de poser le diagnostic de la leishmaniose viscérale. Cette méthode, simple et pratique, semble appelée à rendre aux cliniciens les plus grands services lorsqu'ils ne disposent pas du matériel nécessaire pour rechercher la déviation du complément par la technique préconisée par Nattan-Larrier et Grimard-Richard et lorsqu'ils ne croient pas pouvoir pratiquer la ponction de la rate.

Les caustiques intra-tissulaires xérosants. Leur action sur la cornée humaine. — M. Bonnefon. Les caustiques intra-tissulaires genre ypérite ont respecté la cornée humaine, grâce à l'hypersécrétion lacrymale. Les cornées d'animaux ont succombé faute d'hypersécrétion lacrymale.

L'addition aux caustiques tissulaires d'un toxique paralysant la sécrétion lacrymale permettra de rendre la cornée humaine vulnérable. Pour lutter contre les caustiques xérosants, la méthode efficace est l'osmothérapie profonde.

Etude sur le sang de la stase provoquée. — M. J. Bourdillon constate que chez le normal, une stase de 5 minutes suffit pour déterminer dans le sang de la fonction veineuse des modifications constantes : baisse du pH d'environ —0,10 ; légère baisse du CO^2 combiné ; augmentation du résidu sec et du volume globulaire.

Chez le néphrétique chronique sans œdèmes, les résultats sont les mêmes ; quand il y a des œdèmes, l'augmentation du résidu sec est considérable et le CO^2 combiné semble augmenter au lieu de diminuer.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 13 avril 1934)

Maladie du col vésical opérée et guérie chez un tout jeune enfant. — MM. Boppe et J.-E. Marcel rapportent le cas d'un enfant de 6 ans et demi qui, traité de tout temps pour énurésie, présentait en réalité une fausse incontinence, avec hématurie, par rétention incomplète avec distension, qui a forcé les uretères, qui a infecté et dilaté les deux systèmes urinaires (dilatation monstrueuse à gauche). La résection circulaire du col a fait cesser tous les troubles vésicaux et a entraîné la diminution progressive de l'arbre urinaire droit, tandis que son adelphe paraît définitivement compromis. A cette occasion, les auteurs montrent que le diagnostic d'énurésie ne doit être posé qu'en cas d'*urines claires*, que toute pyurie réclame, chez l'enfant comme chez l'adulte, un examen urologique complet ; qu'enfin les troubles du prostatisme chez un sujet jeune doivent faire penser à la forme congénitale de l'hypertrophie du col, malformation qui guérit par l'ablation complète de celui-ci.

Les renseignements fournis à la clinique par le dosage de l'indoxyle dans les urines. — MM. Guy Laroche et A. Grigaut indiquent les conditions dans lesquelles doit être recherché le test indoxyle urinaire pour être valable. Ils exposent le résultat de leurs travaux sur les causes productrices de l'hyperindoxylurie, parmi lesquelles figure au premier chef la perméabilité de la muqueuse caeco-colique, sur laquelle Heitz-Boyer a déjà attiré l'attention. L'hyperindoxylurie est un test qui permet de se rendre compte du fonctionnement intestinal en ce qui concerne la production et la résorption des substances toxiques dans le caeco-côlon.

Le dosage de l'indoxyle du sang chez les rénaux n'est pas une simple curiosité biologique, mais complète les renseignements fournis par les autres épreuves rénales et est susceptible dans certains cas d'apporter des précisions sur le diagnostic, le pronostic et l'évolution de la maladie.

Présentation d'un nouvel appareil pour anus artificiel. — M. Cambies présente un appareil inventé par un malade et modifié suivant ses indications ; c'est un appareil universel, s'adaptant à tous les malades, comprenant : 1° *un appareil obturateur* permettant la sortie des gaz qui, après passage au travers de la chambre des gaz, gagnent l'extérieur par un orifice de clapet ; 2° *un appareil récepteur des matières*, se vissant à la place du précédent, appliqué à des heures variables, quand le malade sent le besoin d'aller à la selle. Le récepteur comprend *une grille métallique* garnie de caoutchouc, permettant le passage des matières mais s'opposant à la hernie de la muqueuse. Il existe un modèle spécial, à volet mobile, dans les cas d'anus à double orifice.

Cet appareil est parfaitement étanche ; les matières et les gaz ne peuvent passer entre la peau et l'appareil ; il évite, grâce au clapet, la mauvaise odeur.

(séance du 28 avril 1934)

Le problème angoissant de l'aurothérapie de la tuberculose. — M. Georges Rosenthal oppose les bons résultats décrits par nombre d'auteurs de premier ordre, et les accidents souvent graves, parfois mortels, d'une médication qui apparaît encore comme dangereuse. Avec Hinaut et Mollard, il souhaite que de nouvelles recherches précisent l'aurochimiothérapie de la tuberculose et diminuent la nocivité des doses actives qui, actuellement, en éloigne, à juste titre, nombre de médecins.

Hystérectomies avec réserve ovarienne. — M. Pascalis rapporte les observations de malades à qui on avait, au cours d'une hystérectomie, conservé un ovaire, et qu'il a dû réopérer pour mettre fin à des troubles divers dus à l'organe laissé en place. L'impression que lui donne son expérience personnelle n'est pas très favorable à la méthode de la réserve ovarienne au cours de l'hystérectomie.

L'anémie bismuthique et son traitement. — M. A. Legrand montre que l'anémie bismuthique est caractérisée par un ensemble de signes objectifs très nets et surtout par un abaissement du taux de l'hémoglobine dans le sang. Cette modification entraîne des troubles dans l'état général avec une asthénie profonde accompagnée d'angoisse et de découragement chez les sujets en traitement. Une médication adjuvante sous forme de complexe permet, concurremment avec la médication sulfurée, d'obtenir rapidement le relèvement des forces.

Les types circulatoires élémentaires. Classification clinique. — M. A. Pruche montre que de l'examen de quelques milliers de sujets porteurs d'affections du cœur et des vaisseaux, sujets longuement suivis pour un grand nombre, il résulte qu'il est toujours possible de ramener à cinq types élémentaires tous les cas examinés : *normal, neuro-végétatif, hypertensif, hypotensif, hyposystolique*. La détermination du type circulatoire d'un sujet, type qui se dégage de

lui-même au cours d'un examen méthodiquement conduit, situe immédiatement le cas en observation et permet d'acquérir maintes notions sur son évolution probable, sur le pronostic et sur les indications de telle ou telle thérapeutique.

Du traitement de quelques affections de l'appareil locomoteur aux eaux chlorurées sodiques fortes de Salies-du-Salat. — M. Saint-Beat établit, tout d'abord, l'aspect lamentable d'enfants se présentant pour une cure thermale, avec leurs séquelles de paralysie infantile et de rachitisme ; les premiers, infiniment plus frappés que les seconds. Il passe en revue les troubles amenés par ces deux affections et n'a pas de peine à établir par l'expérience clinique l'action élective des eaux chlorurées sodiques sur ces diverses manifestations. M. Saint-Beat marque la phase de ramollissement de l'os au début de la cure, puis, dès la seconde dizaine, l'action reminéralisante et modelante. La peau abandonne son aspect trophique et la circulation est intensifiée. Le membre malade semble attirer à lui l'action modificatrice des eaux chlorurées. L'auteur rappelle l'hypothèse qu'il a présentée avec M. Molinéry sur la réactivation possible des stérols inclus dans la peau.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(séance du 9 mai 1934)

De l'action de l'huile soufrée dans le rhumatisme chronique progressif généralisé. — MM. M. Loeper, D. Manoudeau et J. Tonnet ont observé que le soufre donne des résultats assez heureux dans de nombreuses maladies, mais en particulier dans le rhumatisme. Le cartilage articulaire a besoin de soufre, ce qui a pu être démontré :

1° Par le dosage du soufre dans les cartilages ; au fur et à mesure de l'avance en âge, la chondrine disparaît ;

2° Chez les rhumatisants, il y a beaucoup moins de glutathion que chez l'individu normal ;

3° Enfin, dans les urines d'un sujet normal, les deux tiers du soufre passent, alors que chez les rhumatisants, il y en a beaucoup moins ; le soufre paraît s'être fixé, ce qui peut faire admettre une appétence des tissus rhumatisants pour le soufre.

En ce qui concerne le *rhumatisme chronique*, les auteurs pensent que la différenciation entre arthroses et arthrites est trop nette et qu'il y a en réalité mélange des deux types.

On a utilisé le soufre sous la forme de solution suivante :

Soufre	0 gr. 50
Camphre	5 gr.
Huile .....q. s. p.	100 gr.

La dose étant d'environ 1 cc.

Les avantages retirés de ces préparations sont la disparition des douleurs, ou tout au moins leur apaisement et la mobilisation plus facile des articulations. Il se produit de la fièvre, parfois 38°5 et même 39°, et ceci quelquefois avec retardement ; cette fièvre ne paraît pas être en rapport avec la dose injectée. D'autre part, pour avoir de bons résultats, il n'est pas nécessaire d'obtenir cette réaction fébrile.

Les solutions glycérinées et aqueuses de borate de soude. — M. R. Huerre signale les points suivants :

1° La glycérine boratée est toujours acide ; 2° la réaction de la solution de borate de soude dans l'eau et la glycérine est toujours alcaline pour les grandes dilutions aqueuses. Elle peut être acide, même avec une grande quantité d'eau si la proportion de glycérine par rapport au borate de soude est très grande ; 3° on peut obtenir une glycérine boratée et bicarbonatée à réaction alcaline, en adoptant des doses convenables de bicarbonate de soude.

L'influence des injections de pepsine sur certains composants du sérum sanguin et particulièrement sur la cholestérolémie. — M. M. Debray signale que les injections de pepsine montrent que la cholestérolémie s'est abaissée chez 12 malades sur 15, et que dans 2 cas, elle est restée stationnaire.

Les faits observés, spécialement l'abaissement du cholestérol sanguin, permettent de soupçonner que l'étape hépatique n'est pas indifférente, que la pepsine exerce peut-être une action sur le foie qu'elle traverse. Et l'on est alors en droit de supposer que la pepsine jusqu'ici considérée comme un ferment strictement digestif et gastrique, constitue peut-être l'excitant ou l'un des excitants physiologiques d'une des plus importantes fonctions de la glande hépatique. La pepsine serait alors une véritable hormone.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance du 24 avril 1934)

Documents radiographiques concernant l'aspect diaphragmatique dans les abcès sous-phréniques et les pyo-pneumothorax (à propos du procès-verbal de la séance précédente). — MM. Langeron et d'Hour.

Ostéosynthèse pour fracture vicieusement consolidée de l'avant-bras droit. (Présentation de malade et de radiographies.) — M. Desbonnets.

Lichen plan post-aurique. (Présentation de malade.) — MM. P. David et G. Senellart.

Diagnostic radiologique et traitement des métastases pleuro-pulmonaires. — M. d'Halluin insiste sur les difficultés et sur l'importance du diagnostic des métastases pulmonaires du cancer. La radiographie lève tous les doutes ; il faut la pratiquer systématiquement chez les anciens cancéreux qui toussent ou sont dyspnéiques. D'autre part, la radiosensibilité de ces lésions permet d'escompter un résultat favorable, si l'on intervient de façon précoce.

Dans les formes pleurales, la radiothérapie paraît encore indiquée, même lorsqu'il existe un épanchement. On peut même alors réinjecter au malade le liquide, activé peut-être par résorption d'éléments néoplasiques radio-sensibles ; l'appoint de cette méthode n'est pas à dédaigner.

Un cas d'inflammation aiguë du diverticule de Meckel. — M. Callens. Homme de 27 ans, amené d'urgence à l'hôpital pour syndrome douloureux du flanc droit, température à 38° ; pouls à 90, contracture dans la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac-Burney, Rowsing négatif, mais Jacob positif, toucher rectal douloureux.

On intervient le lendemain : appendice sain, mais péritonite localisée à la dernière portion de l'iléon, où il existe, à 30 centimètres du cæcum, un petit diverticule de 2 centimètres environ, enflammé et non perforé. Ablation : guérison rapide.

L'auteur souligne la difficulté du diagnostic de la diverticulite.

Traitement radiothérapique des épithéliomas cutanéo-muqueux par doses massives, moyennement pénétrantes et à feu nu. — MM. Danel et P. David ont traité suivant cette technique, depuis dix ans, avec 94 p. 100 de succès, 80 malades, dont ils citent 15 observations particulièrement typiques. Ils font valoir la logique de cette méthode et soulignent les excellents résultats qu'ils en obtiennent : ils insistent sur la nécessité de supprimer les filtres et terminent par des remarques d'ordre pratique que leur expérience leur suggère.

Torsions et ruptures de kystes de l'ovaire chez l'enfant et la jeune fille. — M. Desbonnets rapporte quatre cas de kystes de l'ovaire tordu, dont un chez une petite fille de 12 ans, et un cas de rupture spontanée de kyste de l'ovaire. Il montre les erreurs de diagnostic qui peuvent être faites et insiste sur l'importance d'un examen clinique complet qui ne conduira pas toujours au diagnostic exact, mais qui permettra, lors de l'intervention, d'inciter le chirurgien à une exploration attentive du petit bassin, lorsque l'étude clinique approfondie aura permis de n'admettre le diagnostic d'appendicite qu'avec réserve.

LIVRES NOUVEAUX

Les pleurésies à pneumocoques dans l'enfance (1), par les Drs M. Péhu, médecin des hôpitaux de Lyon, et Mlle A.-Z. Rougier, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Monographie de pédiâtrie et de puériculture, publiées par les soins du docteur P. Gauthier-Villars.

La monographie de M. Péhu et de Mlle Rougier concerne les pleurésies à pneumocoques envisagées à toutes les périodes de l'enfance.

Tandis que la pneumonie survient fréquemment à cette période de la vie, l'épanchement pleural, abondant, localisé, « a minima », est plus rare. Toutefois, depuis longtemps déjà, les méthodes d'exploration, physique d'abord, radiologique ensuite, ont permis de mieux préciser dans quelle proportion exacte surviennent les manifestations pleurales. Il a semblé utile de présenter l'état actuel de nos connaissances sur les pleurésies à pneumocoques, sous quelque forme qu'elles apparaissent et évoluent.

Les auteurs ont fait, légitimement, une grande place aux recherches magistrales d'Arnold Netter, lesquelles ont éclairé d'un jour si éclatant l'étiologie et la bactériologie des pleurésies dues au pneumocoque. Par elles, a été vraiment individualisée la biologie de ce microorganisme.

M. Péhu et Mlle Rougier ont consacré un important chapitre à l'étude clinique (symptomatologie, évolution et diagnostic) des pleurésies, en insistant sur leur polymorphisme. Ils donnent aussi d'amples explications sur les renseignements fournis par la radiologie. D'ailleurs, en hors-texte, ils rapportent une série de roentgenogrammes personnels qui permettent de mieux saisir la physionomie, aux rayons X, de ces déterminations pleurales.

La question, très étudiée et très débattue à l'heure actuelle, des abcès pulmonaires est largement exposée en détail. Elle prête en effet à de longs développements et présente pratiquement une grande importance. Tous les travaux parus dans ces dernières années sont longuement analysés.

Les auteurs exposent complètement la thérapeutique médicale et le traitement chirurgical des pleurésies purulentes. A l'heure actuelle, une certaine tendance se dessine d'opposer à ces manifestations un traitement médicamenteux, en particulier par l'optochine ou le taurocholate de soude. Enfin, ils examinent les avantages respectifs de la ponction évacuatrice et de la pleurotomie. Ils s'étendent sur le moment à choisir pour l'opération, sur la conduite à tenir dans les jours qui précèdent et qui suivent l'intervention. Les soins post-opératoires ont, en effet, une importance capitale pour le rétablissement plus ou moins rapide des petits malades.

Ce livre est clair et documenté. Sa lecture permettra de résoudre facilement des problèmes souvent posés dans la pratique courante.

L. G.

Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale. Indications. Résultats. Accidents (1), par L. Liège, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

La transfusion n'est pas envisagée ici au point de vue biologique, mais au point de vue pratique.

La transfusion a été généralisée, maintenant qu'elle fait partie de la thérapeutique médicale courante, l'auteur indique ce que vaut la méthode, et il dégage des indications précises des nombreuses transfusions qui ont été faites dans les affections les plus diverses.

Quels avantages peut-on en tirer dans telle ou telle maladie, comment doit-on la manier, quelles quantités de sang est-il opportun d'injecter ? Quels incidents ou accidents sont susceptibles de survenir dans tel ou tel cas, et comment peut-on les prévenir, les éviter ou les traiter rationnellement ?

L. G.

MÉDECINS PRÉSENTS A PARIS PENDANT LES VACANCES

Sixième liste. (Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 55, p. 994 ; n° 58, p. 1063 ; n° 59, p. 1066 ; n° 60, p. 1094 ; n° 61, p. 1098.)

M. d'Allaines (chirurgien des hôpitaux), 63, avenue Niel, sera à Paris du 1er juillet au 25 août ; M. Béchade (chirurgie, gynécologie), 74, rue Jouffroy, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Benardeau (médecine générale, cardiologie), 32, rue de Lévis, sera à Paris du 1er juillet au 12 août et du 27 août au 30 septembre ; M. Bernheim (médecine générale), 11 *bis*, rue Edouard-Detaille, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Bertrand (électro-radiologie), 81, avenue Niel, du 1er juillet au 10 août et du 1er au 30 septembre ; M. Bloch-Vormser (chirurgie, gynécologie), 7, rue Cardinet, sera à Paris du 1er au 28 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Bory (dermatologie, vénéréologie), 81, rue Jouffroy, sera à Paris du 1er juillet au 15 août et du 15 au 30 septembre ; M. Boulanger-Pilet (médecine d'enfants), 22, rue Laugier, sera à Paris du 1er juillet au 30 août ; M. Bourdin (médecine générale), 11, rue Guillaume-Tell, sera à Paris du 1er juillet au 31 août ; M. Bouthillier (médecine générale), 7,

(1) In-8 (18,5 × 14,5) de 180 pages avec 10 planches en noir (hors texte). — Prix : 30 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(1) Collection Médecine et Chirurgie pratiques. In-8 de 174 pages avec 15 figures. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

OVAIRE
(Vache)
Corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIEE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées
POST-HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33 44

avenue Beaucour, sera à Paris du 1er au 30 septembre ; M. Bouvet (chirurgie), 13, boulevard de Courcelles, sera à Paris du 1er juillet au 14 août et du 17 au 30 septembre ; M. Bruder (oto-rhino-laryngologie), 41, rue La Bruyère, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Cachera (médecine générale), 30, boulevard Gouvion-Saint-Cyr, sera à Paris tout l'été ; M. Chazel (accouchements, gynécologie), 21, rue Ampère, sera à Paris du 1er août au 30 septembre ; M. Clerc (professeur) (cardiologie), 7, rue Montchanin, sera à Paris du 3 au 18 août et du 4 au 20 septembre ; M. Colanéri (électro-radiologie), 10, rue de Pétrograd, sera à Paris tout l'été ; M. Colombier (électro-radiologie), 72, avenue des Champs-Elysées, sera à Paris tout l'été ; M. Dalsace (urologie), 3, rue Margueritte, sera à Paris du 1er juillet au 31 août ; M. David (pédiâtrie), 6, rue Meissonier, sera à Paris du 20 août au 30 septembre ; M. Delestre (accouchements, gynécologie), 89, av. de Villiers, sera à Paris du 15 juillet au 1er octobre ; M. Derecq (médecine générale), 169, boulevard Malesherbes, sera à Paris du 1er juillet au 15 août et du 1er au 30 septembre ; M. Desaux (dermato-syphiligraphie), 7, rue de Phalsbourg, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Deschamps (pédiâtrie-puériculture), 6, rue Anatole-de-la-Forge, sera à Paris du 1er juillet au 1er septembre ; M. Digeon (chirurgie), 25, avenue Mac-Mahon, sera à Paris du 1er au 14 juillet et du 16 août au 30 septembre ; M. Farah (médecine générale), 7, rue Jean-Leclaire, sera à Paris tout l'été, sauf jeudi et jours fériés ; M. Farez (neurologie), 3, rue La Boétie, sera à Paris du 1er juillet au 1er août et du 20 au 30 septembre ; M. Farret (père) (médecine générale), 31, rue Pierre-Demours, sera à Paris du 1er juillet au 31 août ; M. Farret Jean (médecine générale), 6, rue Marcel-Renault, sera à Paris tout l'été ; M. Fouré (médecine générale), 53, avenue des Ternes, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 2 au 30 septembre ; M. Fourgous (médecine générale), 47, rue Cardinet, sera à Paris du 1er juillet au 25 août ; M. Fourniat (médecine générale, accouchements), 143, rue de Rome, sera à Paris du 1er août au 30 septembre ; M. Français (médecine générale, neurologie), 8, avenue Gourgaud, sera à Paris du 1er au 15 juillet et du 15 août au 7 septembre ; M. Gaillard (médecine générale), 83, rue de Levis, sera à Paris du 1er au 30 juillet et du 10 au 30 septembre ; M. Gasne (chirurgie), 61, rue de Rome, sera à Paris du 1er au 15 juillet et du 16 août au 30 septembre ; M. Grahaud (gynécologie), 7, rue Labie, sera à Paris du 1er au 30 juillet ; M. Greder (accouchements), 97, rue Jouffroy, sera à Paris tout l'été ; M. Grellety-Bosviel (médecine générale, voies respiratoires), 53, avenue des Ternes, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Grimberg (analyses médicales), 74, rue Blanche, sera à Paris tout l'été ; M. Guillot (chirurgie), 73 bis, avenue de Wagram, sera à Paris du 1er au 30 septembre ; M. Hartenberg (neuro-psychiâtrie), 64, rue de Monceau, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Herpin (stomatologie), 5, rue Anatole-de-la-Forge, sera à Paris du 1er juillet au 15 août et du 15 au 30 septembre ; M. Hodanger (médecine générale, cardiologie), 45, avenue de Wagram, sera à Paris du 1er août au 15 septembre ; M. Hollande (stomatologie), 3, rue Pierre-Haret, sera à Paris du 1er au 25 juillet et du 3 au 30 septembre ; M. Jourdy (ophtamologie), 31, rue Bayen, sera à Paris du 1er juillet au 25 août ; M. Jousset (ophtalmologie), 68, rue Jouffroy, sera à Paris tout l'été ; M. Lacaille (urologie), 65, rue d'Amsterdam, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 24 au 30 septembre ; M. Lacau-Saint-Guily (oto-rhino-laryngologie), 2, rue Meissonier, sera à Paris du 1er juillet au 2 août et du 6 au 30 septembre ; M. Lauriat (médecine générale, accouchements), 64, rue Saussure, sera à Paris du 1er au 30 juillet ; M. Lebègue (médecine générale), 2, square Gabriel-Fauré), sera à Paris du 1er juillet au 1er septembre ; M. Lemariey (oto-rhino-laryngologie), 174, rue de Courcelles, sera à Paris tout l'été ; M. Leroux (accouchements, gynécologie), 68 *bis*, rue Jouffroy, sera à Paris du 1er juillet au 5 août ; M. Leroy (voies urinaires, chirurgie), 9, rue Anatole-de-la-Forge, sera à Paris tout l'été ; M. Lévy (Max) (tube digestif, nutrition), 19, rue Brunel, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Lévy (Robert) (cardiologie), 11 *bis*, rue Théodore-de-Banville, sera à Paris du 1er au 10 juillet et du 15 août au 30 septembre ; Mlle Lévy (Suzanne) (gynécologie, enfants), 124, rue de Tocqueville, sera à Paris du 1er au 31 juillet ; M. Lortat-Jacob (dermatologie, syphilis), 11, avenue Carnot, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Maricot (gynécologie, accouchements), 18, rue Saint-Ferdinand, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Ménard (médecine générale), 5, rue Gervex, sera à Paris du 1er au 25 juillet et du 1er au 30 septembre ; Mlle Mircouche (Irène) (gynécologie, dermatologie, varices), 25, avenue de Wagram, sera à Paris du 1er juillet au 10 août et du 15 au 30 septembre ; M. Moran (diathermie des voies urinaires, gynécologie), 27, rue Cardinet, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Munch (oto-rhino-laryngologie), 11, rue de Madrid, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. de Parrel (rééducation de la parole), 78, boulevard Malesherbes, sera à Paris tout l'été ; M. Poirier médecine générale), 165, avenue de Wagram, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Pouliot (gynécologie, accouchements), 1 *bis*, rue Gounod, sera à Paris du 1er juillet au 5 août et du 25 août au 30 septembre ; M. Powilewicz (accouchements, gynécologie), 158, rue de Grenelle, sera à Paris du 1er au 15 juillet et du 16 août au 30 septembre ; M. Ribaut (médecine générale), 113, rue de Courcelles, sera à Paris du 1er juillet au 15 août et du 15 au 30 septembre ; M. Roncé (médecine générale), 12, rue des Batignolles, sera à Paris du 1er août au 30 septembre ; M. Rousseau (chirurgie urinaire, gynécologie), 21, rue du Colonel-Moll, sera à Paris du 23 juillet au 30 septembre ; M. Sainton (médecin des hôpitaux), 17, rue Margueritte, sera à Paris du 1er juillet au 5 août et du 5 au 30 septembre ; M. Sauphar (dermatologie, syphilis), 20, rue Fourcroy, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 1er au 30 septembre ; M. Sendral (ophtalmologie), 97, boulevard Malesherbes, sera à Paris du 1er au 29 juillet et du 21 au 30 septembre ; M. Sénéchal (chirurgie générale), 31, rue Scheffer, sera à Paris tout l'été ; M. Suzor (accouchements, gynécologie), 17, rue du Colonel-Moll, sera à Paris du 1er au 31 juillet et du 16 août au 30 septembre ; M. Tillé (ophtalmologie, oto-rhino), 179, rue de Courcelles, sera à Paris tout l'été ; M. Tissier-Guy (médecine générale), 68, rue Jouffroy, sera à Paris du 1er juillet au 31 août ; M. Trèves (chirurgie osseuse, fractures), 95, rue de Prony, sera à Paris du 1er juillet au 20 août et du 20 au 30 septembre ; M. Viard (Paul) (médecine générale), 100, boulevard Péreire, sera à Paris du 1er au 15 juillet et du 15 au 30 septembre ; M. Vidal-Naquet (chirurgie des membres, orthopédie), 95, rue Jouffroy, sera à Paris du 1er juillet au 31 août ; M. Vincent (stomatologie), 39, rue Cardinet, sera à Paris du 1er au 25 juillet ; M. Vuillième (chirurgie générale et osseuse), 59, rue de Prony, sera à Paris du 1er juillet au 15 août et du 15 au 30 septembre ; M. Weber (médecine générale), 19, rue Pierre-Demours, sera à Paris du 1er au 18 juillet et du 18 août au 30 septembre.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

TONIQUE GÉNÉRAL
RECALCIFIANT

Gaurol

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX (Ampoules de 5 cc.)

HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE

■

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 15 AOUT 1934. — N° 65.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
La fonction du rein après ablation du ganglion aortico-rénal chez l'homme, par MM. R. Fontaine et Fr. Bilger.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de biologie. — Société de thérapeutique. — Société de médecine de Marseille.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Questions fiscales. De la patente, par M. A. Herpin.
PRATIQUE MÉDICALE
CONGRÈS ET EXCURSIONS
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Signes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale (fin).

INFORMATIONS

HOPITAL D'AIN TEMOUCHENT. — Un concours sur épreuves sera ouvert à Alger, le 22 octobre 1934, pour le recrutement d'un chirurgien adjoint à l'hôpital d'Ain Temouchent (Oran).

La liste d'inscription sera close le 10 septembre, à 17 h.

Pour tous renseignements concernant ce concours, s'adresser à la direction de la Santé publique, service administratif, gouvernement général de l'Algérie, Alger.

HOPITAL DE CONSTANTINE. — Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un médecin adjoint à l'hôpital de Constantine sera ouvert le 19 novembre 1934.

La liste d'inscription sera close le 2 octobre, à 17 h.

Pour tous renseignements concernant ce concours, s'adresser à la direction de la Santé publique, service administratif, gouvernement général de l'Algérie, Alger.

HOPITAL D'ORAN. — Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un médecin suppléant du service d'électroradiologie de l'hôpital civil d'Oran sera ouvert à Alger le 3 décembre 1934.

La liste d'inscription sera close le 22 octobre, à 16 h.

Pour tous renseignements concernant ce concours, s'adresser à la direction de la Santé publique, service administratif, gouvernement général de l'Algérie, Alger.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation entre vifs qui lui a été consentie par M. Edouard-David Spinosa-Gattela et Mme Marianne Stetten, son épouse.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M le docteur Beaudouin, médecin-chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés du Bon-Sauveur-de-Bégard (Côtes du-Nord), est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M le docteur Porc'her, appelé à un autre poste.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M le docteur Emile Thiercelin, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; il était le beau-père de notre collègue le docteur Francis Bordet, que nous assurons de notre bien vive sympathie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique gynécologique. (Hôpital Broca. Professeur : M. J.-L. Faure.) — Gynécologie. — *Cours de vacances.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques; M. Roquejeoffre et Mlle Bizou, chefs de clinique, feront ce cours à la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca, du 17 au 29 septembre 1934.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Durée : deux semaines chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 h., visites, opérations, consultations, application de radium et de rayons X, technique du pansement à la Mikulicz, insufflations tubaires, injections intra-utérines de lipiodol ; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examens de malades à l'amphithéâtre.

Une démonstration cinématographique aura lieu le 29 septembre 1934.

Le droit à verser est de 250 fr.

Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie. — M. Bulliard, agrégé, chef du laboratoire de gynécologie, fera ce cours au laboratoire de la Clinique gynécologique, à l'hôpital Broca, du 17 au 29 septembre 1934.

Ce cours, fait comme complément du précédent, permettra aux élèves exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques à l'aide du matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin à 9 h. et l'après-midi de 2 h. 30 à 5 h.

Le droit à verser est de 250 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

IIIe Congrès international de l'histoire des sciences. — La troisième réunion du Congrès international de l'Histoire des Sciences tiendra ses assises au Portugal, du 30 septembre au 6 octobre 1934, à Lisbonne, Coimbra et Porto.

Le programme de ce congrès a été ainsi arrêté :

30 septembre, à Porto, à 10 heures du matin, réception des congressistes à la Faculté de médecine ; dans l'après-midi, inauguration solennelle du congrès ; le soir, visite et réception à l'exposition coloniale, et banquet offert par la municipalité de la ville de Porto.

1er octobre, à Porto : le matin, visite au « Adegas » du vin de Porto, à Vila Nova de Gaya, déjeuner offert par la municipalité de Vila Nova de Gaya et par l'Institut du vin de Porto ; départ pour Coimbra.

2 octobre, Coimbra : le matin, séance de travail de différentes sections ; à 10 heures, ouverture de la troisième séance de l'Académie internationale de l'histoire des sciences ; dans l'après-midi, séance plénière. Rapport officiel par le professeur Fontoura da Costa : « La science nautique des Portugais à l'époque des découvertes ». Au soir, réception au rectorat de l'Université de Coimbra.

3 octobre, Coimbra : le matin, travaux des différentes sections ; à 10 heures, réunion du Comité du « *Corpus medicorum arabicorum* ». Dans l'après-midi, séance plénière. Rapport officiel par le professeur Ricardo Jorge : « La médecine et les sciences subsidiaires dans l'expansion mondiale des Portugais ». Au soir, réception par la municipalité de la ville de Coimbra.

4 octobre, Coimbra : journée consacrée aux travaux des sections et suite de la séance de l'Académie.

5 octobre, départ pour Lisbonne en autocar. Visite en route aux monastères de Batalha et d'Alcobaça. Visite à Caldos da Rainha où aura lieu le déjeuner.

6 octobre, Lisbonne : le matin, excursion à Cintra et Estoril ; déjeuner offert par le Conseil national de tourisme. Dans l'après-midi, séance de clôture. Au soir, réception à l'hôtel de ville de Lisbonne.

L'inscription est de 50 escudos pour les congressistes et de 25 escudos pour les personnes de leur famille.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général du comité d'organisation : M. Alberto Pesson, rue dos Combatantes da Grande Guerra, Coimbra.

Un billet spécial donnant droit à une réduction des voyages de chemin de fer, d'assister aux fêtes et de participer aux excursions indiquées dans le programme sera envoyé à tous les congressistes qui se feront inscrire jusqu'au 20 août.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUESTIONS FISCALES.

De la patente

Enfin, la question de la patente paraît s'éclaircir — nous ne disons pas se régler, car, même en ne l'établissant plus que sur les locaux professionnels, du fait de l'article 19 de la loi du 19 mars 1928 (1), nombre de confrères, malgré la diminution que leur vaudra la loi du 6 juillet 1934, article 4, paieront encore 25 % de plus qu'ils ne devraient.

Il y aura donc encore une injustice à réformer ; mais, en attendant, cette taxe inique qui frappait les médecins en proportion du nombre de leurs enfants, cette taxe inique, nous pouvons le répéter, a vécu.

Sa base ne paraît pas désormais difficile à calculer : il est admis que le tiers du loyer peut être considéré comme professionnel ; c'est donc sur ce tiers du loyer, ou plutôt de la valeur locative de l'appartement, que doit être, à partir du 1er janvier 1935, basée notre patente.

A ce propos, nous croyons devoir mettre en garde nos confrères contre une publication imprudente du *Médecin de France* du 15 juin 1934.

Interprétant un arrêt du Conseil d'Etat du 9 mars 1934, ce bulletin en a tiré des conclusions bien hasardées.

Il s'agissait du Crédit Foncier de France qui, voulant installer un bureau à Laon, utilisait une pièce d'un appartement destiné à l'habitation de son agent. Le fisc avait prétendu faire payer la patente sur la totalité de l'appartement ; le Conseil de préfecture l'avait débouté et le Conseil d'Etat avait confirmé l'arrêt du Conseil de préfecture.

Les conclusions de la note parue dans le *Médecin de France* étaient que le Conseil d'Etat abandonnait sa jurisprudence antérieure ; et, par conséquent, le médecin était fondé à invoquer cet arrêt pour soutenir que sa patente devait être calculée seulement sur la partie professionnelle de son appartement.

Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos confrères sur cette interprétation abusive, car il n'est jamais avantageux de faire des réclamations qui ne peuvent aboutir ; aussi regrettons-nous que cette interprétation ait été donnée dans le bulletin officiel de la Confédération.

En fait, il s'agissait d'un cas particulier, qui ne pouvait logiquement être jugé autrement ; il fallait se garder de généraliser ; il nous faudra donc attendre le 1er janvier 1935 pour voir modifier notre patente.

A. HERPIN.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 9 mai 1934.

RENSEIGNEMENTS

A VENDRE. — Propriété près gare, 40 min. Paris-Montparnasse. Cure d'air, 3240 m., confort. Libre. Prix à débattre. S'ad.. à M. Lesquillier, notaire, 9, rue Villersexel, Paris.

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

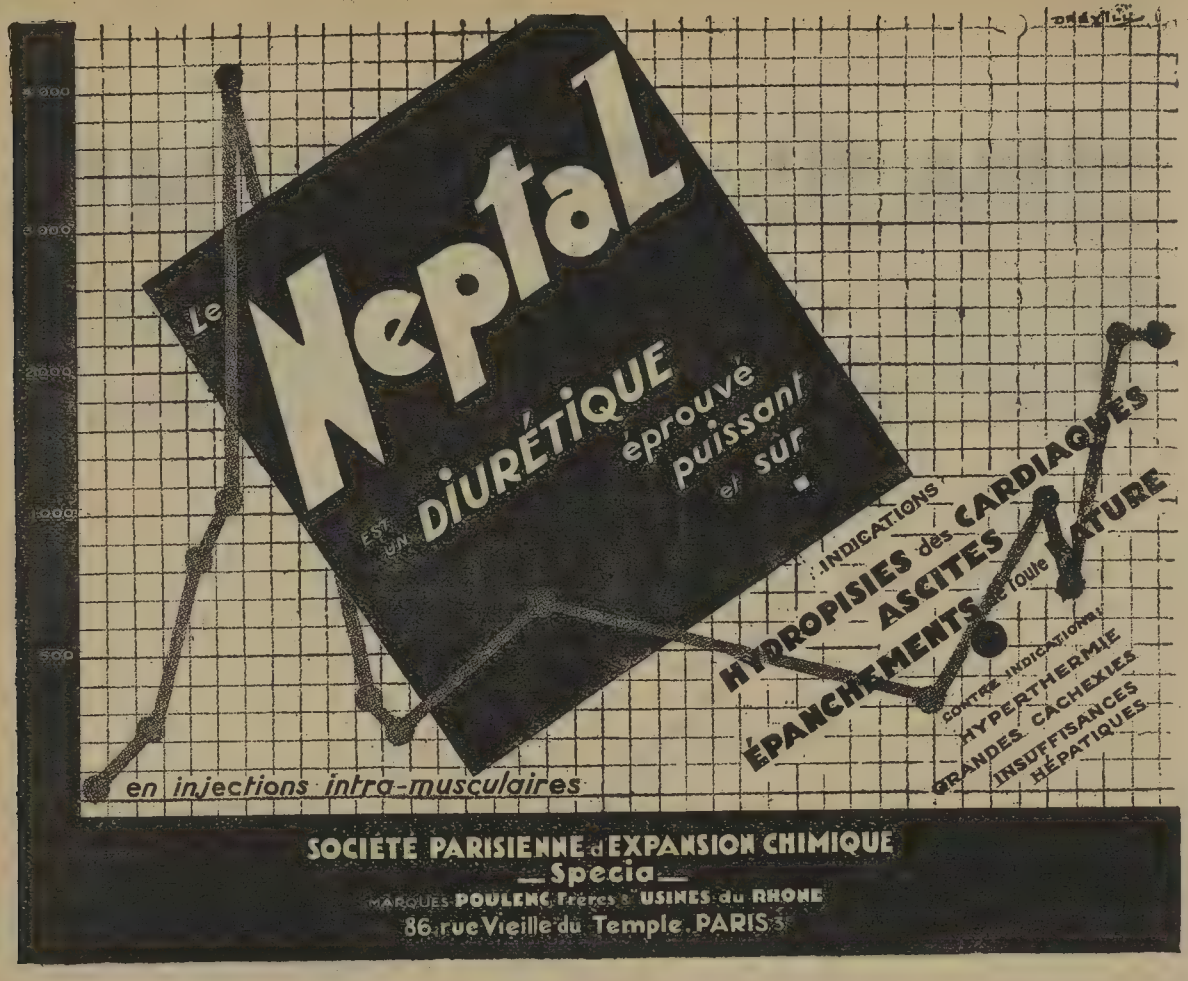
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS



BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

Travail de la Clinique chirurgicale A de Strasbourg.
(Professeur : M. R. LERICHE.)

LA FONCTION DU REIN APRÈS ABLATION DU GANGLION AORTICO-RÉNAL CHEZ L'HOMME

Par MM. R. FONTAINE et Fr. BILGER.

Forts des résultats expérimentaux que nous avons exposés dans la note précédente, nous nous sommes crus autorisés à procéder chez l'homme, dans certaines conditions données, à l'ablation du ganglion aortico-rénal. A cet effet, nous avons choisi des malades souffrant de petites hydronéphroses extrêmement douloureuses, ayant résisté à tous les traitements usuels, et pour lesquels la néphrectomie paraissait être la seule thérapeutique efficace. C'est pour éviter ce sacrifice que nous avons essayé l'ablation du ganglion aortico-rénal, dans le but de soulager nos malades.

Jusqu'ici, nous avons fait 5 fois cette opération. Chaque fois, le ganglion aortico-rénal fut découvert par une simple lombotomie, qui permit d'extérioriser le rein, d'en disséquer le pédicule, et de suivre les filets péri-artériels des nerfs rénaux jusqu'à la jonction réno-aortique. A cet endroit, nous avons régulièrement trouvé une formation ganglionnaire correspondant au ganglion recherché.

Nos 5 cas sont maintenant opérés depuis : 7 mois, 5 mois, 2 mois, 20 jours et 15 jours. Nos malades ont immédiatement été soulagés, et pour les 3 premiers, cet heureux résultat semble se maintenir au bout de plusieurs mois. Mais qu'est devenue chez eux la fonction du rein énervé ? Voici ce que nous avons constaté à ce sujet :

La quantité quotidienne des urines chez tous les malades a subi une diminution pendant les 3 à 4 premiers jours, puis rapidement la diurèse est revenue à son chiffre normal.

Plus intéressante est la comparaison des épreuves fonctionnelles faites avant et après l'opération.

Les épreuves fonctionnelles ont été faites sur 70 minutes. Nous avons noté :

1° La quantité d'urines émises pendant ce laps de temps ;

2° Le taux de phénolsulfonephtaléine (P.S.P.) éliminé par les urines a été dosé par la méthode colorimétrique ;

3° La concentration en urée ;

4° Le débit urinaire ;

5° Le pourcentage réciproque (D 25) de l'élimination uréique des deux reins, en calculant le débit théorique pour une concentration de 25 0/00 pour chacun d'eux.

Dans ces conditions, voici les constatations faites sur les 4 premiers malades que nous avons pu examiner avant et après l'opération.

OBSERVATION I. — Hydronéphrose bilatérale, douloureuse à droite.

Avant l'opération :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	257cm3	275cm3
P. S. P.	30 0/0	35 0/0
Concentration uréique	5 0/00	8 0/00
Débit	1,3	2,2
D 25	0,57	1,2

Azotémie : 0,48 p. l.
De l'ensemble de la sécrétion urinaire,
le rein droit assure 32 %,
le rein gauche assure 58 %.

Un mois après l'ablation du ganglion aortico-rénal droit, on trouve :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	80g	95g
P. S. P.	30 0/0	35 0/0
Concentration uréique	9 0/00	12 0/00
Débit	0,70	1,1
D 25	0,42	0,75

Azotémie : 0,24.
Le rein droit élimine 36 %,
Le rein gauche élimine 54 %.

Trois mois après l'opération, on note :

	Rein droit	Rein gauche.
Quantité	320g	260g
P. S. P.	35 0/0	25 0/0
Concentration uréique	4 0/00	4,5 0/00
Débit	1,3	1,2
D 25	0,52	0,50

Azotémie : 0,33.
Le rein droit assure 51 % } de la sécrétion urinaire.
Le rein gauche assure 49 % }

Le rein droit, primitivement déficient, est donc devenu équivalent du gauche.

OBS. II. — Hydronéphrose bilatérale prédominant et douloureuse à droite.

Avant l'opération :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	75g	100g
P. S. P.	25 0/0	35 0/0
Concentration d'urée	4 0/00	5 0/00
Débit	0,30	0,30
D 25	0,12	0,22

Le rein droit élimine 36 %,
Le rein gauche élimine 64 %.

Un mois après l'ablation du ganglion aortico-rénal droit

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	234g	220g
P. S. P.	35 0/0	35 0/0
Concentration uréique	8 0/00	30 0/00
Débit	1,9	1,3
D 25	1,1	0,62

Le rein droit donne 64 %,
Le rein gauche donne 36 %.

Deux mois après l'opération :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	120g	205g
P. S. P.	30 0/0	30 0/0
Concentration uréique	9 0/00	8 0/00
Débit	1,1	0,84
D 25	0,66	0,45

Le rein droit donne 58 %,
Le rein gauche donne 42 %.

Le rein droit fonctionne donc notablement plus qu'avant l'opération.

Obs. III. — Hydronéphrose bilatérale, douloureuse à droite.

Avant l'opération :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	15g	22g
P. S. P.	30 0/0	35 0/0
Concentration uréique	16 0/00	17 0/00
Débit	0,24	0,59
D 25	0,19	0,48

Le rein droit donne 29 %,
Le rein gauche donne 71 %.

Un mois après l'ablation du ganglion aortico-rénal droit :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	20g	22g
P. S. P.	30 0/0	35 0/0
Concentration uréique	16 0/00	20 0/00
Débit	0,32	0,44
D 25	0,26	0,42

Le rein droit assure 38 %,
Le rein gauche assure 62 % de la sécrétion urin. totale.

Donc augmentation de la valeur sécrétrice du rein droit.

Obs. IV. — Hydronéphrose douloureuse à droite. Hydronéphrose marquée, mais indolore à gauche.

Avant l'opération :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	203cm3	150cm3
P. S. P.	40 0/0	25 0/0
Concentration uréique	7 0/0	4,3 0/0
Débit	1,4	0,84
D 25	0,73	0,34

Le rein droit donne 68 %,
Le rein gauche donne 32 %.

Quinze jours après l'ablation du ganglion aortico-rénal droit, on trouve :

	Rein droit.	Rein gauche.
Quantité	200cm3	160cm3
P. S. P.	35 0/0	25 0/0
Concentration uréique	4 0/00	3 0/00
Débit	0,80	0,48
D 25	0,42	0,16

Au rein droit reviennent 67 %,
Au rein gauche reviennent 33 % de la sécrétion urinaire.

Il n'y a donc pas eu de changement quant à la valeur fonctionnelle comparée des deux reins.

Que peut-on conclure de ces chiffres ?

La quantité d'urines émises dans les 70 minutes que dure l'épreuve fonctionnelle, subit des modifications variables.

Le taux de la phénolsulfonephtaléine éliminée reste sensiblement le même avant et après l'opération, mais généralement il y a une légère augmentation après l'ablation du ganglion aortico-rénal.

La concentration uréique a subi une augmentation nette après l'opération dans le premier cas, mais cette augmentation ne s'est pas maintenue ultérieurement.

Dans l'observation 2, nous avons trouvé une augmentation ; par contre, pas de changement dans l'observation n° 3, et une diminution dans l'observation n° 4.

On constate les même changements pour le débit réel et pour le débit théorique, rapporté à 25 %.

Mais si l'on calcule la part de chaque rein dans la sécrétion urinaire globale, on constate 3 fois sur 4 une amélioration notable de la valeur fonctionnelle du rein opéré. Après l'intervention, celui-ci assure une part bien plus grande de la sécrétion urinaire qu'auparavant.

Dans un seul cas (observation n° 4), dans lequel l'examen fonctionnel fut répété 15 jours déjà après l'opération, il n'y avait aucun changement.

Les examens que nous rapportons aujourd'hui ne nous permettent pas de fixer avec précision le rôle physiologique du ganglion aortico-rénal, mais nous autorisent, d'ores et déjà, à dire que l'extirpation de ce ganglion n'entraîne aucun déficit fonctionnel pour le rein, dont elle semble, au contraire, plutôt améliorer le rendement. Cette constatation justifie les tentatives chirurgicales que nous avons rappelées au début de cette note, et nous encourage à les continuer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1934)

Etude biologique d'un cas d'hépatonéphrite infectieuse aiguë. — MM. Rathery, M. Dérot et Moline. L'hépatonéphrite aiguë dont les auteurs rapportent l'observation était vraisemblablement due au staphylocoque, mais c'est l'étude biologique qui a semblé à ses auteurs digne de retenir l'attention ; leur malade a présenté en effet un ictère et de l'albuminurie et des troubles profonds du métabolisme azoté, du métabolisme du chlore et même du métabolisme des glucides ; durant une première période en effet, elle a présenté un azote résiduel sanguin relativement élevé et une urée relativement basse ; plus tard, le taux de l'urée s'est élevé à son tour. Le chlore plasmatique et le chlore globulaire étaient bas, la réserve alcaline haute, mais malgré cela, un essai de rechloruration a démontré l'existence d'une rétention chlorée. Cette observation souligne l'importance des troubles organiques accompagnant les hépatonéphrites.

Chrysopexie et chrysocyanose (étude anatomo-clinique). — MM. Fr. Rathery, M. Dérot, S. Doubrow et Mlle Jamet. La chrysocyanose est une complication relativement rare des traitements auriques prolongés.

Dans la peau, l'or a pu être mis en évidence dans les régions pigmentées, mais les méthodes histo-chimiques n'ont pas permis d'en constater la présence dans les zones de peau demeurées blanches. Dans le rein, la rate et la surrénale, un pigment aurique a été constaté ; ce sont surtout les histiocytes qui, dans les deux premiers organes, paraissaient retenir l'or, dans la surrénale, la surcharge pigmentaire était particulièrement abondante dans les spongiocytes. La rétention aurique chez les sujets soumis à la chrysothérapie paraît donc assez inégale.

Image arrondie d'infarctus pulmonaire au cours d'un anévrisme aortique. — MM. Ed. BENHAMOU et C. FOURÈS (Alger). Observation d'une femme de 36 ans, tabétique, qui présenta un syndrome médiastinal d'allure subaiguë en rapport avec un anévrisme probable de la crosse de l'aorte. L'apparition d'une image intrapulmonaire arrondie, à contours nets et comme tracés à la plume, au cours de l'évolution, et l'absence de battements de la tumeur médiastinale firent discuter la lymphogranulomatose, le lymphosarcome, le cancer et les kystes hydatiques du poumon. L'autopsie confirma le diagnostic d'anévrisme aortique compliqué d'un énorme infarctus pulmonaire. Cette observation montre que l'infarctus pulmonaire n'a pas toujours les contours flous décrits par les traités, et que la description radiologique des infarctus pulmonaires mérite d'être révisée. Cette observation montre aussi que dans l'anévrisme, la mort peut être causée par un infarctus pulmonaire.

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1934)

Diagnostic des tumeurs des hypocondres. — MM. CHIRAY, ALBOT et BOSQUET. Deux cas de tumeurs rétropéritonéales : l'une, kyste de la queue du pancréas, simulait une grosse rate ; l'autre, fibrome rétropéritonéal, simulait un gros foie. Utilité de la pyélographie, en pareils cas.

Péritonite à pneumocoques chez un adulte. — M. LOEDERICH et Mme BERNARD-PICHON. Péritonite pneumococcique chez une femme de 30 ans qui venait de subir l'énucléation totale des amygdales. Apparition d'une période de septicémie, puis d'une péritonite pneumococcique classique. Ponction, extraction de pus à pneumocoques. Donc se méfier de l'énucléation totale des amygdales chez les sujets n'ayant eu que des angines peu importantes. La pratique du lavement créosoté préventif est utile dans la prophylaxie des accidents pneumococciques.

Intoxication mortelle par le salicylate de soude. — MM. PALAISEAU, FRIEDMAN et VAILLE. Enfant de 10 ans, atteinte d'endocardite rhumatismale, qui, au cinquième jour d'un traitement salicylé, présenta les signes d'une intoxication acido-acétosique d'origine salicylée identifiée par les examens de laboratoire. Parallèlement se développa un syndrome d'insuffisance rénale. Mort trois jours après début des accidents. A l'autopsie, lésions d'hépato-néphrite intense sur le foie.

Erythème polymorphe au cours d'une pneumopathie aiguë à rechute. Streptococcie ou tuberculose ? — MM. DUVOIR, POLLET et PICQUART. Malade de 21 ans présente six semaines après un accouchement, une pneumopathie aiguë de la base droite avec streptocoques dans les crachats. Apparition ultérieure rapide d'un érythème polymorphe généralisé, érythémato-papuleux, vésiculeux et noueux. Plus tard, après défervescence lente, reprise de la pneumopathie avec expectoration hémoptoïque. L'inoculation des crachats tuberculisa le cobaye. Les auteurs admettent l'étiologie bacillaire de l'érythème polymorphe.

Acido-acétose salicylée. Etude biologique. — MM. PAISSEAU, FRIEDMAN et VAILLE. Etude biologique d'un cas d'acido-cétose. A noter : 1° un abaissement du rapport $\frac{Cl\ global}{Cl\ plasma}$ égal à 0,43, traduisant un certain état d'alcalose gazeuse ; 2° une hyperglycémie réalisée expérimentalement.

A noter la rareté de cet accident de la médication salicylée, indiquant la nécessité d'adjoindre le bicarbonate de soude à cette médication.

Azotémie et chlorurémie dans un cas de déchloruration prolongée. — MM. CHABROL et CACHIN. Etude poursuivie chez une malade atteinte d'un cancer de l'utérus entraînant par compression urétérale une hydronéphrose intermittente et des accidents d'urémie digestive. A noter la stabilisation prolongée du chlore plasmatique au chiffre de 3 gr. 50 % pendant la période d'accalmie où la malade fut soumise à une spoliation chlorurée sévère.

Cas mortel d'angine de poitrine. — MM. LAUBRY et HEIM DE BALSAC. Malade présentant depuis 20 ans des crises d'angine de poitrine violentes. Echec de tous les traitements. Absence de tout signe objectif clinique, radiologique et électrocardiographique. Intervention chirurgicale. Mort subite au cours de l'opération par suite d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, lésions accentuées de l'appareil coronarien. L'intervention chirugicale dans l'angor doit être pratiquée quand il y a indication formelle.

Pathogénie du zona. — MM. MARINESCO et DRAGANESCO. Pour ces auteurs, l'élément cutané, la vésicule zostérienne doit être tenue pour un processus réactionnel de l'ectoderme dû à la présence *in situ* d'un ultra-virus. C'est par l'intermédiaire de l'ectoderme que le virus neurotrope pénètre dans le nerf périphérique. Les lésions inflammatoires du zona ne se limitent pas aux ganglions spinaux, mais se retrouvent au niveau de l'éruption dans le derme et dans les fascicules nerveux terminaux.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1934)

Action de certains composés organiques d'antimoine sur les sérums leishmaniens. — MM. L. NATTAN-LARRIER et L. GRIMARD-RICHARD. L'étude de trois composés organiques trivalents d'antimoine a montré que l'un d'entre eux détermine l'opacification et la gélification du sérum des sujets atteints de kala-azar. Cette réaction démontre que les composés pentavalents de l'antimoine ne sont pas les seuls à exercer une action sur les sérums leishmaniens et que la richesse en antimoine d'un produit ne permet pas de prévoir ses propriétés sérologiques.

Streptotrichose pulmonaire et pleurale. Forme caverneuse et forme broncho-pulmonaire. — M. PETZETAKIS rapporte deux cas de streptotrichose. Le premier se rapporte à une *forme caverneuse* simulant la tuberculose pulmonaire (pas de bacilles, inoculation négative) ; le traitement iodo-ioduré amena la guérison et la disparition de la caverne. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une *forme broncho-pneumonique* avec épanchement purulent.

Des grains caractéristiques furent trouvés dans les crachats et le liquide pleural et il fut isolé, en culture pure, anaérobie, un *Streptotorix* du genre *Evactynomyces* Pinoy.

Sur l'immunité antidiphtérique naturellement acquise et sur l'infection diphtérique occulte chez le singe. — M. G. RAMON et Mlle B. ERBER. Chez 40 p. 100 des singes examinés, il a été décelé une quantité d'antitoxine supérieure à 1/30e d'unité antitoxique par centimètre cube de sérum. Ces essais confirment d'autres essais antérieurs et mon-

trent que le singe est bien capable d'acquérir comme l'homme lui-même, l'immunité antidiphtérique en dehors, de toute vaccination artificielle.

La constatation de la présence du bacille diphtérique dans la gorge du singe appuie l'hypothèse du rôle des infections occultes spécifiques dans l'apparition, chez cet animal, de l'antitoxine diphtérique.

De l'antivirusthérapie staphylococcique intraveineuse. — Mlle Marguerite Aïtoff s'est servie d'un staphylocoque isolé d'une pyorrhée alvéolaire, fortement hémolytique et pathogène pour le lapin à la dose de 1/200 de culture de 24 heures. Les injections intraveineuses curatives n'ont pas donné de résultats, au contraire, l'infection semblait s'aggraver.

Par contre, les injections préventives, surtout si elles étaient répétées, donnaient une survie prolongée ou même définitive, suivant les doses employées.

Sur la présence de bacilles acido-résistants dans les organes des jeunes cobayes. — Mme A. Gaiginski a recherché si les jeunes cobayes, issus de mères tuberculeuses ou de mères non infectées et laissés en contact avec elles, gardent dans leurs organes, des bacilles soit tuberculeux vrais, soit paratuberculeux saprophytes. Dans un seul cas, elle a trouvé, à partir des ganglions mésentériques d'un jeune cobaye, des bacilles acido-résistants qui se sont montrés peu pathogènes. D'après les caractères de leurs cultures, ces bacilles peuvent être identifiés à des bacilles paratuberculeux.

Sur la circulation pulmonaire. Présence de fibres vasodilatatrices dans le nerf phrénique. — MM. G. Ungar et J. Brincourt ont constaté que l'excitation du bout périphérique du nerf phrénique produit chez le chien une vasodilatation dans la circulation pulmonaire. Ce fait contribue à prouver que la phrénicectomie agit en partie en déterminant une diminution relative de l'irrigation pulmonaire par vasoconstriction.

La phosphatase plasmatique au cours du diabète pancréatique expérimental. — MM. Léon Binet et Jean Pautrat ayant constaté antérieurement une augmentation de la phosphatase plasmatique chez des tuberculeux diabétiques, ont jugé intéressant de rechercher les variations que peut subir ce ferment chez le chien rendu diabétique par dépancréatisation. Ils ont observé ainsi, à la suite de l'opération, une augmentation précoce et marquée de la phosphatase dans le plasma. Avec l'insuline, on ne voit pas parallèlement à la chute de la glycémie le ferment retomber à son taux de départ. Les auteurs n'ont pas noté de variations de la phosphatase plasmatique au cours de l'hyperglycémie réalisée chez le chien normal par injection intraveineuse hypertonique de glucose.

Utilisation de certains nouveaux barbituriques dans les études de sémiologie neurologique. — MM. J. Lévy-Valensi, L. Justin-Besançon et Brizard montrent l'utilité de certains nouveaux barbituriques méthylés à l'azote (du type de l'Evipan) pour faciliter l'exploration neurologique. Les auteurs recommmandent de n'employer que de très faibles doses, par voie intra-veineuse, de façon à obtenir seulement un sommeil fugace. Au cours de cette narcose, l'exploration neurologique révèle nombre de faits intéressants. Chez les malades où les signes d'irritation pyramidale sont relativement frustes ou difficiles à mettre en évidence, l'épreuve à l'Evipan fait rapidement apparaître le signe de Babinski. Les auteurs énumèrent plusieurs autres constatations neurologiques faites sous anesthésie à l'Evipan. Ce procédé semble donc présenter un intérêt à la fois doctrinal et pratique.

Influence de la quinine et de ses dérivés (plasmochine, rhodoquine sur la leucémie transmissible des poules. — MM. Ch. Oberling, M. et P. Guérin. L'action de la quinine et de ses dérivés en injections intra-veineuses a été étudiée sur 23 animaux leucémiques. 7 sont morts sans que le processus morbide ait été notablement influencé ; 3 ont succombé alors que la formule sanguine accusait une amélioration ; 3 ont guéri mais ont été enlevés ultérieurement par une récidive, et 10 ont guéri sans présenter de récidive jusqu'ici.

Il faut commencer les injections dès que les premières manifestations sanguines se manifestent et il y a lieu d'employer d'emblée des doses massives. Si l'on attend l'apparitions d'érythroblastes basophiles, le résultat devient aléatoire, et au stade terminal, quand le sang contient un grand nombre d'érythrogonies, l'échec est presque fatal.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(séance du 13 juin 1934)

Les acides aminés dans le traitement de la tuberculose. — M. Ch. Schmitt appelle l'attention sur les heureux effets des acides aminés dans le traitement de la tuberculose, du glycocolle, de la leucine et de leurs dérivés méthylés en particulier. Il les attribue à la propriété qu'ont ces corps de s'unir et de former des dipeptides, résistant aux diastases, entrant dans la constitution des globulines, des anticorps entre autres, et pour 50 % dans celle de l'élastine des fibres du tissu conjonctif, tissu réparateur par excellence des plaies et lésions de toute nature. Ils mettent l'organisme affaibli, en mesure de se défendre par les réactions naturelles, locales et générales dont il dispose normalement. Ils lui fournissent l'excitation et les éléments de reconstitution dont il a besoin.

Cette hypothèse est rendue vraisemblable, d'une part par les analyses de H. Labbé, qui montrent que la quantité d'acides aminés augmente au début de la tuberculose, tant que l'organisme peut faire les frais de la lutte, pour décroître quand la résistance faiblit ; d'autre part, par des travaux récents sur les ulcères gastro-duodénaux, le cancer, spontanés ou expérimentaux, sur les myopathies, et aussi par l'évolution lente, discrète et très souvent favorable des affections bacillaires de la fosse iliaque droite où circulent en abondance, les derniers produits de la désintégration des albumines, se rendant des villosités intestinales au foie et au canal thoracique.

Les acides aminés n'agissent pas par arthritisation, ce qui pourrait avoir des inconvénients, mais par un mécanisme qui leur est propre, et qu'expliquent bien leur origine, leur composition chimique, leurs fonctions biologiques et leurs actions physiologiques.

Hypertensions endocrinosympathiques et leur traitement. — M. Marcel Laemmer reprend la question des hypertensions endocrinosympathiques et estime que celles-ci sont beaucoup plus sous la dépendance de phénomènes sympathiques que de phénomènes endocriniens ; aussi les hypertensions qui ne sont pas d'origine artério-scléreuse doivent-elles être traitées comme des phénomènes du sympathique. Pour ce faire, il s'adresse de préférence à l'étude de l'équilibre du système nerveux végétatif par « l'épreuve » de

Danielopolu qui signalera si la sympathicotonie est due à une hypovagotonie, ou si la sympathicotonie est pure, ou encore s'il existe une hypervagotonie jointe à une sympathicotonie.

Trois médications sont alors indiquées :

S'il y a hypovagotonie seule, on emploiera l'acétylcholine pure ;

S'il y a sympathicotonie pure, on emploiera le tartrate d'ergotamine ;

Et s'il y a hypervagotonie jointe à une hypersympathicotonie, on utilisera l'acétylcholine en même temps que l'yohimbine.

Etude expérimentale de l'intrait de muguet. — M. H. BUSQUET rappelle que l'intrait de muguet possède une toxicité et un pouvoir cardiotonique qui sont intermédiaires entre ceux de la digitale et du strophantus. A poids égal, il est quatre fois plus actif que la convallamarine ; cette particularité semble indiquer que l'intrait de muguet est très riche en convallotoxine, glucoside tonicardiaque extrêmement puissant. Sur les fibres lisses (intestin isolé), l'intrait de muguet exerce, comme celui de la digitale, un effet hypertonique, mais il est six fois plus actif. Des essais faits chez l'homme permettent de conclure que l'intrait de muguet peut être utilisé sans danger contre l'asystolie, à la dose de 0 gr. 10 par voie buccale, et de 2 à 3 ctg. par voie intra-musculaire ; la possibilité de l'injection permet de ranger ce médicament parmi les cardiotoniques d'urgence.

La scarlatine est-elle une maladie autonome ? — MM. J. BERTRAND et R. LECOQ, s'appuyant sur un ensemble d'observations, pensent que la scarlatine ne se présente pas avec les caractères d'une maladie autonome comparable aux fièvres éruptives, parce que :

Son étiologie est multiple et le mode d'éclosion par contagion directe, relativement rare.

Elle ne se montre vraiment contagieuse que dans le lieu de son origine. Elle naît et meurt sur place et se transmet sans qu'on puisse lui attribuer une période de contagiosité optimum.

Elle ne confère pas l'immunité, une première atteinte prédisposant plutôt à des atteintes ultérieures.

Elle possède de nombreux équivalents, puisqu'elle donne naissance, autour d'elle, à des manifestations polymorphes : érysipèle, phlegmon de l'amygdale, panaris, néphrite hématurique.

Les mesures prophylactiques employées jusqu'ici paraissent assez inopérantes. La vaccination préventive serait d'une application plus logique, et c'est dans cette voie que nous pensons poursuivre les recherches.

Sur la posologie et certaines propriétés des lécithines. — MM. E. JUSTER et R. HUERRE exposent leurs travaux sur les lécithines. Après avoir cherché à fixer les doses toxiques sur l'animal, ils sont arrivés à injecter sans inconvénient 1 gr. de lécithine chez l'homme, sous forme d'huile lécithinée à 5 %. Ces huiles lécithinées ont un pouvoir hémostatique indéniable, ainsi qu'une action destructive remarquable sur les épithéliomas cutanés baso et spino-cellulaires. Ils émettent différentes hypothèses sur cette action cancéricide et indiquent les expériences qu'ils poursuivent pour étudier le mécanisme physio-pathologique de la lysse cancéreuse par certaines lécithines ou par leurs produits de transformation.

Venins et méthémoglobine. — M. A. BRISSEMORET montre la coïncidence des propriétés curatives d'agents médicamenteux divers avec leur pouvoir ou leur activité méthémoglobinisante.

SOCIETE DE MEDECINE DE MARSEILLE

(SÉANCES DU 25 AVRIL ET DU 9 MAI 1934)

Recherches sur la valeur de la tension artérielle et notamment de la tension moyenne dans les unités alpines. — MM. PIÉRI, AMBROGI, PEYRONEL ont entrepris ces recherches sur un effectif important, non sélectionné, de 120 hommes. Ils en sont arrivés à vérifier les conclusions des auteurs précédents, en insistant cependant sur les trois points suivants, à savoir que :

1° Il est pratiquement facile de mesurer la tension moyenne, et cette dernière s'affirme comme une constante physiologique, relative, dont la valeur absolue et les variations au cours de l'effort, indépendantes de sa qualité, permettent d'inférer de l'état de bon équilibre circulatoire.

2° Les variations pathologiques de la pression Mx ne s'accompagnent pas forcément de variations parallèles de la pression moyenne.

3° Les diverses valeurs de la pression Mn, difficiles à déterminer, n'autorisent à tirer des conclusions que dans le sens d'un effondrement à l'effort ou d'un retour trop lent à la pression initiale.

Les auteurs, en dehors de l'intérêt spéculatif de cette étude très poussée, envisagent des conclusions pratiques tendant à faire admettre la nécessité des mesures oscillométriques dans les milieux régimentaires ; ils en font en particulier un critère de sélection pour les contingents appelés à manœuvrer en montagne à haute altitude.

Les lésions bucco-dentaires de la fièvre typhoïde. — M. P. ACHARD. Ces lésions sont dues au développement septique provoqué par la diminution de la salivation d'une part, par l'absence de mastication d'autre part. En outre, elles doivent vraisemblablement dépendre d'un réflexe tropho-infectieux.

Les lésions de la muqueuse, banales au contact des dents, surtout des dents cariées, constituent parfois très précocement l'angine de Duguet. L'ulcération pharyngienne de Louis n'est qu'une complication tardive.

Les lésions des glandes salivaires sont des complications typiques frappant des organes en état de stupéfaction fonctionnelle.

Les lésions alvéolo-dentaires, les plus fréquentes de beaucoup, répondent à l'hyperinfection externe attaquant l'émail, mais aussi aux troubles trophiques nerveux, et mieux, vasculaires, produits par l'étranglement congestif au niveau de l'apex, d'une pulpe hyperhémiée. Cette hyperhémie explique, en outre, le processus de décalcification locale observée.

Quelques observations d'ascites hépatiques curables. — MM. E. GAUJOUX, J. BRAHIC et M. RECORDIER.

Crises de tétanie chez une nourrice. — MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS.

Le retard de la posivité du séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde de l'enfant. — MM. CASSOUTE, MONTUS et PIERRON apportent les résultats de leurs recherches sur le moment d'apparition des agglutinines spécifiques au cours des dothiénentéries infantiles. Des observations qu'ils exposent, les auteurs pensent pouvoir conclure que très fréquemment, chez les enfants, le séro-diagnostic de Widal ne se montre positif, au centième au moins, qu'entre le 20e et le 30e jour de maladie effective. Ils estiment, par suite, qu'une séro-réaction de Widal négative avant le 20e jour ne saurait infirmer le diagnostic de fièvre typhoïde. D'après leurs observations, la fréquence du retard des apparitions

des agglutines serait d'autant plus grande que les enfants sont plus jeunes.

Septicémie éberthienne à détermination intestinale, pleurale, péricardique et osseuse chez une basedowienne. — MM. A. Rouslacroix, J. Paillas et G. Authié.

Dystrophie cutanéo-aponévrotique des deux mains : griffe cubitale bilatérale et syndrome oculo-pupillaire, séquelles majeures d'une myélo-radiculo-mélitococcie haute datant de quatre ans. Persistance actuelle d'une réaction méningée. — MM. A. Barraux et J. Provansal.

Les troubles de l'électrocardiogramme auriculaire au cours de la fièvre typhoïde. — MM. Audibert, A. Raybaud et Giraud-Costa.

Péricardite typhique hémorragique. — MM. A. Raybaud et G. Farnarier. Un arthrotyphus vraisemblable précédant de peu une insuffisance cardiaque d'emblée avec un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, une hémoculture positive à l'Eberth, une évolution rapidement mortelle, par péricardite hémorragique, tel est le tableau clinique du cas observé par les auteurs.

Ces faits appellent quelques commentaires cliniques et anatomiques.

Le début brusque par des signes cardiaques variables, interprétés comme des souffles fonctionnels par les auteurs, l'évolution en deux phases : une première, d'insuffisance cardiaque, une seconde, de septicémie éberthienne que vint clore brutalement la péricardite absolument latente, ne semblent pas avoir été signalés.

Paralysie gastrique totale prolongée d'origine émotive. — M. J. Monges.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSOMNIE DES SURMENÉS (1)

par le docteur J.M. Poulin

Parmi les nombreux médicaments hypnotiques conseillés en cas d'insomnie chez les surmenés, il faut faire une place à part au pantopon, moins toxique que la morphine, au somnifène, médicament énergique et constant, aux hypno-analgésiques dont le type est l'allonal et d'autre part à la médication bromurée très utilisée sous la forme si maniable du sédobrol. Mais dans tous les cas de surmenage, on le comprendra, il vaut mieux recourir à un hypnogène doux qui est en même temps sans toxicité. Le médicament qui a donné les meilleurs résultats à l'auteur est l'allysopropylacétylcarbamide ou sédormid. Cette préparation, à la fois sédative et hypnotique, est d'une action très douce, mais toujours certaine. Sa toxicité est pour ainsi dire nulle, ce qui la rend très maniable et permet de la prescrire même en cas de lésions organiques. On sait qu'il est fréquent de rencontrer chez les opérés, à la période de convalescence, une insomnie qui n'est en rapport avec aucune algie. Inutile de recourir à la morphine, quelques comprimés de sédormid les soulageront. Les mélancoliques, les anxieux qui accablent le médecin de leurs doléances sans fin et sont facilement étiquetés malades imaginaires, bénéficieront grandement de l'emploi du sédormid ; c'est dire les services que peut rendre cette préparation en clientèle, c'est dire également l'intérêt qu'elle présente pour le praticien.

(1) *Bull. méd.*, Paris, n° 10, mars 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Physiopathologie des syndromes endocriniens (1), par Noël Fiessinger, professeur de Pathologie expérimentale et comparée, médecin de la Charité.

La pathologie endocrinienne étend de jour en jour son territoire et l'on peut dire aussi qu'elle progresse constamment dans l'imprécision des interprétations fragiles. Il peut être nécessaire au médecin de reprendre contact avec les réalités tangibles de l'expérimentation normale et pathologique. Le livre du professeur Noël Fiessinger a précisément pour but de relier une chaîne ininterrompue, l'expérimentation normale, l'expérimentation pathologique, les syndromes cliniques, les moyens d'exploration et les directives thérapeutiques. Après un chapitre d'introduction, où il étudie surtout les interdépendances fonctionnelles et les complexités organiques, il passe en revue : les surrénales avec leurs syndromes : toxique et tensif ; le corps thyroïde et l'intoxication thyroïdienne ; les glandes parathyroïdes, où il met au point les hypo et les hyperparathyroïdies ; l'hypophyse avec le chapitre complexe des syndromes hypophysaires ; les deux abandonnées, la grande pinéale et le thymus ; les glandes génitales avec leurs hormones ; le pancréas et les syndromes insuliniques ; le foie, les applications à la clinique des faits connus sur le métabolisme des glycides et des protéides, et une vue d'ensemble sur les hypo et les hyperhépaties ; la rate dont les fonctions complexes prennent de plus en plus d'étendue dans l'étude des splénomégalies ; les reins, dont la fonction interne est un sujet de constante actualité.

Enfin la cellule mésenchymateuse, dont la fonction interne est toujours délaissée, peut-être parce que trop polymorphe, trop complexe et trop étendue.

Enfin, ce livre analyse quelques grands syndromes mixtes : les syndromes pluriglandulaires ; le gigantisme et le nanisme ; l'obésité et l'amaigrissement ; les petites insuffisances endocriniennes.

Un chapitre de directives thérapeutiques termine le volume, où l'auteur fixe les règles précises d'une thérapeutique réellement scientifique. Il s'élève contre l'abus de la polyopothérapie moderne et demande au médecin plus de méthode dans l'application des traitements endocriniens.

Ce petit livre de 317 pages contient toute l'essence de l'endocrinologie moderne ; il ouvre des horizons par l'observation simple et directe des phénomènes. Il s'adresse autant au médecin qu'à l'étudiant et leur fournit les éléments d'un raisonnement clinique plus stable et moins exposé à l'à peu près des interprétations hâtives.

L. G.

Les arthrodèses dans la coxalgie. Indications. Techniques. Résultats éloignés (2), par Paul Bufnoir. Préface du professeur Sorrel.

Les travaux sur l'arthrodèse de la hanche ont passionné depuis quelques années les chirurgiens de la tuberculose osseuse. — Nulle intervention n'autorise peut-être autant d'espoirs, et quand on sait la fragilité de l'état général des tuberculeux osseux, n'incite à autant de prudence.

Ce livre en même temps qu'il constitue une mise au point très complète de la question telle qu'elle peut être

(1) In-8 de 318 pages avec 42 figures. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 110 pages avec 9 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

actuellement envisagée, permet de voir si la méthode a été efficace dans ses résultats, qu'il s'agisse de coxalgies anciennes ou en évolution et si nous avons en main une méthode de traitement de la coxalgie donnant des résultats au moins analogues à ceux de l'ostéosynthèse dans le mal de Pott.

Cette étude porte sur 75 résultats anciens d'arthrodèse de la hanche. Ces arthrodèses ont été faites depuis plus de deux ans sur des indications et avec des techniques différentes suivant le but que l'on se proposait (coxalgies anciennes ou en évolution) sur des adultes et des enfants.

— Dans une première partie, l'auteur donne les observations d'arthrodèse pour coxalgie en évolution ; il indique les conditions nécessaires pour l'opération, les contre-indications de l'intervention, la technique à employer, et les incidents possibles.

— Dans une deuxième partie, il donne des observations d'arthrodèse pour coxalgies anciennes. Les indications et les résultats en sont moins discutables étant mieux connus, il indique les techniques et les incidents possibles, insistant sur quelques points mis en évidence par ses observations personnelles.

L. G.

CONGRÈS ET EXCURSIONS

3e Congrès de la Presse médicale latine (Paris, 17-21 octobre 1934), sous le haut patronage de MM. les ministres des affaires étrangères, de l'éducation nationale et de la santé publique, et de MM. les ambassadeurs et ministres plénipotentiaires des nations latines, organisé par la Fédération de la presse médicale latine, avec le concours de l'Association de la presse médicale française, de l'Association des journalistes médicaux français et de l'union médicale latine. *Comité d'organisation.* — *Présidents d'honneur* : M. le prof. Maurice Loeper (de Paris), président-fondateur de la Fédération de la presse médicale latine ; M. le prof. agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), président en exercice de la Fédération ; président : M. le prof. Georges Etienne (de Nancy), vice-président de l'Association de la presse médicale française, membre du Comité permanent de la Fédération de la presse médicale latine ; — vice-présidents : M. le Dr Louis Dartigues, président-fondateur de l'union médicale latine ; M. le prof. Noël Fiessinger (de Paris), vice-président de l'Association de la presse médicale française ; M. le Dr Julien Noir (de Paris), président de l'association des journalistes médicaux français ; secrétaire général : M. le Dr L.-M. Pierra (de Paris), secrétaire général de la Fédération de la presse médicale latine, membre des Conseils d'administration de l'Association de la Presse médicale française et de l'union médicale latine ; trésorier : M. le Dr Victor Gardette (de Paris), secrétaire général de l'Association de la presse médicale française ; membres : MM. les membres du Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine résidant à Paris : Dr Carlos Lobo-Onell (Chili), prof. Francisco Dominguez (Cuba) ; Dr Georges Baillière, Dr François Le Sourd (France), Dr Nemours-Auguste (Haïti), Dr A. Vaccaro (Italie), prof. F. Castillo Najera (Mexique) ; Dr Edward Leyba (Paraguay), Dr João Coelho (Portugal), Dr Vassiliou (Roumanie), Dr Abelardo Saenz (Uruguay), Dr Francisco Herrera (Venezuela) ; MM. les Drs Ramond Molinéry et Henri Dausset, secrétaires généraux, Cambiès et Berty-Maurel, trésoriers de l'union médicale latine. — Secrétariat : 8, rue Servandoni, Paris (6e).

Programme provisoire. — *Mercredi* 17 *octobre* 1934. — A 21 h. : réception des congressistes, par le Bureau du Comité d'organisation du Congrès. — Une heure de musique latine.

Jeudi 18 *octobre* 1934. — A 10 h., dans la salle du conseil des professeurs de la Faculté de médecine :

OLÉTHYLE-BENZYLE

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MEDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES, 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS- 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

Séance d'ouverture : 1° discours du prof. agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), président de la Fédération ; 2° allocution du prof. G. Roussy (de Paris), doyen de la Faculté de médecine ; 3° adresses de MM. les délégués officiels des gouvernements étrangers ; 4° discours du prof. G. Etienne (de Nancy), président du 3e congrès ; 5° rapport du Dr L.-M. Pierra (de Paris), secrétaire général de la Fédération.

A 11 h., dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du prof. Maurice Loeper, président-fondateur de la Fédération : conférence du prof. Nicola Pende (de Gênes) sur Le Génie médical latin.

A 14 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine : rapports sur la première question : Les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique.

Rapporteurs : Belgique : M. le prof. I. Gunzburg (d'Anvers), directeur des *Annales de médecine physique et physio-biologie ;*

Espagne : M. X. (Madrid) ;

France : M. le Dr Paul Fumouze (de Paris), membre du Comité de direction de *La Science médicale pratique*, vice-président de la chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

Communications : M. le prof. L. Dautrebande (de Liége), membre du comité de rédaction de *Liége médical :* Les mesures prises dans les différents pays concernant la réglementation des produits pharmaceutiques spécialisés.

M. le Dr Joaquim Salarich (de Barcelone), directeur *d'Ars medica :* L'influence pernicieuse pour la santé publique de l'annonce des spécialités pharmaceutiques dans la presse non médicale.

Discussion de la première question. — Inscrits : M. le prof. René Cruchet (de Bordeaux), administrateur du *Journal de médecine de Bordeaux ;* M. le Dr L.-M. Pierra (de Paris), directeur de la *Revue française de Gynécologie ;* M. le Dr Nemours-Auguste (Haïti).

A 17 h., sous la présidence de M. le prof. Maurice Loeper, directeur du *Progrès médical :*

Séance solennelle de la *Société de Thérapeutique*, consacrée à la cholestérolémie, traitement médicamenteux.

A 21 h., dans la grande salle de l'Institut océanographique, sous la présidence de M. Dinu Cesiano, ministre de Roumanie à Paris :

Conférence de M. le prof. Constantin Daniel (de Bucarest) sur la science roumaine devant la science médico-chirurgicale ; ses rapports avec la langue française.

Le Dr L. Dartigues, président de l'*Union médicale latine*, fondateur des conférences « Les Voix latines », présentera l'orateur.

Vendredi 19 octobre. — A 9 h. 30 : visite de l'Institut du Cancer de la Faculté de médecine de Paris, à Villejuif (Seine), sous la direction du prof. G. Roussy, son directeur.

A 14 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine :

Rapports sur la 2e question : La responsabilité scientifique et morale de la presse médicale ; son rôle directeur.

Rapporteurs : Italie : M. le Dr Renato de Blasio (de Naples), rédacteur en chef de la *Rinascenza medica.*

Portugal : M. le prof. Eduardo Coelho (de Lisbonne), membre du Comité de rédaction de *Lisboa médica.*

Communications : M. le prof. Prassitele Piccinini (de Milan), directeur de la *Rivista di Terapia moderna :* Histoire de la presse médicale des pays latins.

Discussion de la 2e question.

A 17 h. : 2e séance solennelle de la *Société de thérapeutique*, consacrée à la cholestérolémie, traitements physiques et hydrologiques.

A 21 h. 30 : réception offerte aux congressistes par le président du congrès et Mme Georges Etienne. — Bridge, danse.

Samedi 20 octobre 1934. — A 9 h. 30 : visite des laboratoires du Dr Debat, à Garches (Seine-et-Oise).

A 14 h. 30 : rapports sur la 3e question : technique et présentation d'un journal médical.

Rapporteurs : Argentine : M. le Dr Pedro Cossio (de Buenos-Aires), secrétaire de rédaction de *la Semana médica.*

France : MM. les Drs L.-M. Pierra (de Paris), directeur de la *Revue française de gynécologie*, et G. Erlande (de Marseille), secrétaire de la rédaction d'*Acta medica latina*, et M. Robert Gandette (de Paris), secrétaire général de la Société d'éditions « l'Expansion scientifique française ».

Roumanie : M. X. (Bucarest).

Discussion de la 3e question.

A 17 h. : au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence du prof. agrégré Léopold Mayer, président de la Fédération :

Conférence du prof. E. Malvoz (de Liége), sur l'inflation des intellectuels.

A 20 h., à l'hôtel Continental, sous la présidence de S. E. M. le ministre des affaires étrangères : banquet de clôture, organisé avec le concours de l'union médicale latine.

Dimanche 21 octobre 1934 : excursion en auto-cars à Reims et Château-Thierry, avec visite des champs de bataille de la guerre, organisée par l'agence de voyages « Exprinter ».

A 8 h., départ pour Reims. Visite des points les plus intéressants des champs de bataille de la guerre : bois Belleau, grand cimetière américain, Epaux, Bois du Châtelet (emplacement d'une grosse Bertha), Fère-en-Tardenois, Nesles, Chamery (tombe de Quentin Roosevelt), Fismes, Craonnelle, le Chemin des Dames, Craonne, Ville-au-Bois, ligne de Hindenburg, Abri de Ludendorf, ferme du Choléra, la Côte 108, Berry-au-Bac.

Déjeuner à Reims, au restaurant Degermann.

L'après-midi, visite de la cathédrale et d'une cave à champagne.

Retours par Dormans et Château-Thierry.

Arrivée à Paris, vers 19 heures.

Prix : 125 francs (toutes dépenses comprises : auto-car, guide, déjeuner, entrées).

En dehors des rapports et communications annoncées, des communications particulières pourront être présentées sur chacune des questions à l'ordre du jour. MM. les congressistes qui désireraient en présenter une sont priés de bien vouloir dès maintenant en adresser le titre au secrétaire général.

Pendant la durée du congrès, une exposition rétrospective de tout ce qui concerne la presse médicale, ainsi que des objets et documents se rapportant à l'art de guérir, sera organisée au foyer des professeurs de la Faculté de médecine, par les soins de M. Maurice Genty, bibliothécaire de l'Académie de médecine.

La cotisation est fixée à 100 fr. français, pour les membres titulaires (directeurs, rédacteurs en chef ou délégués officiels d'un périodique médical) ; 50 fr. français, pour les membres adhérents (journalistes médicaux, médecins non journalistes, personnes accompagnant les membres titulaires).

Une réduction sera accordée aux congressistes sur les chemins de fer français, ainsi que sur les compagnies françaises de transports maritimes et aériens, et éventuellement sur les chemins de fer des autres nations latines.

Le logement des congressistes, durant leur séjour à Paris, pourra être assuré par les soins de l'Agence de Voyages « Exprinter » (26, avenue de l'Opéra, Paris), qui fera

NÉVROSES
INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

parvenir à ceux qui le désireraient, en même temps que leur bon de transport à tarif réduit, la liste des hôtels correspondants, avec l'indication des conditions spéciales qui leur seront consenties.

Les adhésions doivent être adressées soit à M. le Dr L.-M. Pierra, soit à MM. les correspondants du Comité permanent de la Fédération de la Presse médicale latine, dans les pays suivants :

Belgique : Dr René Beckers, 36, rue Archimède, Bruxelles.

Espagne : Prof. R. Horno Alcorta, Paseo de Maria Agustin, 5, Saragosse ;

Dr Juan Noguera, Mino, 2, Madrid ;

Dr H. Turo, Rambla Cataluna, 93, pál, Barcelone ;

Italie : Dr Renato de Blasio, Strada Nuova S. M. Ognibene, 30, Naples ;

Dr Tullio de Sanctis Monaldi, Rome ;

Prof. P. Piccinini, via Vallazze, 39, Milan ;

Portugal : prof. Eduardo Coelho, 1, rue Viriata, Lisbonne ;

Roumanie : Dr I. Pavel, 12, bulevardul Dacia, Bucarest ;

Suisse : Dr Henri Tecon, 1, avenue de la Gare, Lausanne.

On est prié d'établir tous les mandats ou chèques au nom de M. le Dr Victor Gardette, trésorier de la Fédération.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de Fédération, 8, rue Servandoni, Paris (6e).

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'HÉMORRAGIE CÉREBRALE[1]

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose donc dans des conditions différentes.

A. Phase de coma. — *a*) On éliminera facilement les comas sans paralysie, comas infectieux, comas toxiques (*alcool*, opium, belladone, *barbituriques;* hypoglycémique, etc.), le coma urémique, le coma diabétique.

Dans ces deux derniers comas, il existe des causes d'erreur :

— D'une part, la *possibilité de signes de localisation ;*

— D'autre part, l'*hémorragie cérébrale* est fréquente chez les malades atteints de *néphrite chronique ;* l'albuminurie, la *glycosurie* peuvent être dues à l'hémorragie cérébrale elle-même.

Rechercher les signes d'acidose en cas de comas diabétiques (réaction de Gerahrdt).

b) L'origine cérébrale du coma étant reconnue, on doit parfois éliminer certains *comas avec paralysie :*

Coma *traumatique* : penser à la possibilité d'un traumatisme au moment de l'ictus ;

Coma *post-épileptique ;*

Comas des *tumeurs cérébrales*, des *abcès du cerveau.*

En réalité, deux gros diagnostics se posent :

L'hémorragie méningée ;

Le ramollissement cérébral.

On s'aidera de l'examen neurologique et clinique.

A. Il est des cas faciles :

1. *Hémorragie méningée moyenne*, avec début par ictus seulement *rapide*, vertige à coma. Le malade est *agité ;* il existe des signes méningés ; il y a des signes d'irritation ; peu de troubles de déficit ; en somme *signes neurologiques diffus.*

La ponction lombaire donne du sang.

2. *Ramollissement typique : soit par embolie :* si le ramollissement par embolie a le même début brutal que l'hémorragie, le diagnostic est assez facile par la constatation des signes de la *cardiopathie causale* (*rétrécissement mitral*).

Soit par thrombose (artérite syphilitique ou artériosclérose) à début *progressif*, précédé de prodromes. Le coma est incomplet ; le pouls n'est pas ralenti ; il y a souvent *élévation thermique* au début ; des convulsions sont fréquentes.

Tous ces signes montrent un ramollissement superficiel, cortical, typique.

B. *Il est des cas très difficiles :*

1° *Hémorragie cérébro-méningée*, diagnostic de ponction lombaire ;

2° Ramollissement à *début brusque :* ramollissement *profond hémorragique.* Le diagnostic est très difficile et souvent impossible : cependant le bruit de galop, l'hypertension sont en faveur de l'hémorragie ; le pronostic immédiat du ramollissement est beaucoup moins grave ; la ponction lombaire peut donner des renseignements intéressants : dans l'hémorragie, elle donne un liquide hypertendu, teinté en jaune, contenant des globules rouges. L'existence de réaction leucocytaire ou d'un liquide puriforme est en faveur du ramollissement, mais peut s'observer dans l'hémorragie.

B. Phase d'hémiplégie résiduelle.

Là encore le principal diagnostic est le ramollissement cérébral. Se baser sur : 1° l'âge du malade ; 2° le mode de début ; 3° les caractères de l'hémiplégie ; 4° les troubles associés.

En faveur du ramollissement, existent : 1° une hémiplégie à type cortical ; 2° l'aphasie ; 3° l'hémianopsie ; 4° la persistance des troubles sensitifs ; 5° le déficit intellectuel.

En face d'une hémiplégie proportionnelle, capsulaire, il est impossible de conclure.

C. Toujours rechercher la cause de l'hémorragie cérébrale.

1° Chez l'adulte :

Rechercher *la syphilis* par les procédés habituels : antécédents ; stigmates ; W. dans le sang ; W. et benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien.

2° Chez l'homme âgé :

a) Rechercher l'athérome, l'artériosclérose ; soit *localisée*, *aortite ;* soit *généralisée*, *temporales*, *humérales* etc... ; *aorte*, *rein* (néphrite chronique).

b) L'hypertension artérielle :

Solitaire ou associée à des lésions de sclérose...

1° Permanente, son taux habituel ;

2° Paroxystique « *les coups d'hypertension* » (émotion, froid, efforts spontanés).

Il nous faut insister en effet sur deux facteurs étiologiques : l'altération du réseau vasculaire cérébral, l'hypertension artérielle.

3° *Parfois on ne trouve rien :* dans certains cas, l'*hérédité* semble être une cause prédisposante réelle.

En conclusion, nous insisterons sur la *gravité* du pronostic de l'H. C. : le pronostic vital est en jeu à la phase initiale et à la phase critique ; le pronostic fonctionnel est toujours réservé ; la possibilité de nouvelle hémorragie assombrit le pronostic d'avenir.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpt.*, 1934, nos 61 et 63.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TROUBLES DU CYCLE OVARIEN
Puberté
Ménopause

OESTROBROL
"ROCHE"
(Sédobrol Folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.
Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur
des dysovaries

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au SUC D'ORANGE
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif - Délicieux

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de Drastiques, de Phtalleïne de Phénol, de Belladone.

AUBRIOT 56, Boulevard Ornano PARIS

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ au GLYCÉROPHOSPHATE de CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
R. C. Seine 36.923
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
COMMANDES: 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN :**

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique

PHYTO-SPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 bis rue de Turenne PARIS 3e

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 18 AOUT 1934. — N° 66.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Physiologie du nerf grand hypoglosse (avec 3 fig.), par MM. B. Pommé et J. Duguet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie. — Société de biologie.
CHRONIQUE
La défense passive de Paris.
PRATIQUE MÉDICALE
Trois observations typiques d'efficacité de certains hypnotiques, par M. Coulonjon.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — MM. Fockeu et Gaudier, professeurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. Jean Trillot, médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés à Albi (Tarn), en remplacement de M. Pailhas, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Un poste de médecin chef à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) est vacant par suite du départ de M. Trillot, appelé à un autre poste.

— Un poste de médecin chef à l'asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés de Bégard (Côtes-du-Nord) est vacant par suite du départ de M. le docteur Beaudouin, appelé à un autre poste.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Normet, adjoint au directeur du Service de santé des troupes coloniales dans la métropole, est nommé directeur par intérim du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, et membre du Comité consultatif de santé.

M. le médecin général Frontgous, disponible, est nommé adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

CORPS DE SANTÉ. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent ont été nommés aux postes ci-après :

Inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie et vice-président du Conseil supérieur de santé, en remplacement de M. le médecin général Autric, nommé inspecteur général du Service de santé : M. le médecin général de 2e classe Lancelin, adjoint au directeur central du Service de santé. M. Lancelin prendra ses fonctions le 15 octobre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Brest, en remplacement de M. le médecin général Brunet : M. le médecin général de 2e classe Cras, directeur du Service de santé de la marine à Cherbourg. M. Cras prendra ses fonctions à Brest le 1er octobre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Cherbourg, en remplacement de M. Cras : M. le médecin en chef de 1re classe Chauvin, actuellement directeur du Service de santé à Bizerte. M. Chauvin rejoindra Cherbourg le 1er novembre 1934.

Directeur du Service de santé de la marine à Bizerte, en remplacement de M. Chauvin : M. le médecin en chef de 1re classe Le Berre, professeur à l'Ecole d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne. M. Le Berre rejoindra Bizerte le 15 novembre 1934.

Professeur à l'Ecole d'application de Toulon et chef des services chirurgicaux à l'hôpital Sainte-Anne, en remplacement de M. Le Berre : M. le médecin en chef de 2e classe Solcard, en cours de rapatriement d'Extrême-Orient. M. Solcard prendra ses fonctions à Toulon le 15 novembre 1934.

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

Médecin de la 1re escadre, en remplacement de M. le médecin en chef de 1re classe Cristol : M. le médecin en chef de 1re classe Le Calve, médecin chef de l'hôpital maritime de Brest. M. Le Calve prendra ses fonctions à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin de la 2e escadre, en remplacement de M. le médecin en chef de 2e classe Artur : M. le médecin en chef de 2e classe Brunet, en service à l'ambulance de l'arsenal de Cherbourg. M. Brunet embarquera à une date qui sera fixée ultérieurement.

Médecin chef de l'hôpital maritime de Brest, en remplacement de M. Le Calve : M. le médecin en chef de 2e classe Hamet, chef des services médicaux à l'hôpital de Brest. M. Hamet prendra ses fonctions dès la mise en route de M. Le Calve pour la 1re escadre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Loras (de Lyon). Il était le père de M. Olivier Loras, interne des hôpitaux de Lyon.

Le prochain Congrès d'Hygiène sociale. — L'Alliance d'hygiène sociale, dont le Président est M. Georges Risler, membre de l'Institut, tiendra son Congrès annuel à Lyon, du 7 au 9 octobre prochain.

Le Comité lyonnais, sous la présidence de M. Edouard Herriot, vient d'arrêter le programme des réunions qui fera ressortir les grands résultats obtenus dans la ville de Lyon au point de vue de l'hygiène sociale.

Les principaux rapports seront les suivants : Professeur Courmont. Trente ans de lutte antituberculeuse à Lyon. — Docteur Mouisset. L'effort réalisé dans le Rhône par le Comité départemental pour la lutte contre la tuberculose. — Lévy. L'effort de la Ville de Lyon, en faveur des habitations à bon marché. — Professeur Nicolas. Le centre régional lyonnais de lutte contre les maladies vénériennes. — Professeur Mouriquand. Bases biologiques et médicales de la lutte contre la mortalité infantile. — Docteurs Vigne, Trillat et Gardère. Les œuvres municipales de protection maternelle et infantile à Lyon. — Doyen Lépine. La fondation franco-américaine pour l'enfance. Son action, ses résultats. — Docteur Charles Gardère. Le centre d'hygiène sociale de l'École d'infirmières et de visiteuses de Lyon.

Pendant la durée du Congrès, les visites suivantes seront organisées : Maison des Mères, Crèches et Pouponnières de la ville de Lyon, Restaurant des mères nourrices, Consultations d'hygiène sociale de l'Institut bactériologique de Lyon, Dispensaire du Comité départemental de lutte contre la tuberculose (Oullins), Préventorium de Charly, Préventorium de Lachaux, Maison de l'enfance, Œuvres d'hygiène de l'enfance de l'A. I. C. A., Clinique médicale infantile du professeur Mouriquand et Œuvre Grancher, Ecole d'infirmières et de visiteuses, Groupes d'habitations à bon marché de Lyon et de Villeurbanne, etc...

Les Compagnies de chemins de fer feront bénéficier les congressistes d'une réduction de 50 % sur le prix du parcours.

Les adhésions sont gratuites. Elles doivent être adressées le plus tôt possible, et en tout cas avant le 15 septembre, soit à M. le docteur Rochaix, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, secrétaire général du Comité lyonnais de l'Alliance d'hygiène sociale, 61, rue Pasteur, Lyon, soit au secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris (7e).

Le compte rendu du Congrès sera mis en vente au prix de 20 francs.

CHRONIQUE

LA DÉFENSE PASSIVE DE PARIS

Malgré les travaux des services techniques et médicaux de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de Police, la préparation de la défense passive de Paris et de la région parisienne a subi, pour des raisons diverses, un retard inquiétant.

Cette situation donne un particulier intérêt à la question suivante que M. Lemarchand, conseiller municipal de Paris, vient d'adresser aux deux Préfets :

« Au cours de sa séance du 13 juillet dernier, le Conseil général a mis à la disposition de l'administration un crédit de 20 millions de francs pour prendre quelques mesures en vue de la défense passive, alors qu'un crédit de 40 millions lui était demandé par le préfet de police. Cette organisation, qui nécessitera des dépenses plus importantes, devant, pour la plus grande part, incomber à l'Etat, est donc loin d'être mise au point.

Cependant, si une très importante partie de la responsabilité incombe à l'Etat, elle ne doit pas laisser en dehors les collectivités secondaires : départements et communes.

En effet, il s'agit tout d'abord de réaliser des travaux de protection immédiate pour diminuer les premiers effets du danger et permettre de sauvegarder, dans la mesure du possible, le personnel devant assurer les sauvetages, la désinfection, la protection contre l'incendie et le fonctionnement des services publics en général.

Quant aux habitants qui n'auront pas à assumer ces charges, ils devront être rapidement évacués, dispersés non moins rapidement et transportés par des routes et chemins et par des voies ferrées qui se trouveront déjà très utilisés par l'autorité militaire.

Il faudra donc pourvoir au relogement des personnes ainsi évacuées et aussi à leur ravitaillement, besogne qui incombe au service de la mobilisation civile. Ce dernier doit donc en établir et préciser les différentes phases et les étapes, sous peine de voir se produire un sauve-qui-peut général aggravé de sanglantes et pénibles bousculades parmi l'exode précipité de milliers de personnes composées surtout de vieillards, femmes et enfants, qui pourront se trouver obligés de rester dehors par le froid et souffrant de la faim.

M. Georges Lemarchand, conseiller général, a donc l'honneur de demander aux préfets de la Seine et de police quelle organisation a été prévue pour éviter, dans la mesure du possible, les désastreux effets d'aussi douloureuses et redoutables éventualités contre lesquelles il ne suffirait pas d'improviser, au hasard des circonstances. »

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

le FORTOSSAN simple :

Suraliment phosphaté intégral

Chez les enfants chétifs, athrepsiques, convalescents,

1/2 à 2 cuillères à café par jour

Relève la courbe de poids,
Rétablit l'état général.

le FORTOSSAN irradié :

Chez les enfants rachitiques, prérachiliques,
Chez les adultes déminéralisés.

1/2 à 2 cuillères à café par jour

Forme du tissu osseux sain,
Rétablit l'équilibre phospho-calcique.

Tolérance parfaite

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs

de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

REVUE GENERALE

PHYSIOLOGIE DU NERF GRAND HYPOGLOSSE

PAR MM.

B. POMMÉ, Médecin commandant, Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

et

J. DUGUET, Médecin lieutenant, Licencié ès sciences.

Le grand hypoglosse, douzième nerf cranien, est un nerf exclusivement moteur. Galien, le rangeant au nombre des nerfs qu'il appelait « durii et motorii », dissocia son action de celle du nerf lingual et lui attribua, le premier, l'innervation motrice des muscles de la langue. Boerhave, au XVIIe siècle, puis Lecat, Cheselden, Lieutaud, ayant remarqué que l'hypoglosse se distribue exclusivement à la langue, abandonnèrent la conception de Galien. Ils attribuèrent la fonction motrice de cet organe au nerf lingual et son innervation gustative à la douzième paire. Willis, plus éclectique, redonna à l'hypoglosse son rôle moteur, mais en lui reconnaissant une certaine participation à la gustation. Vieussens, Hoffmann, Morgagni, admirent cette double fonction motrice et sensorielle, ayant cru poursuivre jusque dans les papilles linguales les terminaisons de ce nerf.

Au début du XIXe siècle, une série d'expériences entreprises par Herbert Mayo, Magendie, et surtout Panizza, remit les choses au point et fit revenir à la conception de Galien. Panizza, sectionnant séparément le lingual et l'hypoglosse, détermina leurs fonctions respectives au niveau de la langue. Quelques années plus tard, Ferrier (1878) mit expérimentalement en évidence l'existence d'un centre cortical des mouvements de la langue, dont la localisation fut confirmée par les observations anatomo-cliniques des neurologistes (Mémoire de Raymond et Artaud). Enfin, Schiff et Vulpian montrèrent l'existence de filets vaso-moteurs dans le tronc de l'hypoglosse.

Rappelons que le nerf grand hypoglosse naît, à la partie inférieure du bulbe, de deux noyaux dérivés de la base des cornes antérieures de la moelle. L'un, noyau principal, se trouve sous-jacent à l'aile blanche interne. L'autre, noyau accessoire, se trouve en avant et en dehors du premier. A sa sortie du trou condylien antérieur, l'hypoglosse reçoit des anastomoses du ganglion cervical supérieur, du pneumogastrique et des nerfs premier et deuxième cervical. A partir de la base du crâne, il décrit une courbe concave en avant, et, après avoir abandonné sa branche descendante, l'anse de l'hypoglosse, destinée aux muscles sous-hyoïdiens et à la branche descendante du plexus cervical, il se termine par des arborisations terminales particulièrement nombreuses au niveau des muscles intrinsèques de la langue (fig. 1).

Cet exposé comprendra trois parties.

La première rappellera *les faits expérimentaux* qui ont permis d'affirmer le rôle moteur du grand hypoglosse et de discuter la réalité ou l'importance de ses propriétés sensitives et de son action vaso-motrice.

La seconde précisera quelques *particularités anatomiques* (encéphale et bulbe) indispensables pour étudier *le mécanisme* fonctionnel, qui sera l'objet du dernier chapitre.

***

I. Données expérimentales. — A. GRAND HYPOGLOSSE ET MOTRICITÉ LINGUALE. — Le grand hypoglosse est essentiellement le nerf moteur de la langue. Il commande la motilité de tous les muscles intrinsèques et de la plupart des muscles extrinsèques de cet organe. Les recherches de Lannegrâce ont montré la richesse des muscles de la langue en fibres nerveuses, souvent anastomosées entre elles ou avec les filets terminaux du nerf lingual, « richesse telle qu'aucun autre muscle de l'économie ne saurait leur être comparé » (Lannegrâce) (1).

a) *Section unilatérale du nerf.* — La section traumatique ou expérimentale de l'hypoglosse détermine l'apparition d'une glossoplégie unilatérale. Au début, la langue, au repos dans la cavité buccale, ne présente rien d'anormal. Son raphé médian reste rectiligne. Cependant, la palpation comparative montre une certaine mollesse du côté paralysé. Dans la protrusion, en avant des arcades dentaires, elle se dévie du côté paralysé sous l'action du génio-glosse sain (ce muscle a pour effet, lorsqu'il se contracte seul, de porter la pointe de la langue du côté opposé). Au contraire, lorsque le malade ramène fortement la langue vers le fond de la gorge, elle se dévie vers le côté sain (Babinski), par contraction du muscle stylo-glosse intact (Dinckles). Oppenheim et Traumann estiment que la déviation de la langue vers le côté sain, dans la cavité buccale, est influencée, dans une certaine mesure, par la perte de la tonicité des muscles du côté paralysé, laissant s'exercer, sans antagonisme, le tonus des muscles longitudinaux restés normaux. De plus, le relâchement des fibres inférieures du muscle glosso-staphylin, qui prennent insertion sur les muscles de la base de l'hémilangue paralysée, entraîne une légère asymétrie vélo-palatine. Signalée par Lafite-Dupont, cette dernière est caractérisée par une élévation de la courbe décrite par le pilier antérieur et un élargissement de la loge amygdalienne correspondante avec élévation de l'amygdale palatine.

Lorsque la paralysie est d'origine bulbaire ou périphérique, l'hémiglossoplégie s'accompagne rapidement d'hémiatrophie linguale. Suivant la description de Koch et Marie, on peut alors figurer l'organe par un petit croissant ridé et plissé (côté paralysé), entouré par un croissant de plus grande dimension (côté sain). Rappelons qu'il existe, du côté atteint, des mouvements fibrillaires lorsque les cellules originelles sont lésées. La topographie de ces mouvements paraît bien commandée par la distribution de ces cellules dans les noyaux ; nous aurons l'occasion de revenir sur ce dernier point.

Les troubles fonctionnels déterminés par l'hémiglossoplégie sont minimes, en raison de la persistance de

(1) Cette particularité est bien connue des histologistes et des anatomo-pathologistes (voir, à ce sujet, les études récentes sur la zone de jonction myo-neurale).

la contractilité volontaire du côté sain. La mastication, la déglutition et la phonation s'exécutent de façon presque normale et l'affection passerait parfois inaperçue si l'amyotrophie ne venait la révéler. Elle ne s'accompagne, bien entendu, d'aucun trouble sensitif ou sensoriel au niveau de la muqueuse linguale.

noyaux gris centraux): l'atteinte fonctionnelle de l'hypoglosse était légère.

La pauvreté des signes fonctionnels occasionnés par l'hémiglossoplégie a conduit certains chirurgiens à pratiquer l'anastomose du bout central de l'hypoglosse avec le bout périphérique du nerf facial sec-

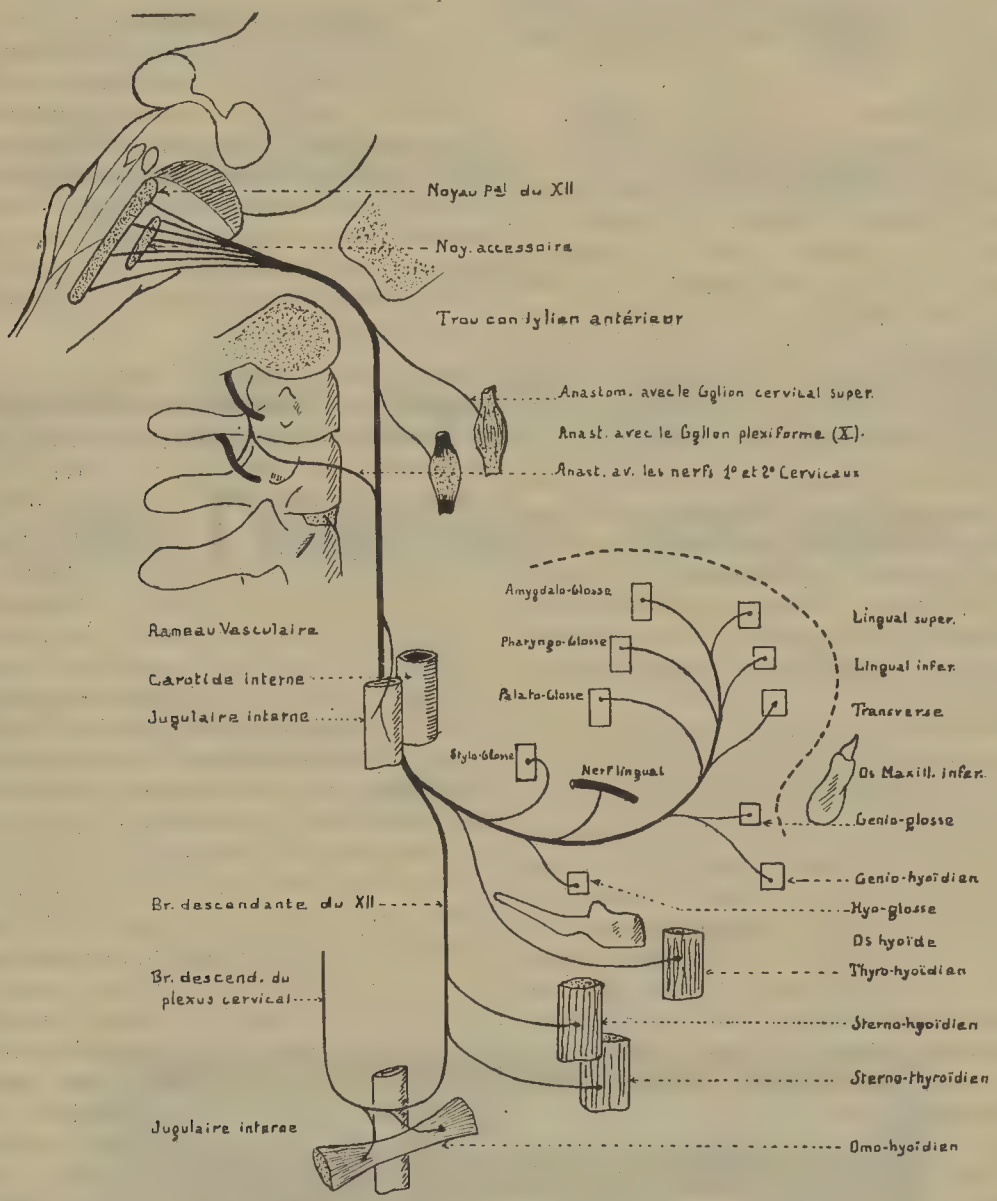


Fig. 1. — Le nerf grand hypoglosse (schématique). D'après Pitres et Testut.

La sécrétion salivaire n'est pas influencée. Toutefois, il est à noter que, dans les cas très anciens, des modifications atrophiques secondaires de la moitié paralysée de la langue peuvent s'opposer à la liberté des mouvements de l'hémilangue restée saine.

L'hémiglossoplégie d'origine corticale a une symptomatologie encore plus discrète. Les troubles fonctionnels sont à peu près nuls. L'atrophie est minime. Il existe seulement une diminution de la force contractile de l'hémilangue du côté opposé au siège cortical de la lésion. De ce point de vue, les études physiologiques récentes de W. E. Dandy sont dignes d'un grand intérêt. Cet auteur a pu observer pendant plusieurs mois trois sujets qui avaient subi, à la suite d'intervention pour tumeur cérébrale, l'extirpation de l'hémisphère cérébral droit en entier (sans lésion des

tionné, dans le but de remédier aux troubles moteurs graves et inesthétiques qu'entraîne la paralysie faciale. Tentée pour la première fois par Körte, l'anastomose hypoglosso-faciale a donné, en général, de meilleurs résultats que les anastomoses spino-faciales ou glosso-pharyngo-faciales. La suppléance fonctionnelle entre les centres corticaux du VII et du XII paraît s'établir plus facilement et les mouvements associés de la face et de la langue sont peu gênants. Vanech, en 1912, réunissant 32 cas d'anastomoses hypoglosso-faciales, observait environ 50 pour 100 de bons résultats.

b) *Section de la XIIe paire.* — La section bilatérale de la douzième paire fait apparaître une glossoplégie complète. La langue devient immédiatement flasque, inerte. Elle reste immobile sur le plancher de la bou-

che. Lorsque le malade tente d'exécuter un mouvement quelconque de la langue, il ne se produit que quelques trémulations musculaires incapables de déplacer l'organe. Ultérieurement, apparaît une amyotrophie linguale totale. La langue diminue de volume, devenant ridée, plissée. Elle conserve cependant toute sa sensibilité tactile et gustative. Les fibrillations sont bilatérales si les noyaux sont intéressés. Nous avons vu que la localisation de ces mouvements paraissait répondre à une topographie lésionnelle.

Les réflexes salivaires provoqués par l'excitation mécanique des parties latérales de l'organe persistent. Mais les troubles fonctionnels au niveau du carrefour aéro-digestif sont vraiment importants.

La mastication est pénible. Le broyage des aliments peut s'effectuer normalement, mais la langue, paralysée, est incapable de réunir les aliments pour les placer entre les arcades dentaires. Ils s'accumulent dans le sillon gingivo-jugal, sous la langue, sur les lèvres. La déglutition devient impossible. La langue, ne pouvant agglomérer les aliments sous forme de bol, n'arrive pas à expulser vers le pharynx les parcelles placées sur elle, qui souvent s'échappent de la cavité buccale. Le malade en est réduit à une alimentation liquide. Encore est-il obligé de rejeter la tête en arrière pour projeter les liquides vers le pharynx par l'action de la pesanteur.

La voix devient monotone. La parole est difficilement intelligible, bien que les lèvres et les cordes vocales aient conservé leur motilité normale. Dans l'espèce humaine, la langue joue en effet un rôle très important dans la modulation de la voix et du chant. Elle est indispensable à la prononciation des consonnes dites linguales : d, g, k, l, n, r, s, t, v, et à l'émission correcte des autres consonnes et des voyelles (i, en particulier).

c) *Discussion de détail.* — Lannegrâce a prétendu que le grand hypoglosse n'était pas le seul nerf moteur de la langue. Outre le rameau lingual du nerf facial, qui donne quelques filets accessoires au muscle stylo-glosse, l'anastomose du premier nerf cervical fournirait également quelques ramifications motrices aux muscles de la langue. Cet auteur sectionnait l'hypoglosse au-dessus de son anastomose avec le premier nerf cervical, puis cette anastomose elle-même. L'excitation électrique du bout périphérique de l'anastomose provoquait l'apparition de contractions de la langue. En réalité, il semble qu'il s'agissait plutôt d'une diffusion de l'excitation aux fibres du bout périphérique de l'hypoglosse.

L'excitation électrique du XII lui-même, dans sa partie extra-cranienne, donne des résultats différents suivant l'intensité du courant excitant. Un courant faible ne provoque que de petites contractions fibrillaires de l'organe. Si l'intensité croit, on observe un mouvement de rétraction de la langue qui s'incurve en même temps vers le côté non excité. Un courant plus intense produit un abaissement de la langue vers le plancher buccal ; sa face inférieure s'incurve fortement, puis l'organe est projeté en avant, sa pointe dépassant les arcades dentaires. Il semble donc que des muscles différents et en nombre croissant entrent en contraction au fur et à mesure que s'élève l'intensité de l'excitant (Heidenhain, Beevor et Horsley).

Lorsque la section nerveuse porte sur l'hypoglosse avant qu'il ait émis sa branche descendante, aux troubles de la motricité de la langue s'ajoute une paralysie des muscles sous-hyoïdiens. Ce sont les muscles omo-hyoïdien, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, innervés par l'anse de l'hypoglosse, et les muscles hyo-glosse, stylo-glosse, génio-hyoïdien, ainsi que le tiers supérieur du muscle thyro-hyoïdien, innervés par des collatérales de l'hypoglosse. Cette paralysie se caractérise par une déviation légère du larynx qui est attiré en masse vers le côté sain et, surtout, par les réactions anormales de ces muscles aux excitants galvanique et faradique.

Quelques auteurs, avec Holl, Beevor et Horsley, ont prétendu que l'innervation des muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien et omo-hyoïdien provenait des anastomoses de la branche descendante du XII avec les premiers nerfs cervicaux, l'hypoglosse se rendant uniquement aux muscles de la langue. Wertheimer a pu contester l'assertion de Holl en s'appuyant sur l'anatomie comparée et l'expérimentation. Il a montré qu'après section et dégénérescence des anastomoses cervicales, l'excitation du XII faisait encore contracter les muscles de la région sous-hyoïdienne.

Oppenheim, enfin, a rejeté la participation de l'hypoglosse à l'innervation du muscle orbiculaire des lèvres, certains physiologistes ayant avancé que ce muscle recevait, par l'intermédiaire du facial, des filets moteurs venus du noyau bulbaire principal du XII.

B. Grand hypoglosse et sensibilité. — Le nerf grand hypoglosse est, à son origine, exclusivement moteur. Mais, après sa sortie du trou condylien antérieur, il reçoit quelques anastomoses du plexus cervical, du pneumogastrique et du nerf lingual qui lui donnent une sensibilité d'emprunt, sans territoire bien défini. C'est ainsi que l'hypoglosse abandonne, avant sa sortie du crâne, un petit rameau méningien qui se distribue par des filets très grêles à l'occipital et aux parois du sinus occipital postérieur. Ce filet nerveux provient à peu près certainement, par voie récurrente, de l'anastomose du pneumogastrique avec le tronc de l'hypoglosse.

Toutefois, Mayer, Vulpian, puis Floriep, ont décrit chez certains mammifères, chien, bœuf, porc, chat, une racine postérieure sensitive. Elle émerge du sillon latéral du bulbe, au-dessous des filets radiculaires postérieurs du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, et vient se fusionner avec la racine antérieure motrice. Elle porte une ébauche de ganglion, de structure histologique analogue à celle des ganglions rachidiens. Meyer et Vulpian auraient retrouvé, exceptionnellement du reste, une disposition analogue chez l'Homme. Par contre, Bach et Valentin, qui se sont longuement occupés de la douzième paire, ne l'ont jamais vue chez l'Homme. Cette racine postérieure ne semble donc exister que chez certains mammifères.

Pratiquement, la sensibilité du nerf grand hypoglosse, quand elle existe chez l'Homme, est très peu importante et empruntée aux anastomoses que ce nerf

reçoit des nerfs voisins. Elle ne saurait faire considérer l'hypoglosse comme un nerf mixte.

C. GRAND HYPOGLOSSE ET VASO-MOTRICITÉ. — Le nerf grand hypoglosse reçoit du ganglion cervical supérieur une anastomose par laquelle le grand sympathique lui fournit quelques filets vaso-constricteurs. Pierret a décrit, en outre, une voie vaso-constrictive accessoire bulbaire, constituée par des filets venant de la colonne grêle de Clarke et du tractus intermédio-latéralis. Elle passerait directement par la racine de l'hypoglosse.

La section du XII fait apparaître une légère rougeur de la moitié correspondante de la langue (Vulpian), qui s'accentue si l'on sectionne ensuite le nerf

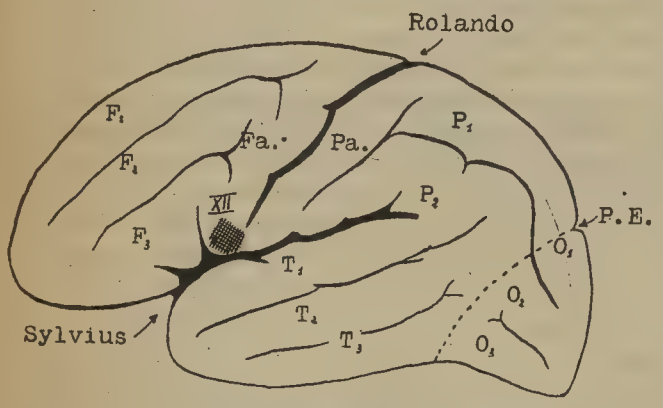


FIG. 2. — Le centre cortical de l'hypoglosse (d'après Dejerine)

lingual du même côté. L'excitation du bout périphérique du XII sectionné, chez un animal curarisé, dans le but d'éliminer les mouvements propres des muscles de la langue, provoque une légère pâleur de l'organe du côté excité et une vaso-constriction modérée des vaisseaux.

On admet généralement que les vaso-dilatateurs de la langue sont apportés par la corde du tympan à la pointe, par le glosso-pharyngien à la base de l'organe, avec quelques filets vaso-constricteurs accessoires.

II. Particularités anatomiques (encéphale et bulbe). — A. CENTRES SUPÉRIEURS. — On sait que Ferrier (1878), par l'excitation électrique de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante, déterminait l'ouverture de la bouche et la projection au dehors de la langue ramassée sur elle-même. La destruction de la même zone ne provoquait pas de paralysie, mais déterminait seulement une parésie de la moitié opposée de l'organe.

Chez l'Orang (simya satyrus), Horsley et Beevor (1890) décrivirent dans les centres moteurs corticaux une longue plage occupant tout le pied de la frontale ascendante et réservée à la langue : dans la partie supérieure se trouvait le centre des mouvements de torsion, dans la partie inférieure le centre du mouvement de rétraction. On remarquait également, confondus dans l'aire linguale centrale, les centres suivants, énumérés en allant de haut en bas : rétraction de l'angle de la bouche du côté opposé, puis pincement des lèvres, ouverture de la bouche, moue des deux lèvres.

Un peu plus tard, en 1901, Grunsbaüm et Sherrington publièrent les résultats de leurs recherches sur le chimpanzé. La zone corticale motrice du pied de la frontale ascendante comprenait les centres de la face, de la bouche et de la langue assez intriqués dans leurs territoires respectifs.

Résumant les conclusions des recherches antérieures de systématisation motrice, obtenues par excitation directe de l'écorce (Allen Starr, Keen, Horsley, Nancrède, Chipault), J. Dejerine (1914) et récemment Th. Alajouanine et L. Cornil (1933) localisent le centre de la langue dans le pli cortical qui unit le pied de la frontale ascendante à la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale (fig. 2). De là, une partie des fibres du faisceau géniculé de la voie pyramidale va s'entrecroiser avec les fibres du côté opposé, à la partie inférieure du tronc cérébral. Ce faisceau relie les centres supérieurs de l'hypoglosse aux centres bulbaires du côté opposé.

B. CENTRES BULBAIRES. — Le noyau principal, le plus volumineux, répond à l'aile blanche interne. Il est situé immédiatement au-dessous du plancher du IVe ventricule, de chaque côté de la tige du calamus scriptorius. « Il repose profondément sur le faisceau longitudinal postérieur. » (G. Guillain et I. Bertrand.) Il est complété, nous l'avons vu, par un noyau accessoire.

Comme l'écrit N. Jonesco Sisesti (1932), « outre le noyau principal de l'hypoglosse, qui représente philogénétiquement le groupe cellulaire postéro-interne de la corne antérieure de la moelle, différents auteurs en ont décrit d'autres dans son voisinage immédiat : noyau de Standerini, noyau de Roller, noyau du funiculus teres, noyau du raphé. Toutes ces formations cellulaires ne semblent avoir aucune relation physiologique directe avec l'hypoglosse. On ne peut pas en dire autant du noyau accessoire, situé dans la substance réticulée grise, en avant et en dehors du noyau principal. Malgré l'avis contraire de Ramon y Cajal, il a été rattaché à la douzième paire par Meynert, Mathias Duval, Koch et Kölliker, qui l'homologuent au groupe cellulaire antéro-externe de la corne antérieure, groupe qui, dans la moelle, est la source des racines inférieures du spinal et constitue dans le bulbe le noyau ambigu ».

Il n'est pas utile de décrire le trajet des axones qui, formant les racines de l'hypoglosse, « se portent directement en avant et un peu en dehors pour émerger après avoir contourné la voie pyramidale dans le sillon préolivaire » (G. Guillain et I. Bertrand).

Plus intéressantes, du point de vue qui nous occupe, sont les expansions dendritiques :

a) Il existe un entrecroisement de ces expansions sur la ligne médiane qui unissent les noyaux d'un côté avec ceux du côté opposé (fig. 3, schéma).

b) De plus, les noyaux moteurs de l'hypoglosse sont en relation avec les centres des nerfs voisins : le trijumeau, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique. C'est par lui que se réfléchissent les excitations transmises aux noyaux sensitifs bulbaires de ces nerfs

craniens dans l'acte de la mastication. De même, l'excitation du centre cortical du goût provoque des phénomènes moteurs dans l'hémilangue du côté opposé (Gorchkoff) ; sa destruction entraîne la dégénérescence de fibres nerveuses jusque dans les noyaux bulbaires de l'hypoglosse du côté opposé.

III. **Mécanisme du fonctionnement de la XIIe paire.** — Ces particularités anatomiques, rapprochées des données expérimentales déjà exposées, vont nous permettre d'envisager maintenant le mécanisme du fonctionnement de la XIIe paire. Nous étudierons simplement l'action générale, nous bornant à schématiser dans un tableau les manifestations motrices particulières à chacun des muscles linguaux (1).

Nous distinguerons :

a) L'action directe cortico-bulbo-périphérique ;
b) Les actions réflexes.

a) *Action directe cortico-bulbo-périphérique.* — Grâce aux connexions de chacun des centres corticaux du XII avec le noyau bulbaire opposé autant qu'avec le noyau homologue, grâce aux fibres commissurales bulbaires, les mouvements synergiques de la langue résultent de deux actions s'exerçant sur chaque hémilangue. Ils présentent donc une certaine analogie avec les mouvements des yeux.

Aussi, a-t-on pu classer en deux catégories les mouvements de la langue :

— Les mouvements par action musculaire symétrique, avancement ou retrait de l'organe, qui sont sous la dépendance de l'excitation d'un seul hémisphère et se font dans le même sens quel que soit l'hémisphère excité. Ce sont les mouvements dits à représentation corticale bilatérale.

— Les mouvements par action musculaire bilatérale et non symétrique, mouvements de latéralité de la langue obtenus par l'excitation de l'hémisphère du côté opposé à la direction du mouvement.

Physiologie des muscles de la langue.

Génio-glosse.....	Applique fortement la langue sur le plancher buccal et détermine un sillon antéro-postérieur sur la face supérieure de l'organe.
Stylo-glosse.....	*a*. Contraction unilatérale : porte en dehors et en haut le bord correspondant de l'organe. *b*. Contraction bilatérale : porte la langue en arrière et en haut, l'appliquant contre le voile du palais.
Hyo-glosse.....	*a*. Contraction unilatérale : la langue se déprime et est attirée en arrière et en haut. *b*. Contraction bilatérale : abaisse la langue et l'applique contre le plancher buccal; ramène en arrière la langue propulsée.
Palato-glosse.....	Porte la langue en arrière et en haut, l'appliquant contre le voile du palais.
Pharyngo-glosse...	Porte la langue en arrière et en haut.
Amygdalo-glosse..	Applique la base de la langue contre le voile.
Lingual super.....	Soulève et rétracte la pointe de la langue.
Lingual infér.....	Abaisse et rétracte la pointe de la langue.
Transverse.....	Rapproche les bords de l'organe. Il arrondit la langue et l'effile.

Le mécanisme d'action musculaire bilatérale et non symétrique a été étudié par Beevor et Horsley dans leurs expériences de section longitudinale médiane de la langue. Voici l'une des conclusions de ces auteurs : la déviation latérale de la langue est due à l'action combinée des muscles rétracteurs du côté opposé (lingual par exemple) et du muscle protruseur du côté du mouvement (génio-hyoïdien).

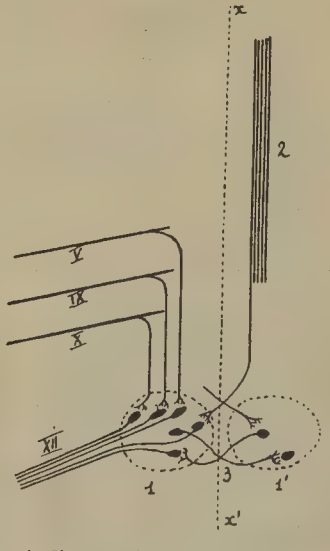


Fig. 3. — Schéma indiquant les connexions des noyaux de l'hypoglosse (d'après Pitres et Testut modifié). — x, x' ligne médiane. — 1, 1', noyau gauche et noyau droit de l'hypoglosse. — 2, faisceau géniculé. — 3, fibres commissurales. — V, IX et X, nerfs craniens en connexion avec l'hypoglosse. — XII, nerf grand hypoglosse.

b) *Action réflexe.* — Nous l'avons vu au chapitre précédent, chaque noyau de l'hypoglosse est en connexion avec des collatérales provenant du trijumeau, du glosso-pharyngien, du pneumogastrique homolatéraux (fig. 3), et aussi avec des collatérales issues du reste du cordon antéro-latéral de la moelle. Nous savons quels rapports de voisinage étroit unissent les centres de la XIIe paire au faisceau longitudinal postérieur, voie d'association des nerfs craniens.

« Les collatérales sensitives, sur lesquelles, avec juste raison, insistent Ramon y Cajal et Winkler, nous indiquent le circuit réflexe créé par une incitation thermique, douloureuse ou gustative et nous expliquent tous les mouvements exécutés par la langue au cours de la mastication, de la déglutition ou de la succion. » (Nous ajoutons : et, dans certaines conditions, l'émission verbale correcte.) Et Jonesco Sisesti, auquel nous empruntons ces lignes, envisage le cas d'une destruction (en l'espèce une fente syringobulbique) « interposée entre le noyau de l'hypoglosse et tous ces systèmes sensitivo-sensoriels... On comprendra facilement qu'il puisse exister des troubles fonctionnels par simple interruption de l'arc réflexe, sans

(1) Cependant, Sturmann, expérimentant sur la souris, a montré que la division de Winkler du noyau principal de l'hypoglosse en plusieurs groupes cytologiques correspondait à des groupements musculaires distincts et synergiques (par exemple, stylo-glosse et hyo-glosse commandés par la région dorsale du noyau).

aucune lésion de la colonne cellulaire. Il est bien entendu qu'en semblable occurrence seuls les mouvements réflexes à point de départ buccal sont perturbés, et non les mouvements volontaires... En réalité, tous ces troubles sont corrigés, sauf destruction importante, par l'entrecroisement des expansions dendritiques qui crée une véritable anastomose en même temps qu'une synergie fonctionnelle entre les deux noyaux principaux ».

***

La XIIe paire est donc essentiellement la voie motrice périphérique qui permet par l'action synergique de ses centres bilatéraux, la contraction musculaire volontaire de la langue. Et, par voie réflexe, elle contribue pour une part importante au fonctionnement du carrefour aéro-digestif.

Bibliographie

1. Th. Alajouanine et L. Cornil. Article localisations cérébrales corticales, in *Traité de physiologie normale et pathologique* de H. Roger et L. Binet, Paris, Masson, 1933.
2. Aubrey T. Mussen. Note sur les mouvements de la langue à la suite de l'excitation du noyau, de la racine ou du nerf de la douzième paire, *Brain*, vol. XXXII, août 1909, pp. 206-208.
3. J. Babinski. Hémiatrophie de la langue, *Soc. méd. hôp. Paris*, 31 juillet et 26 nov. 1896.
4. Beevor et Horsley. Note on some of the motors fonctions of certain cranial nerves, *Proc. of the Roy. Soc.*, t. XLIV, mai 1888.
5. A. Barbé. Un cas de section isolée du nerf grand hypoglosse, *Progrès méd.*, N° 38, 20 sep. 1919, p. 377.
6. Cajal. Histologie du système nerveux. Paris, Maloine, 1909.
7. Canestro Corrado. Sur l'anastomose hypoglosso-faciale, *Rev. de lar., otol., rhin.*, 15-30 sept. 1927, p. 563.
8. W.-E. Dandy. Etudes physiologiques à la suite de l'extirpation de l'hémisphère cérébral droit chez l'homme, *Bull. of the John Hopkins Hosp.*, t. LII, N° 1, juill. 1933.
9. Dejerine. *Séméiologie des affections du système nerveux*, Paris, Masson, 1914.
10. M. Duvernoy. *Physiologie des nerfs craniens et de l'innervation sympathique de la tête*, Besançon, 1928.
11. Ferrier. *Les fonctions du système nerveux : cerveau*, Paris, Baillière, 1878.
12. Gilis. *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique*, Paris, Masson, 1932.
13. M. Goldstein et I. Minea. Quelques localisations dans les noyaux de l'hypoglosse et du trijumeau, *Folia neuro-biologica*, vol. III, p. 135-151, 1909.
14. J. Grasset. *Les centres nerveux. Physiologie clinique*, Paris, Baillière, 1910.
15. G. Guillain et I. Bertrand. *Anatomie topographique du système nerveux central*, Paris, Masson, 1926.
16. N. Jonesco Sisesti. *La syringobulbie. Contribution à la physiopathologie du tronc cérébral*, Paris, Masson, 1932.
17. Lafite Dupont. Asymétrie vélo-palatine dans l'hémiplégie linguale, *XLe Congrès d'O. R. L.*, Paris, 1927.
18. Marchand. *Le goût*, Biblioth. internation. de psychol. expérimentale, Paris, Doin, 1903.
19. A.-M. Moll. Un cas de paralysie isolée du noyau de l'hypoglosse, *J. of nerv. et mental. dis.*, vol. XL, N° 5, mars 1913.
20. Morat et Doyon. *Traité de physiologie*, Paris, Masson, 1899.
21. Pitres et Testut. *Les nerfs en schémas. Anatomie et physiologie*, Paris, Doin, 1925.
22. Sherrington. *The integrative action of the central nervous system.*, London, Constable, 1906.
23. Testut et Jaboulay. Article hypoglosse du *Dictionnaire des Sciences médicales de Dechambre*, série 4, vol. XV, pp. 180-193.
24. Vogt (C. et O.) L'architecture et les localisations cérébrales, *Rev. neurol.*, t. 2, 1913.
25. E. Wertheimer. Article hypoglosse du *Dictionnaire de physiologie de Richet*, vol. VIII, pp. 778-789, 1909.
26. Winkler. *Manuel de neurologie*, Haarlem, 1918.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 3 juillet 1934)

Pemphigus congénital chronique. — M. J. Hallé présente un enfant de 3 ans atteint depuis la naissance d'un pemphigus récidivant généralisé avec épidermolyse extrêmement marquée ; il existe une tare syphilitique héréditaire certaine, mais les traitements spécifiques régulièrement poursuivis jusqu'à ce jour n'ont amené aucune amélioration. Il faut peut-être faire jouer un rôle à la consanguinité, les parents étant cousins germains.

L'interférométrie a montré un dysfonctionnement parathyroïdien, ovarien et surrénal total : ces troubles justifient un essai de thérapeutique par l'opothérapie. Le pronostic ne saurait en tout état de cause être dès maintenant établi.

A quel âge un enfant devient-il droitier ? — MM. Lesné et Peycelon rappellent que tout enfant est ambimane à la naissance et devient ensuite droitier, les gauchers étant une exception. Cette différenciation se fait normalement entre 9 et 11 mois ; elle peut être retardée par certains facteurs pathologiques, myxœdème, lésions cérébrales ou maladies infectieuses, ou au contraire avancée par l'éducation.

Acrodynie récidivante. Etude du syndrome vaso-moteur. — MM. B. Weill-Hallé et B. Klotz rapportent l'observation d'un cas d'acrodynie à forme psycho-acro-pathologique apparue au décours des oreillons chez un garçonnet de 13 ans, ayant déjà eu une acrodynie à l'âge de 7 ans. Il présentait un syndrome insolite constitué par de larges ecchymoses sous-conjonctivales et palpébrales. La guérison est survenue à la suite d'injections d'acétylcholine et d'une série d'irradiations par les ultra-violets.

Etudiant dans ce cas d'acrodynie le syndrome vaso-moteur, les auteurs ont constaté un état fonctionnel capillaire notablement perturbé et voisin de celui qu'on observe dans l'acrocyanose. La pression artérielle rétinienne a été trouvée très augmentée au moment de la maladie, puis est redevenue normale au moment de la convalescence. La circulation périphérique était également perturbée : l'indice oscillométrique était petit aux quatre membres et encore diminué par l'épreuve du bain chaud. Il est également redevenu normal après la guérison et a répondu normalement depuis lors aux différentes épreuves du bain chaud et du bain froid.

L'épreuve de Danielopolu a conclu à une hypersympathicotonie notable avec légère hypovagotonie. L'interférométrie n'a pas donné de résultats.

Un cas de tétanos atténué sans porte d'entrée décelable. — MM. B. WEILL-HALLÉ et B. KLOTZ ont observé chez un enfant de 4 ans un tableau net de tétanos avec trismus, faciès sardonique et contractures généralisées. Mais la rareté des paroxysmes, le manque total de phénomènes douloureux, la température voisine de la normale laissaient présager une forme atténuée. Un examen minutieux n'a permis de déceler aucune porte d'entrée cutanée ou muqueuse, si minime soit-elle. Le traitement a été obtenu très simplement par la sérothérapie sans anesthésie.

De la prévention des accidents sériques par l'auto-hémothérapie chez les sujets ayant déjà reçu du sérum. — M. ROBERT (de Clermont-Ferrand).

Péricardite primitive avec épanchement, sans lésions articulaires. — MM. CASSOUTE, GIRAUD, MONTUS et TISSOT (de Marseille) ont observé un cas de péricardite avec épanchement survenue en dehors de toute lésion articulaire, et ne s'accompagnant d'aucun signe d'endocardite. L'origine rhumatismale leur paraît cependant vraisemblable, en raison de la guérison rapide sous l'influence du traitement salicylé.

Invagination intestinale chronique par lymphosarcome du grêle. — MM. CHARLEUX et CUNY rapportent l'observation d'un cas de lymphosarcome du grêle, dont le symptôme majeur était une invagination intestinale chronique. Une intervention chirurgicale suivie de radiothérapie permit une survie qui est actuellement d'un an et demi.

Erysipèle généralisé chez un nourrisson de deux mois. Abcès résiduels multiples. — MM. ROUÈCHE, OMBRÉDANNE et CHAUSSÉ rapportent l'observation d'un nourrisson de deux mois atteint d'érysipèle ayant envahi tout le corps et s'accompagnant de température très élevée. Au bout de quinze jours, apparurent des collections suppurées multiples, bientôt suivies de dysphagie, de cornage et de tirage dus à un abcès de la gouttière pharyngo-laryngée et à une périchondrite laryngée. L'ouverture par la voie cervicale, qui paraissait la seule thérapeutique logique, a amené une guérison rapide.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1934)

Nouveaux essais sur l'influence de l'addition de substances non spécifiques à l'antigène dans la production de l'immunité antitoxique. — MM. G. RAMON, E. LEMÉTAYER et R. RICHOU. C'est l'incorporation de l'anatoxine diphtérique ou tétanique à l'huile lanolinée qui aboutit à la production la plus élevée d'antitoxine spécifique, chez le cobaye et chez le lapin. L'accroissement d'immunité que l'on obtient ainsi semble bien dû à la résorption lente de l'anti-

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE — ENTÉRITE
GASTRALGIE — CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la : NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

VOS VACANCES A LA MER ET A LA MONTAGNE. — Vous passerez des vacances délicieuses sur la Côte d'Azur.
Dans cette région privilégiée, la mer et la montagne s'allient.
Au sortir du bain, il vous suffit de lever la tête... la montagne, vous la voyez si proche que vous avez tout loisir de vous attaquer à ses pentes, pour en atteindre les cols ou les cimes. Votre goût de l'alpinisme ne vous oblige pas à renoncer aux plaisirs de la plage.
Et vous bénéficierez de prix réduits pour votre voyage : billets de famille, billets de stations balnéaires, cartes d'excursions, à votre choix.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES — SEPTICEMINE CORTIAL — 15, Boul. Pasteur — PARIS —

gène, à son élimination moins rapide et aussi à l'inflammation locale qui résulte de l'introduction sous la peau de substances non spécifiques mélangées à l'antigène anatoxique.

On peut se demander si l'emploi d'un vaccin microbien dans des conditions analogues, en utilisant les mêmes excipients, permet, lui aussi, d'obtenir un accroissement d'immunité et de quel ordre.

Phénomène de zone dans l'agglutination par le sérum des cobayes tuberculeux traités par B. Abortus. — M. W. Sarnowiec. Le sérum des cobayes tuberculisés inoculés au foyer tuberculeux avec des bacilles de Bang, n'agglutine pas aux fortes concentrations (1/30-1/50) ; mais cette agglutination se produit par des concentrations plus faibles (à partir de 1/100). Ce phénomène, qui est assimilable à un « phénomène de zone », peut également être constaté chez les animaux inoculés par voie sous-cutanée et exceptionnellement par voie péritonéale. Plus marqué lorsque la maladie est plus avancée, il est en rapport avec la nature de l'émulsion injectée ; les bacilles tués donnent à ce point de vue les meilleurs résultats.

Action de l'extrait acétonique de bacilles de Koch sur les lésions déterminées par le bacille tuberculeux humain chez le lapin. — MM. L. Nègre et J. Valtis. Chez les lapins inoculés dans la veine avec 0,01 mgr. d'un bacille tuberculeux de type humain, les rares lésions pulmonaires qu'on observe à la suite de cette inoculation ne sont pas activées par des injections sous-cutanées bi-hebdomadaires de 1 cc. d'extrait acétonique de bacilles de Koch. Si le traitement est effectué par des injections intraveineuses de 2,5 cc. de cet extrait répétées à 4 reprises dans la semaine qui suit l'inoculation virulente, on peut observer dans certains cas une légère activation des lésions pulmonaires surtout si la dose des bacilles inoculés est doublée. Des passages successifs de ces souches chez des lapins soumis à des injections intraveineuses répétées d'extrait acétonique de bacilles de Koch n'ont pas permis à ces auteurs d'augmenter le pouvoir pathogène des bacilles tuberculeux humains pour le lapin.

Propriétés pathogènes, pour la souris, des variantes dissociées R et S du bacille aviaire. — MM. Saenz et L. Costil. Les variantes dissociées des souches aviaires se comportent différemment suivant la voie d'inoculation. En effet, tandis que l'inoculation de la variante S provoque chez la souris, par voie péritonéale, l'hypertrophie du foie et de la rate caractéristique du type Yersin, elle produit, chez cet animal, par voie sous-cutanée, une tuberculose généralisée évolutive du type Villemin. L'inoculation intrapéritonéale de la variante S détermine donc chez la souris le même type de tuberculose que l'inoculation intraveineuse chez le lapin.

D'autre part, A. Saenz et L. Costil constatent que la virulence des deux variantes R et S se révèle nettement différente. De même que pour le lapin, comme ils l'ont déjà démontré, la variante S se montre très pathogène pour la souris tandis que la variante R, aux mêmes doses, est tout à fait inoffensive pour cet animal.

Inclusions produites par le virus de la fièvre jaune chez les souris inoculées sous la dure-mère. — MM. S. Nicolau, L. Kopciowska et M. Mathis.

1. Toutes les souris mortes à la suite de l'inoculation sous-durale de virus amaril, ont des inclusions dans des cellules nerveuses du névraxe.

2. Le fait est constant, quelle que soit la souche de germes utilisée.

3. Les inclusions amariles peuvent être trouvées également dans des cellules gliales du névraxe, dans des cellules endothéliales des capillaires en céphaliques, dans les cellules des plexus choroïdes ou dans les éléments de recouvrement de la paroi des ventricules latéraux, dans des cellules de Purkinje, ainsi que dans des neurones des ganglions spinaux.

4. Dans la corne d'Ammon, les inclusions oxyphiles intranucléaires peuvent atteindre la dimension de 2-4 μ ; même dans ces grandes inclusions, nous n'avons jamais vu une structure interne comme dans celles qui caractérisent la maladie de Borna.

5. Une autre région où l'on trouve facilement de belles inclusions est celle des noyaux thalamiques ; une autre encore, est constituée par les neurones les plus antérieurs des cornes antérieures de la moelle.

6. Les lésions du névraxe révèlent une encéphalo-myélite, avec, parfois, destruction des cornes antérieures de la moelle, comme dans la maladie de Heine-Medin ou dans celle de Borna.

7. Chez les souris sacrifiées, 2, 3 ou 4 jours après l'inoculation cérébrale, et chez d'autres mortes le 5e, 6e, 7e et 8e jour, on peut voir dans le noyau des cellules ganglionnaires du névraxe, toutes les phases qui précèdent la formation des inclusions amariles aux dépens du caryoplasme transformé par l'action des germes.

8. Les premières inclusions intranucléaires, entourées de halo, caractéristiques, apparaissent le 4e jour dans les neurones encéphaliques. Elles ne prennent naissance dans certains éléments de la série gliale qu'un peu plus tard.

9. Chez les animaux morts 11 à 14 jours après l'inoculation, on constate une certaine résorption des lésions encéphaliques et la disparition partielle et progressive des inclusions, dans le cerveau d'abord, dans la moelle ensuite. Dans de tels cas, les dernières cellules qui conservent des inclusions oxyphiles dans leur noyau sont les cellules gliales.

10. Absence d'inclusions dans les cellules hépatiques.

11. L'affinité du virus entraîné à cultiver dans le névraxe de la souris est loin d'être strictement neurotrope ; à l'encontre de ce que certains auteurs ont affirmé, ce même virus n'engendre pas de septinévrite dans l'organisme de l'animal d'expérience.

Des lésions analogues sont signalées chez la souris par MM. S. Nicolau, L. Kopciowska, M. Mathis et S. Saffi.

Recherche du bacille de Koch, par hémoculture sur milieu de Lœwenstein, dans le sang de 18 déments précoces. — Connaissant d'une part les résultats positifs obtenus par Lœwenstein et ses élèves dans la recherche du bacille tuberculeux dans le sang des déments précoces, d'autre part les résultats négatifs récemment publiés par MM. A. Saenz, C. Pascal, L. Costil et J. Chapoulaud, MM. Rodiet, A. Nevot et J. Maillefer ont examiné le sang de 18 hébéphréniques typiques. Les ensemencements pratiqués suivant la technique classique, laissés 48 jours à l'étuve à 37°, n'ont montré ni cultures apparentes, ni microcultures.

Action de certains acides organiques sur les sérums leishmaniens. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard-Richard et S. Nouguès. Les acides acétique, formique et lactique gélifient beaucoup plus rapidement le sérum des chiens leishmaniens que le sérum des chiens normaux. La gélification s'accompagne d'opacification. Cette action est de tout point comparable à celle qu'exerce le formol sur le sérum des chiens infectés par la leishmania.

Recherches expérimentales sur l'interférométrie. — MM. P. Laurent-Gérard et H. Simonnet. L'ablation des testicules ou des ovaires n'entraîne pas de modifications systématiques significatives dans les valeurs du pouvoir fermentaire du sérum du chien vis-à-vis des « opzims » d'ovai-

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C Seine 48283

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qu parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,

4, Place des Vosges, PARIS

Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL

GÉNATROPINE

re ou de testicule, d'hypophyse antérieure ou de thyroïde. Il en est de même de la ligature des canaux déférents, de la folliculinisation.

Réactions endocriniennes chez des chiens atteints de diabète pancréatique expérimental. — MM. L. Binet, J. Verne et R. Messimy. Chez les chiens dépancréatés et présentant les symptômes classiques du diabète pancréatique expérimental, l'hypophyse, la thyroïde, la surrénale présentent des modifications structurales marquées : dans l'antéhypophyse, abondance de cellules à la fois éosinophiles, sidérophiles et riches en mitochondries, cellules jeunes, en pleine activité ; dans les lobes intermédiaire et nerveux, abondance de colloïde ; pour la thyroïde, l'aspect correspond à un hyperfonctionnement de la glande ; pour la surrénale, si la médullaire est d'apparence normale, la corticale offre, dans les trois quarts des cas, une surcharge graisseuse prononcée, coïncidant toujours avec une surcharge graisseuse du foie.

Le diabète pancréatique semble donc s'accompagner d'un hyperfonctionnement hypophysaire intervenant probablement dans le déterminisme des modifications thyroïdiennes et cortico-surrénales observées.

Les voies d'association homolatérales de l'hypothalamus. — MM. Roussy et Mosinger, poursuivant leur étude sur le complexe hypothalamo-hypophysaire, étudient les systèmes des fibres d'association homolatérales qui relient les différents segments de l'hypothalamus.

Ces systèmes comprennent, d'une part, un contingent de fibres qui unissent l'hypothalamus moteur à l'hypothalamus végétatif ; d'autre part, des contingents reliant les corps mamillaires à l'hypothalamus végétatif. Des fibres d'association réunissent également les différents noyaux de chaque segment fonctionnel de l'hypothalamus.

Il existe donc des connexions étroites entre les différents noyaux végétatifs de l'hypothalamus et ce fait plaide en faveur d'une certaine unité fonctionnelle de l'hypothalamus végétatif.

Les corps mamillaires jouent par rapport à l'hypothalamus végétatif le rôle d'un organe de corrélation avec le cortex olfactif. Les connexions anatomiques expliquent peut-être certains troubles végétatifs observés au cours des lésions mamillaires.

L'action des milieux de culture contenant des mélanges de lécithine et de cholestérine sur la radiorésistance des protozoaires. — MM. B.-S. Levin et C. Piffault avaient montré antérieurement que des paramécies cultivées dans un milieu contenant de la lécithine à l'état colloïdal ont une résistance aux rayons X nettement supérieure à celle des témoins ; ils ont dans des expériences nouvelles obtenu un résultat identique en utilisant des émulsions de lécithines ordinaires du commerce, mais ces dernières se sont montrées rapidement plus toxiques que la colloïdale.

Ils ont en outre constaté que les mélanges lécithine-cholestérine conféraient aux infusoires une radiorésistance moins marquée, que le faisait chacun des composants isolément, et que dans certaines conditions, les mélanges paraissaient légèrement sensibilisateurs, même à des concentrations extrêmement faibles.

A propos du 3e bruit du cœur. — MM. A. Clerc, B. Zadoc-Kahn et Tavecchi, enregistrant les bruits cardiaques chez 33 sujets normaux, d'âges variés, ont constaté, presque régulièrement la présence d'un soulèvement plus ou moins accentué, se marquant de 12 à 15 100e de seconde, après les oscillations correspondant au 2e bruit, c'est-à-dire précisément au moment où se marque le 3e bruit ; or chez aucun des individus considérés, l'auscultation ne faisait entendre de son surajouté. Il semble donc qu'il s'agisse d'un même ébranlement protodiastolique, existant à l'état normal, et qui selon les conditions tantôt est décelable à l'oreille et tantôt reste au-dessous des limites de l'audition.

Action de certaines essences sur la tension artérielle. — MM. A. Clerc, J. Sterne et R. Paris ont étudié spécialement certaines essences et leurs dérivés. Parmi ces derniers les alcools se sont montrés particulièrement actifs. C'est ainsi que le linanol, le géraniol et le citronellol injectés dans les veines du chien abaissent la tension artérielle, la tension superficielle du sang complet et raccourcissent notablement le temps de coagulation. Les trois corps se rapprochent donc nettement à ce point de vue de l'octanol.

Action du venin de Vipera aspis sur la circulation. — MM. J. Gautrelet, N. Halpern et E. Corteggiani. La chute de pression produite par l'injection intraveineuse de 1/20 à 1/40 mgr de venin de Vipera aspis s'accompagne chez le chien d'une vasodilatation périphérique et intestinale, d'une constriction splénique et rénale et d'un accroissement de la viscosité sanguine avec hyperglobulie.

PRATIQUE MÉDICALE

TROIS OBSERVATIONS TYPIQUES D'EFFICACITÉ DE CERTAINS HYPNOTIQUES (1)

Par le docteur E. Coulonjou.

L'auteur publie trois observations très nettes qui prouvent que, dans l'immense majorité des cas, le sédormid, allylisopropylacétylcarbamide, est le meilleur régulateur des fonctions hypniques. Certes, le sédormid n'a pas l'action sidérante des narcotiques comme la morphine, à laquelle il faut préférer dans tous les cas le pantopon ; sans doute, il ne présente pas l'action si puissante, si énergique des barbituriques, dont le type est le somnifène (ce dernier a le grand avantage d'être le plus maniable des hypnotiques) ; toutefois le sédormid, qui n'est pas un barbiturique, est plus actif que les préparations à base de cratoegus, de valériane, de passiflore, etc... et il agit d'une manière beaucoup plus complète que les bromures (il ne faut pas oublier cependant que le sédobrol réalise le meilleur moyen d'administrer la médication bromurée) ; le sédormid, comme l'a montré dans un article particulièrement intéressant (*Concours Médical*, 27 juillet 1933) le Dr Mouchette, comme l'ont également confirmé, dans de nombreuses publications, les docteurs Perget, Godard, Dillard, Favier, Trouette, Tibi, Dalibert, Camredon, etc..., constitue le médicament le plus spécialement indiqué dans les insomnies des émotifs, des petits anxieux, des psychasthéniques, des surmenés, dans les états d'éréthisme idéatif ou psychosensoriel, dans les insomnies constitutionnelles, essentielles ou monosymptomatiques, chez les vieillards, les déments séniles, les confus, les convalescents et même les enfants. Le sédormid est un parfait régulateur du sommeil et il donne des résultats constants aux doses courantes de 0,50 à 0,75 cgr., c'est-à-dire 2 à 3 comprimés au moment du coucher (1/4 ou 1/2 doses chez les enfants, suivant l'âge).

En résumé, le sédormid, doué de propriétés sédatives et hypnotiques douces, se révèle un médicament fort utile en thérapeutique journalière, en raison de son action régulière et de son absence pratique de toxicité.

(1) *Concours médical*, N° 20, Paris, mai 1933.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél.: *Auteuil 26-62*

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

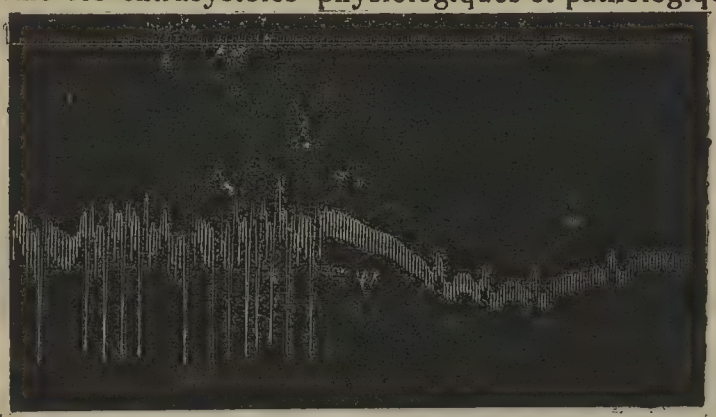
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 22 AOUT 1934. — N° 67.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE, par MM. J. Huber et J. Odinet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale des hôpitaux. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.

NOTES POUR L'INTERNAT

Abcès du foie.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 5 novembre 1934, à 9 h., à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), à partir du lundi 8 octobre jusqu'au mercredi 17 octobre 1934 inclusivement, de 15 à 18 h.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Brest. — Deux places d'internes en médecine et une place d'interne en chirurgie seront vacantes le 1er novembre 1934.

Le concours aura lieu le 15 octobre 1934, à 9 h. du matin, aux hospices civils de Brest.

Adresser demandes de renseignements et se faire inscrire avant le 1er octobre 1934 au secrétariat des hospices civils de Brest, 8 *bis*, rue Traverse.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Colonies. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Polidori, professeur à l'Ecole de médecine de Hanoï.

MARINE. — M. le médecin principal Roger Durieux est promu au grade de médecin en chef de 2e classe et admis à la retraite.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour huit places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'hôpital Henri Rousselle (service de prophylaxie mentale) s'ouvrira à Paris le jeudi 18 octobre 1934.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 17 septembre au 1er octobre 1934.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste d'interne en médecine (division des hommes) est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

Les candidats à ce poste devront être Français et titulaires de 12 inscriptions au moins.

Les internes ont un traitement allant de 7.200 fr. (début) à 7.900 fr. (maximum) avec augmentation de 300 fr. par année de service.

Ils sont nourris, logés, chauffés, éclairés et ils bénéficient d'une indemnité de doctorat de 3.000 fr. par an pour les internes pourvus du diplôme d'Etat et de 1.800 fr. pour ceux pourvus du diplôme d'Université. Les internes extériorisés reçoivent une indemnité annuelle de 4 000 fr., plus la nourriture à l'asile les jours de garde. Les internes mariés ne sont pas logés.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le directeur de l'asile public d'aliénés de Montdevergues.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

FONDATION RECASENS. — On annonce que la veuve du professeur Recasens, ancien doyen de la Faculté de médecine de Madrid, a créé en mémoire de son mari un prix annuel de 18.500 pesetas destiné à récompenser les meilleurs travaux de recherches sur le cancer.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de vacances de pratique obstétricale* (1re série), par MM. les docteurs Marcel Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Bretonneau; Vaudescal, agrégé; Lantuéjoul, agrégé, accoucheur des hôpitaux; Chevallier, agrégé, médecin des hôpitaux; Desoubry, de Peretti, Suzor, Bompart, Bidoire, anciens chefs de clinique; Adrien-Marc Weill, chef de clinique; de Manet, ancien chef de clinique adjoint, assistés des moniteurs de la clinique.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le lundi 17 septembre 1934; il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 h. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de Clinique, à la Clinique Tarnier.

Le droit à verser est de 250 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Giroux, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital Foch; André Couture (de Soissons), Coorevitz (de Nice).

2e Congrès national des médecins amis des vins de France, organisé par la Section méridionale des médecins amis des Vins de France et par l'Association de propagande pour le vin, à Béziers, du 25 au 28 octobre 1934, sous la présidence d'honneur de M. Gaston Doumergue, président du Conseil des Ministres, et la présidence effective de M. Queuille, ministre de l'Agriculture. — Sous la présidence du professeur Dieulafé, la section méridionale de la Société des médecins amis des vins de France organise le 2e congrès des médecins amis des vins. Ce congrès comportera le programme suivant :

Jeudi 25 octobre — 14 h. : ouverture du congrès à la mairie de Béziers ; de 15 à 19 h. : séance de travail. Communications par des professeurs français et étrangers. — 20 h. : dîner offert aux congressistes.

Vendredi 26 octobre. — 8 h. : départ pour Montpellier. — 9 h. 30 : à la Faculté de médecine de Montpellier, séance consacrée à des conférences sur les forces inconnues du vin : a) la puissance solaire ; b) la radio-activité ; c) les vitamines, etc., etc. ; à 12 h. 30 : déjeuner offert aux membres du corps enseignant de la Faculté de médecine et aux congressistes, à l'hôtel de la Métropole ; après-midi : 2e séance à la Faculté de médecine de Montpellier, pour les communications et discussions qui feront suite aux conférences du matin ; au retour : réception à Frontignan et à Sète.

Samedi 27 octobre. — 8 h. : départ en autocars. Visite des vignobles de la côte vermeille. Départ pour Banyuls, par Narbonne, Salces, Perpignan, Collioures, Port-Vendres. — 8 h. 45 : réception à Narbonne par la C. G. V. ; 11 h. 30 : réception à la mairie de Banyuls, vin d'honneur ; déjeuner offert aux congressistes ; visite du laboratoire Arago ; 15 h. : départ pour Béziers. Arrêt trois quarts d'heure à Perpignan ; 18 h. 45 : arrivée à Béziers. Soirée libre.

Dimanche 28 octobre. — 9 h. : Béziers, séance de travail jusqu'à midi ; midi 30 : banquet présidé par M. le Dr Queuille, ministre de l'Agriculture ; 15 h. : visite de l'exposition uvale et florale, fête des fleurs et des traditions locales.

MM. les docteurs en médecine et leurs familles qui désirent assister à ce Congrès, sont priés d'envoyer leur adhésion au secrétariat permanent, 72, allées Paul-Riquet, Béziers. Il n'y a pas de droit d'inscription.

Pour les bons de réduction à 50 p. 100, les congressistes peuvent s'adresser au secrétariat du congrès, à Béziers, ou directement à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

Les conditions les plus avantageuses sont prévues en faveur des congressistes.

Cinquantenaire de l'anesthésie locale. — C'est en octobre 1884 qu'a été publiée à Vienne (Autriche) la première observation d'une opération faite sous anesthésie locale à la cocaïne. Pour rappeler cet événement capital, qui a mis à la disposition des chirurgiens et des spécialistes en ophtalmologie, en oto-rhino-laryngologie et en stomatologie des possibilités opératoires précieuses, un comité s'est formé à Marseille qui organise une cérémonie commémorative pour le 27 octobre prochain. S'adresser au Dr Ch. Roche, ophtalmologiste des hôpitaux, Marseille.

Noël sur la Côte d'Azur. — Le XIe Voyage médical international sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen français, aura lieu, comme de coutume, durant les vacances de Noël et du 1er janvier.

La concentration se fera à Nice. Du 26 au 30 décembre, les voyageurs visiteront : La Turbie et le Trophée d'Auguste récemment restauré ; Roquebrune et son château médiéval ; le Cap Martin et ses villas splendides ; Menton et les Laboratoires du docteur Voronoff ; Monaco avec son palais princier et ses jardins célèbres ; le Musée d'Océanographie de l'Institut de France ; Monte-Carlo, où les voyageurs seront les hôtes du gouvernement de la principauté ; Beaulieu et sa flore tropicale ; le Cap Ferrat, Villefranche et sa rade.

De retour à Nice le 30 décembre, les voyageurs excursionneront dans les Alpes aux neiges éternelles (Beuil 1.500 m.) par les gorges magnifiques du Cians et de Daluis. Ils parcourront ensuite Cagnes, cité des peintres ; Vence et ses sanatoria ; Grasse et ses fabriques de parfums ; Cannes enfin, perle de la Riviera. Dans une dernière journée, ils visiteront Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, son Cap et le plus beau belvédère des Alpes, Actinopolis, le Golfe Juan et Vallauris. Le 3 janvier, une excursion facultative conduira les voyageurs dans la forêt de l'Estérel et au long de la Corniche d'Or, où ils verront Fréjus et ses monuments romains, Saint-Raphaël, Agay, Le Trayas et Théoule, parmi les rochers rouges et les calanques bleues.

La direction scientifique du voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins et des historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, assureront les démonstrations nécessaires. Tous les parcours seront effectués en autocars et les logements réservés dans les meilleurs hôtels. Des réceptions sont prévues dans la plupart des villes visitées.

Une cotisation forfaitaire minima couvrira toutes les dépenses, et les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer français, valables un mois. Ecrire au Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour tous renseignements. Le nombre des places est limité.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*au Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

PERLES
GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÈPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

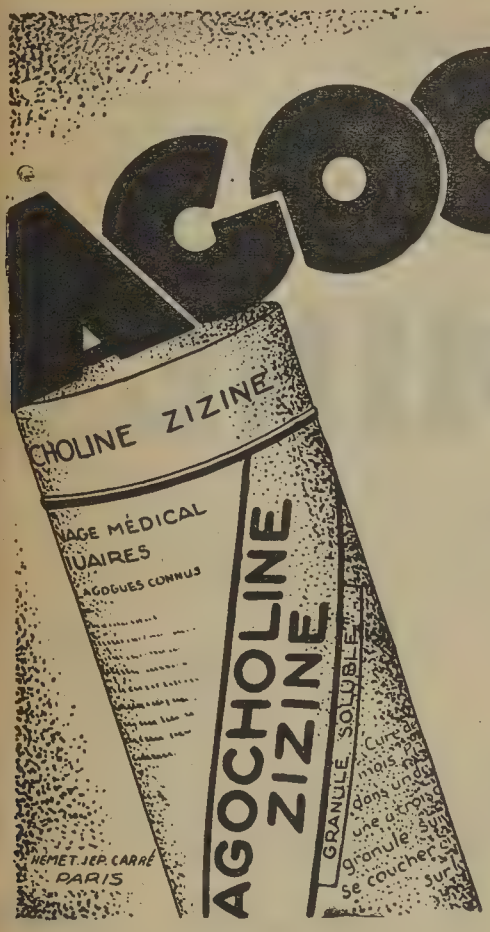
Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Paris, 9, 10 et 11 juillet 1934 (1).

Le VIIIe Congrès de l'Association française de pédiatrie s'est tenu à Paris, les 9, 10 et 11 juillet, sous la présidence du professeur Ombrédanne.

La séance inaugurale eut lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après une brève séance administrative consacrée à la lecture des rapports du professeur agrégé Cathala, secrétaire général, et du Dr Fèvre, trésorier, et au cours de laquelle il fut décidé que le prochain Congrès se tiendrait en 1936 à Bordeaux, sous la présidence du Dr Rocaz, le professeur Ombrédanne prit la parole pour prononcer le discours d'ouverture.

Il souhaita la bienvenue à tous les congressistes, et en particulier à ceux venus de province ou de l'étranger ; il exprima ensuite les regrets du recteur et du doyen, empêchés d'assister à cette séance. Aussitôt après, il donna la parole à MM. Paisseau et Valtis pour l'exposé de leur rapport.

***

Le rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie infantile

MM. Paisseau et Valtis, rapporteurs, rappellent la notion du virus tuberculeux filtrable établie par les travaux de Fontès, Vaudremer et Hauduroy, Calmette et ses collaborateurs, Arloing et Dufourt, Sergent et Durand, ainsi que les moyens de sa recherche par la tuberculose atypique du cobaye et la méthode de Nègre, Valtis et Van Deinse par les injections d'extrait acétonique de bacille tuberculeux aux animaux inoculés.

L'intérêt de ces notions pour la pathologie apparut lorsque Calmette, Nègre, Boquet et Valtis, Arloing et Dufourt, Couvelaire, Calmette, Lacomme et Valtis firent la preuve de la présence de filtrats tuberculeux dans les organes de nouveau-nés sains issus de mères tuberculeuses, chez le cobaye et chez l'homme. Les auteurs ont obtenu des résultats analogues par inoculations de produits pathologiques humains non filtrés. Ainsi se trouvait posée la double question de l'hérédité tuberculeuse et celle du rôle éventuel du virus filtrable en pathologie.

Les auteurs exposent la question du rôle du virus filtrable dans l'hérédité tuberculeuse et de sa fréquence, en insistant sur cette conclusion que ces notions nouvelles ne doivent modifier en rien les mesures actuellement appliquées à la protection des enfants sains issus de mères tuberculeuses contre la contagion maternelle et familiale qui reste le facteur essentiel des contaminations graves. La recherche comparative de réactions allergiques comparées à la tuberculine et aux filtrats tuberculeux montre qu'il peut se produire, dans un petit nombre de cas, une dissociation entre les réactions à la tuberculine et au filtrat tuberculeux et qu'il peut être possible de les utiliser pour distinguer certaines formes de tuberculose inflammatoire dans lesquelles le virus tuberculeux filtrable pourrait jouer un rôle important.

Les inoculations de liquides ou produits organiques divers dans un certain nombre d'états pathologiques, dont les relations avec la tuberculose ont été admises ou soupçonnées cliniquement : notamment polyarthrites rhumatismales aiguës ou chroniques, néphrites et néphroses lipoïdiques, épisodes méningés curables, splénopneumonies, purpuras, obtenus chez l'enfant comme chez l'adulte par de nombreux auteurs, montrent qu'on peut isoler, dans ces conditions, des bacilles acido-résistants présentant la plupart des caractères des éléments issus du virus filtrable.

Il convient, dans ces conditions, de discuter la nature exacte des bacilles rencontrés dans ces diverses observations et le rôle exact qu'il y a lieu de leur attribuer dans les divers états pathologiques au cours desquels ils ont été mis en évidence.

Dans un certain nombre de cas, les bacilles isolés par l'inoculation, souvent contrôlée par l'ensemencement, présentaient la plupart des caractères des bacilles tuberculeux issus du virus filtrable. Dans quelques-uns, moins complets, l'assimilation du virus filtrable pouvait seulement être considérée comme probable.

En effet, d'une part les produits pathologiques ou les liquides organiques inoculés au cobaye non traité par l'extrait acétonique ont donné la tuberculose atypique que l'on attribue aujourd'hui aux bacilles des éléments filtrables du bacille de Koch.

D'autre part, chez le cobaye traité par l'extrait acétonique, on peut isoler des bacilles à caractères spéciaux rappelant ceux que Nègre, Valtis et Van Deinse ont isolés chez des animaux inoculés par le filtrat tuberculeux et traités avec l'extrait acétonique de bacilles tuberculeux.

Au point de vue bactériologique, il n'est pas douteux qu'il s'agissait, dans ces cas, de bacilles tuberculeux en virulence atténuée.

En effet, on ne peut admettre l'existence d'une tuberculose paucibacillaire, car, étant donné que, dans certains cas, on trouve dans les ganglions des cobayes des bacilles acido-résistants en grand nombre, on devait provoquer, aux passages ultérieurs, une infection classique, type Villemin.

De même, il serait illogique de penser qu'il s'agissait dans nos observations de bacilles paratuberculeux. Le fait que ce bacille, lorsque les animaux n'ont pas été traités par l'extrait acétonique, ne pousse pas sur les milieux usuels, soit à l'étuve, soit à la température du laboratoire, rend cette hypothèse improbable.

D'ailleurs, le fait qu'après un certain nombre de passages successifs chez le cobaye ou qu'après le traitement par l'extrait acétonique on arrive parfois à faire récupérer à ce bacille le pouvoir tuberculigène et à le rendre cultivable plaide en faveur d'un vrai bacille tuberculeux, mais doué d'une virulence très atténuée.

Toutes ces propriétés, tant biologiques que culturales, des bacilles que nous avons trouvés et qui ressemblent de très près aux propriétés des bacilles issus de l'ultravirus tuberculeux, nous autorisent à conclure dans ces cas à l'action pathogène des éléments filtrables du bacille tuberculeux.

Au point de vue clinique, il convient, tout d'abord, de ne pas perdre de vue qu'il existait, dans la conception que nous avions de l'infection tuberculeuse, un certain nombre de lacunes. On connaît, tout d'abord, beaucoup d'états pathologiques dont les relations avec la tuberculose paraissent certaines pour les uns, très vraisemblables pour les autres. Cependant, on ne retrouve pas, dans ces affections, de lésions anatomo-pathologiques qui permettent de les faire rentrer dans le cadre de la tuberculose et les recherches bactériologiques ne fournissaient pas de renseignements plus précis, soit que le bacille n'y ait été rencontré que dans un petit nombre de cas, en quelque sorte accidentellement, et de façon trop inconstante pour fournir une démonstration probante, soit parce que les inoculations au cobaye ne provoquaient plus les lésions de l'infection tuberculeuse classique.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Or, il est digne de remarque que les faits que nous venons de rapporter et un certain nombre des observations déjà publiées concernent justement ces tuberculoses dites inflammatoires dont les relations avec la tuberculose ont été mises en cause surtout depuis Poncet.

On doit se demander ici si la présence de bacilles acido-résistants, qu'il s'agisse de bacilles typiques ou non, est bien une preuve de la nature tuberculeuse des états pathologiques au cours desquels ils ont été isolés, et permet de conclure au rôle pathogène des éléments filtrables du bacille tuberculeux qui fait l'objet de ce rapport.

Il est nécessaire de poser cette question à la suite des récents travaux qui, tout en confirmant la présence des bacilles acido-résistants dans des états pathologiques multiples, présence démontrée par les examens directs comme par les inoculations que nous avons poursuivies chez le cobaye et, dans une certaine mesure, par les ensemencements de Löwenstein, tendraient à faire considérer même le bacille tuberculeux acido-résistant adulte comme un germe ubiquitaire.

Nous opposerons à cette hypothèse les résultats des intradermo-réactions comparées à la tuberculine et au filtrat, d'après lesquelles nous avons pu constater que, dans la majeure partie des cas où nous avons décelé la présence du virus filtrable, les sujets réagissaient au filtrat et non à la tuberculine, ce qui nous paraît indiquer un certain rôle spécifique des éléments filtrables du bacille de Koch dans la pathogénie de ces observations.

Ces notions ouvrent un nouveau chapitre dans la pathogénie de la tuberculose, et ce sont les recherches à venir qui éclaireront la signification et l'importance des faits que nous avons exposés.

En tout cas, en l'état actuel de la question, il ne paraît plus discutable qu'il ressort des applications que nous avons faites à la clinique de la recherche de la tuberculose atypique que la technique du diagnostic de la tuberculose par l'inoculation du cobaye doit être revisée. En effet, dorénavant, on n'a plus le droit de conclure de l'absence de lésions classiques chez l'animal à l'absence de bacilles tuberculeux dans le produit inoculé.

La recherche de la forme atypique de l'infection tuberculeuse au cobaye décrite par Calmette et Valtis, ainsi que le traitement des animaux inoculés avec des produits suspects par l'extrait acétonique, doivent compléter la technique de l'inoculation au cobaye pour légitimer les conclusions à tirer.

Discussion.

Le professeur Nobécourt (de Paris), avec la collaboration de MM. Gouyen et Ducas, étudie, sur une statistique de 47 cas, les relations possibles entre la tuberculose et la maladie de Bouillaud. Chez l'enfant, dans 21 cas, soit 44,6 p. 100, il trouve la cuti-réaction négative à la tuberculine. Chez aucun sujet, il n'observe de signes cliniques de tuberculose en évolution. Il faut en conclure que le rhumatisme articulaire aigu, la maladie de Bouillaud, conserve son autonomie, et que la tuberculose offre des variétés cliniques nombreuses, parmi lesquelles, rarement d'ailleurs, la forme articulaire décrite par Poncet.

Le Dr Weill-Hallé (de Paris) note une discordance entre la nocivité de l'ultra-virus soutenue par quelques auteurs avec ses conséquences pratiques, s'opposant à la bénignité constante de l'inoculation de l'ultra-virus au cobaye pourtant si sensible, en contradiction également avec le rôle qu'on tend à lui attribuer dans les morts inexpliquées des nourrissons. Il demande que soit précisée la dose permettant l'intradermo-réaction valable pour caractériser la présence de l'ultra-virus.

M. Cassoute (de Marseille) rapporte deux cas de tuberculose congénitale du nourrisson qui posent le problème de la transmission transplacentaire de la tuberculose.

M. Cathala pense que le rapport de MM. Paisseau et Valtis peut être scindé en deux parties. Il ne discute pas les recherches bactériologiques qui lui paraissent du plus haut intérêt, mais il se demande si l'ultra-virus tuberculeux est bien responsable des accidents qu'on lui attribue en clinique humaine. Ce germe est, en effet, peu virulent pour le cobaye et on n'a jamais pu reproduire expérimentalement avec lui des accidents tels qu'une néphrite, un érythème noueux, etc., à l'origine desquels on lui fait jouer un rôle en clinique. Il lui paraîtrait souhaitable de voir remplir cette condition expérimentale avant d'admettre sans réserve le rôle pathogène de l'ultra-virus.

M. Lelong rappelle les recherches qu'il a poursuivies avec M. Debré sur l'enfant issu de parents tuberculeux. Il se demande quelle est la valeur exacte des bacilles acido-résistants trouvés dans les ganglions lymphatiques de ces enfants après leur mort, et si un aspect morphologique peut suffire à identifier un germe microbien.

M. Levesque rappelle que les rapports de l'érythème noueux, des néphrites, du rhumatisme, du purpura avec la tuberculose sont, depuis longtemps, soupçonnés par les cliniciens. Il ne lui semble donc pas que l'ultra-virus ait apporté de faits nouveaux dans ces cas, et il lui aurait paru intéressant de poursuivre les recherches dans d'autres maladies d'origine encore indéterminée.

M. Taillens partage les points de vue exprimés par MM. Cathala et Levesque. Les recherches bactériologiques de M. Valtis sont du plus haut intérêt, mais ne lui semblent pas avoir grande portée pratique.

M. Pichon insiste sur la nécessité de préciser la terminologie : il lui semble préférable de parler de virus filtrable et non de virus filtrant ; il faut, d'autre part, réserver le terme de tuberculose héréditaire à celles qui sont transmises par le germe lui-même, et parler dans les autres cas de tuberculose congénitale.

M. Paisseau s'accorde avec M. Nobécourt pour reconnaître que les cas de maladie de Bouillaud en relation avec la tuberculose ne sont encore que des cas exceptionnels, les constatations positives faites chez certains rhumatisants étant loin d'avoir la même valeur, notamment lorsqu'il s'agit de bacillémies.

Il répond à M. Weill-Hallé qu'il est, en effet, délicat d'établir une démarcation entre la positivité et la négativité des intradermo-réactions ; en exigeant des réactions trop étendues on court le risque de noter des réactions négatives chez des tuberculeux avérés.

Il fait remarquer à MM. Cathala et Lévesque que les résultats positifs concernent surtout des états pathologiques, notamment le rhumatisme, les néphrites et les spléno-pneumonies dont les rapports avec la tuberculose sont depuis longtemps admises par beaucoup d'auteurs.

Il insiste sur ce fait que les résultats positifs obtenus avec M. Valtis doivent être rapprochés des constatations positives obtenues par les procédés classiques et qui se sont multipliées dans ces derniers temps dans des conditions tout à fait imprévues ; microbes de sortie, cracheurs sains ou valides de bacilles tuberculeux. Ce rapprochement est encore plus étroit lorsqu'il s'agit de bacilles non virulents rencontrés non seulement dans les émonctoires, mais, ce qui est beaucoup plus singulier, dans l'intimité des tissus et dans le liquide céphalo-rachidien, ce dont l'auteur rappelle plusieurs exemples que l'on trouve dans la littérature, au cours de méningites curables chez les tuberculeux.

Ces anomalies prennent toute leur signification et montrent l'intérêt que peut présenter la notion des infections par des bacilles de virulence modifiée si on les confronte avec d'autres anomalies qui sont depuis longtemps signalées dans la tuberculose par de nombreux auteurs sans qu'on leur ait accordé l'attention qu'elles méritaient.

Il en est ainsi des tuberculoses bacillaires, surtout tuberculoses aiguës, comme les pneumonies caséeuses, et particulièrement la tuberculose primo-infection chez les noirs. De nombreuses observations établissent que, dans les tuberculoses généralisées avec des caséifications multiples, le bacille de Koch peut n'être retrouvé, malgré des recherches multiples et répétées, ni dans l'expectoration, ni sur les coupes histologiques des tubercules. Les inoculations non seulement des crachats, mais encore des tissus tuberculisés, ne tuberculisent le cobaye que de façon inconstante et d'une tuberculose expérimentale extrêmement lente et discrète comme cela a été de nouveau tout récemment signalé.

Le contraste est saisissant entre l'extrême virulence et dissémination des lésions et leur pauvreté en bacilles ou la virulence atténuée de ces bacilles et il est instructif d'opposer à ces tuberculoses sans bacilles les bacilloses sans tubercules.

On connaît aussi, en effet, des exemples surtout étudiés par les auteurs allemands de lésions inflammatoires banales, pneumoniques ou autres, que l'examen direct montre peuplées de bacilles acido-résitants souvent en abondance. Ces anomalies inexpliquées ou mal expliquées justifient la recherche dans la tuberculose d'un élément encore inconnu sur lequel on peut faire beaucoup d'hypothèses, parmi lesquelles celle du virus filtrable peut prendre place.

Si, dans la tuberculose, ni le bacille, ni le tubercule ne sont constamment associés, on ne voit pas pourquoi la virulence serait le seul élément invariable.

M. Valtis répond à M. Lelong qu'à l'heure actuelle il ne se base plus sur la constatation des éléments acido-résistants dans les ganglions de cobayes pour se prononcer sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux. Il a, en effet, démontré, avec L. Nègre et F. Van Deinse, que, par le traitement par l'extrait acétonique des cobayes inoculés avec les filtrats tuberculeux, ces éléments acido-résistants se laissent cultiver sur les milieux à l'œuf-asparagine. Ils donnent naissance à des cultures de bacilles de Koch qui présentent au début les caractères des bacilles du type aviaire, mais qui ne sont pas, comme il l'a montré avec F. Van Deinse, de véritables aviaires ; ces cultures peuvent, par la suite, par passage sur les animaux, reprendre l'aspect et les propriétés du type du bacille dont provient le filtrat. Ce fait donne la certitude que les bacilles acido-résistants que l'on trouve dans les ganglions des cobayes inoculés avec les filtrats sont de véritables bacilles tuberculeux, mais d'une très faible virulence.

En ce qui concerne les morts inexpliquées qui, d'après M. Lelong, n'existent plus depuis que les enfants issus de mères tuberculeuses ont été l'objet de soins attentifs, il tient à lui faire observer que, malgré tous ces soins, malgré l'amélioration de l'alimentation, il existe toujours des enfants issus de mères tuberculeuses qui succombent avec le syndrome de dénutrition progressive que rien ne peut expliquer. Avec son regretté maître le professeur Calmette, il a émis la simple hypothèse que ces morts étaient peut-être dues à l'ultra-virus tuberculeux, car c'est justement dans les organes de ces enfants que l'on trouve le plus souvent les bacilles de virulence modifiée, qui semblent dériver des éléments filtrables du bacille de Koch, et M. Lelong reconnaîtra que, dans un pareil cas qu'il connaît bien, les choses se sont passées ainsi.

En tout cas, les faits bactériologiques qu'il a apportés ici avec M. Paisseau sont le résultat de longues et patientes recherches entreprises depuis douze ans.

Les résultats de ces recherches, qui ont été confirmés par un grand nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger, et qui ont reçu la consécration du Congrès de Rome de 1928, ne peuvent pas être ébranlés par de simples hypothèses.

Il ne nie pas qu'il est possible que, dans la masse énorme de ses expériences, certaines erreurs inévitables puissent être intervenues, mais il peut assurer que celles-ci jouent un rôle tellement insignifiant qu'elles ne peuvent modifier en rien sa manière de voir.

Si les auteurs qui lui ont fait l'honneur de s'opposer à ses conclusions avaient bien voulu étudier expérimentalement la question avec autant de persévérance et de patience qu'il l'a fait, ils seraient sûrs que leurs constatations n'auraient pas été aujourd'hui différentes des siennes.

Il conclut donc qu'après avoir pris acte des communications qui ont été faites à ce congrès il maintient intégralement ce qu'il a écrit et avancé.

L'avenir se chargera de la manifestation de la vérité.

***

Influence des actions climatiques et météorologiques sur les maladies des enfants

I

Répercussions médicales liées aux variations météorologiques

Georges Mouriquand (de Lyon), rapporteur

Un climat, synthèse des éléments météorologiques existant en un lieu géographique précis, malgré les variantes qu'il présente suivant les heures, les jours, les saisons, constitue une moyenne annuelle d'une certaine fixité, *une constante* pourrait-on dire. Cette moyenne climatique oriente la nutrition des êtres vivant sous ce climat. Les écarts, par leur action directe ou indirecte (exaltation microbienne), engendrent des troubles ; ce sont des « facteurs de dénivellation », de choc, qui troublent l'organisme.

Il existe donc des *syndromes météorologiques* passagers ou durables suivant la durée de leur cause. Il faut en distinguer l'action brusque des *changements de climats* (plaine, mer ou montagne), causant des dénivellations favorables ou défavorables comparables aux chocs.

I. **Méthode.** — L'étude de ces faits constitue la *météorologie médicale* dont la méthode d'étude comporte une *partie technique* et une *partie clinique météorologique.*

a) La *technique météorologique* exige la compétence d'un *attaché de météorologie* spécialisé délégué d'un Observatoire, d'une Faculté des sciences ou tout autre milieu compétent, assurant la *surveillance technique des appareils* et la *liaison scientifique* entre la clinique et le laboratoire de physique ou d'astronomie indispensable à toute étude féconde.

Ce technicien *choisit* les appareils, les *installe*, assure leur *réglage* et leur *fonctionnement*, en interprète les tracés en présence du clinicien.

Il faut au minimum un *thermomètre*, un *baromètre*, un *hygromètre* enregistreurs et un *ionomètre*. Le centre météorologique régional pouvant fournir les autres renseignements, ces appareils en double seront placés l'un dans la salle, l'autre à l'extérieur.

b) *Clinique météorologique.* — Esquissée déjà par Hippocrate (la bibliographie du rapport fournit les détails d'historique essentiels), elle a peu tenté les cliniciens. On

a pensé *diathésiquement, anatomiquement, bactériologiquement*, mais *peu ou pas météorologiquement*. Le clinicien, le pédiâtre ont tort de sourire des précisions atmosphériques fournies par les familles, mais ne devront pas inversement accepter une donnée de cet ordre sans s'assurer que son importance apparaît certaine. Cet esprit d'analyse éloigné du scepticisme comme d'un excès inverse doit tendre à isoler certains troubles ou *syndromes relevant de manifestations météorologiques*, ce qui exige le contact et la collaboration étroite avec le technicien.

L'enfant, *terrain de choix*, à ce point de vue sensible à ces dénivellations, en période de croissance qui le fragilise, offre un milieu intérieur, un métabolisme hydrique notamment plus vulnérable à cet égard, des troubles fonctionnels notamment en sont la traduction fréquente, mais avec les grandes variations individuelles. Chez l'adulte, ces déséquilibres sont atténués par de *puissants appareils de régulation de la nutrition*.

II. Syndromes liés aux variations météorologiques. — On distinguera ceux qui dépendent des variations *simples*, des variations *complexes*, des variations *saisonnières* (voir rapport du Dr Woringer analysé plus loin), enfin les effets des *changements de climat* (variations provoquées).

a) Syndromes liés aux variations météorologiques simples. — Les principaux sont, le chaud, le froid, la pression barométrique, hygrométrique, la radiation solaire, l'électricité atmosphérique. Mais aucun de ces syndromes *n'est pur*, car toujours plusieurs facteurs varient dans le même sens ou en sens contraires. On ne retiendra donc que la *dominante météorologique*.

1° *Variations thermiques* : coup de chaleur et coup de froid, l'action est complexe sur la résistance de l'organisme, mais aussi sur l'action des germes pathogènes.

Syndrome du coup de chaleur aggravé par le chauffage central (Lesage), les bains, les linges et vêtements trop chauds (Ribadeau-Dumas et R. Mathieu), lié à l'été, aux jours très chauds, favorisé par une ventilation insuffisante, une stagnation d'air surchauffé, local exigu (syndrome dit sous placard), collectivités d'enfants, rôle du box trop étroit (Weill et Bertage). Il faut aérer et, mieux, *climatiser* ces boxes, dangers des couveuses mal réglées, surtout chez le prématuré, l'hypothrepsique ; danger du *surhabillement*, de la pièce trop humide (cuisine, salle de lessivage, de buanderie). Tous ces facteurs ont permis de reproduire le coup de chaleur chez l'enfant ou l'animal (Ch. Nicolle).

L'étude clinique résumée : rappelle *les formes très graves, pâleur*, somnolence, hyperthermie, 40-42, morts fréquentes ; *les formes graves* : hypersthénie, dyspnée, tachycardie, agitation, convulsions, syndrome de déshydratation, miningisme, ou méningite puriforme (Beutter, Sentis), mort en deux ou trois jours de cachexie lente, à type d'athrepsie spasmodique, ou guérison.

Formes moyennes et formes digestives : « petit coup de chaleur » fréquent dans les crèches, fièvre, vomissements, diarrhée, déshydratation pouvant précéder la diarrhée « dystrophie hydrique ».

Lésions : congestion simple encéphalo-méningée, parfois augmentation du liquide céphalo-rachidien (Lesage) ; lésions cellulaires comme dans l'insolation (Dopter-Marinesco).

Pathogénie à distinguer avec le professeur Marfan de celle du choléra infantile ; l'enfant au sein est également atteint, mais il guérira plus vite, sans séquelles athrepsiques.

Syndrome du coup de froid : a été mieux étudié, il est donc connu, chez les nourrissons l'hiver, l'hypothermie est fréquente (35 degrés au moins), ou le refroidissement simple de la face et des membres, les infections sont favorisées, la surface de rayonnement est facteur de réfrigération accélérée (Ch. Richet et Langlois) chez les amaigris, les hypothrepsiques — leur nutrition déficiente aggrave encore cet état. L'inanition (Mouriquand et Leullier) pour la même raison agit dans le même sens, l'avitaminose ne semble pas intervenir d'après les faits expérimentaux, c'est une action plus *calorique* que catalytique.

2° *Variations barométriques*. — Le mal des montagnes est connu. Les tuberculeux, les cardiaques adultes sont « barosensibles », d'où hémoptysies, hématémèses, crises d'asthme. L'influence a été signalée chez les *opérés du ventre*, les *spasmophiliques*, les *vagotoniques*. Mais ces faits paraissent, surtout chez l'enfant, liés à des perturbations variées et complexes.

3° *Syndromes par variations hygrométriques*. — Ici encore facteurs mixtes, rôle du froid humide envers le rhumatisme, les maladies respiratoires, du brouillard chez les asthmatiques. Kopaczeniski a invoqué l'électrisation des gouttelettes. Le brouillard favorise la suspension aérienne de gouttelettes, de cultures microbiennes (Trillat), ainsi que la stagnation de substances toxiques (brouillard toxique sulfureux, cas mortels de Liége). La siccité de l'air doit être étudiée (G. Mouriquand et R. Charpentier) dans le vent du Midi et le « Föhn ». Les nourrissons hydrolabiles (Finkelstein, Lesage) sont les plus vulnérables.

4° *Syndromes par variations de l'intensité des rayons solaires* liés à leur brutalité, à leur action prolongée, comme aussi à leur carence. *Le coup de soleil, l'héliothérapie* artificielle : accidents comateux subits, convulsifs, méningés, encéphalitiques, avec hypertension et signes de réaction méningée de forme variable. Les dangers de l'héliothérapie mal réglée tiennent, semble-t-il, surtout aux rayons infrarouges, caloriques et aux rayons ultra-violets provoquant l'érythème et les troubles dystrophiques. d'où cachexie lente, athrepsie confirmés par l'expérimentation.

5° *Syndromes par variations électriques*. — Encore peu étudiés, sauf dans les cas complexes (Voir syndromes des vents orageux plus loin), on note : migraines, angoisse, troubles digestifs, asthénie, liés aux rapports entre l'ionisation positive et l'ionisation négative de l'air. Il reste aussi à étudier si l'*indéterminé météorologique* dépend ou non, comme l'ont soutenu E. et H. Biancani, de l'état électrique de l'air. On a parlé aussi de l'action des taches solaires (Faure et Sardou), de celle de l'état électrique sur l'apparition de la poliomyélite. Le champ d'étude est vaste : *champ électrique, l'ionisation, magnétisme terrestre, rayons cosmiques, taches solaires...*

Ces variations dites *simples* sont en fait habituellement complexes en leurs facteurs, mais l'un d'eux est prédominant (variation *majeure*), les autres au second plan (variations *mineures*).

b) Les syndromes liés aux variations météorologiques complexes. — Ces variations complexes, certainement multiples, n'ont fait la preuve clinique de leur autonomie que pour deux syndromes : l'action *de certains vents*, et celle des *temps orageux*.

1° *Syndromes liés à l'action pathologique de certains vents (Vent du Midi et Föhn)*, ces deux sortes de vents méritent d'être rapprochés l'un de l'autre.

Chez le nourrisson déprimé, infecté, en état de dénutrition, véritable pouvoir pathogène réalisant trois types : *type irritatif simple* : nourrissons agités, nerveux, insomniques ; *type thermique simple* : poussées de fièvre de 38 à 40 degrés ; *type grave avec déshydratation* : hypersthénie presque constante, facies pâle, nez pincé, yeux excavés, lèvres gris-lilas, 40 degrés, refroidissement et mort en 24 et

48 heures ; si le vent du nord survient, véritables résurrections.

Ces troubles sont rares chez les enfants normaux, surtout au sein. *Chez l'enfant et le grand enfant*, certains météorolabiles sont irritables, inattentifs, les traits tirés, le teint jaune, accidents fréquents de prurit ou urticaire, de coryza, d'asthme ou de troubles digestifs variés (acétonémie, spasmes et coliques, diarrhée à grosses selles molles) ; quand souffle le vent du Midi, certains épileptiques font leur crise à cette occasion.

Chez l'adulte, asthénie, irritabilité, insomnie sans autre cause, anxiété, migraines, algies rhumatismales, hémoptysies chez les tuberculeux, opérés en choc plus marqué, épileptiques ou aliénés excités, troubles de ménopause exacerbés.

Le syndrome du Föhn, étudié en Allemagne, celui du vent d'est de Gibraltar, le siroco dans l'Afrique du Nord, le vent d'est du Sénégal ont été l'objet d'études mentionnées dans ce rapport. A Montevideo, le Dr Marquio a fait une étude analogue. En France, les vents de Bretagne (Courcoux), ceux du Lauraguais (professeur Marfan) offrent des particularités très intéressantes. Phénomènes de *précession clinique*. Certains faits font entrevoir que des sujets météorosensibles perçoivent les malaises avant même que le vent « soit au sol » ; ils sont à vérifier et à étudier.

Données *étiologiques et pathogéniques*. Les relations de cause à effet sont indéniables ; dans les « composants » du vent entrent les éléments chaleur, surtout l'été, baisse barométrique et hydrométrique ; l'état électrique, l'ionisation, l'indéterminé météorologique méritent encore une mise au point d'avenir, ce dernier point paraissant hors de conteste, tant pour le Föhn que pour le vent du Midi.

Syndrome des temps orageux décrit par A. Lesage dans les crèches : insomnie, cris, agitation, nervosisme dans le personnel, hyperthermie légère, perte de poids, déshydratation, infections secondaires chez les plus grands, insomnie, migraine, troubles digestifs.

c) LES SYNDROMES LIÉS AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES. Les effets de passage d'un climat à un autre sont manifestes, remarquables ou fâcheux. Certains cas se prêtent à une étude objective. Enfants inadaptés urbains, enfants diabétiques traités par l'insuline, tuberculeux, choisis entre beaucoup d'autres cas à étudier.

Les « inadaptés urbains », petits hépatiques, intolérants alimentaires, urticariens, acétonémiques nerveux... voient leurs troubles disparaître, suivant les cas à la campagne, à la mer ou à la montagne ; soit rapidement, soit en une ou deux semaines, suivant les indications cliniques, en évitant les fautes alimentaires : « dystrophie hôtelière », les troubles « allergiques » disparaissant pour ne reparaître qu'après un délai variable avec chaque cas.

Certains enfants diabétiques nécessitant l'insulinothérapie voient leur sucre disparaître ou diminuer par le simple changement de climat.

Les enfants tuberculeux, tuberculose externe ou interne peu évolutive, s'améliorent par la mer ou la montagne avec héliothérapie prudente. L'altitude leur évite tous les « allergènes » urbains, les combustions sont plus actives, l'effort de vaccination de l'organisme est rendu possible.

Mode d'action du changement climatique. On y trouve la disparition des facteurs nocifs de la ville, l'activation de la nutrition générale, de l'action des glandes, la désensibilisation, la « dénivellation météorologique » par le « choc climatique » provoquée avec la prudence voulue. On peut distinguer, chez les adultes, mais plus encore chez les enfants, *des météorostabiles*, enfants bien portants, n'offrant que peu de troubles en face des éléments atmosphériques, et des *météorolabiles* petits ou grands, sensibles soit à toutes les causes, soit à certaines perturbations spéciales : orage, vent, baisse barométrique, chaud, froid. Il faut rechercher et faire préciser par la mère *la* ou *les variations pathogènes*, et *les troubles cliniques* qu'elles engendrent, et par l'hérédité, les antécédents, le tempérament, établir pour la combattre, les causes de cette météorosensibilité.

Diagnostic des variations météorologiques pathogènes. — L'interrogatoire portera sur les divers facteurs cités plus haut, les répétitions de leurs effets, pris par les appareils techniques, l'étude biologique du sang, du système nerveux, des organes, celle de la colloïdoclasie où évolueront chez l'enfant les réactions en face de ces facteurs.

Enfants météorolabiles. — Leur sensibilité, assez comparable à un âge donné, varie aux différents âges : courbe thermique, facies tiré, déshydratation, réactions localisées (urticaire, acétonémie, diarrhée, coryza, asthme, spasmophilie, convulsions).

Terrain météorolabile souvent imprévisible, sauf un interrogatoire météorologique précis.

L'enquête doit fouiller les *données héréditaires et congénitales*, hérédité météorologique similaire à toute génération, sensibilités urbaines spéciales disparaissant hors de la ville, ou simple hérédité hépatique ou hépato-arthritique, rôle de l'hérédo-syphilis agissant sur les glandes, le foie, taux d'acétonémie ; *données personnelles*, sensibilité apparue après une infection, une dystrophie, l'hypothrepsie, l'hydroabilité des arthritiques (Lesage) ; la dystrophie *précède* souvent la déshydratation, la diarrhée secondaire est souvent éliminatrice de poisons ; *rôle du foie*, cette « note hépatique » (petit hépatisme) est plus nette chez l'enfant plus grand. On retrouve l'eczéma, l'asthme, l'urticaire, l'acétonémie, migraine, troubles digestifs, albuminerie, glycosurie intermittente. Enfants inappétents, ou gros mangeurs « inassimilateurs », foie trop gros, parfois petit, selles décolorées. Le diététique simple, le climat améliore nombre de ces cas, même sans modification du régime. Le traitement spécifique des hérédos, la cure de Vichy souvent donnent des résultats fréquents, certains cas sont tenaces et résistants à la thérapeutique.

A côté des hépatiques, il faut faire une place à la dystrophie humorale ou colloïdoclasique et à dystrophie neuro-végétative. Ces faits rentrent dans le neuro-hépato-arthritisme des anciennes classifications.

Prévention et thérapeutique des accidents liés aux accidents météorologiques. — Les principes généraux visent à supprimer les facteurs nocifs, à modifier les organismes infantiles météorolabiles, à traiter les accidents observés.

1° *Facteurs météorologiques*. — C'est la lutte contre le chaud, le froid, le sec, l'humidité. Dans les hôpitaux, les crèches, il faut « climatiser » [Jules Renaud, Mouriquand (hôpital Saint-Louis, clinique infantile de Lyon)], régulation de la chaleur et de l'hydratation de l'air des salles, arrosage (appareils enregistreurs de contrôle). En ville aussi, locaux aérés, convenables, éviter chaleur, froid, surhabillages, excès d'humidité chaude. Eviter les sorties par les vents pathogènes ; écarter les enfants des plages, séjours dans les bois ; contre les facteurs barométriques, électriques, ionisation, de nouvelles études sont nécessaires. En ville, écarter l'enfant des « allergènes nocifs ».

2° On modifiera le terrain météorolabile en s'adressant à l'hépatisme par le régime, l'action climatique associée est puissante, la cure de Vichy, le traitement spécifique s'il est justifié naturellement.

3° Les *accidents* sont justiciables d'une thérapeutique comme : refroidissement ou réchauffement, ventilation, bains ; contre les troubles généraux on emploiera le camphre, l'oxygène, les bains frais, et contre la déshydratation, boissons (thé léger sucré), goutte à goutte rectal glu-

cosé, ou sérum glucosé isotonique additionné d'une ou deux unités d'insuline.

Le professeur Mouriquand conclut ce remarquable rapport, fruit d'une expérience prolongée, d'un esprit critique avisé et d'une haute culture, en attirant l'attention sur les données suivantes : importance trop négligée des facteurs météorologiques sur la santé des enfants. Intérêt de la connaissance des syndromes liés aux divers facteurs : thermique, hygrométrique, barométrique, excès ou carence solaire, variations électriques, nécessité d'une étude critique concernant le magnétisme, l'ionisation, champ électrique, état électrique, taches solaires, rayons cosmiques.

Ces divers facteurs agissent en fait comme un élément « majeur » dans des actions complexes. Ces actions complexes, dont l'étude est déjà avancée, ressortissent aux syndromes étudiés des temps orageux, des vents du Midi, de « Föhn ».

Les changements climatiques *provoquent* des réactions organiques salutaires si elles sont prudemment réalisées.

L'étude clinique parallèle à celle des notions de technique indispensable de météorologie essaiera de préciser les causes de la sensibilité et de les traiter chez les météorolabiles, atteints d'hépatisme, de troubles colloïdoclasiques, vago-sympathiques ou neuro-arthritiques.

La *météoro-pathologie*, science nouvelle aux limites et aux horizons imprécis, fournira peut-être un jour l'explication de faits encore inexpliqués dans le domaine de la pathologie classique.

II

Influence du climat sur les conditions pathologiques de l'enfance

M. Armand-Delille, rapporteur, résume le complexe « *climat* » et le complexe « *tempérament* », montrant par là combien sont multiples les actions des « changements d'air » sur l'organisme des enfants.

Il passe en revue :

1° Le climat de plaine avec ses nombreuses variantes et s'attache surtout :

2° Au climat marin ;

3° Au climat de montagne.

Le climat marin (*côtier*), et non la pleine mer, a pour lui un air humide saturé de vapeurs et d'embruns riches en substances chimiques, une irradiation lumineuse puissante, une température stable. La zone côtière, voisine, a aussi son intérêt. M. Armand-Delille distingue les divers rivages (Arcachon, Charente-Inférieure, Gironde), le climat de la Manche, de l'Océan, de la Méditerranéc.

Le climat d'altitude à air sec, à forte activité actinique, à écarts thermiques importants, où le froid est remarquablement supporté, surtout au-dessus de 1.000 mètres, et mieux à 1.500 et 2.000 mètres.

La demi-altitude, de climat moins caractérisé, a cependant ses indications.

Influence physiologique et pathologique des divers types de climats. — *a*) Le *climat marin* stimule la nutrition, l'appétit, agit par le soleil sur le système ostéo-musculaire ; les bains salins également. Indications : le rachitisme, les péritonites tuberculeuses ascitiques et même ulcéro-caséeuses, après la période fébrile évolutive du début ; les tuberculoses locales dites chirurgicales (osseuses, ganglionnaires), et aussi les séquelles de poliomyélite des hérédo-syphilitiques.

Contre-indications : tuberculose pulmonaire, la polyarthrite rhumatismale, avec cardiopathie ; mais la tuberculose péricardo-périhépatique avec symphyse est favorablement influencée, c'est donc l'infection rhumatismale que la mer agrrave et non la déficience du muscle cardiaque lui-même.

L'entérocolite dysentériforme est souvent réveillée, elle aussi, par le climat marin. L'état névropathique, les troubles psychiques des enfants s'exagèrent souvent aussi à la mer.

Localement, il faut redouter aussi le réveil des poussées rhino-pharyngées avec otite et de complications bronchopulmonaires chez les adénoïdiens.

Sur les tuberculoses même locales, l'abus de l'héliothérapie marine est un facteur supplémentaire d'aggravation ; il en est de même chez les convalescents de pleurésie séro-fibrineuse.

b) Le *climat d'altitude* est, au contraire, recommandé dans toutes les formes de la tuberculose infantile. Rollin a montré tout ce qu'on peut attendre de l'adjonction de l'héliothérapie. Elle est encore précieuse après collapsothérapie, sur le poumon mis au repos.

Les tuberculoses chirurgicales en éprouvent aussi un effet très salutaire ; de même, mais à un degré moindre, l'ostéomyélite, l'ostéochondrite, et surtout le rachitisme. Enfin l'état lymphatique, les insuffisances endocriniennes, certaines dermatoses, la poliomyélite.

L'asthme infantile mérite une place à part par les beaux résultats du climat d'altitude, en Suisse comme en France ; parfois le retour au-dessous de 1.000 mètres ou en plaine amène la récidive.

Contre-indication : surtout les cardiopathies non compensées ; l'anémie s'exagère chez les asystoliques ; pour la même raison, les cas de pneumothorax bilatéral ne doivent pas dépasser la demi-altitude.

L'auteur conclut de cet exposé qu'il conviendrait, à côté des climats marins ou montagneux, de faire une place aux divers climats de plaine, si variés rien qu'en France, et de montrer les différences qui marquent l'originalité de chacun de ces divers climats.

III

Les influences saisonnières sur les maladies

M. Pierre Woringer (de Strasbourg), rapporteur

Ces variations morbides saisonnières, évoquées aux temps les plus reculés, ont fait l'objet d'importantes études d'Hippocrate. Les médecins s'y sont à nouveau intéressés aux XVIIe et XVIIIe siècles, après les voyages d'exploration et la colonisation, mais sans moyen d'études. La météoro-pathologie est la dernière venue, toute jeune, des branches de la médecine, elle exige la collaboration du médecin et du météorologue.

L'étude des variations saisonnières sur les bonnes statistiques montre trois types d'oscillations différents :

1° Poussée tous les deux ou trois ans (rougeole, diphtérie) ;

2° Poussée saisonnière annuelle, *fréquente ;*

3° Poussées sans date précise en rapport avec des phénomènes météoriques, « maladies météorotropes », vent du Midi, « Föhn », cyclones (Mouriquand).

I. **Méthodes d'étude.** — L'étude *médico-météorologique* est applicable à ces derniers cas. Les maladies à répercussions lentes ne relèvent actuellement ni de l'instrumentation, ni de l'expérimentation sur l'animal, mais de la *seule méthode statistique*. Elle exige d'être utilisée rigoureusement ; d'où l'importance de diagnostics exacts et précis, surtout des fièvres éruptives. L'étude d'un *district* mi-ur-

bain, mi-rural, est particulièrement instructive, tous les cas légers ou graves doivent figurer, en nombre assez grand, plusieurs centaines, pour que les moyennes soient comparables, et cela pendant trois ou quatre années au moins, puis faire une courbe moyenne de ces diverses années.

Interprétation des courbes. — En général, sinusoïdes avec un sommet et un minimum souvent éloignés de six mois. L'étude du rapport maximum/minimum le montre variable, mais presque constant dans un cas donné.

II. **Variations saisonnières des maladies.** — Très nombreux documents, trop souvent inutilisables, sauf pour les maladies infectieuses et les maladies par carence étudiées dans les climats tempérés.

On élimine les maladies saisonnières telles que rhume des foins, urticaire des fraises, paludisme ; les causes sont végétales ou parasitaires non saisonnières.

1° *Maladies infectieuses.* — Rougeole (maxima mars à juillet ; minima, août-septembre chez l'enfant). Chez les adultes (soldat), type *hiberno-vernal* (maximum entre janvier et juin) ; scarlatine, maximum en février, mais moins net ; varicelle et variole, sommet en mars. Maladies non éruptives : diphtérie, maximum entre novembre et janvier ; coqueluche plus étalée dans le temps, rarement hiberno-vernale ; la véritable grippe épidémique est peu influencée par les saisons, de même les oreillons. La méningite épidémique prédomine en mars, comme l'encéphalite ; poliomyélite en septembre.

Les infections aiguës du pharynx et des voies respiratoires, surtout broncho-pneumonies et pneumonies, ont leur maximum de février-avril ; les amygdalites seraient plus précoces. Le rhumatisme articulaire aigu débute en des moments variables, mais les documents ont une valeur discutable.

La tuberculose méningée monte de décembre à mars, jusqu'en mai, le minimum est en septembre ; les décès par tuberculose pulmonaire ont une courbe analogue. Les infections intestinales (les typhoïdes, les dysenteries, le choléra) montent de juin à septembre, puis décroissent ; les entéro-colites paraissent faire de même.

2° *Troubles digestifs du nourrisson.* — Plus rares grâce à l'hygiène du lait, ils débutent en mai, sont à leur maximum en juillet-août ; dès octobre le chiffre est pratiquement nul ; l'été chaud est plus nocif que l'été pluvieux. C'est la courbe saisonnière par excellence.

3° *Les maladies par carence*, le régime restant inchangé, offrent des variations notables. Le rachitisme (avitaminose D) est parallèle à la privation de lumière, de même la spasmophilie, mieux dépistée par l'acuité de ses manifestations: *clocher hiberno-vernal* prononcé.

La xérophtalmie (avitaminose A), nulle de juillet-novembre, remonte jusqu'en mars-avril, puis rétrocède. Le béribéri (avitaminose B) est à maximum *estivo-automnal* (juillet-août).

4° *Maladies diverses.* — Certains asthmes, l'eczéma du nourrisson, les affections endocriniennes, cutanées, les hémoptysies, l'appendicite, l'épilepsie, la pellagre, ont des relations saisonnières assez nettes également.

Il est difficile de résumer et d'analyser ces faits, nous devons renvoyer le lecteur à l'exposé détaillé et aux courbes très suggestives établies par le rapporteur.

III. **Principaux types de courbe saisonnière des maladies.** — Les faits qui précèdent peuvent paraître disparates ; si on les rapproche, on peut ramener *à trois ou quatre types* les maladies saisonnières et les courbes correspondantes :

1° Type hiberno-vernal, le plus répandu (spasmophilie), ascension rapide, clocher décembre à mai, descente brusque, où rentrent nombre d'infections de *dermatoses, d'avitaminoses ;*

2° La diphtérie offre un type voisin : *hibernal* pur ;

3° *Type estivo-automnal* (sommet août-septembre, minimum en mars), courbe décalée de six mois par rapport au type hiberno-vernal. Ce sont surtout les infections intestinales, le béri-béri, la poliomyélite ;

4° *Type estival* plus rare : pellagre, les lucides (ou dermatoses dues à la lumière), début en avril, acmé en juin, baisse dès juillet.

Ces données ne sont pas purement doctrinales, elles conduisent à orienter les recherches météorologiques, à fixer les agents climatiques salutaires ou nocifs.

IV. **Comment s'expliquent les variations saisonnières des maladies.** — Ces interprétations très délicates sont plutôt de symples hypothèses de travail que l'avenir précisera. Pour les infections, la biologie du germe pathogène peut être saisonnière et cyclique, ou encore l'organisme peut être influencé par le régime alimentaire saisonnier, ou le métabolisme peut varier avec les saisons et la résistance organique avec lui, autant d'hypothèses. L'auteur rapporte les principaux travaux qui servent de base à cette triple pathogénie et les faits expérimentaux qui les étayent. C'est l'étude physiologique qui ouvrira la voie aux déductions pathologiques.

Moro (d'Heidelberg) croit à l'existence d'une *crise hormonale printanière*, véritable *printemps biologique* créant un état réceptif spécial qui se placerait à la fin de l'hiver ; mais cette conception, surtout hypothétique, n'expliquerait que la morbidité printanière ; il n'y a pas du reste parallélisme entre les hormones et la défense anti-infectieuse. Il semble justifié de conclure que si les facteurs météoriques agissent directement sur l'organisme, le « point d'attaque » reste jusqu'ici inconnu.

V. **Les facteurs météorologiques qui déterminent les variations saisonnières des maladies.** — Ils sont nombreux et leur analyse malaisée, outre le froid et le soleil, l'humidité, la pression barométrique, les facteurs électriques, etc.

Même le rôle du froid, remis à l'étude, offre des discordances nombreuses. Pour la chaleur, à côté du coup de chaleur, il existe des actions lentes et nocives sur le tube digestif, valables dans nombre d'états estivo-automnaux. Inversement, la carence solaire, hivernale, agit sur le rachitisme et sur la spasmophilie.

Les facteurs barométriques (humidité, pression électrique), les cyclones, les tornades sont presque entièrement à étudier ; ils ne sont pas du reste parallèles aux saisons.

VI. **Comment contrebalancer l'effet pathogène des saisons.** — Il est des moyens très anciens (protection contre le froid, la chaleur), d'autres modernes (irradiations ultraviolettes).

Les questions de protection ou d'accoutumance à l'égard des facteurs nocifs se posent.

Le froid lui-même, bien manié, est un agent tonique et stimulant, si on évite les chocs dus aux trop brusques changements.

Inversement, la réfrigération des salles, des crèches, rend de précieux services. On sait les services, mais aussi les limites cliniques de l'hélio-prophylaxie, par le soleil ou les irradiations artificielles. La pellagre, au contraire, bénéficie de la mise à l'abri de la lumière. Ces faits déjà nombreux montrent tout le parti que la clinique pourra tirer de la météoropathologie lorsqu'elle aura permis d'élucider le rôle et le mode d'action de tous les autres facteurs encore ignorés dans leurs effets nocifs ou favorables et lors-

qu'il sera au pouvoir du médecin d'en modifier les actions tantôt en évitant les troubles qu'ils engendrent, tantôt en les utilisant dans ce qu'ils ont de bienfaisant.

Cette brève analyse ne peut prétendre à donner un reflet fidèle du beau rapport du Dr Woringer qui abonde en vues originales, il ne peut qu'inciter le lecteur à se reporter au texte de ce remarquable travail.

(*A suivre.*) J. HUBER et J. ODINET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JUILLET 1934)

Méningite aiguë primitive à bacilles de Pfeiffer. — MM. BENHAMOU, HUCK et JAHIER (Alger). Observation chez un enfant de 4 ans. Difficulté du diagnostic bactériologique à raison du polymorphisme des éléments microbiens à examen direct et de la nécessité de cultiver systématiquement sur milieux au sang, sur gélose à l'extrait globulaire, tout liquide céphalo-rachidien à pléocytose élevée, à polynucléose prédominante. La bactériothérapie instituée à l'aide d'un auto-vaccin resta sans effet. Il serait utile d'avoir un sérum anti-Pfeiffer.

Etude bactériologique et expérimentale d'un cas de typho-bacillose. — M. FAURE-BEAULIEU et Mlle BRUN. Cliniquement : fièvre continue à allure typhoïde. Guérison au bout d'un mois. Séro-diagnostic au T. A. B., demeure négatif. Le sang prélevé le douzième jour et ensemencé en milieu de Löwenstein donne naissance à une culture de colonies blanchâtres, formées d'éléments granulaires inégaux, donnant par clivage des diplocoques en grains de café. Les éléments granulaires représentent le stade jeune, granulaire du virus tuberculeux. Les inoculations ont permis de suivre *in vivo* l'évolution progressive de germes granuleux vers la forme bacillaire typique. Les auteurs estiment que la typho-bacillose fournit un argument en faveur de l'importance du rôle joué par les formes jeunes, granulaires du virus tuberculeux dans la genèse des tuberculoses atypiques.

Dangers de la transfusion chez certains malades porteurs d'une splénomégalie chronique. — MM. CHABROL, CACHIN et SÉGUIER. Trois cas de mort consécutive à la transfusion sanguine chez des malades atteints d'ictère hémolytique congénital et de cirrhose hypertrophique du foie, avec ou sans ascite.

Pour les auteurs, l'intervention ne doit pas être tentée sans réserve, lorsqu'on est en présence de profondes adultérations organiques.

M. Tzanck estime que les splénomégalies ne sont pas une contre-indication à la transfusion, mais qu'elles commandent une grande prudence.

La thyroxine dans le traitement de l'hypercholestérolémie des affections artérielles. — MM. LIAN et KOVATCHEFF. Diminution constante du cholestérol sanguin chez les artéritiques par la seule prescription de la thyroxine par voie digestive sans aucune restriction alimentaire. La dose utile est de 1 milligr. par jour (2 comprimés). Médication bien supportée.

Deux complications nerveuses survenues au cours de la rougeole chez des adultes. — MM. DE LAVERGNE et ACCOYER (Nancy). 1° Un cas de méningite morbilleuse : le liquide céphalo-achidien, puriforme présentant une polynucléose absolue et il y avait aglycorachie. Guérison.

2° Méningo-encéphalo-myélite, caractérisée par une atteinte marquée de la voie motrice périphérique et par d'intéressantes modifications de benjoin colloïdal.

Intoxication nouvelle : la dilaudidomanie. — M. SAINTON. Danger du dilaudide ; dérivé obtenu par hydrogénation catalytique de la morphine, préconisé comme sédatif de la douleur et de la toux. Vanté en 1931 comme non sujet à l'accoutumance, ce qui paraît faux d'après l'observation rapportée, laquelle démontre que le dilaudide a les mêmes inconvénients que la morphine, qu'il provoque un état d'euphorie et de besoin comparable à celui que provoquent la morphine et l'héroïne. Il convient de se méfier de cette médication.

Hypertension artérielle avec hyperprotidémie et hyperchlorémie plasmatique. Influence des régimes déchloruré et déprotéiné. — MM. DECOURT, AUDRY et LESOURD. Cette observation confirme le rôle encore discuté, de la rétention chlorée dans la physiopathologie de certains cas d'hypertension artérielle et permet de penser que ce rôle peut s'exercer en dehors de toute altération rénale. Elle montre l'intérêt qu'il faut porter dans ces cas à l'étude du métabolisme protéique.

Dilatation œsophagienne simulant une tumeur du médiastin. — M. HINAULT. Grande dilatation de l'œsophage qui a pu en imposer pour une tumeur du médiastin, tant l'opacité de l'image était importante.

L'auteur insiste sur le fait que les troubles fonctionnels attirant l'attention sur les voies digestives, les malades sont examinés d'emblée après ingestion de bouillie opaque, ce qui paraît la raison pourquoi le mégacœsophage est rarement pris pour une tumeur médiastinale.

Traitement radiothérapique des infections et des suppurations locales en général. — M. WEISMANN-NETTER. Résultats heureux de la radiothérapie dans ces cas. Elimination rapide des tissus mortifiés dans les anthrax des diabétiques, dans les abcès du sein, dans les hydroadénites récidivantes de l'aisselle, dans les furoncles de la lèvre supérieure.

Un cas d'intolérance au sous-nitrate de bismuth. — M. H.-P. KLOTZ. Apparition d'accidents assez importants après administration de doses habituelles de sous-nitrate de bismuth. Ces accidents d'intolérance sont très polymorphes et variables suivant l'idiosyncrasie individuelle.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 8 MAI 1934)

Arthrodèse intra-articulaire pratiquée pour coxarthrie douloureuse (présentation de malade.) — M. VINCENT.

Recherches expérimentales sur l'intoxication barbiturique et son traitement par la méthode de Haggard et Greenberg. — MM. LANGERON, PAGET et DESORGHER.

Intoxications aiguës par le gardénal ; traitement strychnique, opposition des résultats ; rôle de l'état hépatique et rénal. — MM. LANGERON, PAGET et DESORGHER.

Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre. Cholécystomie. Cholécystectomie secondaire. — M. VINCENT.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie — 10, Rue Crillon — PARIS

Evolution d'une réaction mastoïdienne constatée par la radiographie. — M. Belle.

(séance du 29 mai 1934)

Sur un cas d'inversion viscérale totale (présentation de radiographies.) — M. Bernard.

Un cas de syphilis du foie. — M. Parturier.

Etude cytologique de la vitamine C dans l'organisme. — MM. Giroud et Leblond.

Sur l'emploi d'un nouveau réactif comme agent de défécation des liquides biologiques ; phénomène de dilution. — M. Paget, Mlles Dupont et Klimpt.

Corps étrangers et rayons X. — M. d'Halluin.

Diverticule péri-duodénal (présentation de radiographies.) — MM. Camelot, Desplats et Fruchart.

Plaie par coup de couteau, de l'artère fémorale au niveau de la racine de la cuisse droite ; suture de l'artère ; résultat après cinq ans. — M. Desbonnets.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE

1° Sans préjuger de leur étiologie, il existe au point de vue chirurgical deux grandes variétés d'abcès du foie :

a) **Les grands abcès** auxquels s'applique toujours le traitement chirurgical, incision et drainage.

b) **Les petits abcès** qui, malgré quelques interventions tentées, restent souvent au-dessus des ressources de la chirurgie.

2° Les abcès du foie englobent toutes les *hépatites aboutissant à la suppuration.*

C'est dire qu'il faut extraire du cadre de leur étude les *kystes hydatiques suppurés* et d'autres suppurations secondaires à des lésions spécifiques ou tumorales du parenchyme.

ETIOLOGIE ET VOIES D'INFECTION

Au point de vue étiologique, il faut distinguer :

1. **Les abcès dysentériques** secondaires :

— A une *dysenterie amibienne en évolution* (abcès tropical) ;

— Ou plus souvent dans nos pays :

a) A une *dysenterie amibienne avérée*, mais plus ou moins oubliée chez un ancien colonial ;

b) A une *dysenterie fruste* chez un sujet qui n'est jamais allé aux colonies. On connaît depuis la guerre la fréquence et la sémiologie atténuée de ces *cas autochtones d'amibiase.*

Les amibes parviennent au foie par *voie portale.*

2. **Les abcès non dysentériques** peuvent être :

a) *D'origine entéritique.* — Ils sont secondaires à une lésion inflammatoire du tractus gastro-intestinal ; à une ulcération de l'intestin.

L'infection du foie se faisant par la *voie porte.*

b) *D'origine biliaire.* — S'observant en particulier au cours de la *cholélitiase.*

La voie de l'infection est *la voie biliaire* (angiocholite ascendante).

c) *D'origine sanguine.* — *Abcès métastatiques* secondaires à des suppurations à distance ou à une septicémie. Les microbes atteignent le foie par *voie artérielle.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1. **Grands abcès du foie.** — A) Sont dans la majorité des cas des *abcès amibiens.*

a) La forme qui nous intéresse surtout est *l'abcès phlegmoneux.*

Siège le plus souvent dans le lobe droit ;

Généralement unique ;

Volume : quelques centaines de grammes à plusieurs litres ;

Pus : « chocolat », rougeâtre, visqueux, stérile, sauf dans les cas d'infection secondaire.

Paroi : irrégulière, anfractueuse, d'aspect « effiloché ».

C'est dans cette *paroi* qu'il faut rechercher les amibes.

b) Mais il peut exister des *abcès enkystés*, véritables formes fibreuses, contenant un pus séreux ou crémeux.

c) La *péri-hépatite* concomitante est très fréquente.

C'est quand elle n'existe pas que l'ouverture spontanée de l'abcès peut donner lieu à une péritonite généralisée.

B) Il peut y avoir *des abcès non dysentériques.*

Il peut exister des abcès secondaires à des foyers septiques siégeant sur le territoire de la veine porte.

Nous insisterons particulièrement sur les *abcès* d'origine *appendiculaire.*

Anatomiquement, ils ressemblent aux abcès dysentériques, mais prennent fréquemment la *forme aréolaire.*

II. **Petits abcès du foie.** — C'est sous cette forme de « petits abcès » que se développent le plus souvent les suppurations non dysentériques.

Les petis abcès sont tantôt généralisés à toute la glande ; tantôt localisés à une portion de celle-ci.

Leur volume est variable.

A la coupe, ils ont un aspect aréolaire.

Leur contenu est un pus phlegmoneux ou noirâtre, avec parfois des calculs, des parasites. Ce pus peut contenir tous les microbes des suppurations, en particulier des colibacilles.

Les abcès d'origine métastatique sont centrés par les artérioles où se sont arrêtées les embolies.

De même, *les abcès d'origine pyléphlébilique* sont centrés par des veinules.

Les abcès d'*origine biliaire* sont d'abord intra-canaliculaires (véritables abcès ampullaires par distension du canal biliaire), mais secondairement, le pus envahit le parenchyme.

(A suivre.)

Les pertes de substance pathologiques du maxilliaire supérieur. Leur traitement chirurgical et prothétique, par les Drs Gérard Maurel et Marcel Darcissac (Paris). — Un volume 96 pages, 62 figures (Edition de la « Revue de Chirurgie Plastique », direct.-fond. : Dr Coelst. Bruxelles 1933 et Editions médicales Le François.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V°

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 25 AOUT 1934. — N° 68.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays . **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Conceptions actuelles sur quelques types cliniques d'azotémie, par M. G. Farnarier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société de biologie. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
De la pléthore. Les études médicales, par M. A. Herpin.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

GUERRE. — Service de santé. — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé les officiers de l'armée active retraités ou démissionnaires ci-après désignés qui reçoivent les affectations suivantes :

Avec le grade de médecin colonel. — MM. les médecins colonels retraités Morel, affecté à la 3e région ; Pourcines, à la 6e région ; Drevet, à la 14e région.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel. — M. le médecin lieutenant-colonel retraité Marchetti.

Avec le grade de médecin commandant. — MM. les médecins commandants retraités Ceard, affecté à la 7e région ; Masson, à la 14e région ; Dupuy de La Badonnière, à la 15e région.

Avec le grade de médecin capitaine. — M. le médecin capitaine retraité Raymond, affecté à la région de Paris.

Avec le grade de médecin lieutenant. — MM. les médecins lieutenants démissionnaires Triffault, affecté à la 1re région ; Paulus, à la 5e région ; Delrous, à la 9e région.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — *Rémunération des membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur.* — Les membres des jurys des examens et concours de l'enseignement supérieur qui ne sont pas rémunérés pour l'exercice d'une fonction publique continuent à recevoir, pour la participation à ces examens et concours, les rétributions prévues par le décret du 1er septembre 1930.

Continueront à recevoir les rémunérations prévues par le décret du 1er septembre 1930 les membres des jurys des concours et examens de l'enseignement supérieur ci-après exerçant une fonction publique rémunérée :

1° Concours d'admission à l'école normale supérieure et aux bourses de licence ;

2° Concours d'agrégation des facultés de droit, de médecine et de pharmacie ;

3° Concours général entre les étudiants des facultés de droit.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Chaire de physique médicale. (Professeur : M. André Strohl.) — Institut du radium. (Directeurs : M. Cl. Regaud et X ..) — *Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales*, organisé avec la collaboration des médecins électroradiologistes des hôpitaux de Paris. — Un enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales est fait à la Faculté de médecine et à l'Institut du radium sous la direction des professeurs Regaud et Strohl et de MM. Zimmern, agrégé à la Faculté de médecine ; Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté de médecine, et J. Belot, électroradiologiste des hôpitaux.

Son but est de donner aux étudiants et médecins français et étrangers des connaissances théoriques, pratiques et cliniques, de radiologie et d'électrologie. Il comprend :

1° Un enseignement constitué par un cours, des démonstrations et exercices pratiques et des stages dans certains services des hôpitaux de Paris en vue du certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

2° Un stage de perfectionnement ultérieur donnant droit, après examen, au diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

I. *Certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.* — Cet enseignement, d'une durée totale d'environ six mois, est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité. Il est divisé en trois parties :

Première partie : Physique des rayons X. Technologie. Radioactivité. Radiodiagnostic.

Deuxième partie : Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.

Troisième partie : Electrologie. Photothérapie.

Pour chacune des trois parties de l'enseignement, une affiche ultérieure fera connaître le programme détaillé, l'horaire et le nombre des leçons, ainsi que l'organisation des stages et des travaux pratiques.

Les élèves qui auront suivi assidûment une ou plusieurs parties du cours, participé régulièrement aux travaux pratiques et accompli un stage hospitalier, pourront subir, en partie ou en totalité, un examen à matières multiples. Le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales sera délivré aux candidats reçus aux trois parties de cet examen.

Le cours commencera le 5 novembre 1934, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine.

Il aura lieu tous les jours, à la même heure.

Les leçons orales sont publiques. Les exercices pratiques et stages sont réservés à ceux qui se seront fait inscrire en vue de l'obtention du certificat.

Les droits à verser sont de : un droit d'immatriculation, 60 fr. ; un droit de bibliothèque, 40 fr. ; un droit de laboratoire pour chacune des parties du cours, 250 fr. ; un droit d'examen, 250 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), de 14 à 16 h., les lundis, mercredis et vendredis.

Le nombre des places est limité.

II. *Diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris* (durée : deux ans). — Cet enseignement est réservé aux docteurs en médecine ayant passé le certificat d'études préparatoires de radiologie et d'électrologie médicales.

Il comprend quatre stages, d'un semestre chacun, accomplis dans certains services désignés spécialement.

A la suite de cette période de stage, les candidats pourront subir un examen comprenant : 1° une interrogation portant sur la radiologie et l'électrologie médicales ; 2° la présentation d'un mémoire (dactylographié en cinq exemplaires) ; 3° une épreuve pratique ; 4° une épreuve clinique.

Les candidats ayant satisfait à cet examen recevront le diplôme de radiologie et d'électrologie médicales de l'Université de Paris.

Les candidats au diplôme sont priés de bien vouloir s'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., avant le 15 octobre de chaque année.

En s'inscrivant, ils devront déposer une demande indiquant les services où ils désirent accomplir leurs stages.

Les stages, d'une durée de six mois chacun, commenceront le 1er novembre.

Les droits à verser sont de : 2 droits annuels d'immatriculation à 60 fr., 120 fr. ; 2 droits annuels de bibliothèque à 40 fr., 80 fr. ; 1 droit d'examen, 250 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec émotion la mort de M. le professeur Léon Bernard, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil supérieur de l'hygiène publique, délégué permanent de la France au Comité d'hygiène de la S. D. N., commandeur de la Légion d'honneur, décédé le 18 août 1934 à Clermont-Ferrand.

Les obsèques ont eu lieu à Paris.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Biron (d'Argenteuil), décédé accidentellement, et du docteur Lorimy, ancien député de Coulommiers, décédé à l'âge de 84 ans.

LIVRES NOUVEAUX

Le livre du diabétique : hygiène, régime, traitement (1), par Louis Caillon, médecin de l'Hôpital thermal de Vichy.

Ce livre, qui ouvre la série des livres de la Collection « Le livre du malade », n'est pas simplement un ensemble de conseils au milieu desquels le malade hésite à trouver sa ligne de conduite ; c'est un véritable guide méthodique, essentiellement pratique et clair, que le diabétique n'aura qu'à suivre pour s'assurer, sans aucun effort qu'un peu de bonne volonté, un régime efficace. Ce livre, d'autre part, facilitera la tâche du médecin dans la prescription de tous les détails minutieux du régime et de la cuisine.

Sont envisagés successivement :

Le *régime*, comprenant les procédés commodes en vue d'établir la tolérance du malade en hydrates de carbone, et le moyen rapide, une fois cette tolérance connue, d'instituer le régime approprié et varié, grâce à des tableaux d'une lecture extrêmement facile.

Les médicaments dans le diabète et la *thérapeutique insulinique*, avec les détails que tout malade doit connaître.

Le diabète et les cures hydrominérales. Le diabète chez les enfants. L'hygiène du diabétique : hygiène générale, l'hygiène de la peau, les bains, l'hygiène de la bouche et des dents, etc...

Le diabétique et le laboratoire : ce que le diabétique doit savoir lui-même en fait d'analyses, ce qu'il doit demander au laboratoire.

Le livre se termine par des *préparations et recettes culinaires* qui rendront le régime moins pénible au diabétique, en mettant à sa disposition des menus variés et agréables.

L. G.

(1) In-8 de 180 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, N. Maloine.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE : 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Thérapeutique endocrinologique des Troubles Ovariens
par les principes endocriniens différenciés

l'AGOMENSINE
Thérapeutique de Stimulation

Substance protéidique extraite de l'ovaire
Hormone congestive et vasculaire

Action { Stimulante de la fonction ovarienne
Congestionnante de l'utérus
Déclanche la menstruation

la SISTOMENSINE
Thérapeutique de Substitution et de Régulation

Substance lipoïdique extraite de l'ovaire.
Hormone de croissance et d'évolution (Allen & Doisy)

Action { Equilibrante de la fonction menstruelle.
Régularise le flux cataménial.
Antimétrorragique et.
Antidysménorrhéique.

l'ANDROSTINE
Thérapeutique de Complément et de Neutralisation

Substance protéidique extraite du testicule
Hormone hétérologue complémentaire

Action { Neutralisatrice dans l'hyperovarie.
Régularisatrice dans troubles de la puberté et de la ménopause.
Calmante et équilibrante dans troubles du sympathique pelvien.

Ces trois produits sont présentés en Comprimés et en Ampoules

LABORATOIRES CIBA-O. ROLLAND, 109-113, Boul.d de la Part-Dieu, LYON

336

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE

PANCRÉATINE LALEUF

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

REVUE GENERALE

CONCEPTIONS ACTUELLES SUR QUELQUES TYPES CLINIQUES D'AZOTÉMIE [1]

Par GEORGES FARNARIER,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Le syndrome azotémique est constitué par l'ensemble des signes dus à la rétention des corps azotés dans le sang quel que soit le mode de cette rétention.

Les premières recherches furent faites par Prévost et Dumas en 1823. Dès 1827, Bright, en même temps que Berlock, Wilson et Babington, constatait l'augmentation de l'urée sanguine au cours des néphrites. Enfin, Piorry créa le terme et la notion d'urémie en 1847. Mais il faut attendre le début du xx[e] siècle pour que la question soit étudiée sous un jour nouveau. La description du syndrome de néphrite azotémique est l'œuvre de Widal. Sans vouloir rattacher à une cause univoque l'accumulation de l'urée dans le sang, il insista au premier chef sur les lésions rénales. Il est remarquable de constater que c'est grâce à l'étude *physiologique* des néphrites que Widal put jeter la lumière sur cet immense chapitre de la pathologie.

Depuis, l'étude physiologique du fonctionnement rénal ayant fait l'objet de nombreux travaux, on est arrivé à reconnaître des causes multiples à la rétention azotée. Dès 1906, Achard et Loeper, Laubry et Paisseau avaient décrit des azotémies au cours des infections aiguës et l'azotémie des cardiaques. Widal lui-même décrivait les azotémies par ingestion exagérée d'aliments azotés. En 1912, Pasteur Vallery-Radot, dans sa thèse, étudie « l'influence de la chloruration sur l'urée sanguine ». L'étude du fonctionnement rénal a fait l'objet de nombreux travaux de Castaigne, Paillard et Chaumerliac, des travaux fondamentaux d'Ambard exposés dans la Thèse de Weill (1913), de Chabanier (1917), sur les rapports entre le taux d'urée sanguine et le débit d'élimination uréique urinaire, son livre remarquable sur la physiologie normale et pathologique des reins (1913) — des travaux de Vaquez et Cottet sur la diurèse provoquée (1910-1912). L'œuvre de Rathery, celle de Léon Blum, Van Caulaert et Grabar se rapportent surtout aux troubles du métabolisme du chlore.

Citons enfin les rapports de Lemierre et Bernard aux Journées Médicales d'Evian 1929 et enfin tout récemment le très important rapport de J. Cottet au Congrès de l'Insuffisance rénale d'Evian 1933.

Nous voyons que depuis la découverte de Widal au début du siècle, l'étude physiologique et pathologique du fonctionnement rénal est l'apanage à peu près exclusif de la médecine française. Si le syndrome azotémique a perdu son caractère absolument schématique qu'avait dessiné Widal, l'accumulation des faits nouveaux en ayant agrandi considérablement les cadres, il est possible de faire en quelque sorte la synthèse et une mise au point actuelle de la question. Il est vraisemblable que les années à venir verront, par l'apport constant d'expériences et de travaux nouveaux, le remaniement et l'éclaircissement de bien des points encore obscurs de ce chapitre en pleine évolution de la pathologie.

Nous ferons tout d'abord une étude de la diurèse uréique normale, base physiologique sur laquelle nous pourrons établir les différentes causes d'azotémie dans leurs rapports avec l'élimination de l'urée, chapitres auxquels fera suite l'étude des divers moyens modernes d'exploration fonctionnelle du rein.

Physiologie normale de la diurèse uréique. — L'urée tire son origine à peu près exclusive du foie, ce fait démontré dès 1803 par Fourcroy et Vauquelin est absolument indéniable. Elle est le dernier stade de transformation des matières protéiques amenées au foie par la veine porte sous forme d'acides aminés. Mais ces derniers ne sont pas la seule source de l'urée, il s'en forme en quantité appréciable à partir de l'ammoniaque, ou du moins de son composé organique carbamate d'ammonium. L'urée est le corps azoté le plus important au point de vue clinique. Son accumulation dans le sang au cours des néphrites chroniques est un signe de grande valeur. Mais nombre d'autres corps azotés sont sécrétés, qui eux aussi se retrouvent dans le tableau clinique. Si leur recherche est moins fréquente parce que moins commode que celle de l'urée, il est néanmoins incontestable que leur rôle n'est pas négligeable dans l'intoxication azotée.

En effet d'après les recherches de Widal et Laudat l'azote uréique représente 52, 55 % ; l'azote non uréique ou résiduel 47, 45 %. Actuellement la recherche de l'azote résiduel n'est pas d'un très grand intérêt depuis que l'on sait pratiquer le dosage des corps azotés non uréiques. Rathery et Derot les classent en deux séries : à la première appartiennent l'acide urique, la créatinine et bien entendu l'urée, qui sont des déchets azotés « *normaux* », c'est-à-dire le terme ultime de transformation protéique chez un sujet normal. Dans la seconde série se rangent au contraire le sucre protéidique, les polypeptides, les acides aminés ; la créatine, les albumoses et certaines substances produisant la réaction xanthoprotéique ainsi que l'indoxyle, ce sont là des chaînons intermédiaires de la série de désintégration protéique. Les corps de la première série permettent de se rendre compte de l'insuffisance de la sécrétion uréique du rein, ceux de la seconde série dont les rapports avec l'insuffisance rénale sont indiscutables relèvent pour une large part des troubles du métabolisme azoté extrarénal. Ce fait a été particulièrement étudié au sujet de l'indoxyle. Les résultats comparés des dosages des corps de ces deux séries renseignent sur le métabolisme azoté et les facteurs extrarénaux.

L'élimination des substances qui doivent passer du sang dans les urines peut se faire de trois manières :

1) *Elimination par effraction* C'est là un processus pathologique.

2) *Elimination par diffusion.* Les substances éliminées par ce moyen se retrouvent à un taux absolu-

(1) Nous tenons à remercier bien vivement ici notre Maître, M. le Professeur L. PAYAN, pour les précieux renseignements bibliographiques qu'il a bien voulu nous communiquer, ainsi que pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de ce travail.

ment constant dans l'urine quelle que soit l'heure d'émission de l'urine et quelle que soit la valeur fonctionnelle du rein. Leur quantité quotidienne est strictement proportionnelle au volume urinaire émis. Enfin l'analyse urinaire renseigne exactement sur leur taux dans le sang. Ces substances sont les divers alcools (méthylique, propylique, éthylique).

3) *Elimination par sécrétion* dont le type est l'élimination de l'urée. Nous n'entrerons pas dans tous les détails de cette fonction, nous ne voulons parler ici que des points présentant un grand intérêt clinique, à savoir la concentration maxima de l'urée dans l'urine et les diverses modalités de diurèse.

Les travaux originaux sur la *concentration maxima* sont ceux d'Ambard et Papin en 1909. Ils ont établi la notion que chez un sujet dont le fonctionnement rénal est normal, si son débit urinaire diminue, la concentration de l'urée dans l'urine augmente jusqu'à atteindre un taux de 50 grammes par litre, c'est le taux de la concentration maxima de l'urée dans l'urine chez un sujet normal. C'est là une notion très importante en clinique car on constate que ce taux de concentration diminue chez ceux dont les reins sont déficients, d'autre part elle permet d'affirmer qu'un sujet azotémique dont la C.M. est normale présente une uréomie d'origine extrarénale. Achard et Leblanc ont insisté sur le fait que chez les oliguriques le taux de concentration maxima s'établit spontanément.

Nous voyons par là toute l'importance qu'il faut attacher à la notion de débit dans l'élimination rénale.

Le *débit* est la quantité en poids de substance éliminée en un temps donné (24 heures). Mais ici intervient la *notion de seuil*. Il est démontré que le rein élimine des substances quelle que soit leur dose dans le sang, tandis qu'il n'est capable d'en excréter d'autres que lorsqu'elles ont atteint un certain taux dans le sang. Ambard fait entrer dans la catégorie des substances sans seuil les corps suivants : l'urée, les sulfates, les substances colorantes, en somme, toutes les subtances excrémentitielles dont l'organisme n'a pas besoin. Les autres sont avec seuil : ce sont celles dont l'organisme a besoin : glucose, Cl., Na, K., acide urique. Les premières présentent une constante uréosecrétoire définie par Ambard et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Les conditions d'excrétions des substances de la seconde série sont réglées par l'*excès sur le seuil*. Enfin, dernière condition d'excrétion, *les seuils sont mobiles*. Ambard admet pour expliquer cette mobilité des seuils une intervention du système nerveux et plus récemment encore une théorie physique. La fonction ammoniacale des reins en libérant des ions H+ ferait varier la position des seuils des substances minérales.

L'urée étant une substance sans seuil le rein est capable d'en éliminer la totalité répandue dans le sang, il est évident qu'un sujet rejetant une urine à sa concentration maxima n'élimine pas en 24 heures toute l'urée dont il est capable. Supposons une diurèse de 1 litre à la concentration de 50, il y a élimination de 50 grs. d'urée par jour, en augmentant l'ingestion des boissons on pourra faire éliminer 2 litres d'urine à 30 de concentration, donc 60 grammes d'urée par jour. De ce simple exemple, il découle que plus la diurèse est augmentée, plus il sera rejeté d'urée, d'où l'emploi des diurétiques chez les azotémiques.

De cette étude de la concentration maxima découlent un certain nombre de notions extrêmement importantes :

La diurèse indispensable : c'est la quantité d'urine à concentration maxima qu'un sujet est obligé d'éliminer pour maintenir son urée sanguine à un taux normal. Cette notion serait très intéressante si l'on pouvait savoir exactement combien chaque sujet doit rejeter quotidiennement d'urée pour dépurer son organisme, malheureusement cette quantité est impossible à déterminer. Il est néanmoins évident que cette diurèse est en fonction inverse du taux de C.M. ; ainsi chez un néphritique à C.M. basse, elle sera élevée.

Plus intéressante est la notion de *diurèse nécessaire*. On entend par là la quantité d'urée que doit rejeter un sujet pour maintenir son taux d'urée sanguine à la normale en tenant compte de l'augmentation nécessaire pour parer aux à-coups des variations dues à l'alimentation et à la valeur fonctionnelle des reins. Castaigne et Chaumerliac décrivent un certain nombre de règles : un sujet à C.M. normale (50) doit avoir une diurèse indispensable de un demi-litre, sa diurèse nécessaire sera de 1 litre si son alimentation est normale. Si ce même sujet a une alimentation richement azotée sa diurèse nécessaire devra passer à 1 litre 5 ou 2 litres. Pour les sujets à C.M. diminuée il faut ajouter 300 cc^3 de diurèse nécessaire par 10 gr. de diminution de la C.M.

Nous voyons donc que le rein est capable d'éliminer des urines ayant des concentrations uréiques très différentes chez un même individu, donc de densité variable. Ces quelques notions ont une importance capitale au point de vue diagnostique ainsi que nous le verrons plus loin.

De ce bref aperçu physiologique, dans lequel nous avons seulement envisagé les quelques points pouvant nous renseigner sur les diverses causes d'azotémie, nous voyons que la rétention azotée dans le sang peut relever de plusieurs facteurs :

1° Un trouble de l'élimination de l'urée au niveau du rein ;

2° Des troubles du métabolisme de l'urée dans l'organisme, au niveau des tissus, au niveau du foie, par troubles circulatoires et endocriniens, au cours des troubles nerveux ;

3° Par association d'une azotémie d'origine extrarénale et d'une azotémie d'origine rénale, celle-ci étant une azotémie par *surcroît*.

Nous ferons tout d'abord une étude clinique du syndrome azotémique classique, vaste tableau qui se retrouvera au cours des différentes formes pathogéniques que nous étudierons ensuite avec les quelques variantes que nous rappellerons au cours de leur étude.

Le syndrome azotémique. — Le début de l'urémie sèche de Widal est rarement brutal, le plus souvent il est lent, progressif, « il se fait au ralenti » (Widal). A la période d'état, on observera des signes d'impré-

gnation du système nerveux, des signes de surcharge humorale, des troubles digestifs.

Les troubles digestifs résident en l'inappétence pour les corps azotés, tout d'abord élective puis générale. La bouche est sèche, la langue pâteuse, c'est la « dysphagie buccale » de Guyon. Parfois même il y a de la stomatite érythémateuse (Barré) ou érythémato-pultacée. L'estomac réagit par des vomissements aqueux de plus en plus abondants, ensanglantés parfois par une hématémèse due à une ulcération gastrique. Au niveau de l'intestin l'organisme réagit par la diarrhée, abondante, séreuse, indolore, rebelle à toute thérapeutique. De même qu'au niveau de l'estomac il peut se produire une ulcération déterminant du méléna.

Les signes nerveux sont très importants et dominent souvent le tableau. Il y a de la somnolence, de l'asthénie, de l'adynamie, « il s'agit d'une véritable narcose » (Widal). Des phénomènes anxieux sont fréquents, parfois accompagnés de douleurs précordiales à type d'angor. A un stade plus avancé de l'évolution le délire à prédominance nocturne n'est pas rare. Au niveau des membres se produisent des crampes douloureuses musculaires ou articulaires (urémie articulaire de Jaccoud). Enfin au stade terminal la respiration prend le type de Cheyne-Stokes, parfois de Kussmaul. Les paralysies sont rares, lorsqu'elles se produisent elles sont flasques, incomplètes, fugaces.

Les signes oculaires sont souvent un très précieux appoint pour le diagnostic. Le myosis est connu depuis fort longtemps des auteurs.

A l'examen du fond de l'œil on décèle la rétinite albuminurique, des « taches de bougies » (Cl. Vincent), des hémorragies en flammèches sur la rétine. Au point de vue sensoriel l'amblyopie et l'amaurose sont fréquentes. Elles s'installent progressivement contrairement à l'œdème des albuminuriques.

Les troubles cutanés résident en prurit, comparé par les malades à la sensation de chatouillement d'un cheveu. A la période finale des givres d'urée se déposent sur la face, le front, la poitrine.

Les signes généraux sont progressifs, il y a de l'anémie, de l'amaigrissement, de l'hypothermie.

Au point de vue *urinaire*, il y a souvent peu de signes, de la polyurie nocturne, de la pollakiurie.

A ce tableau objectif il faut ajouter l'aspect particulier du malade, son teint jaune paille, l'odeur de son haleine, l'éclat de son regard.

L'évolution se fait progressivement vers la mort, dans la cachexie, au milieu de signes nerveux dramatiques, de crampes, de soubresauts musculaires, d'angoisse, de crises éclamptiques, le plus souvent le malade sombre dans le coma dont le diagnostic est assez facile : hypothermie, myosis, pâleur de la face, Cheyne-Stokes.

Au cours de l'évolution peuvent se produire des complications ; la parotidite infectieuse d'un pronostic fatal. La péricardite. Il y a un frottement rude, propagé jusque dans le dos. Elle peut être sèche ou à épanchement. « Le frottement péricardique sonne le glas des brightiques. » (Vaquez.)

Sur ce tableau peuvent se greffer un certain nombre de signes particuliers en modifiant l'aspect clinique. Le syndrome azotémique peut en effet s'associer à une néphrite chlorurémique, ou hypertensive, à une hépatite infectieuse grave au cours des hépato-néphrites, à une méningite de cause infectieuse pneumococcique le plus souvent latente, c'est la méningo-néphrite de Savy et Thiers. Dans d'autres cas, certains signes prennent le premier plan dans le tableau clinique. On peut observer des formes nerveuses à symptomatologie musculaire, ce sont les formes myocloniques de Roger et Chaix, f. myotonique de Merklen et Gonnelle, f. myosthénique de Boidin et Trotain, f. tétanique de Jaccoud, f. convulsive de Thiers — des formes à symptomatologie psychique, c'est la folie brightique décrite par Dieulafoy, ou bien des mélancolies dépressives, des délires expansifs à symptomatologie méningée. Enfin l'évolution peut se faire suivant divers modes : l'azotémie aiguë au cours des néphrites aiguës, des azotémies à marche foudroyante, des azotémies sans signes fonctionnels (azotémies ambulatoires de Javal) ou bien à évolution progressive ainsi que nous l'avons déjà vu.

Tel est le tableau de l'azotémie classiquement décrite par Widal, nous allons étudier maintenant quelles sont les causes capables de déterminer un tel ensemble clinique et les modifications qu'on peut y observer suivant la pathogénie.

I. **Les azotémies d'origine rénale.** — C'est là la cause d'hyperazotémie la plus fréquente, la plus anciennement et la mieux connue. Aussi serons-nous assez bref sur son étude. Nous l'envisagerons au cours des néphrites aiguës, des néphrites chroniques, et au cours des néphrites « *fonctionnelles* ».

1° Au cours des néphrites aiguës. — Il y a souvent ici une azotémie à un taux très élevé jusqu'à 4 grammes, dans d'autres cas le chiffre d'urée sanguine reste à peu près normal. L'hyperazotémie s'accompagne le plus souvent d'oligurie ou même d'anurie. Si l'évolution de la maladie se prolonge, la rétention azotée aboutit aux signes cliniques d'une azotémie brightique, l'évolution en est identique, il y a un syndrome azotémique avec en plus des signes généraux d'infection. On ne peut ici tabler le diagnostic sur le taux d'urée sanguine, car son élévation est imputable aussi bien à l'oligurie ou l'anurie qu'à la lésion rénale. Chez certains malades dont le taux d'urée a été très élevé on voit celui-ci rétrocéder et la guérison survenir. Lorsque l'azotémie se prolonge pendant plusieurs jours à un taux élevé, on peut en inférer qu'elle relève de la lésion rénale et non de l'oligurie. Enfin ces azotémies présentent deux caractères assez remarquables ; la guérison rapide par la thérapeutique qui même dans les cas les plus graves peut avoir une action décisive, — son passage fréquent à la chronicité, le rein est « *débile* », la guérison se fait par la sclérose rénale génératrice de néphrite chronique.

2° Au cours des néphrites chroniques. — Nous n'insisterons pas davantage sur l'azotémie du mal de Bright. Si actuellement on a appris à reconnaître de multiples causes à l'élévation du taux d'urée sanguine, il n'en reste pas moins que la plus importante,

la plus fréquente est le mal de Bright. Les lois de Widal, malgré les quelques modifications qu'on peut leur apporter par suite de divers facteurs : repos du malade agissant sur la congestion du rein, les œdèmes, les troubles de l'élimination aqueuse, les lésions vésicales, l'alimentation azotée, la chloruration du régime, — n'en gardent pas moins toute leur valeur et ont au moins le mérite de donner sous une forme schématique des indications sur l'évolution et le pronostic de la maladie.

3° Au cours des néphrites « fonctionnelles ». — Ce sont là de petites azotémies passagères accompagnées de diminution de la concentration maxima de l'urée dans l'urine. Pour Castaigne et Rathery elles sont dues à de petites lésions fugaces. Ils considèrent que les cas appelés par Chabanier « *néphrites fonctionnelles* » ou même ceux baptisés « *insuffisances fonctionnelles des reins* » doivent entrer dans ce cadre. Il est évident qu'étant donné l'extrême fugacité de la lésion rénale et la difficulté que l'on a pour la reconnaître on serait tenté de rattacher de telles manifestations à une cause extrarénale. Mais il est ici un fait qui signe l'origine rénale de l'azotémie, c'est l'abaissement de la concentration maxima. D'autres auteurs rattacheraient ces petites azotémies *aux lésions parcellaires de néphrites chroniques de Brault* qui se retrouvent sur tous les reins des sujets ayant dépassé la quarantaine, mais si l'on retient seulement la disproportion entre l'extrême fréquence de la lésion et la rareté relative de l'azotémie une telle interprétation ne saurait être retenue. Fey et Robineau par contre rattachent ces néphrites fonctionnelles à un trouble lié à l'hypochlorémie. Il y a là contradiction avec les données des autres auteurs puisque au cours de ces cas on observe un abaissement de la concentration maxima. Mais en faveur de cette conception il faut retenir la disparition de l'hyperazotémie par les injections de NaCl intraveineux.

Telles sont schématiquement exposées les différentes manifestations cliniques des azotémies au cours des lésions rénales, azotémie massive au cours des néphrites aiguës où la fonction rénale est sidérée, azotémies progressives au cours des néphrites chroniques par sclérose du filtre rénal.

II. — **Les azotémies d'origine extra-rénale.** — 1° Les azotémies par excès d'apport azoté dans l'organisme — C'est un fait auquel Widal lui-même s'est attaché dès 1904. Il eût voulu établir un coefficient uréique entre la ration protéique ingérée et l'urée éliminée par l'urine. Il constatait expérimentalement sur les animaux une augmentation de 1 gramme d'urée urinaire pour 100 grammes d'urée ingérée. La même proportion se retrouverait chez l'homme. Cette épreuve est intéressante au point de vue expérimental, mais pratiquement il est très difficile d'établir le bilan des protéines ingérées. Sans s'arrêter à une recherche aussi difficile à établir, il est intéressant de savoir si par la seule augmentation de l'apport azoté dans l'organisme on peut faire augmenter le taux d'urée sanguine et cela indépendamment de toute lésion rénale. Les auteurs américains y sont arrivés en faisant ingérer de l'urée. Mais ainsi que le fait remarquer Castaigne, le débit urinaire a une importance considérable. Pour lui présentent seuls une azotémie de ce genre les sujets dont la diurèse est d'un volume inférieur à la diurèse utile. Il considère deux cas :

Les gros mangeurs pléthoriques chez qui l'insuffisance de diurèse peut être due soit à de l'insuffisance hépatique, soit à une insuffisance ventriculaire droite et dont l'azotémie cédera facilement au repos au lit et à l'administration de diurétiques.

Les *néphritiques chroniques avec azotémie par surcroît*, facile à mettre en évidence par le simple régime hypo-azoté qui supprime l'azotémie d'origine extrarénale « par surcroît », alors que subsiste seule l'élévation de l'urée sanguine imputable à la lésion rénale et à un taux en dessous duquel il est impossible de l'abaisser (concentration maxima).

2° Les azotémies par excès de formation d'urée endogène. — Nous étudierons successivement les azotémies dues aux troubles de l'uréogénèse au niveau des différents tissus de l'organisme, au cours des affections hépatiques, enfin celles qui sont dues à un dysfonctionnement des appareils régulateurs : le système nerveux et les glandes endocrines.

L'excès d'urée sanguine peut provenir d'une destruction exagérée au *niveau des tissus* :

Les hématies, c'est la pathogénie invoquée par Gilbert, Chabrol et Besnard au cours des ictères hémolytiques.

Au cours des leucémies et des anémies, l'azotémie fréquemment observée est due à la disparition des globules rouges, il y a destruction du tissu sanguin.

Au cours de *certains états pathologiques*, dans les cancers notamment, la lyse cellulaire provoquée par la radiothérapie détermine une uréogénèse exagérée. Il est à remarquer d'ailleurs que l'action des R. X. très complexe détermine également une élévation du glucose sanguin dont la pathogénie reste encore bien obscure. Au cours de la maladie de Hodgkin et en général au cours de la plupart des affections traitées par radiothérapie cet effet est signalé.

Tous les tissus peuvent libérer leur urée dans certaines conditions, c'est ce qui a été démontré expérimentalement au niveau des muscles par *l'inanition*. Les azotémies au cours des grands débats de la nutrition peuvent en être rapprochées.

Dans la même classe doivent être rangées les azotémies au cours des traumatismes, brûlures, après les interventions chirurgicales. Nous aurons l'occasion de revenir là-dessus plus loin.

Les troubles de la *fonction hépatique* dans leurs rapports avec l'urémie sont d'une interprétation beaucoup plus difficile. Dans un premier groupe de cas, la pathogénie en est facilement explicable, ce sont ceux où le foie débite trop d'urée, il y a *hyperhépatie*. Cette théorie a été énoncée par Gilbert et reprise par Lereboullet, elle paraît démontrée, en ce qui concerne certaines affections, telle la maladie de Hanot. Il convient d'opposer au point de vue pronostic les azotémies extrarénales dues à l'hyperhépatie, aux azotémies des hépato-néphrites. Ici le processus est beaucoup plus complexe. L'atteinte aiguë du foie et des reins au cours d'intoxications ou d'infections telles que la spirochétose ictéro-hémorragique peut provo-

quer une urémie de plusieurs causes. Un facteur rénal indiscutable, démontré par les lésions anatomiquement constatées. Un facteur hépatique moins patent, mais en faveur duquel Gilbert a démontré, à côté de larges plages de parenchyme hépatique détruit, une véritable hyperplasie du tissu fonctionnel hépatique. Enfin un facteur tissulaire qui n'est pas négligeable si l'on tient compte de la considérable destruction d'hématies qui se produit au cours d'un ictère. Il est difficile de faire la part de chacun de ces facteurs dans cette uréogénèse au cours des hépato-néphrites, un seul pourtant paraît peu discutable à cause de la grossièreté de lésions constatées, c'est le facteur rénal.

Enfin signalons l'azotémie préictérique par désassimilation décrite par Lemierre, Merklen et Lioust.

Enfin le mécanisme régulateur de l'uréogénèse peut être lésé au niveau du *système nerveux*. Les lésions nerveuses organiques peuvent s'accompagner d'une hyperazotémie, c'est ce qu'ont publié Javal au cours d'une hémorragie cérébrale, Courtois au cours de l'encéphalite épidémique, Prosper Merklen au cours de méningites. Citons aussi l'observation de May et Lhermitte qui au cours d'une syphilis cérébrale avec lésions prédominant au niveau du 3e ventricule notèrent une hyperazotémie considérable. Au cours de certaines psychoses, ou plus vraisemblablement dans des cas où il s'agit de véritables méningo-encéphalites, Demaye et Poirier voient varier le taux de l'urée sanguine suivant que s'améliore ou s'aggrave l'état anxieux. Même constatation d'hyperuréoémie chez des mentaux délirants par Toulouse, Marchant et Courtois. Enfin des observations de Marchant et Courtois concernant le rhumatisme cérébral et la paralysie générale.

Tous ces faits semblent prouver l'existence d'un centre nerveux régulateur de la fonction uréique. Sa réalité a été démontrée en mars 1933 par Ch. Richet Fils et Dublineau, qui par piqûre du plancher du 4e ventricule du lapin sont arrivés à déterminer des décharges uréiques urinaires avec élévation du taux d'urée sanguine.

Enfin les *glandes endocrines* elles-mêmes ont pu parfois être mises à contribution pour expliquer la pathogénie de certaines azotémies. Ce sont surtout les travaux expérimentaux parmi lesquels il convient de citer ceux de Porak et Chabanier pour la surrénale, de Castaigne et Parisot pour la thyroïde. Il ne s'agirait pas ici d'une relation avec l'action de ces glandes sur la circulation ou le métabolisme général, il y aurait ici disparition d'une *hormone* à action rénale élective.

3° Les azotémies par oligurie. — Lorsque le débit urinaire tombe à un taux inférieur à celui de la diurèse utile, il se produit une augmentation de l'urée sanguine. Cette chute de la quantité urinaire peut être due à une cause mécanique, c'est ce qui se produit au cours de l'asystolie, au cours des cirrhoses ou des ascites et en général dans tous les cas où il y a un trouble du métabolisme de l'eau. Il en est de même lorsque l'ingestion d'eau est insuffisante, ou lorsque le sujet élimine trop d'eau par voie pararénale : vomissements, diarrhée, sueurs.

A plus forte raison chez les azotémiques qui ont un chiffre de diurèse utile élevé, l'oligurie sera génératrice d'une azotémie considérable, ce sera une *azotémie par surcroît*, c'est pourquoi les vomissements et la diarrhée des urémiques, considérés jusqu'à présent comme une éventualité heureuse pour l'élimination de l'urée, sont nettement défavorables par la chute de la diurèse qu'ils provoquent.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 30 juillet 1934)

Perfusion de l'intestin et glycolyse. — MM. Rathery et P.-M. de Traverse ont constaté que la perfusion d'un liquide sucré dans les vaisseaux de l'intestin grêle (le duodénum excepté), au niveau d'une anse exclue, détermine une chute de la teneur en glucose. Cette chute se retrouve au niveau du côlon, elle est moins marquée dans ce dernier.

L'adjonction d'insuline au liquide de perfusion paraît favoriser la glycolyse.

Variations extemporanées de la chronaxie sous l'influence de la douleur provoquée dans le rhumatisme chronique. — M. Gorges Bourguignon.

Sur la filtrabilité du bacille tuberculeux. — M. Harry Plotz a constaté que le bacille tuberculeux peut passer à travers le filtre de Chamberland L., et être mis en évidence dans le filtrat concentré par électrophorèse.

Etude de l'action toxique des cations sur les cellules de divers organes cultivés « in vitro ». — MM. Charles Sannié et Jean Verne.

(séance du 6 aout 1934)

Abaissement de la réserve alcaline et mouvement du chlore dans le sang au cours de l'hyperthermie provoquée par les ondes courtes. — MM. Léon Binet, M. Laudat et J. Auclair concluent de leur expérimentation chez le chien et chez l'homme que l'hyperthermie provoquée par les ondes courtes, amenant une chute de la réserve alcaline du plasma sanguin, s'accompagne d'une légère augmentation de la teneur du plasma en chlore et d'une faible diminution de celle des globules.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 7 juillet 1934)

Solubilité de la tuberculine dans les solvants organiques des substances lipoïdiques. — MM. A. Boquet et G. Sandor. Du fait qu'elle est facilement extraite par l'alcool absolu et par l'éther anhydre, les auteurs infèrent que la tuberculine n'est pas constituée par un protéide banal. Elle n'est pas non plus assimilable à une substance lipoïdique, puisqu'elle peut être entraînée par l'eau de sa solution éthérée. Les expériences des auteurs tendent à démontrer que, dans le protoplasma du bacille de Koch, elle doit être adsorbée par des lipides insolubles dans l'acétone, des phosphatides par exemple, dont elle emprunterait les caractères de solubilité.

Inclusions provoquées par le virus de la fièvre jaune chez le singe. — MM. S. Nicolau, L. Kopciowska et M. Mathis

cherchent des inclusions chez les singes infectés par voie sous-dure-mérienne, intra-coelomique ou encore à l'aide de piqûres de moustiques infectants. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° Les inclusions amariles peuvent être mises en évidence, quoique de manière inconstante, dans le noyau des neurones encéphaliques (surtout dans l'écorce), dans les cellules de Purkinje et, exceptionnellement, dans certaines cellules de la moelle.

2° Toujours dans le névraxe, les cellules gliales renferment des inclusions amariles plus souvent que les cellules ganglionnaires. Fréquemment ces inclusions sont bleues, entourées de halo, non encore arrivées au stade d'inclusions oxyphiles caractéristiques. Sous ce dernier aspect, les inclusions sont plutôt rares.

3° Dans les neurones des ganglions spinaux, *on trouve de manière constante des inclusions typiques*, intranucléaires, dans tous les cas examinés. Ces inclusions, oxyphiles, petites, entourées de halo, multiples dans un même noyau, sont disséminées dans un caryoplasme qui garde des propriétés tinctorales normales. Il est rare de ne pas trouver ces formations dans un ganglion spinal ; dans ce cas, l'examen d'un autre ganglion fournira le résultat positif. Le résultat négatif semble être imputable, presque toujours, à la différenciation médiocre de la coloration.

4° Les inclusions amariles peuvent exister également dans certains neurones intracardiaques et dans des cellules nerveuses siégeant dans la paroi de l'intestin.

5° Absence d'inclusions dans les cellules parenchymateuses des organes suivants : parotide, pancréas, muscle cardiaque, ganglion lymphatique, poumons, capsule surrénale et rein.

6° Par contre, dans *la rate*, les auteurs ont réussi, dans plusieurs cas, à mettre en évidence de belles inclusions dans des cellules endothélioïdes volumineuses, provenant probablement de la desquamation des sinus vasculaires de la pulpe rouge.

7° Les constatations faites sur les singes morts le 5e ou le 6e jour après l'inoculation sont identiques à celles faites sur ceux morts le 15e jour ; malgré la mort tardive de ces derniers, les altérations histologiques ne sont pas plus intenses et les inclusions ne sont pas plus nombreuses ni plus volumineuses que chez les animaux morts en trois fois moins de temps.

8° Dans le foie de tous les singes examinés, on trouve des *altérations* et des *inclusions caractéristiques*.

Sur les inclusions amariles ; leur rapport avec les inclusions provoquées par d'autres ultravirus. — MM. S. Nicolau, L. Kopciowska et M. Mathis précisent les différences qui existent entre la dégénérescence oxychromatique du noyau et la présence d'inclusions intranucléaires ; parfois, les deux phénomènes peuvent coexister dans la même cellule, ce qui a prêté à des confusions. Les auteurs donnent des arguments pour établir la dissemblance qui existe entre les inclusions produites par le virus herpétique, le virus III et celui de la varicelle, d'un côté, et les inclusions amariles d'un autre côté. Il existe, au contraire, une vraie ressemblance entre ces dernières inclusions et les corpuscules de Zoest-Degen (inclusions caractérisant la maladie de Borna).

Action du ricinoléate de sodium sur divers spirochétidés. — M. H. Violle expose les résultats des expériences sur divers spirochétidés laissés en contact une dizaine de minutes environ avec une solution à 1 p. 100 de ricinoléate de sodium.

Les spirochètes de la bouche ne présentent plus de mobilité.

Les spirochètes des eaux sont tués, comme l'indiquent les essais de repiquage en milieu électif.

Les spirochètes de la fièvre ictéro-hémorragique sont tués également, comme on peut le vérifier par ensemencement en milieu de Pettit.

Les spirochètes de la spirochétose de la poule sont détruits à cette même dose, ainsi que l'indiquent les inoculations négatives chez les animaux sensibles.

Les spirochètes de la fièvre récurrente africaine sont tués : inoculés à des souris, ces dernières ne présentent pas d'infection.

Les spirochètes de la syphilis ne présentent plus de mobilité.

On peut admettre que les spirochétidés sont très sensibles à l'action du ricinoléate de sodium même en solution très étendue et après un court temps de contact.

Mode de propagation de la spirochétose provoquée par le « Spirochaeta muris ». — MM. C. Levaditi, R. Schoen et A. Vaisman. Très fréquente dans certains élevages de souris blanches, la contamination des glandes mammaires en lactation par le *Spirochaeta muris* paraît assurer la propagation de l'infection chez les muridés par voie digestive, au moyen de lait contaminé. L'hypothèse est confirmée, d'une part, par la contamination spirochétienne des glandes mammaires en lactation chez les souris sauvages et les rats blancs, d'autre part, par la possibilité d'infecter *per os* les souriceaux et les jeunes rats, en leur faisant ingurgiter du lait contenant le *Sp. muris*. Il est possible de suivre pour ainsi dire pas à pas le chemin parcouru par le parasite pour franchir, au niveau de l'estomac et du duodénum, les couches glandulaires et musculaires du tube digestif.

Sur les relations de l'antitoxine et des protéides du sérum antidiphtérique. — M. G. Ramon. L'antitoxine n'est pas indissolublement liée aux protéides du sérum antidiphtérique et en particulier à la pseudo-globuline. La propriété antitoxique n'appartient pas en réalité à la pseudo-globuline, mais est vraisemblablement attachée à une molécule simplement associée à cette fraction protéique du sérum. La mise en œuvre du pouvoir floculant de la toxine spécifique vis-à-vis de l'antitoxine permet de rompre cette association. L'élimination de l'élément chimique qui représente l'antigène dans le floculat toxine + antitoxine diphtérique permettrait sans doute d'obtenir la substance antitoxique à l'état relativement très pur, puisque cette substance est déjà grandement libérée sinon totalement libérée des protéides du sérum.

Longévité des cultures de « Trypanosoma rabinowitchi ». — M. L. Nattan-Larrier. Les cultures du trypanosome du hamster peuvent rester vivantes et continuer de se développer dans le même tube pendant plus d'un an. Ce trypanosome non pathogène ne sécrète donc pas de substances empêchantes et épuise très lentement le pouvoir nutritif des milieux artificiels.

Diagnostic des infections leishmaniennes par l'acido-gélification du sérum. — MM. L. Nattan-Larrier et L. Grimard-Richard. On peut dépister la leishmaniose canine en faisant agir l'acide lactique ou l'acide formique sur le sérum des chiens suspects : le sérum, en effet, se gélifie très rapidement si l'animal est infecté. L'acido-gélification donnera de moins bons résultats pour le dépistage du kala-azar infantile, car le sérum normal de l'enfant se gélifie plus facilement que celui du chien.

Pénétration du virus de l'anémie infectieuse des équidés au niveau des plaies et de la conjonctive. — MM. G. Ramon et E. Lemétayer. Les recherches entreprises confirment la pénétration du virus de l'anémie infectieuse à la faveur des plaies superficielles de la peau ; elles établissent en outre

que l'ouverture palpébrale peut constituer pour ce même virus une autre porte d'entrée.

Ces faits nous donnent une explication du mode de contagion indirecte : rôle probable dans la transmission de la maladie de certains insectes qui peuvent sinon inoculer le virus, du moins le déposer après l'avoir prélevé chez des chevaux infectés, à la surface des plaies ou au niveau de la conjonctive d'animaux sains ; contamination possible par le harnachement ou les effets de pansage souillés par des produits organiques (sang, urine, etc..) renfermant le virus.

Les injections sous-cutanées de gaz carbonique comme traitement des néphrites expérimentales à l'urane. — MM. Léon BINET et J. MAREK. Les néphrites à l'urane s'accompagnent, on le sait, d'une chute précoce et marquée de la réserve alcaline. Les auteurs ont pensé pouvoir lutter contre cet abaissement et ses conséquences, en utilisant le fait connu de l'enrichissement du plasma en bicarbonate de soude par action du CO^2 sur le sang complet. En effet, alors que les lapins intoxiqués par le nitrate d'urine meurent en 4 à 8 jours, des animaux intoxiqués de même, mais traités par des injections sous-cutanées répétées de CO^2, survivent dans la proportion de trois sur quatre ; en outre, les troubles se manifestant chez eux au début (azotémie, oligurie, etc...) s'amendent très rapidement.

Etude des propriétés biologiques de bacilles diphtériques conservés in vitro. — MM. Robert DEBRÉ et E. GILBRIN. Le bacille diphtérique, très résistant *in vitro*, peut présenter des variations morphologiques. Correspondent-elles à des variations des propriétés biologiques ?

I. — Nous avons étudié le pouvoir pathogène essentiel de 7 souches pendant un délai de 4, 7, 25 et 42 jours. Les résultats de nos expériences ont été identiques. Une vieille souche, conservée depuis fort longtemps *in vitro*, possède encore un pouvoir pathogène essentiel très élevé.

II. — Un bacille diphtérique conservé *in vitro* produit toujours une toxine aussi active. Mais les variations même légères dans la composition du milieu suffisent à influer sur la production de toxine.

Un bacille diphtérique conserve donc toutes ses propriétés biologiques après avoir vécu au laboratoire et avoir subi de nombreux repiquages. Il n'y a aucune modification de son pouvoir pathogène essentiel, aucune variation de son aptitude toxigène.

Etude des propriétés biologiques des bacilles diphtériques prélevés chez des sujets malades au cours de la maladie et pendant la convalescence et chez des porteurs de germes sains. — MM. G. RAMON, Robert DEBRÉ et E. GILBRIN ont essayé de préciser si les propriétés biologiques des bacilles diphtériques persistaient ou se modifiaient tant que ces bacilles séjournaient dans le pharynx ou les fosses nasales des malades et des porteurs de germes.

I. — L'expérience, maintes fois répétée, du pouvoir pathogène essentiel des germes recueillis pendant un délai de 5 jours à 6 mois chez 42 sujets, nous a toujours fourni un résultat semblable.

II. — L'aptitude toxigène de plusieurs de ces germes a été étudiée parallèlement. Les résultats ont été sensiblement les mêmes.

Ces expériences nous permettent de conclure qu'un germe, tant qu'il persiste dans l'organisme, conserve dans la limite de nos expériences toujours ses mêmes propriétés biologiques : son même pouvoir pathogène essentiel et sa même aptitude toxigène.

Variations de la chronaxie des antagonistes par excitation des centres cérébraux. — M. et Mme CHAUCHARD excitent à travers la peau, après craniectomie et cicatrisation, la surface du cerveau d'un chien, au niveau des zones motrices corticales. Des mesures de chronaxie sont prises sur les points moteurs des membres. Les excitations corticales ont pour effet de modifier la chronaxie des antagonistes dans le sens de l'augmentation pour les extenseurs, de la diminution pour les fléchisseurs. Le retour à l'état initial est graduel. Ces variations de l'excitabilité des nerfs périphériques sous l'influence de modifications centrales témoignent une fois de plus de la généralité des phénomènes de subordination nerveuse.

Réflexes conditionnés et chronaxie. — M. et Mme CHAUCHARD et M. W. DRABOWITCH créent, chez le chien, un réflexe conditionné de défense (élévation d'une patte postérieure à la suite d'une sonnerie), et mesurent, aux divers temps de ce réflexe, la chronaxie des antagonistes. Dans la période qui s'écoule entre l'excitant conditionné et le réflexe, et dans celle qui suit le réflexe, ce paramètre s'élève dans les extenseurs et les fléchisseurs. Au cours de l'exécution, il s'abaisse dans les deux groupes d'antagonistes. Si l'on inhibe le réflexe, les chronaxies se croisent par abaissement de celle des fléchisseurs, élévation de celle des extenseurs. Ces variations de l'excitabilité se rattachent au phénomène de la subordination nerveuse.

Variations numériques des hématies en dépression atmosphérique. Relation avec les besoins en oxygène. — MM. J. BEYNE, Léon BINET et M. V. STRUMZA se sont proposé de déterminer si l'efficacité du facteur anoxhémie, à l'égard de la polyglobulie de la dépression, était en liaison avec l'importance des besoins en oxygène. En comparant chez le chien chloralosé, des animaux dont le métabolisme était soit accru par la thyroxine, soit diminué par l'ablation du corps thyroïde, ils ont constaté que la polyglobulie apparaissait pour des tensions d'oxygène dans l'air inspiré d'autant moins réduites que le métabolisme est plus élevé, et que le transport intraorganique d'oxygène est plus entravé.

La réaction polyglobulique en dépression atmosphérique leur paraît uniquement liée à une chasse globulaire splénique, puisque le blocage du pédicule de la rate suffit à la supprimer.

Le phosphore est-il doué de propriétés antirachitiques ? — MM. R. LECOQ et R. GALLIER montrent, en s'appuyant sur de nombreux essais effectués sur le rat, que le phosphore blanc, administré en solution huileuse au centième, n'agit aucunement sur la calcification osseuse dans le rachitisme expérimental, même aux doses voisines de la toxicité.

Election d'un membre titulaire. — M. HUMBERT est élu par 47 voix sur 66 votants.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 13 AVRIL 1934)

Adénopathie bacillaire et lympho-granulomatose inguinale suppurée. — MM. STÉFANINI et LE FORESTIER ont eu à traiter deux malades hospitalisés ensemble dans le service et porteurs : l'un, d'une adénopathie bacillaire, fistulisée, des régions inguino-iliaque et inguino-crurale droites; l'autre d'une poradénie inguinale droite suppurée. Les auteurs étudient le diagnostic différenciel et le traitement de ces deux lésions de nature essentiellement différente et qu'on aurait pu confondre à un examen superficiel.

Corps étranger végétal de la trachée (pépin de mandarine). — MM. TERRACOL et J. BALMES.

(séance du 20 avril 1934)

Fibrome saignant de la puberté masculine. — MM. Terracol, Enjalbert et J. Balmes. A propos d'un nouveau cas de fibrome naso-pharyngien (le 4e en 4 ans), les auteurs insistent sur le rôle important de la transfusion préalable au double point de vue de la spoliation sanguine et du shock, et sur la nécessité de l'aspiration au double point de vue de l'anesthésie et des complications pulmonaires.

Paralysie totale du sciatique poplité externe droit, survenue chez un malade ayant reçu une injection de sérum antitétanique. — MM. Stéfanini et Vidal.

Contribution à l'étude de la résection diaphysaire totale dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë des os longs. — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac ont été amenés à réséquer la totalité de la diaphyse tibiale chez deux malades en raison de la gravité de l'état général et de l'étendue des lésions.

Dans un cas, la moitié inférieure de la diaphyse est réséquée le 8e jour de la maladie ; le 11e jour, il devient nécessaire de réséquer à son tour la moitié supérieure. Régénération complète, guérison malgré une arthrite du genou qui a légitimé une tentative d'arthroplastie secondaire.

Dans le deuxième cas, vu au deuxième mois, la résection n'était qu'une séquestrectomie élargie, la longue suppuration antérieure avait stérilisé le périoste et l'os ne s'est refermé que très incomplètement, malgré l'application secondaire de greffes ostéo-périostiques. Ces résultats sont conformes aux conclusions de Leveuf.

Infections saisonnières neurotropes. — MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Lafont

A propos de quelques nouveaux cas de pneumopathies grippales. — MM. Rimbaud, Anselme-Martin, Lafon et Guibert.

Un cas d'odontome décelé par la radiographie. — M. Lamarque.

(séance du 27 avril 1934)

Cancer et tuberculose du corps thyroïde. — MM. Terracol, Guibert et Azémar.

L'argyrose de la conjonctive à l'examen biomicroscopique. — MM. Villard et Dejean. L'argyrose de la conjonctive se présente sous la forme d'une imprégnation superficielle de l'épithélium conjonctival en pointillé irrégulier. Sa localisation ne suit pas les rameaux vasculaires comme on l'a soutenu, mais elle obéit aux lois de la pesanteur ; elle est donc intense dans le fornix inférieur. Elle est arrêtée par les plis de la conjonctive qui restent indemnes de la coloration ardoisée même dans les régions les plus déclives et apparaissent comme des « rivières blanches sur un sol noir ».

Deux cas de torsion des annexes saines dans un sac de hernie inguinale étranglée chez les nourrissons. — MM. Etienne, Lapeyrie et Cabanac.

Un cas de conjonctivite des piscines (Présentation de malade). — M. Ch. Dejean.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA PLÉTHORE (1)

Les études médicales.

Devant la marée montante des inscriptions dans les Ecoles et Facultés de médecine, devant l'afflux des étudiants étrangers, bénéficiant de facilités et de complaisances parfaitement injustifiées, le Corps médical ne pouvait manquer de s'inquiéter de la pléthore menaçante et d'étudier les moyens de parer à cet envahissement. Mais ce qui caractérisa les études faites, fut que les groupements médicaux surent concilier à la fois les intérêts des malades et ceux des praticiens.

Préoccupés à juste titre de la défense légitime de leurs confrères, ils ne s'arrêtèrent pas à la solution simpliste qui aurait pu consister en une diminution plus ou moins brutale du nombre des étudiants ; se plaçant à un point de vue plus élevé, ils voulurent la réaliser en pratiquant une sélection : le nombre et la qualité s'excluant dans la généralité des cas, si on exigeait davantage des futurs diplômés, on arriverait à la fois à augmenter la qualité et à diminuer le nombre, et ainsi les intérêts bien compris de tous, malades et médecins, seraient également sauvegardés.

Le problème ainsi posé se résoud à une simple question de méthode et de programme ; mais encore convient-il de bien s'entendre sur la nature des exigences qui leur correspondent. Et c'est parce qu'on ne l'a pas envisagé sous cet aspect, qu'on ne s'est pas préoccupé du double but à atteindre, que la réforme récente des études médicales ne saurait pratiquement aboutir à un résultat quelconque.

Pour faire un médecin, il ne suffit pas d'établir des programmes aussi vastes que variés, d'instituer des examens plus ou moins difficiles, de prescrire un temps d'études plus ou moins prolongé ; pour faire un médecin, il faut des qualités qui dépendent, certes, des programmes, des examens, de la durée des études, mais à la condition expresse que les uns et les autres soient exactement adaptés au but proposé ; ce qu'il faut, c'est d'abord recruter des sujets préparés à la fois par leurs dispositions naturelles et leur éducation à ces études spéciales ; celles-ci doivent être organisées pour donner l'enseignement nécessaire tout en développant et perfectionnant ces qualités et aboutir ainsi à la formation de cliniciens instruits susceptibles de rendre aux malades les services qu'ils sont en droit d'en attendre.

Deux qualités sont essentielles, indispensables pour le médecin : tout d'abord la faculté de raisonnement ; elle peut être à des degrés divers, une disposition naturelle, mais il est nécessaire de la développer au maximum : pour ce faire, l'expérience a montré depuis longtemps que rien ne valait la culture classique On a tenté de lui opposer la culture mathématique : mais nous sommes dans le domaine de la Biologie, du relatif ; un examen clinique ne saurait être assimilé à un problème de géométrie et vouloir appliquer des principes absolus serait fatalement plus nuisible qu'utile. Aussi le Corps médical avait-il fort justement insisté pour que les études classiques et le baccalauréat latin-grec fussent exigés des futurs étudiants en médecine.

La faculté d'observation est non moins indispensable ; il convient d'y être prédisposé ; puis il faut, pour la développer et la perfectionner, que les stages hospitaliers soient sérieusement organisés et dans des conditions de du-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 63, p. 1130.

De Trouette-Perret

l'Aphloïne
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la Papaïne
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
(URO-M)
ARTHRITISME
Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL LAFAY
Huile Iodée à 40 %
Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis
Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules
Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés
A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des grains de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

rée suffisantes. Et on ne saurait trop insister sur ce point, car la clinique est bien ce qui domine toute la pratique médicale.

Les études ? Elles doivent, elles aussi, être adaptées à leur but : certes on ne pourrait dire que l'instruction des médecins ne doit pas être aussi vaste que possible ; mais on ne peut, même en six années, tout apprendre, et, puisqu'il faut bien se restreindre, que ce ne soit pas aux dépens des choses essentielles. Cependant les programmes sont établis comme si la durée des études était illimitée : les sciences dites accessoires sont incontestablement utiles, mais il ne faut pas que l'accessoire fasse oublier le principal ; il ne faut pas que ces sciences accessoires prennent une place telle qu'il n'en reste plus pour les matières vraiment médicales. N'est-il pas indiqué, puisqu'on ne peut tout faire, de songer tout d'abord à bien faire ce qui est véritablement indispensable ?

Or que nous a apporté la dernière réforme ? Rien, au point de vue de la culture classique ; rien, au point de vue du P. C. N., sauf qu'il s'appellera désormais P. C. B., ce qui est une douce ironie puisqu'on a ajouté au programme quelques leçons de mathématiques.

Nous avions demandé des examens éliminatoires portant, pour être efficaces, sur des matières médicales ; or ils portent sur les matières de programmes encore encombrés de sciences accessoires et ils ne sont pas éliminatoires. Cependant il y avait un vote formel de l'Assemblée générale de la Confédération ; mais le Conseil supérieur de l'Instruction publique l'a-t-il connu ? Si non, ce serait la seule excuse à des décisions aussi déconcertantes.

Quoi qu'il en soit, le Corps médical avait établi un projet qui, pour une sélection vraiment médicale, aboutissait à une diminution de nombre et à une augmentation de qualité avantageuses à la fois pour les malades et pour les médecins : il conviendrait donc de s'en tenir à ce projet, de le reprendre et de le mettre en pratique.

Depuis, le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde, a imaginé une proposition de loi pour limiter le nombre des étudiants. Ce projet a bénéficié de quelque faveur auprès de la Confédération — ce n'est plus du Nord que nous vient la lumière — mais bien que nous ne doutions pas que l'intention ait été excellente, la réalisation nous paraît laisser fort à désirer, on peut même dire qu'elle est inacceptable.

Ce projet, qu'on le veuille ou non, voudrait établir un concours à l'entrée des études médicales ; son auteur s'en défend, mais, quand on institue un *numerus clausus*, cela ressemble à s'y méprendre à un concours, on peut même dire que c'est exactement la même chose ; à la vérité, il y aurait deux concours, un après le P. C. N., l'autre, après la première année de médecine et le nombre des étudiants à admettre serait fixé chaque année.

Nous passons sur les modalités un peu compliquées de ce projet, mais nous sommes obligés de dire qu'il ne présente guère que des inconvénients. Tout d'abord, il tend à supprimer le caractère libéral de notre profession ; ensuite, sur quoi se basera-t-on pour fixer le nombre des élus ? Il ne faut pas oublier que les études médicales peuvent être de longueur variable ; en principe six années, mais en pratique, souvent plus longtemps, en particulier pour ceux qui préparent les concours ; et les spécialistes ? il faudra une véritable prescience à ceux qui engageront ainsi l'avenir ; comment répartira-t-on les étudiants entre les diverses Ecoles et Facultés ? Fixer un nombre pour répondre à des besoins, c'est d'abord s'engager à les satisfaire localement, puisque les besoins seront localisés, c'est ensuite ouvrir un droit à une fonction ; c'est donc, après la répartition des étudiants, la répartition des diplômés : en fait leur fonctionnarisation.

Le principe du concours ou du *numerus clausus*, ce qui revient au même, n'est pas plus défendable : une année médiocre donnera des étudiants médiocres, une excellente en éliminera qui pourront être très supérieurs aux premiers. Et sur quoi se basera-t-on ? L'élimination se fera pour les deux tiers après le P. C. N., pour un tiers seulement après la première année de médecine. Par conséquent, la sélection la plus importante se fera sur le programme du P. C. N., c'est-à-dire sur des matières non médicales : on peut être un élève brillant au P. C. N., connaître admirablement les « fonctions circulaires » et faire, par la suite, un déplorable médecin ; cette sélection réalisera donc trop souvent le contraire de ce qui serait désirable.

Ce projet ne paraît donc pas avoir été étudié comme il conviendrait pour une question aussi importante : il aboutirait peut-être à une diminution de nombre ; mais encore faut-il bien se rendre compte que ce nombre serait fixé par l'administration ; quant à la qualité, médicale s'entend, elle n'est pas envisagée.

Combien est plus souple, plus libéral, mieux adapté aux intérêts bien compris des malades comme des médecins, le projet présenté par le Corps médical !

A. Herpin.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES NOTES SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SPASMODIQUES (1)

Par le docteur Valory.

Le spasme est un élément pathologique que le praticien rencontre journellement, soit isolé, soit à titre de complication d'une lésion organique. Etudier toutes les indications d'un médicament anti-spasmodique, serait vouloir reviser toute la pathologie. On connaît la formule de la spasmalgine : ce médicament contient, pour un comprimé ou une ampoule d'un centicube, un milligramme d'atrinal, un centigramme de pantopon et deux centigrammes de papavérine. Comme le pantopon et la papavérine sont les antagonistes de l'atrinal, la préparation présente une toxicité atténuée et elle ne peut donner lieu à aucune accoutumance. La spasmalgine est indiquée dans tous les cas où il y a spasme, c'est-à-dire dans les coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales et les dysménorrhées parfois si douloureuses, dans le spasme de la glotte, dans les crampes, les varices, les artérites, la claudication intermittente, les fissures anales, etc...

On peut combiner son action avec l'acétylcholine, l'iloglandol, la radiothérapie des surrénales, le sédobrol, etc., mais nous tenons spécialement à signaler une application très intéressante de ce médicament en obstétrique, selon la technique de M. le professeur agrégé Kreis, de Strasbourg (*Prat. Méd. Franç.*, n° 11, déc. 1931), car il semble bien que ce médicament soit appelé à rendre les plus grands services comme sédatif et calmant des douleurs de l'accouchement : dans tous les cas où l'on constate un spasme, on peut et l'on doit recourir à la spasmalgine, soit par voie buccale, soit par voie intra-musculaire.

(1) *Courrier méd*, Paris, n° 18, mai 1932.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES
Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA

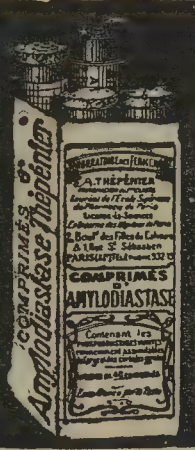
BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS
SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 29 AOUT 1934. — N° 69.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays . 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

Ve CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE, par M. P. Dugois.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de médecine militaire française. — Société de médecine de Paris. — Société de prophylaxie sanitaire et morale.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès du foie (suite).

INFORMATIONS

INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — Les conférences d'anatomie et de physiologie du système nerveux, en vue de la préparation au concours d'octobre 1935, commenceront le samedi 27 octobre 1934. Elles seront dirigées par MM. Leconte et Tusques.

S'adresser, pour renseignements complémentaires, à M. Tusques, salle de garde de l'Asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis (XIVe), tous les jours, de 13 h. 30 à 14 h. 30, sauf le vendredi et le dimanche.

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours sur titres pour l'admission à des emplois de médecin suppléant au service médical de nuit aura lieu le lundi 19 novembre 1934 à la Préfecture de police.

Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une faculté française, et n'avoir pas atteint 40 ans au 1er janvier 1934.

Le service médical de nuit est assuré par 24 médecins titulaires formant 6 équipes de 4 médecins chacune. Les médecins suppléants sont au nombre de 15. En cas de vacances dans le cadre des médecins titulaires, les remplaçants sont choisis parmi les suppléants.

Les médecins titulaires et suppléants reçoivent, par nuit de garde, une vacation de 130 fr.

Le registre d'inscription est ouvert, dès à présent, à la Préfecture de police (sous-direction du personnel), où tous renseignements utiles seront fournis aux candidats; il sera clos le lundi 15 octobre 1934.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le lundi 5 novembre 1934. Les épreuves commenceront à 16 h. 30 à l'hospice général, salle des séances.

Le règlement du concours est tenu à la disposition des intéressés, au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — M. Béhal, ancien professeur de chimie organique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé professeur honoraire de ladite Faculté.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour le poste de médecin-directeur du sanatorium d'Hauteville (Ain).

Le traitement de début est fixé à 39.000 fr. et peut atteindre 52.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficieront, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Ils ne peuvent faire de clientèle.

Les candidats devront être Français, du sexe masculin, âgés de moins de 40 ans.

Les médecins adjoints, en fonctions dans les sanatoriums publics, ne sont pas soumis à la limite d'âge et sont dispensés de fournir les pièces ci-dessus. Toutefois, ils devront formuler une demande spéciale qui sera accompagnée de l'avis du préfet et du médecin directeur de sanatorium auquel ils sont affectés.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Les demandes devront être adressées, avant le 1er octobre 1934, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. — La prochaine réunion annuelle de la Société française d'orthopédie aura lieu le vendredi 12 octobre 1934, à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Vulpian).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° *Thorax en entonnoir.* — M. Garnier (de Paris), rapporteur.

2° *Traitement des paralysies spasmodiques (syndrome de Little et encéphalopathies).* — MM. Roudil (de Marseille) et Delchef (de Bruxelles), rapporteurs.

Les membres de la Société qui désireraient au cours de cette réunion faire une communication ou projeter des films cinématographiques sont priés d'en informer avant le 25 septembre le secrétaire général de la Société française d'orthopédie (professeur H.-L. Rocher, 91, rue Judaique, Bordeaux), en lui faisant tenir le texte de leur communication et en faisant connaître éventuellement le format de leurs films cinématographiques afin que soit prévue, sans aucun engagement, la possibilité de leur projection

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. [Siège social et direction générale : 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe)]. — *Cours de service social antivénérien* pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes. — Dixième session : novembre 1934 (13 leçons), du 5 au 10 novembre 1934, à l'Institut Alfred-Fournier et à la Clinique Baudelocque.

Le cours est gratuit.

Se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe).

Ecole de stage de service social. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

La direction technique de cette école de stage est confiée au service social à l'hôpital.

Un certificat de stage est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe) ou au service social à l'hôpital, 44, rue de Lisbonne, Paris (VIIIe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le cours de perfectionnement sur la tuberculose, qui devait avoir lieu du 24 septembre au 6 octobre, est reporté à une date ultérieure en raison du décès de M. le professeur Léon Bernard.

FONDATION POUR L'AVANCEMENT DANS LA RECHERCHE DE L'ENCÉPHALITE A L'UNIVERSITÉ DE BERNE. — Cette fondation a pour but de récompenser par un prix les travaux sur l'encéphalite léthargique qui contribuent d'une façon importante aux progrès de son diagnostic et de sa thérapeutique.

Le prix est d'au moins 1.000 fr. suisses.

Les concurrents doivent s'annoncer au Doyen de la Faculté de médecine de Berne. La Faculté, à la fin de chaque année, se prononce sur l'attribution du prix.

Insomnies
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

LIVRES NOUVEAUX

Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale (1), par L. BÉRARD, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, et M. PATEL, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

C'est une monographie complète (étiologie, pathogénie, étude clinique, diagnostic, traitement, complications) sur les formes de la tuberculose intestinale justiciables du traitement chirurgical ; elle a pour base la physiologie pathologique des voies digestives.

Les auteurs précisent les relations entre les formes cliniques de la tuberculose de l'intestin et l'infection tuberculeuse en général, soit en ce qui concerne les types ulcéreux, cicatriciels, avec ou sans lésions spécifiques, soit en ce qui concerne les troubles fonctionnels intestinaux dus à la toxi-infection bacillaire, sans localisations apparentes de lésions de l'intestin.

Les sept premiers chapitres sont consacrés à l'Etiologie et à la Pathogénie de ces affections ; à l'anatomie pathologique générale, puis à la tuberculose de l'intestin grêle, du cæcum, de l'appendice iléo-cæcal, au gros intestin enfin et la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire en évolution.

Un chapitre comprend les méthodes de diagnostic par le laboratoire et la radiologie, conjuguées avec l'examen clinique. Ces méthodes viennent renforcer et préciser le diagnostic précoce ainsi que les indications opératoires.

Si la thérapeutique chirurgicale s'est peu modifiée dans ses possibilités, dans ses techniques, et dans son champ d'action, on connaît mieux la physiologie pathologique des voies digestives ainsi mutilées ou détournées de leurs fonctions normales. Ceci permet au chirurgien de varier son traitement suivant le siège ou l'étendue des lésions, suivant aussi l'état général du sujet qui en est porteur.

Les résultats acquis sont intéressants aussi bien pour le médecin que pour le chirurgien. Ce travail permettra à l'un de s'attacher à dépister les lésions de très bonne heure et au second de proportionner son intervention aux lésions qu'il rencontre et à l'état général du malade qui la subit.

L. G.

Formes, vie et pensée (2), par MM. J. VIRET, E. ROMAN, J. BEAUVERIE, M. ARON, L. CUÉNOT, R. COLLIN, P. MERLE, L. JACQUIN, A. THOORIS, L. CORMAN, Cl. GAUTIER, R.-P. DE MONTCHEUIL, abbé MONCHANIN.

Après les Questions relatives à la Sexualité, puis Hérédité et Races, puis Les Rythmes et la Vie, qui ont connu le plus grand succès tant en France que dans les divers pays d'Europe et du Nouveau Monde, le Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques, présente un ensemble de travaux sur Formes, Vie et Pensée.

Tour à tour des spécialistes qualifiés apportent leur contribution à l'étude du problème des formes, de leur relation avec la vie et avec la pensée.

Pareille synthèse n'avait pas été tentée jusqu'alors.

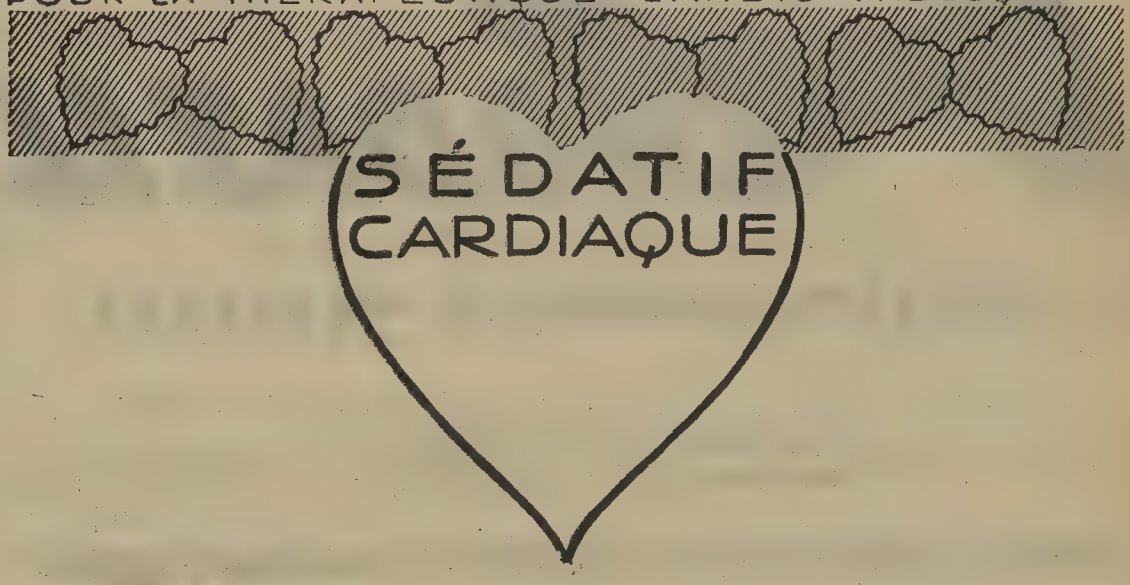
L. G.

(1) In-8 de 264 pages avec 69 figures. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-12 de 424 pages. — Prix : net, 20 fr.; franco, 21 fr. 50; étranger, 23 fr. 50. — Dépôt général : Librairie Lavandier, 5, rue Victor-Hugo, Lyon.

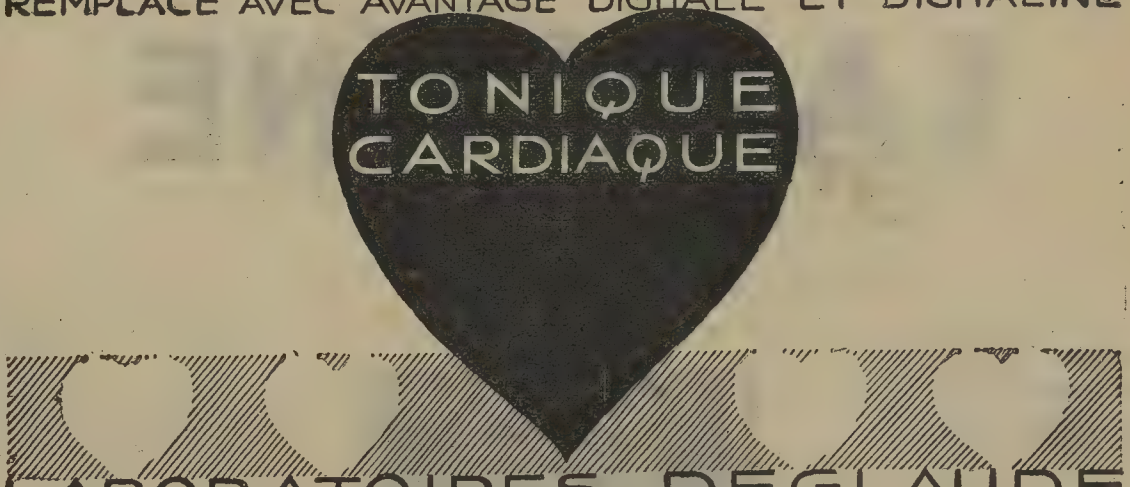
SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE



DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE



LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 _ RUE D'ASSAS _ PARIS

ASTHME VRAI
HYPERTENSION
DYSMÉNORRHÉE
HOQUET PERSISTANT
ANGINE DE POITRINE
ANGIOSPASMES
COQUELUCHE
MAL DE MER

RHODAZIL

BENZOATE DE BENZYLE

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
ABSENCE DE TOXICITÉ ET D'EFFETS SECONDAIRES NUISIBLES

ADMINISTRATION FACILE _ DIGESTION AISÉE

2 PRÉSENTATIONS : RHODAZIL SOLUTION EN FLACONS COMPTE-GOUTTES
RHODAZIL CAPSULES EN ÉTUIS DE 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE _ PARIS_3E

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE
DES
ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION
RAPIDE
DE LA
DOULEUR

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon _ PARIS (IVe)

Ve CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANCAISE

Lyon, 19-21 juillet 1934 (1).

Les Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, qui ne s'étaient pas réunis depuis 1929, à Paris, viennent de tenir leur Congrès à Lyon. Ce Congrès s'est ouvert le jeudi matin 19 juillet. Au cours de la séance inaugurale dans la salle des fêtes de la nouvelle Faculté de Médecine, M. le Préfet du Rhône et M. le doyen Lépine ont souhaité la bienvenue aux Congressistes venus fort nombreux. M. le Dr Milian, président de l'Association, en a montré tout l'intérêt, et M. le Professeur Nicolas, président du Congrès, a retracé l'histoire de la vieille école de l'Antiquaille, et salué la mémoire des membres défunts, hélas nombreux, depuis le dernier Congrès.

Puis on a abordé la première des trois questions au programme, qui sont :

Rapport A. — *Etiologie et traitement du lupus érythémateux.*

Rapport B. — *Diagnostic du bubon chancrelleux.*

Rapport C. — *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

PREMIÈRE QUESTION

La première séance est consacrée à l'audition des 3 rapports sur la première question, le *lupus érythémateux.*

Le lupus erythémateux : son étiologie et son traitement

Professeur DU BOIS (Genève), rapporteur

Dans une première partie, l'auteur passe en revue les *différentes hypothèses étiologiques.* L'étiologie tuberculeuse réunit la majorité des suffrages, surtout depuis que l'on connaît l'existence de tuberculoses non folliculaires, et les virus filtrants. A vrai dire, il s'agit plutôt d'impressions cliniques que de faits indiscutables. A signaler pourtant des cas de disparition du L. E. après l'ablation d'un foyer tuberculeux (adénite, salpingite). Les statistiques ne nous apportent rien de précis. Certains auteurs n'admettent la tuberculose que dans quelques cas. D'autres croient nécessaire la symbiose syphilo-tuberculeuse, ou tout au moins le terrain hérédo-syphilitique. Il est peu de partisans de l'origine syphilitique pure. Schaumann considère le L. E. comme une lésion secondaire à un foyer de lymphogranulomatose. Les Américains sont partisans de l'origine streptococcique provenant d'un foyer extra-cutané quelconque, dentaire ou amygdalien. A signaler enfin l'influence néfaste de certains agents physico-chimiques. Dans toutes ces théories le L. E. peut être considéré comme l'expression périphérique d'un état infectieux profond, dont les produits entretiennent les réactions cutanées inflammatoires. En réalité, cette infection est tuberculeuse, comme le prouvent les inoculations, les réinoculations, et d'assez nombreuses cultures de sang positives sur Löwenstein.

Dans une deuxième partie, l'auteur étudie *comment adapter au L. E. les conceptions nouvelles de la tuberculose.* Les travaux modernes établissent l'existence de la forme filtrante du B. K. et sa transmission de la mère au fœtus. Cette hérédo-infection tuberculeuse, la contamination très précoce de tous les sujets indemnes à la naissance, les réinfections successives, laissent dans l'organisme un principe morbide latent, une tuberculose atténuée, le plus souvent ganglionnaire. Sous l'influence de causes diverses, ce principe serait mis en circulation sous une forme ou bacillaire ou granulaire ou filtrante, et se localiserait dans le territoire le plus déficient. Il y a des causes adjuvantes, lumière, froid, troubles circulatoires endocriniens, engendrés notamment par l'hérédosyphilis.

Pour le *traitement,* les agents physiques, localement, conservent leur intérêt. L'auteur souligne l'efficacité de la cryothérapie et utilise avec succès le radium. Comme médication interne les arsénobenzols donnent des succès, surtout sur le terrain syphilitique. Aussi l'auteur, chez tous sujets à B. W. positif, commence le traitement par les arsenicaux et n'emploie qu'en dernier lieu l'or, assez dangereux. Quant au bismuth il donne des résultats immédiats et apparaît comme la meilleure et la plus inoffensive des chimiothérapies. Comme thérapeutique spécifiquement antituberculeuse l'auteur donne sa préférence à la tuberculine qu'il adjoint toujours à la chimiothérapie.

Etiologie du lupus érythémateux

Professeur GOUGEROT et docteur BURNIER, rapporteurs

L'*étiologie tuberculeuse* est à peu près admise par tous. Cependant d'autres hypothèses ont été émises sur l'origine streptococcique ou syphilitique.

En faveur de la tuberculose, c'est Gougerot, en 1906, qui a apporté le premier fait par l'inoculation positive au cobaye dans deux cas de L. E. typiques. Mais, cliniquement déjà, on peut soupçonner la nature tuberculeuse du L. E. par la fréquence des lésions tuberculeuses associées : lésions pulmonaires, tuberculides cutanées, lupus vulgaire, adénopathies. Des L. E. ont été améliorés par ablation ou irradiation de ganglions tuberculeux. Par contre, les autopsies n'apportent que de faibles arguments. Les réactions à la tuberculine (cuti- ou intradermo-réactions) sont de règle. La réaction focale est souvent positive. La tuberculine a souvent une action directe, favorable ou défavorable, sur le L. E. La présence du B. K. dans le L. E. n'a pu être démontrée sur coupes, et c'est surtout l'inoculation qui peut apporter un argument décisif, à condition d'inoculer des fragments volumineux et récents. L'hémoculture sur Löwenstein, de même que toutes les réactions de laboratoire, ont donné des résultats très discordants. Un dernier argument pour l'étiologie tuberculeuse c'est l'efficacité thérapeutique des sels d'or.

Les auteurs américains défendent une *théorie toxinique.* Le L. E. serait dû à des décharges microbiennes provenant de foyers septiques (streptoccoques en particulier). Leurs arguments sont l'existence de ces foyers septiques, surtout buccaux ; la fréquence de la septicémie, prouvée par les abcès à cocci, l'hémoculture, la réaction à l'auto-vaccin ; et l'efficacité thérapeutique de la destruction du foyer septique et des vaccins.

L'*origine syphilitique* du L. E. a ses partisans qui se basent sur la fréquence du B. W. positif, des tests d'hérédo-syphilis, la coexistence fréquente de syphilis acquise, et surtout sur les résultats thérapeutiques de la médication antisyphilitique. En réalité, ce traitement ne réussit pas toujours et au surplus, il n'est pas spécifique. Néanmoins le terrain hérédo-syphilitique peut jouer un rôle et il existe fréquemment des hybrides syphilitico-tuberculeuses.

Certains auteurs ont soutenu que le L. E. était une *réaction cutanée* au sens de Brocq, pouvant reconnaître une origine diverse : des troubles généraux (tuberculose, streptococcies, syphilis) et des altérations locales (soleil, froid). Le rôle de la lumière est certain, de même celui du froid et de traumatismes minimes ; mais ce ne sont là que des causes déclanchantes. *La cause majeure du L. E. reste la tuberculose.*

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Traitement du lupus érythémateux

Professeur PETGES (Bordeaux), rapporteur

L'auteur rappelle d'abord les *notions étiologiques* sur lesquelles le traitement se basera. Il expose les faits cliniques et biologiques qui établissent l'origine tuberculeuse du L. E. qui n'est plus guère discutée aujourd'hui. Si la syphilis acquise et surtout héréditaire se rencontre fréquemment chez ces malades elle peut agir comme terrain, en symbiose, mais non à elle seule. Les foyers infectieux, incriminés par les Américains, de même que les agents physiques (lumière, froid) n'ont qu'un rôle favorisant de déclanchement ou d'aggravation du L. E.

Le *traitement externe* conserve son utilité. Les méthodes chirurgicales (scarification, galvano-cautère) ne sont guère utilisées ; quant aux agents chimiques (iode, ichthyol, bismuth), l'irritabilité du lupus exige qu'on les emploie avec prudence. L'utilisation des agents physiques constitue un très grand progrès. La douche filiforme donne d'excellents résultats dans les formes fixes. La cryothérapie est une méthode de choix, mais elle a l'inconvénient d'être très douloureuse, les récidives sont fréquentes ; et il est bon de lui associer le traitement interne. Parmi les méthodes d'électrothérapie, l'auteur cite la d'Arsonvalisation médicamenteuse, l'étincelage de haute fréquence, et il obtient d'excellents résultats avec la diathermo-coagulation. Il repousse la radiothérapie. Le radium peu employé a ses partisans, de même que les ultra-violets .

Le *traitement général* comporte d'abord un traitement tonifiant. La quinine a donné de bons résultats. Parmi les traitements spécifiques, la tuberculine n'est utilisée que par de rares auteurs, les vaccins antistreptococciques ont été essayés, de même que les terres rares. Mais c'est à la chimiothérapie que l'on aura surtout recours. Les bons effets du traitement arsénobenzolique sont certains, mais il est souvent mal toléré et ne convient guère pour commencer la thérapeutique, sauf existence d'une syphilis. On n'y aura recours que dans les cas d'échec du bismuth et de l'or. La bismuthothérapie est une médication de choix, tout particulièrement chez le syphilitique. Les résultats sont aussi bons dans les cas anciens que récents. C'est un traitement d'efficacité certaine, parfois rapide, mieux toléré que l'or. Aussi peut-on commencer par le bismuth. Les sels d'or ont donné lieu à de vives discussions. L'auteur préfère la voie intramusculaire, les doses moyennes ou faibles. Les contre-indications sont difficiles à préciser, mais les accidents sont fréquents. La valeur curative des sels d'or est grande et justifie leur emploi, mais après échec des autres traitements.

Communications.

— Dr *Noguer-More* (Barcelone) : *Traitement du lupus érythémateux par le thiosulfate de sodium et le soufre.* — Tous les sels d'or couramment employés contiennent un radical soufré. L'auteur insiste sur l'action du soufre dans les tuberculides et tuberculoses cutanées, sous forme soit de radical thiosulfuré, soit de soufre colloïdal, dans lequel on peut voir une véritable vitamine chimique, modificatrice du trophisme.

— Prof. *Spillmann* et Dr *Watrin* (Nancy) : *Considérations sur le traitement du lupus érythémateux.* — Les causes du L. E. sont certainement multiples, et il convient de combiner traitement local (cryothérapie, à laquelle on peut associer les ultra-violets) et traitement général. Les auteurs insistent sur la nécessité des médications vaso-constrictives ou endocriniennes. Comme médication spécifique, ils instituent le bismuth, qui agit favorablement, même si le B. W. est négatif. Ce n'est qu'en cas d'échec, et chez les tuberculeux, à Vernes positif, qu'ils s'adressent aux sels d'or, souvent mal tolérés.

— *L. Hudelo et R. Rabut* (Paris) : *Traitement du lupus érythémateux par les métaux lourds.* — Le mercure est abandonné, l'or donne de beaux succès mais trop d'accidents. Quant au bismuth, les auteurs ont été les premiers à l'employer, d'abord comme antisyphilitique. Mais il peut certainement agir en dehors de toute spécificité, par l'état allergique que crée dans l'organisme l'introduction d'un métal lourd. Les auteurs, qui emploient de préférence l'iodobismuthate de quinine, ont un pourcentage important de guérisons.

— Prof. *Ramel* (Lausanne) : *Contribution à l'étiologie tuberculeuse du lupus érythémateux.* — L'auteur estime que la présence du B. K. dans le L. E., même prouvée par l'inoculation, n'a de valeur démonstrative que chez les sujets indemnes par ailleurs de toute lésion tuberculeuse. Sinon le B. K. dans la lésion lupique pourrait n'être qu'une tuberculose contingente. C'est pourquoi il apporte une observation qui lui paraît irréfutable. Une femme, décédée dans son service, présentait un L. E. du type érythème perodans. Elle n'avait aucun symptôme bacillaire et l'autopsie minutieuse n'a montré aucun foyer tuberculeux. Or l'inoculation de la lésion lupique a été positive. On peut donc penser que les bacillémies tuberculeuses dont la projection cutanée réalise le L. E. ne sont pas toujours issues d'un foyer tuberculeux, mais traduisent le réveil intermittent d'un parasitisme latent de B. K.

— MM. *Sezary, Lefèvre et Horowitz : le traitement du L. E. par les injections bismuthiques.* — Les auteurs commencent toujours le traitement par une série d'injections bismuthiques. Si la guérison est acquise, ils la consolident par plusieurs séries analogues. Si, après deux séries, ils n'obtiennent qu'un faible résultat, ils utilisent la cryothérapie. Ce n'est que dans les rares cas rebelles qu'ils ont recours aux sels d'or, dangereux. L'action curative du bismuth n'est sûrement pas le fait de son pouvoir antisyphilitique.

— MM. *Weissenbach, Fernet et Le Baron* recommandent le *Traitement combiné du L. E. par la cryothérapie et la bismuthothérapie ou les sels d'or.*

— MM. *Gaté et P. J. Michel* (Lyon) rapportent l'*Histoire d'un lupus érythémateux*, au cours duquel la déviation du complément, le pouvoir bactéricide du sang et des urines étaient très positifs. L'hémoculture sur Löwenstein montra des bacilles acido-résistants. L'inoculation au cobaye donna au 4e passage des ganglions lombaires avec bacilles acido-résistants.

— MM. *P. Courmont, Gaté, H. Gardère et P. J. Michel* (Lyon) : *Lupus érythémateux et tuberculose.* — Les auteurs apportent les résultats des recherches biologiques qu'ils ont pratiquées dans 8 cas de L. E. et s'abstiennent de tout commentaire.

Au cours de la DISCUSSION qui a suivi ces communications, *le Prof. Pautrier* (Strasbourg) constate la rareté des faits nouveaux apportés depuis 1926. On admet toujours l'étiologie tuberculeuse, mais on manque de preuves décisives. Le Dr *Clément-Simon* n'est pas persuadé de l'étiologie unique et tuberculeuse du L. E. Le Dr *Jausion* estime qu'on peut conclure à un hybride de tuberculose et de syphilis, mais le rôle de la lumière paraît indéniable dans certains cas. La rareté du L. E. dans des pays ensoleillés, qu'a fait remarquer le Dr *Rocha Brito* (Coïmbre), s'explique par l'interférence qui se produit entre lumière et chaleur.

Au point de vue du traitement, le *Prof. Ramel* mentionne l'application locale de thorium x-émanations, et les injec-

tions intramusculaires de Solganal B en suspension huileuse à 2 %. Le *Dr Dekeyser* (Bruxelles) utilise encore les ultra-violets, et surtout le radium chaque fois qu'il le peut. Le *Dr Ravaut* recommande d'agir très superficiellement, et insiste sur les bons effets du simple étincelage. Le *Dr Pecker* (Paris) vante également la diathermo-coagulation.

Le *Dr Marcel Pinard* croit à l'étiologie tuberculeuse du L. E., mais considère que le traitement bismuthique agit comme un traitement spécifique de l'hérédo-syphilis, qui fait bien souvent le terrain au L. E. Le *Dr Milian* administre le bismuth à la dose habituelle des traitements antisyphiliques, et estime, d'autre part, que la cryothérapie donne d'excellents résultats, à condition de savoir l'utiliser, dans certains cas, avec une intensité suffisante.

Deuxième Question

Diagnostic du bubon chancrelleux

Professeur COVISA (Madrid), rapporteur

Le *diagnostic clinique* du bubon chancrelleux peut être facile lorsqu'on a la coïncidence ou la notion anamnestique du chancre vénérien. Mais il est des bubons tardifs (plusieurs mois après la cicatrisation du chancre) et même des bubons d'emblée, sans lésion ulcéreuse apparente, ressemblant à la maladie de Nicolas et Favre.

Le *diagnostic bactériologique* est difficile. La recherche du bacille de Ducrey dans les chancres ou les adénites fermées, ainsi que sa culture sont très délicates, et les statistiques sont très discordantes sur le pourcentage des résultats positifs.

Le *diagnostic sérologique* est encore à l'étude ; la grosse difficulté étant la préparation de l'antigène.

Les *intradermo-réactions*, faciles à réaliser, doivent être rejetées en raison de la rareté des résultats positifs et aussi du danger de créer des lésions plus graves et plus durables que celles que présentait antérieurement le malade.

Ce sont les *réactions allergiques* qui, par leur simplicité, leur innocuité, et leur valeur spécifique absolue, constituent le plus sûr moyen de diagnostic. L'intradermo-réaction au Dmelcos est spécifique et constamment positive.

Enfin l'*épreuve thérapeutique* au Dmelcos tranchera la question dans les cas trop complexes.

La valeur des tests biologiques employés pour le diagnostic du bubon chancrelleux

Professeur JERSILD (Copenhague), rapporteur

Avant d'aborder l'étude des véritables tests biologiques, l'auteur fait part des résultats de ses recherches de bacilles de Ducrey sur lames. Dans les bubons chancrelleux, il a des recherches positives dans 35 % des cas, alors que dans les chancrelles sans complication bubonique, la positivité est de 56 %. Ces chiffres sont intéressants, car ils concordent exactement avec ceux que lui donne l'auto-inoculation.

1° *L'auto-inoculation* que l'auteur ne pratique pas suivant l'ancien procédé par scarification, mais suivant un procédé personnel (piqûre d'aiguille sous l'épiderme abdominal) lui a donné 36 % de résultats positifs alors que pour les chancrelles sans bubon cette positivité s'élève à 61 %. Les résultats n'étant positifs que dans un tiers des cas de bubons chancrelleux, le test n'a donc qu'une valeur relative pour le diagnostic.

2° L'*intra-épidermo-inoculation* de Ravaut ne peut, d'après l'auteur, servir à trancher la nature d'un bubon. Il considère toutes les réactions dites douteuses, sans bacilles de Ducrey, et qui s'élèvent à 78 % dans sa statistique, comme des réactions allergiques. Ses arguments sont : l'identité d'aspect et d'évolution entre ces réactions douteuses et les réactions au Dmelcos ; le fait qu'une suspension de produits chancrelleux stérilisés provoque encore chez le porteur du chancre des lésions du même type ; alors que cette même suspension chez un individu indemne de toute infection streptocobacillaire, actuelle ou antérieure, ne donne aucune réaction, pas plus que le Dmelcos. Enfin, dans la maladie de Nicolas Favre on obtient des résultats exactement analogues par l'injection de produits frais ou stérilisés de leur propre bubon. Quant aux cas à bacilles de Ducrey, ce sont de vraies inoculations mais qui ont l'inconvénient d'aboutir parfois à des dimensions et une virulence considérables.

3° L'*intradermo-réaction* au Dmelcos est par contre une réaction tout à fait spécifique. C'est le test le plus précieux pour consolider un diagnostic. L'auteur l'a trouvé positif dans 97 % des cas. A signaler que les réactions sont d'une façon générale plus intenses chez les porteurs de bubons que dans les chancrelles sans bubon. L'allergie est donc maximum au moment des bubons, ce qui concorde avec les résultats de l'auto-inoculation qui montrent l'affaiblissement de la virulence de la chancrelle, dès l'apparition du bubon. Le seul inconvénient de la réaction au Dmelcos est sa persistance quasi indéfinie.

Dans les cas de diagnostic douteux les injections intraveineuses de Dmelcos ont la valeur d'un véritable traitement d'épreuve.

Diagnostic du bubon chancrelleux

J. LACASSAGNE et F. LEBEUF, rapporteurs

Le diagnostic positif du bubon chancrelleux est généralement facile à faire cliniquement : c'est une adénite aiguë suppurée, le plus souvent inguinale, d'apparence monoganglionnaire, sans adénopathie iliaque, consécutive à une chancrelle génitale. Mais il est des cas de bubons, tardifs, survenant après la cicatrisation du chancre. L'existence du bubon dit d'emblée ne paraît pas prouvée.

Les *formes chroniques* paraissent devoir être rattachées à la maladie de Nicolas et Favre. Il est cependant des bubons atypiques qui simulent la poradénite inguinale.

L'ancien procédé de l'*auto-inoculation* par scarification échoue presque toujours et peut donner lieu à des erreurs (fausses pustules d'inoculation). La recherche du bacille de Ducrey à l'examen direct du pus est très infidèle ; par contre, la culture du pus donne des résultats positifs d'après P. Durand.

L'*intradermo-inoculation* de Ravaut et ses élèves est beaucoup plus sensible que la cuti-inoculation, mais on ne doit retenir comme cas positifs que les ulcérations renfermant des bacilles de Ducrey.

Les *méthodes biologiques* donnent des résultats plus constants. L'intra-dermo-réaction d'Ito-Reenstierna est spécifique, et particulièrement marquée chez les porteurs de bubons. L'allergie cutanée persiste pendant de nombreuses années, et disparaît momentanément sous l'influence de la vaccinothérapie spécifique. L'autogène préparé par Nicolle et Durand a permis d'étudier sur une vaste échelle cette allergie chancrelleuse qui est, avec la vaccinothérapie des bubons, une des plus belles découvertes récentes.

La déviation du complément est à l'étude.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec la maladie de Nicolas et Favre. Il se fera sur le mode de début, l'accident initial, l'aspect clinique, l'existence d'une adénite iliaque. Mais il est des formes atypiques de poradénite qui ressemblent beaucoup au bubon chancrelleux, et d'autre part des bubons subaigus avec adénite iliaque qui simulent la poradénite. C'est dans ces cas que les intra-dermo-réactions d'Ito et de Frei constituent un critère fort utile. La biopsie ganglionnaire permet habituellement le diagnos-

tic différentiel, bien que certains auteurs admettent l'identité de la structure histologique des deux affections.

Le diagnostic est particulièrement difficile dans les formes associées : bubon chancrello-poradénique, ou bubon satellite du chancre mixte de Rollet (on recherchera le tréponème, le B. W. pouvant être passagèrement positif dans le bubon chancrelleux pur). Ici encore, on conçoit l'intérêt de l'intra-dermo-réaction.

Communications.

— *Prof. May* (Montevideo) : *Contribution au diagnostic du bubon chancrelleux.* — Cliniquement le diagnostic entre bubon chancrelleux et maladie de Nicolas et Favre est parfois difficile. Il faut alors utiliser l'intra-dermo-réaction de Ito et la cuti-réaction de Frei, toutes deux spécifiques. L'auteur a observé souvent une réaction de B. W. positive dans la lymphogranulomatose, en dehors de toute syphilis. Il a de même trouvé chez plusieurs malades atteints de Nicolas-Favre, une réaction de Vernes élevée, supérieure à 30. Il ne considère pas cette positivité comme un test de tuberculose.

— MM. *Gaté, P. J. Michel et P. Cuilleret : A propos des formes associées et atypiques du bubon chancrelleux.* — Les auteurs, s'appuyant sur 10 observations de formes associées ou atypiques de bubon chancrelleux, apportent le résultat de leur expérience sur la valeur des différents procédés d'investigation qui peuvent être utilisés en pareil cas. Ils insistent sur la valeur du traitement d'épreuve par le vaccin antichancrelleux de Nicolle et Durand pour la solution des cas complexes.

On entame alors la discussion du rapport B.

Le *Prof. Prieto* (Grenade) a observé, sur un grand nombre de cas de bubons chancrelleux, des bubons d'emblée qu'il juge indiscutables, des cellulites chancrelleuses du pli de l'aine chez des obèses, avec lésions histologiques analogues à celles du bubon, des cas d'association de bubon chancrelleux et de maladie de Nicolas-Favre, qui ne guérirent bien que par l'association du Dmelcos et de l'antigène lymphogranulomateux.

Le *Dr Rivalier* (Paris) considère l'intradermo-réaction au Dmelcos comme d'une valeur diagnostique à peu près absolue, hormis les cas négatifs chez des malades qui ont eu auparavant du vaccin antichancrelleux. Il est utile de la faire systématiquement car l'inégalité des réactions a un intérêt pour diriger la thérapeutique : grosse réaction, petite dose de Dmelcos, et vice versa.

Le *Dr Ravaut* répond aux rapporteurs au sujet de sa méthode d'intra-dermo-inoculation. Pour le diagnostic du chancre mou, elle paraît plus sensible que la cuti-inoculation, mais si la chancrelle est très infectée, on risque de déterminer des lésions d'inoculation phagédéniques, qu'il est peut-être inutile de provoquer. Pour le diagnostic du bubon fermé, les résultats de l'intra-dermo-inoculation sont nettement supérieurs à ceux de la cuti-inoculation, et les statistiques ne sont pas toutes, sur ce point, en accord avec le Prof. Jersild. Pour le diagnostic du bubon de Nicolas-Favre, l'auteur estime, comme M. Jersild, que l'intra-dermo-inoculation du pus frais ne donne que des réactions allergiques.

Le *Prof. Petges* insiste sur la positivité constante de la réaction de Vernes dans la maladie de Nicolas et Favre. On la rencontre aussi dans le bubon chancrelleux, comme le signale le *Dr Pecker* (Paris), mais avec un chiffre beaucoup moins élevé. Le *Prof. Ramel* (Lausanne), auquel s'associe le *Dr Ravaut*, fait au Vernes le grief d'être trop peu spécifique, et d'être positif dès qu'il y a la moindre réaction subfébrile.

Le *Dr Clément-Simon* apporte la curieuse observation d'une maladie de Nicolas et Favre probable, survenue après curettage de papillomes vénériens. Ces papillomes contiendraient-ils le virus ? L'auteur cherche à en extraire un antigène.

Le *Dr Jausion* estime que les recherches de bacille de Ducrey sont presque toujours négatives quand on exige les caractères morphologiques indispensables pour affirmer ce bacille.

Troisième Question

L'avant-dernière séance, le samedi matin, a été précédée d'une démonstration de coupes d'anatomie pathologique par M. le Prof. Favre, et d'une présentation de malades, dans le service de la Clinique Dermatologique de M. le Prof. Nicolas. Elle est consacrée à l'exposé des rapporteurs sur la 3e question : *Accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

Les accidents cutanés au cours des traitements antisyphilitiques

Docteur DEKEYSER (Bruxelles), rapporteur

La complexité de ces accidents a donné lieu à des interprétations fort diverses.

Les accidents cutanés varient évidemment suivant la *médication antisyphilitique employée.* Les dermatoses par l'iodure (acné, iodides) sont bien connues. Pour le mercure, l'accident le plus fréquent est l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Le bismuth peut donner des éruptions très diverses, mais ces accidents sont beaucoup moins fréquents qu'avec la médication arsenicale. L'auteur est d'accord avec M. Milian pour distinguer parmi les accidents cutanés des arsénobenzènes les érythèmes précoces dits du neuvième jour et des accidents plus tardifs, toxiques. Les premiers arrivent du septième au dixième jour après l'injection, sous forme d'érythème scarlatiniforme, rubéoliforme et morbilliforme, plus rarement d'urticaire, d'érythème polymorphe, lichen, zona. Par contre, l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse (Milian) est tardive et beaucoup plus grave, caractérisée par l'érythème, la rougeur inflammatoire généralisée, une desquamation variable, une infiltration dermique pouvant aller jusqu'à l'œdème et un prurit très accusé. Elle procède par poussées, dure des semaines, des mois. Il faut encore signaler parmi les accidents arsenicaux, les purpuras, les kératoses et les mélanodermies. L'or peut provoquer des manifestations cutanées qui rappellent tout à fait les accidents arsénobenzoliques depuis l'érythème bénin, morbilliforme ou scarlatiniforme jusqu'à la grande érythrodermie aurique. A signaler que tous ces accidents sont souvent annoncés par du prurit.

Au point de vue *pathogénie,* il faut considérer la substance toxique et le terrain. Pour Milian, l'intoxication est la cause des érythrodermies vésiculo-œdémateuses. Mais là encore le terrain intervient. Quant aux accidents légers et transitoires du début, Milian les explique par le biotropisme. Ce seraient de vraies rougeoles, rubéoles, etc... Sans doute peut-on presque toujours continuer le traitement, mais l'auteur énumère les arguments opposés à ce biotropisme (incubation, pas de contagion). Après avoir analysé l'anaphylaxie qui n'est qu'un mode d'allergie et ses tests (anaphylaxie passive) il avoue que l'on en est réduit aux hypothèses, la sensibilisation, l'allergie anaphylactique étant peut-être la cause la plus fréquente mais à laquelle s'associe souvent la pathogénie toxique.

Les accidents cutanés des traitements antisyphiltiqes

Professeur MARGAROT (Montpellier), rapporteur

Le rapporteur élimine rapidement les accidents locaux par le traitement en applications locales, frictions, injections intramusculaires (dermite livédoïde), pour arriver aux accidents cutanés de caractère éruptif.

Le mercure donne soit des éruptions scarlatiniformes habituellement sèches, soit des éruptions érythémato-vésiculeuses. Avec le bismuth, les manifestations sont très polymorphes : prurit, urticaire, érythème scarlatiniforme (précoce ou tardif), érythrodermie œdémato-vésiculeuse, éruptions lichénoïdes, érythémato-pigmentaires, purpuriques, enfin zona bismuthique. Les arsénobenzènes provoquent des accidents que, de très bonne heure, on a divisés en éruptions légères et fugaces d'apparition précoce, et érythrodermies tardives, traînantes, parfois mortelles. L'auteur passe en revue le prurit, les urticaires, les éruptions bulbeuses et arrive aux éruptions du type « érythèmes du 9e jour » (Milian), scarlatiniformes, morbilliformes, ou rubéoliques, avec des formes plus rares (érythémato-purpurique ou érythème polymorphe). Les érythrodermies exfoliantes, œdémateuses surviennent généralement en fin de série annoncées par du prurit, marquées par la rougeur, la desquamation, l'infiltration œdémateuse, un état général variable, et une évolution fort longue. Certains auteurs ont signalé son action favorable sur l'évolution de la syphilis. A signaler encore la possibilité de kératodermie, d'éruption lichénoïde, de troubles pigmentaires, de purpura et d'herpès ou de zona. L'atteinte du foie joue un rôle certain dans beaucoup de ces dermatoses.

Dans la *pathogénie* extrêmement complexe de ces accidents cutanés, l'hypersensibilité au médicament employé paraît être le phénomène prépondérant. Les tests biologiques (intradermo, transmission de la sensibilité au cobaye) en montrent fréquemment l'existence dans les érythèmes du 9e jour où elle est associée au biotropisme, et dans les érythrodermies œdémateuses graves où elle s'intrique certainement à l'intoxication. Le biotropisme pour être moins constant est un facteur important. Direct, il explique les réactivations de la syphilis cutanée. Indirect, il n'est pas discuté dans l'éveil de maladie autonome comme le zona, et il peut intervenir dans les érythèmes du 9e jour. L'auteur voit dans ceux-ci des « dermites infectieuses secondes, de caractère allergique, parfois intriquées d'intolérance médicamenteuse ».

Quant au traitement, il visera surtout l'intolérance, justiciable d'une thérapeutique désensibilisatrice.

Les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques

Docteur MILIAN (Paris), rapporteur

Ces accidents médicamenteux sont dus à une intolérance de trois ordres : biotropique (directe ou indirecte), toxique, ou rarement les deux associées.

Parmi les *dermatoses infectieuses biotropiques provoquées par le* 914, certaines réalisent une maladie indiscutable, réveillée par la médication : la furonculose, l'érysipèle, le zona, l'herpès, le lichen plan. Le biotropisme est au contraire discuté dans les érythèmes survenant autour du 9e jour : érythèmes rubéoliformes (avec des ganglions), scarlatiniformes, morbilliformes, roséoliformes (rappelant la roséole saisonnière des enfants), ou encore érythèmes polymorphes. Ces érythèmes du 9e jour ne sont ni anaphylactiques, ni toxiques, mais infectieux. Leur allure clinique de maladie infectieuse, leur reproduction par d'autres médications que le 914, la multiplicité des types éruptifs, leur contagion possible, l'existence d'autres accidents infectieux apparaissant au 9e jour, enfin le fait que l'on peut sans inconvénient continuer le traitement, entraînent la conviction de l'auteur. Il est d'autres accidents infectieux cutanés qui ne surviennent pas toujours au 9e jour : l'érythème iris, souvent en fin de cure, l'urticaire, qui peut au reste avoir une étiologie variable, toxique aussi bien qu'infectieuse. De même le purpura : à côté du purpura infectieux du 9e jour, il existe des purpura toxiques. Le 914 peut enfin réveiller le trisyndrome médaillons, dysidrose, nappes érythémateuses régionales (Milian) dont l'agent infectieux reste à déterminer.

Les *accidents cutanés toxiques du* 914 se résument à peu près dans l'érythrodermie vésiculo-œdémateuse, tantôt eczémateuse, tantôt exfoliante. Elle apparaît tardivement, son début est insidieux, précédé de prurit ; on note de l'œdème avec augmentation de poids, oligurie, rétention des chlorures (Milian). Elle prend une forme soit eczémateuse, soit desquamative, avec atteinte des poils et des ongles. Il faut encore distinguer cette érythrodermie toxique de certains érythèmes polymorphes et de l'érythrodermie toxique de certains érythèmes polymorphes et de l'érythrodermie streptococcique qui y ressemble, mais est quelquefois plus précoce, et précédée d'un phénomène infectieux qu'il faut rechercher. L'auteur signale la sensibilité cutanée aux arsénobenzènes prouvée par l'intradermo positive dans les érythrodermies toxiques.

Les accidents du *mercure* sont peu fréquents, les uns biotropiques, directs (réaction d'Herxheimer) ou indirects (maladies très diverses et peut-être tuberculose), les autres toxiques. Il s'agit alors soit d'érythèmes généralisés, soit de dermites mercurielles locales d'origine externe (pommade mercurielle). L'*iodure* donne lui aussi des accidents toxiques (purpura) ou biotropiques (acné, érythème polymorphe, tuberculose). Les éruptions au *bismuth* sont peu fréquentes : érythrodermies, furoncles, urticaire. Dans le traitement par l'*or*, on a pu observer des érythèmes du 9e jour et des érythrodermies vésiculo-œdémateuses comme avec les arsénobenzènes.

Communications.

La 5e et dernière séance est fort chargée, par le nombre important des communications relatives au rapport C.

— MM. *Carreras et Vilanova* (Barcelone) communiquent un cas de *lichen plan consécutif à un traitement arsenical.*

— Le Pr *May* (Montevideo) apporte d'intéressantes remarques *sur les accidents cutanés des traitements antisyphilitiques.*

— Pr *Ramel* (Lausanne). — *Des toxidermies ulcéreuses de pronostic mortel consécutives au novarsénobenzol.* — L'auteur rapporte 2 cas d'un syndrome cutané ulcéreux de pronostic mortel, compliquant une érythrodermie post-arsénobenzolique, de caractère papulo-vésiculeux.

— Le Dr *Tzanck* apporte *Quelques réflexions sur les accidents de la chimiothérapie antisyphilitique.* Il y distingue 2 grands groupes. D'une part l'érythrodermie qui est l'accident le plus fréquent, généralement tardif, et qui correspond à une réaction d'intolérance tissulaire. D'autre part, un second groupe d'éruptions, plus rares, comprend à côté de dermatoses toxiques (kérato-ou mélanodermies) ou biotropiques (zona, herpès, furoncles), des rash morbilliformes, rubéoliques, scarlatiniformes, d'allure infectieuse. Ce ne sont pas, pour l'auteur, de véritables rougeoles ou scarlatines, biotropiques. Il en fait des rash de la chimiothérapie, analogues aux rash de la variole ou des méningococcémies.

— MM. *Jausion, Fautrel et Champsaur. — Essai d'interprétation expérimentale des accidents cutanés chimiothérapiques.* — Les auteurs reconnaissent pour cause unique aux faits de biotropisme et d'intolérance, l'injure faite à la moelle osseuse par le toxique. Il peut en résulter un syndrome hématique cliniquement décelable. Mais, de toute façon, la réceptivité de l'organisme est augmentée, tant vis-à-vis des microbes saprophytes, qui se font pathogènes, que pour les substances inertes, qui deviennent toxiques. Les auteurs apportent leurs recherches menées sur 25 animaux, et de nombreuses microphotographies de moelle et de rate, témoignant de ce blocage médullaire dans toute chimiothérapie.

— Le *Dr Barthelemy* (Paris) apporte *un cas de purpura bénin au cours d'un traitement par l'oxycyanure de mercure.*

— MM. *Y. Bureau et E. Renaud* (Nantes) font une intéressante communication sur l'*éosinophilie dans les érythèmes arsenicaux.* Les mêmes auteurs ont fait l'*étude du fonctionnement hépatique, par l'épreuve de la galactosurie, dans les érythrodermies arsenicales*, et ils concluent que la fonction hépatique semble peu perturbée, cette perturbation étant fonction de l'état hépatique antérieur.

— MM. *Roger, Vigne et Raybaud* (Marseille) signalent *Deux cas de névrite sciatique consécutive à une dermite livédoïde postbismuthique.*

— MM. *Galé, Thiers et P. Cuilleret* (Lyon). — *L'allergie dans les accidents cutanés de la chimiothérapie antisyphilitique.* — Les auteurs apportent les résultats que leur ont donnés les tests biologiques de la sensibilisation (cuti- et intradermo-réactions, sensibilisation passive) dans 47 cas d'accidents cutanés divers de la chimiothérapie antisyphilitique. Les résultats sont en faveur du rôle de la sensibilisation, surtout dans les accidents précoces. Les mêmes auteurs apportent, en se basant sur 4 observations, *Un nouveau test de l'allergie médicamenteuse : la mise en évidence de la substance d'Oriel.*

— MM. *Galé, Thiers, Cuilleret et Charpy* (Lyon), étudiant *La substance d'Oriel dans le traitement des accidents allergiques de la chimiothérapie antisyphilitique*, apportent une observation d'érythrodermie novarsénobenzolique qui fut rapidement guérie par la « substance d'Oriel ». Les auteurs montrent l'intérêt de cette thérapeutique et posent la question de la désensibilisation possible des malades par cette méthode.

— Le *Pr G. Pelges* et le *Dr A. Pelges* (Bordeaux) relatent trois cas d'*Accidents cutanés simulant le lupus érythémateux au cours de traitements bismuthiques.*

— *Dr Ravault. — Réflexions sur la nature des accidents cutanés du traitement antisyphilitique.* — L'auteur ne partage pas l'opinion de M. Milian sur l'origine biotropique des érythèmes dits du 9e jour. Il expose les raisons pour lesquelles il n'y voit qu'un conflit humoral passager, d'un mécanisme obscur, mais non infectieux. L'auteur signale d'autre part un syndrome lympho-cutané postarsénobenzolique, qui paraît avoir une étiologie tuberculeuse.

Au cours de la DISCUSSION qui suivit ces communications, le *Pr Prieto* (Grenade) se déclare convaincu de la nature allergique des érythrodermies vésiculo-œdémateuses (désensibilisation possible, élimination de la substance d'Oriel), et du rôle important de l'insuffisance hépatique (galactosurie, extraits de foie). Le *Pr Ramel* estime que, dans les manifestations cutanées du novarsénobenzol, les 3 grandes causes toxique, allergique, et biotropique interviennent, le plus souvent associées.

Sont intervenus dans la discussion, M. le *Pr Pautrier*, M. le *Dr Chevallier* (Paris), et M. le *Dr Noguer-More* (Barcelone) qui a étudié les variations de la cholestérinémie au cours des érythèmes arsenicaux et recommande le traitement par les injections d'extrait hépatique.

Cette séance a été honorée de la visite de M. le Président Herriot, qui est venu dire son regret de n'avoir pu assister, la veille, à la remise de la médaille offerte au Pr Nicolas, par ses élèves et ses amis à l'occasion de son jubilé. Le vendredi après-midi a été en effet consacré à cette cérémonie au cours de laquelle M. le Pr Favre, M. le doyen Lépine, M. le gouverneur militaire de Lyon, M. Gougerot, M. Spillmann, M. Milian, M. Jersild, M. Galé, puis le plus jeune élève du Pr Nicolas, et enfin M. le Recteur, ont pris la parole pour saluer la haute personnalité scientifique et l'inlassable dévouement de M. le Pr Nicolas. Il a été lu une allocution de M. Darier, au nom de l'Académie de Médecine.

Le Congrès s'est agrémenté de diverses réceptions offertes par le Comité de la médaille, le Pr Nicolas, le Dr Carle et le Dr Laurent, à Saint-Etienne. Il s'est terminé dimanche 22 et lundi 23 juillet, par deux excursions, à Uriage et au Mont-Pilat.

L'Assemblée générale de l'Association des Dermatologistes et syphiligraphes de langue française, réunie en séance de clôture, sous la présidence de M. Milian, a décidé que le prochain Congrès aurait lieu, pendant les vacances de Pâques 1937, à Barcelone.

P. DUGOIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1934)

Essais de divers anesthésiques de base. — M. SCHNEIDER.

Sur un cas de leucémie myéloïde passagèrement amélioré par une infection intercurrente. — M. VEYSSI rapporte l'observation d'une femme indigène de Tunisie qui, atteinte d'une leucémie myéloïde typique, vit pendant un certain temps son état s'améliorer et sa formule sanguine tendre vers la normale à la suite d'un traitement appliqué par un marabout, et qui consista en de colossales pointes de feu sur la région splénique, suivies d'une abondante suppuration. La rémission dura 4 à 5 mois.

A propos d'un cas d'intoxication alimentaire par le fromage blanc. — M. SAUTRIAU.

Réaction de Schick et vaccination antidiphtérique. — M. MEERSSEMAN, à propos d'une communication récente, envisage la question de la suppression de la réaction de Schick préalable à la vaccination antidiphtérique dans l'armée. En dehors de l'argument pratique, on peut retenir en faveur de cette modification à la technique actuelle : 1° l'infidélité possible de la réaction de Schick mise en lumière par l'existence de cas de diphtéries chez des sujets à réaction négative, cas rares d'ailleurs, d'après la statistique de l'auteur (0,81 p. 100) et qui peuvent s'expliquer par divers mécanismes : angines banales chez des porteurs de bacilles diphtériques, discordance entre la négativité de la réaction et le taux antitoxique humoral, fléchissement ultérieur d'une immunité primitivement suffisante ; 2° l'innocuité, à priori certaine, de la vaccination chez les sujets à réaction de Schick négative.

A propos des contre-indications rénales de la vaccination associée antidiphtérique et antityphoparatyphique. — M. Meesserman rapporte un certain nombre de cas de complications rénales de la vaccination associée ; il s'agit d'albuminuries de faible taux avec présence inconstante dans le sédiment urinaire d'hématies et parfois de cylindres sans trouble des fonctions d'élimination, évoluant concurremment avec des réactions fébriles plus ou moins accusées. L'auteur insiste sur le caractère exceptionnel de ces complications (13 cas sur près de 10.000 vaccinés), sur la bénignité et la rapidité habituelle de l'évolution, sur le fait que ces accidents paraissent survenir plus volontiers chez des sujets ayant présenté antérieurement de petites albuminuries passagères. Il estime que ces notions doivent faire comprendre dans un sens très large les conre-indications rénales à la vaccination associée et que toute albuminurie, si minime et si transitoire soit-elle, doit entraîner l'abstention vaccinale.

Cinq cas d'ectodermose érosive pluriorificielle. — MM. Andrieu, Guichene et Parnet, à propos de cinq observations nouvelles recueillies dans leur service de janvier à mars 1934, rappellent les travaux d'ensemble déjà publiés sur cette affection, dont ils soulignent les caractères essentiels. Ils insistent particulièrement sur les points suivants : l'ectodermose peut évoluer pour son propre compte, revêtant une allure primitive et isolée ; — survenant à la suite d'une maladie antérieure, elle fait naître l'hypothèse de l'ectodermose « maladie seconde » ; — primitive ou non, elle est susceptible d'entraîner des complications localisées ou septicémiques à germes banaux.

Contribution à l'étude de la chimiothérapie de la rougeole. — MM. Andrieu et Henri, après avoir passé en revue les méthodes préconisées pour assurer une chimiothérapie active de la rougeole, étudient comparativement chez 361 rougeoleux adultes la méthode de traitement classique seule ou associée à la chimiothérapie par le chlorhydrate basique de quinine ou par l'amidopyrine (pyramidon). Il convient de ne considérer ces substances que comme des adjuvants d'importance secondaire et de ne les employer qu'avec prudence.

A propos d'un cas de névraxite périphérique mortelle. — MM. Lasssale, Sohier et Aujaleu rapportent l'observation d'un sujet de 67 ans qui présenta brusquement une quadriplégie flasque sans troubles sensitifs ni sphinctériens, sans fièvre, et chez qui une ponction lombaire révéla uniquement une dissociation albumino-cytologique. Dans la suite, on assista à la diffusion des lésions à tout le névraxe et en particulier au mésocéphale, le malade présentant de la diplopie, du nystagmus et une inversion du rythme somnique et également des douleurs diffuses. Puis s'installa un état confusionnel avec onirisme et micropsie ; enfin, après avoir présenté des troubles vaso-moteurs et trophiques sous forme d'œdème, de lésions érythémateuses et bulleuses, le sujet succomba au 59e jour de son affection.

Les auteurs rappellent les caractères particuliers à ce syndrome et discutent la pathogénie des troubles vaso-moteurs et trophiques. Cherchant à déterminer la nature du virus dans cette névraxite infectieuse à début périphérique, ils donnent des arguments en faveur de l'origine encéphalitique, tout en signalant les difficultés du problème étiologique en l'absence de critère biologique précis.

Méningoencéphalite syphilitique ou encéphalite subaiguë non suppurée à rechutes autour d'un corps étranger intracranien. — MM. Lassale, Aujaleu et Sohier ont observé un blessé de guerre ayant subi un traumatisme cranio-encéphalique grave par éclat d'obus et suivi immédiatement de coma, d'aphasie transitoire, puis d'hémiplégie spastique droite. Porteur d'un éclat d'obus intra-cérébral, révélé longtemps après la blessure à l'occasion d'une radiographie, le sujet présenta dans une première période des crises d'épilepsie jacksonienne de fréquence décroissante. En 1927, soit 10 ans après sa blessure, on assista à l'évolution d'épisodes infectieux aigus ou subaigus à symptomatologie encéphalo-méningée, et une ponction lombaire révéla alors non seulement une hyperalbuminose avec lymphocytose, mais aussi une réaction de Bordet-Wassermann positive et un benjoin colloïdal de type syphilitique. Un traitement spécifique arrêta l'évolution des accidents ; s'il n'eut pas dans la suite de valeur préventive contre les autres poussées, il eut une action curative à chaque épisode nouveau.

Les auteurs, après avoir discuté la nature de l'infection encéphalique, admettent que la syphilis a un rôle certain dans le déterminisme de la méningo-encéphalite localisée, l'ancien foyer traumatique et le corps étranger inclus réalisant un point d'appel et un terrain favorable à l'infection tréponémique. Ils insistent en terminant sur le psychisme spécial du sujet à base d'euphorie, malgré la gravité des accidents. Cette euphorie pourrait ainsi se rencontrer dans toutes les méningo-encéphalites, quelle que soit leur nature et même leur localisation.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 11 mai 1934)

Cas de dentiers dans l'œsophage thoracique et abdominal. — M. A. Soulas, à l'occasion de 5 cas de dentiers déglutis, fait observer la gravité de ces corps étrangers, mais aussi l'importance pronostique de la localisation et également de certaines manœuvres inopportunes. Le dentier dans « l'œsophage thoracique » est un cas relativement favorable et simple qu'il ne faut pas compliquer par une attente illogique ou par un essai de migration ; le désenclavement étant, non pas une méthode, mais une simple manœuvre destinée à faciliter l'extraction. Si le dentier se trouve dans le segment « phréno-cardiaque », localisation exceptionnelle mais défavorable, la conduite à tenir la meilleure est l'extraction par voie gastrotomique, à condition de ne pas suturer immédiatement la plaie.

Zona et lésions inflammatoires médullaires. — M. J. Luermitte. L'herpès zoster s'accompagne dans la règle, de lésions inflammatoires de la substance grise avec dégénération des cellules et des fibres nerveuses. Ces lésions s'étendent en haut et en bas en dehors des limites du myélomère répondant à l'éruption zostérienne et parfois diffusent du côté opposé. Ces lésions expliquent bien des complications et des symptômes du zona telles que les paralysies, les amyotrophies, les anesthésies à distance ; elles rendent compte aussi de la survenance d'accidents plus rares, les monoplégies et les hémiplégies.

Traitement de la pseudarthrose de l'humérus par implantation de greffes parcellaires. — M. Dupuy de Frenelle, en présence d'une pseudarthrose de l'humérus, lorsque la véritable opération par greffe d'Albee n'est pas possible, est partisan de tenter la cure de la pseudarthrose par un procédé très simple et inoffensif qui consiste à planter dans l'espace interfragmentaire, et dans l'extrémité de chaque fragment, une série de petits greffons osseux. Pour pratiquer cette plantation, Dupuy de Frenelle utilise des trocarts en entonnoir. Dans le cas où il a appliqué ce traitement, l'auteur n'a pas observé de guérison vraie de la pseudarthrose, mais il a pu constater un renflement des fragments osseux au niveau où ils ont été greffés. Il parle ensuite de la préparation du sujet, préparation qui permet à l'opérateur

de prendre une connaissance plus exacte et plus précise de la topographie des fragments et de l'espace interfragmentaire pour y implanter les greffes.

Variation de l'indoxyle urinaire sous l'influence de la cure de Vittel. — M. SCHNEIDER, après avoir insisté sur l'importance du dosage de l'indoxyle urinaire, montre qu'en thérapeutique hydrologique, l'indoxyle augmente brutalement au début de la cure pour diminuer par la suite plus ou moins lentement. Il en est de même, semble-t-il, des acides organiques intestinaux. Quant à l'ammoniaque intestinal, il baisse, lui, au contraire. L'action est donc incontestable sur l'intestin, s'expliquant peut-être par une augmentation de perméabilité du gros intestin.

La pression artérielle chez les femmes enceintes et sa haute valeur pratique. — M. LE LORIER communique les résultats de plus de dix années d'observations en série de la tension artérielle maxima chez toutes les femmes enceintes soumises à son observation directe, résultats qui confirment entièrement ceux qu'il avait publiés en 1923 ; utilité de prendre en considération les moindres élévations de la tension maxima. Fixation de la maxima normale à 12,5 (méthode de Riva-Rocci palpatoire), zone d'alarme de 13 à 15, zone dangereuse à partir de 15 ; nécessité de rechercher avec un soin égal tous les autres signes de toxémie, la tension artérielle pouvant n'être nullement influencée par cette dernière ; utilité de mettre au traitement diététique toute femme enceinte dès qu'elle entre dans la « zone d'alarme ».

Avoine et asthénie. — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a présenté un travail concernant les premiers résultats obtenus dans le traitement des diverses formes de l'asthénie par les principes excito-toniques de l'avoine. Jusqu'à présent, on ne s'était occupé que des propriétés nutritives du gruau et de la farine d'avoine. Les principes actifs qui confèrent à l'avoine sa valeur énergétique dans l'alimentation du cheval sont tout différents des composants nutritifs. Présentés sous une forme concentrée et stable, ces éléments sthéniques ont donné les meilleurs résultats dans diverses formes d'adynamie nerveuse et musculaire, et en général, dans les cas de dépression. Produit naturel, l'extrait total de l'avoine est dénué de toxicité et présente un progrès sensible sur les médications usuelles.

SOCIETE DE PROPHYLAXIE SANITAIRE ET MORALE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1934)

Le professeur Gougerot, président, fait l'éloge du Dr Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la société de dermatologie, président de la section de dermato-syphiligraphie du service social.

Le Dr Sicard de Plauzolles donne ensuite lecture de la correspondance et annonce que le prochain congrès de l'Union contre le péril vénérien se fera à Budapest. Il étudiera la répercussion provoquée par la crise, et, en particulier, par le chômage sur le développement de la prostitution et des maladies vénériennes.

Le professeur Gougerot donne ensuite la parole successivement au Dr Janet et au Dr Durel pour la lecture, avant adoption, des tracts prophylactiques qu'ils avaient été chargés de rédiger. Le Dr Sicard de Plauzolles précise une dernière fois que ces tracts sont destinés à être *remis confidentiellement aux personnes qui en feraient la demande, et qu'en aucun cas*, ils ne seront *distribués*.

Le professeur Gougerot fait part à la société des constatations qu'il a pu faire au cours d'un voyage privé au Maroc : la prophylaxie des maladies vénériennes y a été organisée d'une manière admirable par le général Lyautey ; la surveillance des quartiers réservés est exercée de telle sorte qu'il paraît difficile de faire mieux. Enfin le quartier réservé de Casablanca, placé sous la direction du Dr Lépinay, est véritablement un modèle du genre.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 8 novembre 1934, à l'Institut Alfred Fournier.

PRATIQUE MÉDICALE

LA CARDIO-THÉRAPEUTIQUE AU COURS DES MALADIES INFANTILES (1)

Par le docteur J. FAGUET.

L'adoverne présente toutes les propriétés cardiotoniques, diurétiques, eupnéiques et neurosédatives de l'adonis vernalis. Depuis les travaux de MM. Mercier, Lutembacher, Perget, Giraud-Costa, etc., l'adoverne a pris place parmi les grands médicaments cardiaques ; il est indiqué surtout chez les malades qui ne peuvent supporter la digitaline, mais il possède une action eupnéique et un pouvoir diurétique directs qui lui sont tout à fait propres. Enfin c'est un médicament excessivement maniable. Ses doses chez l'adulte vont de XXX gouttes par jour, dose faible d'entretien et de soutien cardiotonique, à LX gouttes dans les cardiopathies graves décompensées. Cette grande maniabilité de l'adoverne chez l'adulte va de pair avec son innocuité chez l'enfant. Le produit s'élimine rapidement et son emploi met à l'abri des accidents d'accumulation toxique comme on en observe encore trop souvent avec les autres préparations tonicardiaques : aussi son emploi mérite-t-il de se généraliser, non seulement dans le traitement des affections cardiaques infantiles, mais aussi dans toutes les occasions où, à quelque titre que ce soit, on désire tonifier le cœur chez les enfants comme chez les adultes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE [2]

ETUDE CLINIQUE

LES GRANDS ABCES DU FOIE

I. **Abcès amibiens.** — Nous allons prendre comme type de description l'abcès amibien dans sa forme suraiguë.

Il évolue schématiquement en deux phases.

A) La *première phase* est une phase *d'hépatite aiguë :*

Véritable phase présuppurative.

C'est une période où il est exceptionnel que le chirurgien ait à donner son avis. Le plus souvent en effet, le malade sollicite un conseil médical pour des signes fonctionnels et généraux qui peuvent simuler une infection pulmonaire de la base, — une imprégnation tuberculeuse, — un état infectieux quelconque, etc...

C'est la période où il faut savoir dégager de tous les signes trompeurs deux symptômes qui plaident en faveur d'une suppuration hépatique.

1° *La douleur de l'hypochondre droit*, avec ou sans irradiations à l'épaule droite ;

2° *La température* (38°5-39°).

A l'examen, on trouverait *un gros foie douloureux et isolé.*

(1) *Concours médical*, n° 23, Paris, 4 juin 1933.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 67, p. 1206.

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

Il faudrait mettre tout en œuvre pour arriver au diagnostic.

a) Enquête minutieuse sur *les antécédents dysentériques*, en sachant qu'on peut ne trouver aucune perturbation des selles.

b) Recherche du *parasite*, avec toutes les précautions habituelles.

c) Le *traitement d'épreuve* (émétine), qui est habituellement curateur, à condition d'être suivi d'un traitement d'entretien.

Quand le malade n'a pas été vu à cette phase, on est appelé à observer la :

B) *Phase d'hépatite suppurée.* — Les signes fonctionnels et généraux sont les mêmes qu'à la phase précédente.

Cependant, la douleur est plus nette.

La température s'est élevée davantage, parfois oscillante.

L'état général s'altère.

L'amaigrissement progresse.

L'examen va mettre en évidence deux signes de grande valeur :

1° *L'hépatomégalie évidente.*

Inspection : voussure de l'hypochondre droit ;

Palpation : le foie déborde le rebord costal de plusieurs travers de doigt, il est souvent de consistance normale.

Percussion : la limite supérieure est surélevée.

2° *La douleur localisée :* recherchée méthodiquement avec un doigt, la douleur exquise en un point précis identique à elle-même aux différents examens renseigne sur l'existence et le siège de l'abcès.

A ce stade, on mettra encore tout en œuvre pour faire le diagnostic.

La Radio peut montrer l'hypertrophie de la glande.

Plus rarement, une tache plus sombre.

La polynucléose sanguine s'est accrue.

Mais à ce stade, c'est la *ponction exploratrice*, souvent pratiquée sur la table d'opération qui emporte le diagnostic. C'est elle en réalité qui est le seul critère de la suppuration en ramenant un liquide épais, rouge brique ou chocolat, se coagulant en masse, stérile à l'examen direct et à la culture.

Enfin la recherche des *antécédents*, et l'épreuve du traitement par l'émétine ne doivent jamais être négligées, surtout quand la ponction est restée blanche.

EVOLUTION

a) *Traité.* — Parfois tout s'arrange sous l'influence de la ponction et de l'émétine. Sinon, l'émétine aura préparé l'intervention, on pratiquera une hépatotomie, suivie encore du traitement médical.

Il faut se méfier en effet de *fausses guérisons* ou de *récidives.*

b) *Non traité :* la mort peut survenir par cachexie progressive ou par complications.

Le pus peut se vider dans un organe voisin : côlon, estomac, intestin grêle, péritoine (abcès sous-phréniques), parfois la peau.

Mais le pus peut émigrer aussi vers la base thoracique, aboutissant à une vomique de pus chocolat, avec symptômes de pyo-pneumothorax sous-phrénique.

FORMES CLINIQUES

Elles sont nombreuses. Mais dans le cadre chirurgical, nous ne pouvons insister que sur :

1° *L'abcès tropical* se voit aux colonies au décours d'une crise de dysenterie.

L'évolution est rapide. La maladie brûle les étapes.

Les signes fonctionnels et généraux sont intenses.

Localement, la contracture et l'hyperesthésie cutanée rendent la palpation difficile.

La mort est rapide en quelques jours si le traitement par l'émétine n'est pas institué précocement.

2° *L'abcès chronique purulent*, qui succède à l'abcès aigu, ou est chronique d'emblée.

Alors que dans l'abcès tropical, on retrouve la symptomatologie de notre forme type, mais en raccourci, on la retrouve ici échelonnée sur des mois et des années.

Le foie est gros, souvent indolent.

La ponction exploratrice est indispensable et ramène un liquide séreux ou crémeux, homogène ou caillebotté, pâle, jaunâtre ou grisâtre, véritable *pus mort.*

L'hépatotomie est nécessaire si on ne veut pas voir le malade succomber à une *véritable phtisie hépatique.*

3° Il existerait enfin des *abcès petits et multiples*, qui, comme les petits abcès que nous étudierons tout à l'heure sont très graves, au-dessus des ressources chirurgicales.

II. **Abcès d'origine appendiculaire.** — Nous avons vu que les abcès appendiculaires pouvaient être dans quelques cas uniques.

Cependant, il peut exister plusieurs abcès assez gros, avec un aspect aréolaire.

Début. — Ils sont généralement tardifs.

Ils surviennent à la suite d'une appendicite qui refroidit, ou même après l'intervention, quelle qu'ait été la gravité de l'appendicite.

Cliniquement : la fièvre survient brusquement. Elle est élevée, oscille fréquemment et est accompagnée de frissons, de sueurs, parfois de vomissements.

L'état général s'aggrave vite, avec amaigrissement, langue sèche et prostration.

Le malade accuse des douleurs de l'hypochondre droit avec irradiations à l'épaule.

A l'examen : le foie est gros, lisse, douloureux.

Evolution : il faut absolument tenter le traitement chirurgical en pensant que l'abcès peut être unique, ou que l'intervention pourra drainer simultanément plusieurs abcès voisins.

Le *pronostic* est grave, mais non traité, la mort surviendra dans l'adynamie, et quelquefois l'ictère grave.

(A suivre.)

L'armement antituberculeux français. Introduction de MM. Léon BERNARD et G. POIX. Troisième édition (1).

Tous ceux qui ont la mission souvent difficile de placer des tuberculeux ou de conseiller des lieux de cure et de traitement attendaient avec impatience la 3e édition de ce livre.

Tel un petit « Bottin », il est susceptible de rendre de grands services aux collectivités et aux individus. Il a pour but de faire connaître les œuvres et les institutions antituberculeuses dont nous disposons en France afin que les malades puissent être aisément dirigés sur celle qui leur convient.

La classification est faite par départements et comprend pour chacun d'eux des renseignements sur l'*organisation départementale*, les *Dispensaires*, le *Placement familial*, les *Preventoriums*, le *Placement collectif*, les *Sanatoriums.*

Ce livre, rédigé par le « Comité national de défense contre la tuberculose », est basé sur la seule documentation complète existant actuellement. L. G.

(1) In-8 de 245 pages. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Nouveau traitement

du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1934. — N° 70.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Conceptions actuelles sur quelques types cliniques d'azotémie (fin), par M. G. Farnarier.
DOCUMENTS OFFICIELS
Agrégation des facultés de médecine.
CONGRÈS
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Voir, p. 1250, l'arrêté portant réforme de l'agrégation.

— Marseille. — *Prix René Lazare.* — Ce prix est réservé à un externe ou à un ancien externe des hôpitaux de Marseille et de nationalité française.

Peuvent être admis à concourir :

1° Les externes en exercice des hôpitaux de Marseille;

2° Les anciens externes des hôpitaux de Marseille n'ayant pas encore soutenu leur thèse.

Sujet du prix : Un travail inédit, manuscrit ou imprimé, sur les infections de la bouche et du rhino-pharynx, autant que possible dans leurs relations avec les septicémies et les maladies du sang.

Le prix sera de 1.000 fr. chaque année pendant une période de cinq ans.

Le jury sera désigné par le Conseil de la Faculté et se réserve le droit de reporter le prix à l'année suivante.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 31 décembre de chaque année.

Le prix sera décerné à la fin du mois de janvier suivant.

GUERRE. — M. le médecin général inspecteur Lahaussois, directeur du Service de santé de la 6e région, à Metz, membre du Comité consultatif de santé, inspecteur des services chirurgicaux de l'armée, a été placé, à compter du 28 août 1934, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de santé militaire.

MARINE. — Le médecin principal Chrétien est désigné pour remplir les fonctions de médecin de division à la division navale du Levant.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. Goepfert (de Nancy).

Médaille d'argent. — MM. Garnier (de Nancy), Soulière (d'Audun-le-Roman), Descarpentries (de Roubaix), Schwartz (de Colmar), Piot et Truchet (de Chambéry), Joly (de Paris), Spindler (du Havre), Philippe (de Saint-Dié).

Médaille de bronze. — MM. L. Giraud (de Cusset), Parrel (d'Aubagne), Werner (de Metz), Richard (de Nevers), Buzat et Fidel (de Saint-Romain-de-Colbosc).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Mme le docteur Francès-Bragayrac, reçue 9e au concours de médecin des asiles de 1934, est nommée médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le docteur Mouchette, appelé à un autre poste.

— M. le docteur Léculier, reçu 7e au concours de médecin des asiles de 1934, est nommé médecin chef de service à l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés du Bon-Sauveur de Bégard (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le docteur Baudouin, appelé à un autre poste.

ASILES AGRICOLES. — M. le docteur Courtois, médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, reçu au concours de médecin des asiles de 1931, est nommé médecin directeur de l'asile agricole de Chezal-Benoît (Cher), en remplacement de M. le docteur Briau, appelé à un autre poste.

LA RETRAITE DU DOCTEUR COLOMBANI. — Le docteur J. Colombani vient de quitter la direction de l'hygiène et de

DIGESTION DU LAIT
LAB LACTO FERMENT MIALHE

la santé publique du Maroc qu'il a occupée pendant tant d'années d'une façon inoubliable.

Venu au Maroc pendant la guerre comme médecin de réserve, notre confrère fut vite apprécié par le maréchal Lyautey qui lui demanda en 1920 de rester au Maroc et de diriger les services d'hygiène. On connaît les merveilles réalisées par Colombani appuyé par Lyautey.

Une souscription est ouverte au *Maroc médical* à Casablanca pour offrir à M. Colombani une plaquette dont l'exécution a été confiée à l'éminent sculpteur le docteur de Hérain. Le prix de la souscription est fixé à 100 fr. plaquette de bronze et 250 fr. plaquette en argent. — Adresser les souscriptions au *Maroc médical*, C. C. P., Rabat 852.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur E. H. Lawrence Oliphant (de Glasgow), M. le professeur Blanchetière (de Marseille), décédé accidentellement.

CONGRÈS

Quatrième conférence de l'Association internationale de pédiatrie préventive. — La IVe Conférence de l'Association Internationale de pédiatrie préventive (section médicale de l'Union internationale de secours aux enfants) aura lieu à Lyon, les jeudi et vendredi, 27 et 28 septembre 1934. Les sujets à l'ordre du jour et les noms des rapporteurs sont les suivants : 1° *Prophylaxie de la malaria chez l'enfant :* prof. Cacace, de Naples ; prof. Gillot et Dr Sarrouy, d'Alger ; et Dr Barclay Barrowman, Batu Blah, Etats Fédérés de Malaisie ; 2° *Prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie :* prof. Monrad, de Copenhague ; prof. Rominger, de Kiel.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire de l'A. I. P. P., 15, rue Lévrier, Genève (Suisse) ; il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

Deuxième congrès de l'Association pour la documentation photographique et cinématographique dans les sciences. — Le congrès aura lieu à Paris, du 4 octobre au 12 octobre, au musée pédagogique de l'Etat, 29, rue d'Ulm, Paris (5e).

L'objet de ce congrès mixte sera très vaste, puisqu'il ira de la chirurgie à l'astronomie, en passant par toutes les branches de l'activité scientifique. Grâce aux concours les plus qualifiés, des discussions seront ouvertes sur les sujets les plus divers avec démonstrations précises.

L'exposition scientifique annexe sera du plus grand intérêt.

Pour permettre la meilleure organisation de cette manifestation, les communications et les documents photographiques ou cinématographiques de tous ordres et de tous formats doivent parvenir au secrétariat avant le 30 septembre.

Secrétariat : Dr Claoué, 39, rue Scheffer, Paris (16e). Tél. Kléber 75-31.

Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. — Le IXe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française aura lieu à Alger, les 15, 16 et 17 avril 1935.

Bureau du Congrès : Président d'honneur : M. Henrotay ; président : M. Laffont ; secrétaire général : M. Fulconis ; secrétaire adjoint et trésorier : M. Ezes.

Les rapports seront les suivants :

1° *L'assistance obstétricale en Afrique française et belge ;* rapporteurs : MM. Laffont (Alger) et Cocq (Bruxelles) ;

2° *Indications et techniques thérapeutiques des cervicités chroniques ;* rapporteurs : MM. Labry (Lyon) et Villar (Bordeaux) ; 3° *Les œdèmes de la grossesse ;* rapporteurs : MM. Lévy-Solal (Paris) et X... (Suisse).

Deuxième congrès national des médecins amis des vins de France (Béziers, 25-28 oct.). — Président d'honneur : M. G. Doumergue ; président effectif : M. le Dr Queuille, ministre de l'Agriculture ; président du congrès : M. le professeur Dieulafé.

Programme résumé. — Jeudi 25 octobre : ouverture du congrès à la mairie de Béziers.

Vendredi 26 : le congrès se tient à la Faculté de médecine de Montpellier, réceptions à Frontignan et Sète

Samedi 27 octobre : visite des vignobles de la côte vermeille. Banyuls, Port-Vendres, Perpignan, Narbonne, Béziers.

Dimanche 28 octobre : banquet de clôture à Béziers.

Un programme très complet de réception encadre les discussions scientifiques.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr A. Lignières, secrétaire général, 72, allées Paul-Riquet, à Béziers.

4e Congrès français de Gynécologie. — Le 4e Congrès organisé par la Société française de gynécologie aura lieu en 1935, pendant les fêtes de la Pentecôte, les 8, 9 et 10 juin, à Salies-de-Béarn.

Président d'honneur : M. Doleris, membre de l'Académie de médecine.

Président : M. le Professeur Guyot, de Bordeaux.

Vice-Président : M. Etienne David, de Salies-de-Béarn.

Secrétaire général : M. Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

Le sujet à l'ordre du jour sera :

Les Hémorragies génitales de la femme en dehors de la grossesse et des tumeurs.

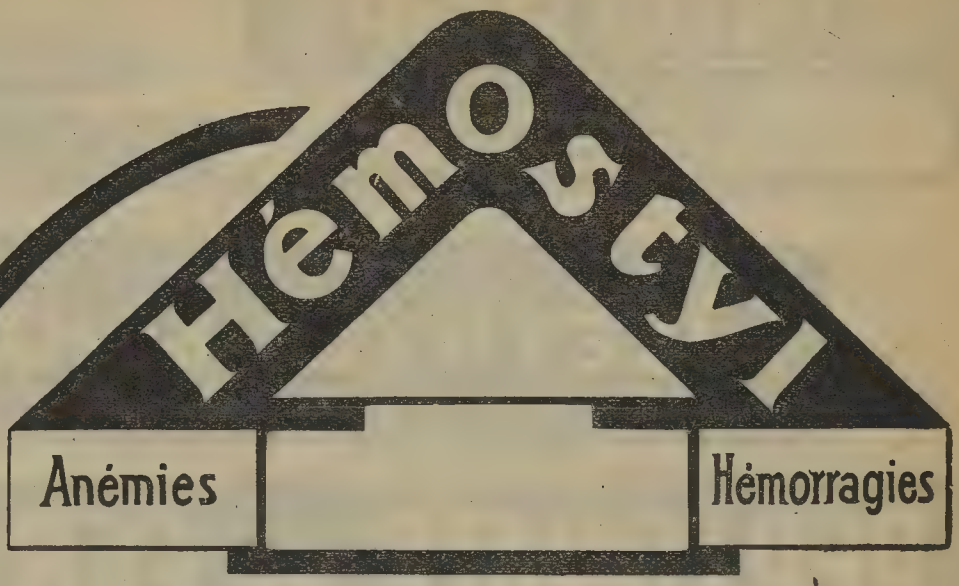
Les congressistes seront les hôtes de la station pendant les trois jours. Des réceptions, fêtes, banquet, excursions leur seront offerts.

En dehors des membres de la Société française de gynécologie, des membres adhérents en nombre limité pourront être admis. S'adresser pour tous renseignements au Docteur Maurice Fabre, 6, rue du Conservatoire, Paris (9e arr.).

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS DE CHEVAL

Flacons-ampoules de 10cc de Sérum pur

A) *Sérothérapie spécifique des* **ANÉMIES** (Carnot)

B) *Tous autres emplois du Sérum de Cheval :*
HÉMORRAGIES (P.E. Weill)
PANSEMENTS (R. Petit)

Sirop ou Comprimés de sang hémopoïétique total

ANÉMIES
CONVALESCENCES
TUBERCULOSE, etc.

Echantillons et Littérature

Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

OLÉTHYLE-BENZYLE

PEPTONATE DE FER ROBIN
Gouttes - Vin - Élixir
ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ
R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés
0 gramme 15
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS
R. C., 2,16, Seine.

REVUE GENERALE

CONCEPTIONS ACTUELLES SUR QUELQUES TYPES CLINIQUES D'AZOTÉMIE [1]

Par GEORGES FARNARIER,
Interne des hôpitaux de Marseille.

4° LES AZOTÉMIES AU COURS DES TROUBLES DU MÉTABOLISME DU CHLORE. — Dès la préconisation du régime déchloruré dans les néphrites hydropigènes par Widal et Javal, Castaigne et Rathery en 1903 avaient prévu les dangers que pouvait présenter cette carence chlorée de l'organisme. L'influence de la chloruration sur l'urée sanguine, a été l'objet d'un chapitre de la thèse de Pasteur Vallery Radot en 1913. Depuis, les travaux de Rathery déjà cité, et ceux de L. Blum et de ses élèves se sont attachés à cette question. Citons enfin la thèse d'Amedeo (Marseille 1932).

On peut dégager trois grandes formes cliniques :

1. *Au cours de la néphrite azotémique* classique de Widal, l'augmentation de l'urée sanguine peut être due à une rétention chlorée sèche s'accompagnant fréquemment d'acidose. Chez de tels malades la suppression du sel de l'alimentation ramène rapidement l'azotémie à un taux sensiblement normal.

2. Dans un second groupe de cas l'azotémie est due à l'appauvrissement de l'organisme en chlore, c'est le « *syndrome azotémique par manque de sel* » décrit par L. Blum et Van Caulaert, ce sont des malades chez qui l'administration de sel est suivie d'une véritable résurrection.

3. Enfin dans un troisième groupe de cas les causes d'azotémie peuvent être *mixtes*, à une azotémie d'origine rénale s'ajoute une azotémie par manque de sel. L'administration de sel permet de faire disparaître une certaine quantité d'urée sanguine et lorsque le taux de chlore sanguin est revenu à la normale il ne subsiste plus qu'une azotémie résiduelle. Nous allons étudier tout d'abord le taux normal du chlore sanguin et voir quels sont les facteurs qui peuvent le faire varier. Ensuite nous envisagerons quelle interprétation on peut donner au point de vue clinique aux résultats fournis par le laboratoire. Et dans un dernier paragraphe nous examinerons brièvement les diverses hypothèses pathogéniques émises par les auteurs.

On dose normalement de 3 gr. 50 à 3 gr. 60 de chlore dans le plasma ou le sérum. Le sang total n'en titre que 2 gr. 80 environ. Ceci prouve que les globules rouges sont moins riches en chlore que le plasma. Un rapport *érythro-plasmatique* $\frac{\text{Chl. glob.}}{\text{Chl. plasm.}} = 0{,}5$, rend compte de cette inégale répartition du chlore dans le sang. Le taux global du chlore sanguin reste sensiblement constant, il y a balance entre la teneur en chlore des globules et du plasma, quand l'un augmente, l'autre décroît et inversement, cela dans certaines limites que nous examinerons plus loin.

Quels sont les facteurs qui peuvent faire varier le taux du chlore dans ses diverses localisations sanguines ? Une cause d'ordre général réside dans *les variations de la réserve alcaline*. En cas d'acidose le chlore plasmatique est chassé et émigre dans les globules rouges, leur indice chloropexique augmente, dans les cas extrêmes le taux du chlore dans les globules, dans le plasma et dans le sang sera le même. Ce sont là des notions capitales : *le taux du chlore plasmatique dépend de la réserve alcaline*.

Une cause d'ordre local, purement sanguin, est fournie par les variations de la composition du sang : il faut que dans le sang le rapport volumétrique $\frac{\text{plasma}}{\text{globules}}$ soit normal. Ainsi dans une anémie avec déglobulisation intense le taux de la chlorémie sera augmenté sans pour cela qu'il s'agisse de chloropexie. On mesurera facilement la dilution du sang par réfractométrie. Pour bien faire il faut pratiquer un dosage du chlore dans le sang total, une mesure du volume globulaire, grâce à ces deux facteurs on peut déterminer *l'indice chloropexique des globules*.

Quelles conclusions peut-on tirer des résultats fournis par ces divers examens ? Schématiquement : si le chlore sanguin est augmenté, il y a hyperchlorémie, on se trouve en présence d'une *azotémie avec chloropexie*. S'il est diminué il y a chloropénie sanguine et on se trouve en présence d'une *azotémie par manque de sel*. Mais les quelques remarques que nous avons faites plus haut sur les divers facteurs pouvant faire varier la répartition du chlore dans le sang nous montrent qu'il ne faut pas être trop absolu dans leur interprétation. Si le taux du chlore sanguin *dépasse 3 gr. 70 il y a indiscutablement chloropexie*, s'il tombe *au-dessous de 2 gr. 80, il y a indiscutablement chloropénie*. Mais nous avons vu qu'entre certaines limites — entre 2 gr. 80 et 3 gr. 70 — il pouvait y avoir balance entre la répartition du chlore plasmatique et du chlore globulaire. Dans tous les cas où l'on constate de l'hyperchlorémie c'est que le chlore sanguin est augmenté. Mais dans les cas d'hypochlorémie, seule la réserve alcaline peut permettre d'interpréter les résultats. Nous avons vu que l'acidose chasse le chlore plasmatique dans les tissus, les globules et le L.C.R. Donc si l'on constate une hypochlorémie avec alcalose (l'alcalose ayant par elle-même tendance à augmenter le taux du chlore plasmatique) c'est qu'il s'agit de *chloropénie vraie*. Mais au contraire s'il y a acidose et que le taux de chlore plasmatique est sensiblement normal il y a *chloropexie* (puisqu'à un taux de chlore plasmatique trouvé normal il faut ajouter la chloropexie tissulaire déterminée par l'acidose), pour les mêmes raisons si le taux de chlore plasmatique est très peu abaissé avec une acidose minime, il s'agit de chloropénie. On voit que dans les cas de chlorémie entre 2 gr. 80 et 3 gr. 70 avec acidose les résultats sont difficiles à interpréter. Il faut tenir compte de l'ordre de grandeur relatif de l'abaissement du chlore plasmatique et de l'acidose. Il sera très intéressant de compléter l'examen par un dosage du chlore dans le *L.C.R. où son taux normal est de 4 gr. 20*, ce qui permettra d'affirmer s'il y a chloropexie ou chlo-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 68, p. 1213.

ropénie — de même le dosage dans le sang total fournit des renseignements du même ordre — une augmentation de la chlorémie ou son abaissement correspondent en gros à un abaissement ou à une augmentation du chlore en général.

La *pathogénie* de l'action des modifications du taux du chlore sanguin sur celui de l'urée est encore bien mal éclaircie. Tout d'abord *L. Blum* a pensé que l'abaissement de chlore sanguin était compensé par une augmentation de l'urée, mais Rathery lui a objecté que l'urée n'agissait pas comme un sel sur la pression osmotique. Ensuite il a émis une seconde hypothèse. « La chloropénie est due à une modification humorale primitive et dont l'azotémie est la conséquence. »

Pour *Rathery* le rein demande un certain taux constant de chlore sanguin pour éliminer normalement l'urée. Chabanier et Lobo Onnel sont du même avis lorsqu'ils disent que « la privation du sang en chlore a pour effet un déséquilibre important dans le fonctionnement des reins, caractérisé par une réduction de la diurèse, accompagné même dans certains cas par une chute marquée du pouvoir de concentration ». La chute du taux du chlore dans l'organisme détermine une désassimilation des tissus génératrice de l'azotémie.

Nous venons de voir les rapports étroits qui lient l'abaissement de la réserve alcaline avec les modifications du métabolisme chloré. Il semble qu'il y ait là une relation de cause à effet, mais il est très intéressant de savoir si cette acidose est d'origine rénale. Le premier fait constaté a été la fréquente concordance de l'acidose avec le mal de Bright, ce qui a permis à V. Sachs de parler le premier « *d'acidose rénale* ». Cette question a fait l'objet de nombreux travaux depuis : Straub et Schlayer, Chace et Myers, Rathery et Bordet ainsi qu'Ambard. Le rein a une fonction primordiale dans la défense de la réserve alcaline de l'organisme. Le sang est un milieu alcalin à pH extrêmement fixe, les urines sont acides à l'émission. Le rein filtre donc les acides et retient les bases, qu'il remplace dans les urines par de l'ammoniaque qu'il fabrique à partir de substances inconnues, peut-être l'urée. La fréquence de l'acidose dans les états azotémiques peut être due à une hyperventilation pulmonaire d'origine toxique. Le CO^2 alvéolaire est plus activement chassé, les bases sanguines non compensées se détruisent, il y a abaissement de la réserve alcaline. Ce mécanisme peut paraître paradoxal, mais Ambard a pu en démontrer la réalité par l'étude du rapport chloré érythro-plasmatique. L'expérience primitive de Hamburger qui en acidifiant le sang déplaçait le chlore du plasma vers les globules servit de base à sa conception. Il suppose un apport exagéré d'acide (d'origine rénale), pour le neutraliser il se produit une dissociation en Na+ et Cl— qui va se fixer sur les globules rouges qui ont 5 fois plus d'albumines constitutionnelles que le plasma. Le rapport érythro-plasmatique normalement égal à 0,50 (il y a en effet 3 gr. 60 de Cl. plasmatique pour 1 gr. 70 de Cl. globulaire) passe à 0,80 ou 1. Pour neutraliser l'acidose il y aura hyponatrémie et chloropexie, mais il y aura en même temps hyperchlorhydrie bulbaire, excitation du centre respiratoire, hyperventilation pulmonaire qui augmente le rejet de CO^2. Telle est la lutte de l'organisme contre l'acidose.

Mais cet apport d'acide qui le premier chasse le Cl. du plasma vers les globules rouges et le L.C.R. peut-il être d'origine rénale ? On peut formuler trois hypothèses : ou bien il y a un trouble du métabolisme général déterminant secondairement l'acidose — ou bien il y a insuffisance d'élimination des acides au niveau du rein — ou bien il y a un trouble de la fonction ammoniacale du rein. Les deux premières hypothèses sont difficiles à contrôler, la troisième seule a pu être sanctionnée par des recherches de laboratoire. Tout d'abord il y a toujours acidose quand l'élimination urinaire de l'ammoniaque est augmentée. Mais chez les brightiques acidosiques dont la fonction ammoniacale du rein est atteinte, il peut y avoir hypoammoniurie. On a cru pouvoir mesurer ce trouble par *l'épreuve de la résistance des urines à l'alcalinisation* en faisant absorber au sujet des doses de bicarbonate de soude croissantes jusqu'à atteindre un taux pour lequel les urines sont basiques à l'émission (normalement il en faut une dizaine de grammes) mais on peut reprocher à cette épreuve qu'il peut s'agir d'un simple retard à l'élimination du bicarbonate. L'épreuve de *l'ammoniurie provoquée* proposée par Derrien consiste à faire absorber au sujet de l'acide phosphorique ou de l'acide chlorhydrique et à rechercher l'augmentation de l'ammoniurie. Cette épreuve est négative chez les sujets dont la fonction ammoniacale du rein est atteinte.

De cette étude des rapports de l'augmentation de l'urée sanguine avec les troubles du métabolisme chloré nous voyons qu'il y a une intrication extrême entre les facteurs rénaux, sanguins et tissulaires. Retenons-en au point de vue clinique deux grandes formes : le syndrome azotémique par manque de sel, et l'azotémie avec chloropexie et acidose. Rappelons au sujet de cette dernière forme ces quelques lignes de Rathery : « L'azotémie nous renseigne sur l'importance, sur l'étendue de la lésion de la glande, la réserve alcaline sur la gravité du retentissement sur l'organisme de cette lésion locale ».

Quelques types particuliers d'azotémies d'origine extra-rénale. — 1. HYPERAZOTÉMIE POST-OPÉRATOIRE. — Décrite tout d'abord par Chevassu, elle a fait l'objet de nombreux travaux de Chabanier, Lobo Onnel, Lelu et d'un rapport de P. Duval à la Société de Chirurgie (mai 1932). Sauf au cours d'interventions sur le tractus urinaire (c'est le cas des observations de Chevassu) cette hyperazotémie est en majeure partie d'origine extrarénale. Il faut également tenir compte de l'infection du sujet et de l'anesthésique qui peut avoir une action marquée sur le fonctionnement rénal.

Deux pathogénies peuvent être appelées pour expliquer cet accroissement de l'urée sanguine : la destruction tissulaire opératoire détermine une désassimilation albuminoïde suffisante — en dehors de toute chute de diurèse — pour élever le taux d'urée. C'est le facteur invoqué par Chabanier et Lobo Onnel dans un article récent. Mais la déchloruration joue elle aussi un rôle qui n'est pas négligeable, on note en effet une chute du chlore sanguin et le traitement d'épreuve

par la rechloruration a donné les meilleurs résultats dans les cas rapportés par Robineau et Max Lévy et par Chabanier.

2. L'azotémie au cours du diabète. — Elle a été décrite par L. Blum et son école. Cet auteur constatait chez les diabétiques graves qui venaient de sortir du coma grâce au traitement insulinique une poussée d'hyperazotémie considérable. Il faut tenir compte chez ces malades de divers facteurs : l'absence d'alimentation minérale pendant un laps de temps assez prolongé, les vomissements et la diarrhée abondants et surtout une fuite du chlore chassé par l'acidose ou peut-être par l'administration trop abondante de bicarbonate de soude (ce facteur est d'ailleurs rarement en cause, le bicarbonate étant peu fréquemment employé à des doses très élevées). Donc l'hyperazotémie d'origine extrarénale ne peut se rencontrer au cours du diabète que quand il y a acidose. Il est évident par ailleurs que tous les diabétiques peuvent voir leur taux d'urée sanguine s'élever s'il existe une lésion rénale surajoutée.

3. Les azotémies au cours des occlusions intestinales. — Nous n'insisterons pas sur ce type clinique dont nous avons décrit la pathogénie antérieurement. Elle est due surtout aux vomissements et à la déchloruration. De nombreux auteurs américains se sont attachés à son étude expérimentale : Mac Callum, Murrey ; en France : Léon Binet. Au point de vue clinique l'application des données expérimentales faites par Gosset et Petit-Dutaillis a permis de sauver la vie à de nombreux malades par la rechloruration.

4. L'azotémie au cours des maladies infectieuses et des intoxications. — Constatée par Achard au cours des maladies infectieuses, elle a fait l'objet d'un rapport de Roch à la Société Médicale de Genève en 1929. Elle a surtout été étudiée au cours des grippes, des pneumonies, de la fièvre typhoïde. Les auteurs constatent une augmentation de l'urée si grande et si brusque parfois qu'il est impossible de concevoir qu'elle puisse être due à la seule lésion rénale et à l'oligurie. Il faut admettre une désassimilation active. A l'appui de cette hypothèse on peut citer l'amaigrissement considérable au cours de la fièvre typhoïde à sa période de convalescence, amaigrissement qui s'accompagne d'une crise urinaire avec élimination de quantités véritablement énormes d'urée, crise analogue à celle que l'on observe chez les pneumoniques.

Roch a également noté les mêmes phénomènes au cours des intoxications aiguës. Les lésions rénales très considérables au cours d'une intoxication par le sublimé, même en supposant une destruction presque totale du parenchyme rénal, ne suffisent pas pour expliquer une hyperazotémie aussi considérable que celle que l'on constate. Entrent aussi en ligne de compte des facteurs extrarénaux : la désintégration tissulaire et les vomissements abondants. De même au cours des intoxications par l'arsenic le facteur tissulaire n'est pas négligeable non plus que les modifications sanguines dues à l'anémie. Dans tous ces cas la thérapeutique chlorurée sera particulièrement indiquée.

5. Grossesse et azotémie. — Les accidents graves qui s'observent au cours de la grossesse peuvent s'accompagner d'augmentation de l'urée sanguine. Déjà Voiron et Pigeaud avaient étudié au point de vue pronostique l'importance du coefficient d'imperfection uréogénique au cours de la grossesse, une communication à ce sujet à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris de Hutinel et Fl. Nepveux et enfin un article récent de Labbé dans la Presse Médicale se sont attachés à ce sujet.

Ces troubles du métabolisme azoté ne se rencontrent qu'au cours des vomissements incoercibles et ceci en dehors de toute lésion rénale antérieure. Mais outre ce facteur purement humoral entre en ligne de compte un facteur hépatique très important. Il y a en effet acéto-acidose et ammoniurie. L'ammoniurie massive ne peut être rattachée dans tous les cas à l'acidose, elle est le plus souvent due à une insuffisance fonctionnelle aiguë du foie. Mais il n'est pas rare d'observer chez de telles malades une chute impressionnante de la réserve alcaline avec hypochlorémie et hyperazotémie suivant le mécanisme que nous avons décrit plus haut.

Il est évident que le chlore du liquide gastrique étant d'origine sanguine, les vomissements incoercibles en appauvrissent l'organisme. La chute du taux du chlore sanguin détermine une hyperazotémie, elle-même génératrice de vomissements. Il y a là un cercle vicieux dont il ne sera possible de sortir la malade que par une rechloruration énergique. Pour Schwaab et Walther, la troisième période de Dubois, période des phénomènes nerveux, des vomissements incoercibles de la grossesse, devrait plutôt s'appeler à cause de ce mécanisme « *période des troubles humoraux* ».

Dans tous les cas il est intéressant de rechercher les diverses épreuves permettant de mettre en évidence la polypeptidémie, le rapport azoturique et le rapport azotémique, le taux du chlore sanguin. Toutes ces notions ont une importance capitale pour la conduite à tenir et la thérapeutique à instaurer.

Diagnostic. — Le diagnostic par la clinique seule sera parfois difficile à faire. L'hyperazotémie sera souvent méconnue et seul l'examen du sang permettra de la dépister.

Cliniquement on peut avoir à faire *le diagnostic des comas* ou bien à cause de l'atteinte de l'état général éliminer un cancer viscéral ou une anémie pernicieuse.

Est-il possible lorsque l'on a reconnu l'augmentation de l'urée sanguine de dire par la seule clinique s'il s'agit d'une azotémie rénale ou d'une azotémie extra-rénale ? Les symptômes purement cliniques ne le permettent pas. Tout au plus pourra-t-on avoir des signes de présomption. Dans les deux cas on aura la même somnolence, la même céphalée, les mêmes vomissements, la même odeur de l'haleine, la même diarrhée... Mais quelques signes auraient pour L. Blum et Van Caulaert une certaine valeur : l'anémie prononcée ne se rencontrait qu'au cours des néphrites azotémiques, alors que les azotémies par manque de sel, par déshydratation présenteraient plus volontiers de l'hyperglobulie. De même la tension artérielle est

le plus souvent basse dans les azotémies d'origine extra-rénale. Enfin, dans ce dernier cas, l'apparition de vomissements incoercibles et de diarrhée sont plus précoces que dans les néphrites. Mais ainsi que Mlle Giraud le décrit dans sa thèse sur « Les azotémies sans lésions rénales », des signes cliniques sont ceux de l'urémie et L. Blum et Van Caulaert déclarent par ailleurs : « C'est à l'urémie vraie que ce syndrome (l'azotémie par manque de sel) ressemble le plus; dans certains cas même cette ressemblance est tellement grande que le diagnostic différentiel entre l'urémie vraie et l'azotémie par manque de sel est *cliniquement impossible* ».

Pour arriver à un diagnostic étiologique exact, il faut recourir *aux examens de laboratoire.*

Quels sont les divers examens qu'il peut être utile ou qu'il est indispensable de pratiquer chez un sujet suspect d'hyperazotémie ?

Nous ne ferons que citer et rappeler ici le dosage de l'urée dans le sang au sujet duquel tous les axiomes décrétés par Widal et Javal restent vrais, et l'examen des urines au point de vue chimique et cytologique qui fournit la base du diagnostic de laboratoire. Rappelons ici encore l'importance qu'acquiert au cours des rétentions chlorées le dosage de l'urée et du chlore dans le L.C.R. ainsi que la numération globulaire et le rapport érythro-plasmatique, faits sur lesquels nous avons insisté plus haut.

Nous voulons surtout insister ici sur les *diverses méthodes d'exploration* du fonctionnement rénal.

En premier lieu parlons de la *constante d'Ambard.* Elle établit le rapport entre le taux de l'urée sanguine et de l'urée urinaire. Elle est réglée par une série de lois émises par Ambard et ne donne jamais un chiffre inférieur à 0,07. Mais au point de vue clinique, on peut considérer des valeurs de 0,08 et 0,09 comme encore très acceptables. En outre il faut savoir que certains facteurs purement physiologiques peuvent faire varier la constante, l'ingestion d'eau et l'ingestion d'urée, cette remarque est importante à se rappeler lorsque l'on veut faire cette recherche chez un sujet. De même chez les malades en rétention d'urine (les vieillards prostatiques par exemple) la constante d'Ambard s'élève sans pour cela apporter un pronostic sombre.

Frappé par ce que la constante d'Ambard avait de trop absolu et de trop mathématique, J. Cottet a proposé un nouveau *rapport uréique hémato-urinaire.* C'est le rapport simple entre le chiffre d'urée sanguine en centigrammes et celui de l'urée urinaire en grammes. Ce rapport rend fidèlement compte de l'indice de rétention uréique et permet de voir immédiatement à quelle quantité d'urée sanguine exprimée en centigrammes correspond un gramme d'urée urinaire rejetée. Il faut évidemment au cours de cette recherche avoir présente à l'esprit la quantité totale d'urée excrétée en un jour et le volume urinaire nécessaire pour cette excrétion.

Une épreuve employée depuis fort longtemps déjà, mais qui présente le grave défaut de ne pas rendre du tout compte des facteurs extrarénaux, est celle de *l'élimination de la phénolsulfonephtaléine,* bien étudiée par Maroulis dans sa thèse inspirée par Josué et Parturier. Elle a été décrite pour la première fois en Amérique par Rowntree et Geraghty. On fait une injection intramusculaire de 1 cc³ d'une solution contenant 6 mgrs de phénolsulfonephtaléine. Immédiatement avant on a fait uriner le malade et on lui a fait boire un verre d'eau. Grâce à une échelle colorimétrique, on doit retrouver dans les urines recueillies une heure 10 minutes après l'injection, de 51 % à 63 % de la solution injectée.

Ce sont toutes là des recherches d'exploration de l'élimination uréique. Ces dernières années ont vu mettre au point toute une série d'épreuves d'*exploration fonctionnelle du rein,* basées sur l'élimination de l'eau et des substances solides et qui donnent la valeur réelle du travail du rein. Elles sont dues aux travaux de l'Ecole parisienne avec Castaigne, Paillard, Albarran et J. Cottet.

La densimétrie simple des urines fractionnées consiste à recueillir les urines de vingt-quatre heures d'un sujet menant sa vie normale et ayant son régime habituel dans les jours qui précèdent l'épreuve. Elle est basée sur cette loi physique formulée par Albarran : « Le rein malade a un débit beaucoup plus constant que le rein sain, et son fonctionnement varie d'autant moins d'un moment à l'autre, que son parenchyme est plus atteint ». Il faudra recueillir toutes les urines du jour, de 8 heures jusqu'à 22 heures, à ce moment le sujet se couche et l'on recueille le lendemain matin à 8 heures les urines de la nuit. Il faut en effet savoir exactement la densité de chaque échantillon urinaire prélevé et le volume des urines diurnes et nocturnes. Les urines d'un sujet normal prélevées dans de telles conditions montrent des variations allant de moins de 1.010 à plus de 1.020. Il y a là *imparidensité.* Si elle est nettement constatée elle peut être considérée comme *pathognomonique d'un bon fonctionnement rénal.* Dans le cas où il y a paridensité, où les urines diurnes et nocturnes présentent des variations de densité minimes, on peut affirmer que le fonctionnement rénal est atteint. Mais il existe des cas limites pour lesquels l'interprétation des résultats est plus difficile. Il faut pour que l'épreuve soit convaincante que la diurèse globale de 24 heures excède 1.200 cc³. S'il y a *paridensité basse,* soit des variations ne dépassant pas 1.010, on peut affirmer qu'il y a insuffisance rénale et qu'il s'agit d'une néphrite chronique urémigène. Chez des sujets présentant une polyurie manifeste une paridensité basse est sans valeur, il faut recommencer l'épreuve en diminuant l'ingestion d'eau.

La *paridensité élevée,* en dehors de l'oligurie, est un signe d'insuffisance rénale pour les mêmes raisons.

En conclusion de cette épreuve rapportons la formule de Castaigne et Chaumerliac :

Paridensité évidente.	Reins concentrant mal. Reins éliminant mal le bleu.	Insuffisance rénale.
Imparidensité évidente.	Bonne concentration. Bonne élimination de bleu.	Pas d'insuffisance rénale.

Les variations de l'élimination uréique suivant l'horaire ont été observées depuis fort longtemps. Déjà en

1878 Paul Bert les avait étudiées. Quincke, ainsi que Wilson en 1899, avait étudié la prédominance de l'élimination nocturne au cours de certaines cardiopathies. En 1900 Laspeyres étudiait le rapport nycthéméral, en 1903 Pehu décrivait les variations de l'élimination urinaire au cours des affections cardio-vasculaires. Lereboullet, Lippman et Villaret décrivaient le retard de l'élimination uréique chez les hépatiques sous le nom d'*opsiurie*. En 1903, Albarran publiait ses premières constatations sur la polyurie expérimentale. Tous ces faits ont conduit Vaquez et Cottet à mettre au point et à décrire au cours d'une série d'articles parus de 1910 à 1912 *l'épreuve de la diurèse provoquée*.

Le sujet étant soumis depuis 4 ou 5 jours à l'ingestion quotidienne de 5 à 6 grammes de sel et son état étant par ailleurs normal, on lui fait absorber à 3 repas de 300 à 400 cc³ d'eau et une quantité de sel égale à celle des jours précédents et on recueille les urines ainsi qu'il a été dit plus haut au sujet de la densimétrie simple des urines fractionnées. J. Cottet envisage trois cas :

1. *L'élimination urinaire est normale* : dans les deux heures qui suivent l'ingestion d'eau il y a rejet d'une quantité supérieure à celle absorbée, soit 650 à 700 cc³, il y a abaissement notable de la densité dans cette polyurie provoquée (elle tombe aux environs de 1.005). La quantité des chlorures éliminés pendant le jour l'emporte de beaucoup sur celle éliminée pendant la nuit, enfin il existe un rapport nycthéméral de 1/3 environ, l'élimination d'eau et de chlorures étant beaucoup plus marquée pendant le jour.

2. *L'élimination urinaire est troublée par une insuffisance rénale*. Il y a une oligurie orthostatique très faible, absence d'augmentation de la diurèse horaire, la densité ne s'abaisse que très peu, enfin le rapport nycthéméral tend vers l'unité, parfois même le volume des urines nocturnes est supérieur au volume diurne. En outre ainsi que nous l'avons dit plus haut, il y a paridensité basse de Castaigne.

3. *Elimination urinaire troublée par un mauvais transit prérénal de l'eau*. On note alors une polyurie expérimentale très marquée dans le clinostatisme et très diminuée dans l'orthostatisme à l'inverse de ce qui se passe à l'état normal et lors de l'insuffisance rénale, il y a une inversion du rythme nycthéméral mais moins marquée que dans l'insuffisance rénale, enfin il y a tendance à la dissociation de l'élimination hydro-chlorurée.

A cette épreuve de la diurèse provoquée, Vaquez et Cottet adjoignent une *épreuve inverse de concentration* comparable à celle de Volhard que nous allons décrire. On voit par là tout l'intérêt que présente cette épreuve de toute première importance dans l'exploration fonctionnelle du rein.

L'épreuve de Volhard et Becher décrite en 1929 sous le titre de « Die klinischen Methoden der Nierenfunction Prüfung » réside en deux épreuves :

Une épreuve de dilution par absorption le matin à jeun de 1.200 grs d'eau, suivie quatre heures après d'une *épreuve de concentration* par ingestion d'un repas de nourriture sèche sans boissons. Cette méthode est très critiquable : elle se fait le malade étant à jeun, ensuite l'absorption vraiment énorme de liquide, une telle quantité n'étant pas nécessaire et n'étant pas sans danger, la proximité trop grande à laquelle succède l'épreuve de concentration. Toutes ces considérations doivent faire rejeter cette méthode. Les auteurs allemands aboutissent d'ailleurs aux mêmes conclusions que les auteurs français.

Citons ici un certain nombre d'autres épreuves qui ont été décrites et qui sont beaucoup moins employées :

Epreuve de la diurèse fractionnée de Violle, se rapprochant de l'épreuve de Vaquez et Cottet, mais ne faisant pas intervenir la notion d'attitude, ni l'élimination des chlorures, non plus que le rapport.

Epreuve de filtration individuelle de Bergougnan, inspirée aussi des travaux de Vaquez et Cottet, propose de prolonger l'épreuve pendant 10 jours et de prendre des chiffres moyens.

Epreuve-repas de la fonction rénale de Mosenthal (Test-meals for renal fonction). Il ne s'agit plus ici d'ingestion d'une certaine quantité d'eau, mais d'un repas dont la teneur en eau, en sel et en azote est connue. Les résultats recueillis par Mosenthal confirment en tous points les conclusions de Vaquez et Cottet.

Nous voyons par là toute l'importance qu'il y a à pratiquer l'épreuve de la densimétrie urinaire fractionnée associée à une épreuve de diurèse provoquée et de concentration, elles seules permettant de se rendre compte de la « *souplesse des reins* », de « *l'élasticité du fonctionnement rénal* ».

Déductions thérapeutiques. — Nous ne voulons pas faire ici une étude du traitement des azotémies, mais seulement dégager quelques notions mises en évidence par les travaux récents.

Au Congrès de l'Insuffisance Rénale d'Evian-les-Bains, la plupart des rapporteurs : Merklen, Legueu et Fey, Castaigne, Lemierre, Jeanbrau se sont attachés à montrer les bienfaits de la *thérapeutique de rechloruration*. Celle-ci peut se faire per os, par voie sous-cutanée, rectale ou intraveineuse avec des solutions isotoniques ou hypertoniques. Quand l'état du malade est très grave avec diarrhée et vomissements abondants, la rechloruration trouve une indication formelle. Dans les autres cas et suivant en cela les conseils de L. Blum, il est utile de savoir s'il y a chloropexie ou chloropénie et d'agir suivant les résultats du laboratoire. Au cours des néphrites chroniques azotémiques ayant subi pendant très longtemps un régime déchloruré, il est intéressant de pratiquer un rythme en échelon suivant la technique de Pasteur Vallery-Radot et les auteurs concluent que si l'élimination chlorée est satisfaisante on peut remettre le sujet à un petit régime chloruré. C'est là une mise au point de la généralisation vraiment abusive de la constatation de Widal et Lemierre sur le danger du sel chez des malades éliminant mal leurs chlorures.

Un autre traitement sur lequel insiste beaucoup J. Cottet est *la cure de diurèse* qui trouve une indication majeure dans les cas d'azotémie d'origine extra-rénale et qui au cours des néphrites azotémiques sera

fort utile pour faire disparaître l'azotémie par surcroît. On observe dans ces derniers cas une amélioration véritablement stupéfiante. C'est là un traitement qui peut ne pas être sans danger s'il est appliqué sans discernement ou abusivement en dehors de tout contrôle médical.

On voit que grâce aux travaux récents de nombreux faits ont permis de faire un grand pas dans l'appréciation de la valeur clinique et pronostique des azotémies et dans l'établissement d'une thérapeutique rationnelle.

BIBLIOGRAPHIE

M. Amedeo. — Contribution à l'étude du chlore humoral dans les néphrites, *Th. de Marseille*, 1932.

Bénard, Lenormand, Augier et Merklen. — L'acidose rénale, *Gaz. Méd. de France*, 15 sept. 1932.

L. Blum, Van Caulaert et Grabar. — L'azotémie par manque de sel, *Ann. de Méd.*, janv. 1929, p. 34 ; Les différents types de néphrite avec azotémie. Leur diagnostic différentiel, *Presse Méd.*, n° 6, 19 janv. 1929, p. 90 ; Quand faut-il donner, quand faut-il supprimer le sel aux brightiques ? *Presse Méd.*, n° 35, 1er mai 1929, p. 569 ; L'azotémie par manque de sel dans le diabète grave, *Ann. de Méd.*, janvier 1929, p. 23.

J. Brahic. — Sur quelques méthodes d'exploration du fonctionnement rénal, *Marseille Méd.*, n° 12, 5 mai 1933.

Castaigne. — L'azotémie limite au cours des néphrites chroniques, *Arch. Méd.*, 3 déc. 1929.

Castaigne, Vaurs et Chaumerliac. — Introduction clinique à l'étude de la chlorémie, *Journ. Méd. Franç.*, juin 1930.

Castaigne et Chaumerliac. — *Les azotémies extra-rénales*, *Journ. Méd. Franç.*, n° 9, sept. 1933 ; Densimétrie urinaire et rétention hydrique comme signes révélateurs de l'insuffisance rénale, *Journ. Méd. Franç.*, n° 11, nov. 1933.

Chabanier et Lobo Onnel. — *Hypochlorémie et accidents post-opératoires. Etude clinique, pathogénique et thérapeutique*, Masson, 1933.

Chabanier, Lobo Onnel et Lelu. — A propos d'un cas d'hyperazotémie post-opératoire avec déchloruration, guérie par la rechloruration, *Presse Méd.*, 21 mai 1923.

J Cottet. — *Les troubles de l'élimination urinaire de l'eau (Etude physiopathologique et clinique)*, Masson, 1933.

Derot. — La créatininémie, *Th. de Paris*, 1932.

P. Duval. — L'azotémie post-opératoire, *Soc. Chir. Paris*, 14 mai 1932.

Finck. — Azotémie et acidose, *Strasb. Méd.*, 15 avril 1931.

Grigaut. — Etude chimique et clinique de l'indoxylémie et de l'indoxylurie, *Journ. méd. franç.*, N° 7, juill. 1933.

Labbé. — Les troubles du métabolisme azoté au cours des vomissements avec acidose au cours de la gestation, *Presse méd.*, 31 juin 1933.

Labbé, Baulin et Justin Bezançon. — L'urée du sang et la constante d'Ambard au cours du diabète sucré, *Presse méd.*, N° 68, 23 août 1930, p. 1137.

Merklen et Gonnelle. — Note sur la constitution chimique de l'urée avec le syndrome azotémique, *Presse méd.*, N° 96, 2 déc. 1931.

Pasteur Vallery-Radot. — *Précis de pathologie médicale*. t. V. *Maladies des reins*. Masson, 1926.

L. Payan et J. Manet. — L'azotémie et la diurèse uréique, *Gaz. Hôp.* N^{os} 74-76, 29 nov. et 6 déc. 1919.

Rimbaud. — L'acidose rénale. *Gaz. Hôp.*, N° 1, 4 janv. 1933.

Robineau et Max Lévy. — La poussée d'hyperazotémie post-opératoire, *Soc. Franç. Urol.*, 20 févr. 1933.

Roger et Binet. — *Traité de physiologie normale et pathologique*, t. III, Masson, 1928.

Roger, Widal et Teissier. — *Nouveau traité de médecine*, fasc. XVII, Masson, 1929.

Rathery et Derot. — Recherches récentes sur les rétentions azotées dans les néphrites chroniques, *Gaz. méd. de France*, 15 sept. 1932.

Schwaab et Walther. — Vomissements graves de la grossesse. Hypochlorémie et azotémie, *Presse méd.* N° 43, 31 avril 1933.

E. Toulouse et A. Courtois. — Sur certaines azotémies d'origine nerveuse, *Soc. méd. psych.*, 12 avril 1933.

DOCUMENTS OFFICIELS

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Le Ministre de l'Education nationale,

Vu les arrêtés du 6 avril 1929 relatifs à l'agrégation des Facultés de médecine ;

Vu l'avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

TITRE PREMIER

Sections de l'agrégation

Article premier. — L'agrégation des Facultés de médecine se subdivise en sections, savoir :

1° Anatomie ;
2° Histologie ;
3° Histoire naturelle médicale et parasitologie ;
4° Physiologie ;
5° Chimie médicale ;
6° Physique médicale ;
7° Pharmacologie et matière médicale ;
8° Médecine générale ;
9° Chirurgie générale ;
10° Ophtalmologie ;
11° Otorhinolaryngologie ;
12° Obstétrique ;
13° Histoire naturelle pharmaceutique ;
14° Pharmacie ;
15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

TITRE II

Ouverture du concours. — Conditions d'inscription

Art. 2. — Les épreuves qui conduisent à la nomination des agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie forment un concours unique, qui a lieu tous les trois ans.

Art. 3. — Le nombre des places d'agrégés mises au concours est fixé par arrêté ministériel, sur la proposition des Facultés de médecine, des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie et des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, et après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur public (commission des sciences médicales et de la pharmacie).

Art. 4. — La date du concours est fixée par arrêté ministériel. Chaque concours est annoncé par un avis inséré au *Journal officiel* six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Art. 5. — Les registres d'inscription sont ouverts dans les secrétariats des académies quatre mois avant la date

fixée pour les épreuves. Ils restent ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne la section ou les sections pour lesquelles il concourt, et, s'il y a lieu, la faculté ou les facultés pour lesquelles il se présente.

Art. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves de l'agrégation, s'il n'est Français ou naturalisé Français, s'il ne jouit de ses droits civiques et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine. Toutefois, pour les sections 13° Histoire naturelle pharmaceutique ; 14° Pharmacie et 15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les candidats doivent justifier soit du diplôme supérieur de pharmacien, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur en médecine, soit du diplôme d'Etat de pharmacien et du grade de docteur ès sciences.

Art. 7. — Les candidats fournissent en s'inscrivant la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent autant que possible un exemplaire de chacun des ouvrages, mémoires ou notes qu'ils ont publiés.

Art. 8. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre, après avis de la Faculté et du recteur de l'Académie de leur résidence.

TITRE III

Du concours

Art. 9. — Les épreuves du concours ont lieu à Paris. Elles se divisent en deux séries pour chaque section.

Art. 10. — Les épreuves de la première série comprennent :

1° Une leçon orale de trois quarts d'heure faite après quatre heures de préparation en lieu clos, sous la surveillance d'un membre du jury. Le sujet de cette leçon est tiré au sort par le candidat entre un nombre de questions égal au double du nombre des candidats. Le candidat ne peut utiliser que les livres mis sur sa demande à sa disposition par le jury à l'exclusion de tous documents, livres et notes personnels, et dans la limite des ressources de la bibliothèque de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ;

2° Une épreuve de titres, consistant en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels. La durée de cet exposé ne doit pas dépasser une demi-heure.

Art. 11. — A l'issue des épreuves de la première série, le jury dresse la liste des candidats déclarés admissibles. Cette liste comprend autant que possible un nombre de noms égal au double plus un du nombre des places à pourvoir pour chaque section ou pour chaque faculté. Seuls les candidats déclarés admissibles sont autorisés à subir les épreuves de la deuxième série.

Art. 12. — Les épreuves de la deuxième série comprennent :

1° Une leçon d'une heure faite après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet tiré au sort par le candidat entre un nombre de questions égal au double du nombre des candidats admissibles ;

2° Une épreuve pratique ou clinique, dont la nature, la durée et les conditions sont déterminées par le jury au moment de la publication de la liste d'admissibilité.

Art. 13. — Dès la première séance, et même si le jury n'est pas définitivement constitué, le président fait l'appel de tous les candidats. Chaque candidat écrit lui-même sur un registre son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt après par le président. Tout candidat qui n'a pas répondu à l'appel de son nom au cours de cette séance est exclu du concours.

Art. 14. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion du concours, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués, et dans l'ordre déterminé par le tirage au sort. Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 15. — En vue de l'établissement des listes d'admissibilité et d'admission, il est accordé à l'exposé de titres et travaux une importance double de celle accordée à chacune des autres épreuves.

Art. 16. — L'établissement des listes d'admissibilité et d'admission a lieu au scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque nom à inscrire sur ces listes. Dans chaque scrutin, les bulletins blancs comptent comme suffrages exprimés. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé à un troisième tour à la majorité relative. Dans ce dernier scrutin, la voix du président est prépondérante en cas de partage. Aucun nom ne peut plus être inscrit sur la liste si, dans un scrutin, les bulletins blancs forment la majorité absolue.

Art. 17. — A la fin des épreuves, la liste des candidats admis, arrêtée par le jury, est soumise pour ratification au ministre. Elle est dressée par ordre de mérite. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Art. 18. — Un délai de dix jours, à compter de la publication de la liste, est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites. Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours, dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 19. — Il est dressé une liste unique d'admisssion pour chacune des sections suivantes :

1° Anatomie ;
2° Histologie ;
3° Histoire naturelle médicale et parasitologie ;
4° Physiologie ;
5° Chimie médicale ;
6° Physique médicale ;
7° Pharmacologie et matière médicale ;
13° Histoire naturelle pharmaceutique ;
14° Pharmacie ;
15° Chimie générale pharmaceutique et toxicologie.

Les candidats portés sur cette liste unique d'admission choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté ou l'école à laquelle ils demandent à être attachés, parmi celles où des emplois de leur section ont été mis au concours. Ils doivent, à cet effet, dès la publication de la liste, adresser leur demande écrite au ministre, en indiquant leur ordre de préférence.

Art. 20. — Pour les sections 8° médecine générale ; 9° chirurgie générale ; 10° ophtalmologie ; 11° oto-rhino-laryngologie ; 12° obstétrique, il est dressé une liste d'admission par faculté.

Un même candidat peut figurer sur plusieurs listes.

Art. 21. — Les agrégés sont nommés pour neuf ans par le ministre.

Tout agrégé qui, à la date fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé pour y remplir les obligations de sa charge, ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre, perd son titre d'agrégé et les prérogatives qui y sont attachées. Il perd également le droit de se présenter à tout concours ultérieur en vue de l'agrégation des Facultés de médecine.

Le candidat inscrit sur la liste d'admission, qui, ayant été nommé à un emploi, aura aussitôt décliné cette nomination, perd le titre d'agrégé, mais conserve le droit de se présenter aux concours ultérieurs.

Art. 22. — Les agrégés ayant été en exercice, quelle qu'ait été la durée de l'exercice, ne peuvent se représenter

au concours d'agrégation que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

Les agrégés ayant été en exercice dans la section pharmacie et histoire naturelle ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour les sections 13° histoire naturelle pharmaceutique et 14° pharmacie. Les agrégés ayant été en exercice dans la section pharmacologie ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 7° pharmacologie et matière médicale.

Les agrégés ayant été en exercice dans les sections : bactériologie, pathologie expérimentale, médecine expérimentale, bactériologie et hygiène, hygiène, anatomie pathologique, médecine légale, neurologie et psychiâtrie, dermatologie et syphiligraphie, hydrologie thérapeutique et climatologie, ne pourront pas se présenter aux concours ouverts pour la section 8° médecine générale. Les agrégés ayant été en exercice dans la section urologie ne pourront pas se présenter aux concours ouverts par la section 9° chirurgie générale.

TITRE IV

Jurys

Art. 23. — Les juges du concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie présentés par le conseil de leur faculté.

Toutefois, pour les sections 13° histoire naturelle pharmaceutique, 14° pharmacie, et 15° chimie générale pharmaceutique et toxicologie, les Facultés de pharmacie présentent également des professeurs titulaires pour exercer les fonctions de juges titulaires.

Art. 24. — Pour la formation de chaque jury, les Facultés de Paris présentent des professeurs titulaires de chaires en nombre supérieur au nombre des juges qu'elles doivent y compter.

Pour la formation de chaque jury, chaque Faculté des départements présente, si possible, autant de professeurs titulaires de chaires qu'il doit y avoir dans le jury de juges de son groupe : Facultés de médecine, Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, Facultés de pharmacie.

Art. 25. — Les Facultés présentent en outre autant que possible, et dans les mêmes conditions, un nombre égal de professeurs sans chaire et d'agrégés pour exercer les fonctions de juges suppléants.

Art. 26. — Les noms ainsi présentés par les différentes Facultés sont classés en deux listes pour chaque jury par ordre alphabétique :

1° Liste des professeurs titulaires présentée pour les fonctions de juges titulaires ;

2° Liste des professeurs sans chaire et des agrégés présentée pour les fonctions de juges suppléants.

Dans chaque liste, chaque nom reçoit un numéro d'ordre.

Art. 27. — Il est procédé au tirage au sort par une commission composée ainsi qu'il suit :

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, président, ou à défaut son assesseur.

Un doyen d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie des départements.

Un agrégé désigné par le ministre.

Un représentant du ministre.

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

Art. 28. — Ce tirage a lieu en public à la Faculté de médecine de l'Université de Paris dans le mois qui suit la clôture des registres d'inscription aux jour et heure annoncés par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché à la Faculté.

Art. 29. — Le tirage au sort pour chaque jury s'effectue de la manière suivante : des boules numérotées et en nombre égal au nombre des professeurs inscrits sont mises dans une urne. Ces boules une fois mêlées, le président les tire de l'urne une à une et jusqu'à la dernière, en appelant à haute voix le numéro sorti, puis le nom du professeur et celui du professeur sans chaire ou de l'agrégé correspondant à ce numéro.

Les résultats du tirage sont publiés au *Journal officiel*.

Art. 30. — Le ministre constitue chaque jury en se conformant à la fois aux résultats des tirages au sort et aux prescriptions des articles ci-après, il en désigne le président.

Art. 31. — Ne peuvent siéger dans un même jury des parents ou alliés jusqu'au degré de cousins germains inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié jusqu'au même degré d'un des candidats.

Aucune Faculté des départements ne peut être représentée par plus d'un juge. Toutefois cette disposition ne s'applique pas dans le cas où un ou plusieurs juges titulaires s'étant récusés, ou étant défaillants, il y a lieu de les remplacer par un ou plusieurs juges suppléants.

Art. 32. — En cas de récusation, de défaillance ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs juges titulaires, à quelque moment qu'il se produise après le tirage au sort, le ou les défaillants ne pourront être remplacés que par des juges suppléants.

Dans ce cas, le jury se complète à sa première séance en faisant appel, suivant l'ordre établi par le tirage au sort à un professeur sans chaire ou agrégé du même ordre d'enseignement et du même cadre, Paris ou départements.

Art. 33. — Un juge peut faire partie simultanément ou successivement de deux jurys au plus au cours d'une même session.

Art. 34. — Cesse de faire partie du jury tout membre qui n'a pas assisté à toutes les épreuves du concours.

Toutefois les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la première séance. Le président convoque par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour où le ou les juges suppléants sont présents.

Art. 35. — Les décisions du jury sont valablement rendues par trois membres pour les jurys de cinq juges ; par quatre membres pour les jurys de sept juges ; par sept membres pour les jurys de onze juges ; par neuf membres pour les jurys de treize juges.

Art. 36. — La direction et la police du concours appartiennent au président qui choisit, après avis des membres du jury, les sujets des compositions, des leçons et des épreuves pratiques ou cliniques destinés à être tirés au sort par les candidats.

Art. 37. — Les jurys des diverses sections du concours sont formés suivant le tableau ci-après :

a) Anatomie. — Histologie (jury commun) : sept membres :

Paris : un professeur d'anatomie, un professeur de chirurgie, un professeur d'histologie.

Départements : deux professeurs d'anatomie, deux professeurs d'histologie.

b) Histoire naturelle médicale et parasitologie : sept membres.

Paris : un professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie, un professeur de bactériologie, un professeur d'hygiène.

Départements : un professeur de bactériologie, deux professeurs d'hygiène ou d'hygiène et de bactériologie, un professeur de parasitologie.

c) Physiologie : sept membres :

Paris : un professeur de physiologie, un professeur de pathologie expérimentale et comparée, un professeur de physique médicale ou chimie médicale.

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE **calme la toux**

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ

POUVANT ÊTRE CROQUÉ OU PRIS DANS UN PEU D'EAU, DE TISANE

DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas.

Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ

30, Rue Armand-Sylvestre **COURBEVOIE (Seine)**

COURMONT

Départements : trois professeurs de physiologie, un professeur de chimie médicale ou de physique médicale.

(Si la Faculté de Paris a désigné un professeur de physique médicale, le représentant des départements sera un professeur de chimie médicale et inversement.)

d) Chimie médicale. — Physique médicale (jury commun) : sept membres :

Paris : un professeur de chimie médicale, un professeur de physique médicale, un professeur de physiologie ou de pharmacologie.

Départements : deux professeurs de physique médicale, deux professeurs de chimie.

e) Pharmacologie et matière médicale : cinq membres :

Paris : un professeur de pharmacologie, un professeur de chimie.

Départements : un professeur de pharmacologie ou de matière médicale, un professeur de physiologie, un professeur de chimie ou de toxicologie.

f) Médecine générale : treize membres :

Paris : deux professeurs choisis parmi les professeurs de clinique générale, deux professeurs de cliniques spéciales, deux professeurs choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générale, de pathologie expérimentale et comparée, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'anatomie pathologique, de médecine légale.

Départements : trois professeurs de clinique générale ou de pathologie interne, deux professeurs de cliniques spéciales, deux professeurs choisis parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générale, de pathologie expérimentale et comparée, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire de la médecine et de la chirurgie, d'anatomie pathologique, de médecine légale.

g) Chirurgie générale : onze membres :

Paris : cinq professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale.

Départements : six professeurs de clinique chirurgicale, de cliniques chirurgicales spéciales, de pathologie chirurgicale ou de médecine opératoire.

h) Ophtalmologie : cinq membres :

Paris : un professeur de clinique ophtalmologique, un professeur de physique.

Départements : deux professeurs de clinique ophtalmologique, un professeur de pathologie externe ou de clinique chirurgicale.

i) Oto-rhino-laryngologie : cinq membres :

Paris : un professeur d'oto-rhino-laryngologie, un professeur de clinique médicale ou de clinique chirurgicale.

Départements : deux professeurs d'oto-rhino-laryngologie, un professeur de clinique chirurgicale (si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique médicale), ou de clinique médicale (si le professeur de la Faculté de Paris est un professeur de clinique chirurgicale).

j) Obstétrique : sept membres :

Paris : deux professeurs de clinique obstétricale, un professeur de clinique gynécologique de la première enfance.

Départements : trois professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements, un professeur d'hygiène et clinique de la première enfance, ou de clinique gynécologique ou de pédiatrie et de clinique infantile.

k) Histoire naturelle pharmaceutique : cinq membres :

Faculté de pharmacie de Paris : un professeur d'histoire naturelle pharmaceutique.

Facultés de pharmacie des départements : un professeur de matière médicale.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : deux professeurs d'histoire naturelle pharmaceutique, un professeur de matière médicale.

l) Pharmacie, chimie générale pharmaceutique et toxicologie (jury commun) : cinq membres :

Faculté de pharmacie de Paris : un professeur de pharmacie.

Facultés de pharmacie des départements : un professeur de chimie ou de toxicologie.

Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des départements : un professeur de pharmacie, un professeur de chimie, un professeur de toxicologie.

Art. 38. — Tout professeur titulaire dont l'enseignement ne correspond à aucune des spécialités ci-dessus peut cependant être présenté par sa Faculté, qui indique pour quelle spécialité elle entend le proposer.

TITRE V

Mise en vigueur du nouveau régime

Art. 39. — Le règlement institué par le présent arrêté entrera immédiatement en vigueur. En conséquence, aucun concours à l'exception de ceux qui seront annoncés lors de la publication dudit arrêté ne pourra avoir lieu sous le régime de l'arrêté du 6 avril 1929.

Art. 40. — Les dispositions de l'article 48 de l'arrêté du 6 avril 1929 relatif aux agrégeables de 1926 resteront en vigueur jusqu'au 31 décembre 1935.

Art. 41. — Toutes dispositions antérieures relatives au concours de l'agrégation des Facultés de médecine sont abrogées.

Fait à Paris, le 31 juillet 1934.

AIMÉ BERTHOD.

LIVRES NOUVEAUX

L'arythmie complète (1), par D. Routier, assistant de cardiologie à l'Hôpital Broussais, et P. Thiroloix, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

A côté des tachycardies, qui ont déjà paru dans cette collection (La Pratique médicale illustrée), il était tout indiqué et du plus grand intérêt de consacrer une monographie à l'arythmie complète. Les troubles du rythme ne sont pas l'apanage exclusif du cardiologue, ils sont d'observation courante et sont de ce fait un sympôme de haute valeur pour le praticien.

Leur analyse, leur diagnostic, leur signification, les indications thérapeutiques qu'ils entraînent ne forment donc pas seulement par leur réunion un chapitre abstrait et spécial de la pathologie cardiaque, mais bien une étude pratique de médecine interne générale.

Parmi les divers troubles du rythme, l'arythmie complète est celui qu'on rencontre le plus habituellement. Son diagnostic relativement aisé, la diversité des états pathologiques au cours desquels elle apparaît en font un symptôme d'utilisation pratique et journalière.

Il doit guider dans le diagnostic, le pronostic et le traitement au même titre qu'un souffle valvulaire. Une étude courte et résumée de cette arythmie, mais toutefois complète, n'a donc pas seulement pour but de marquer un jalon par simple satisfaction intellectuelle, mais bien d'exposer sous la forme d'une simple revue générale une question de pathologie qui doit être familière à tout praticien.

L. G.

(1) In-8 de 50 pages avec 13 figures dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

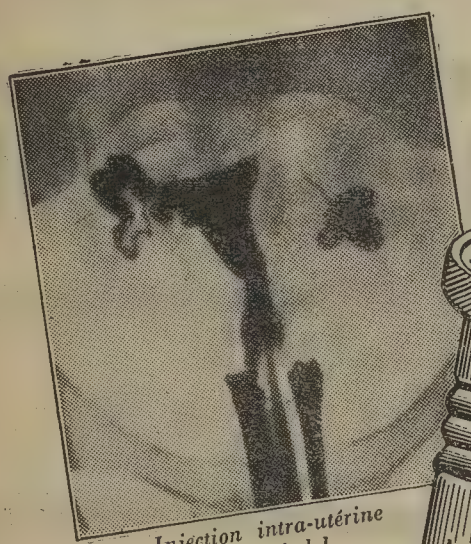
Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

LIPIODOL LAFAY

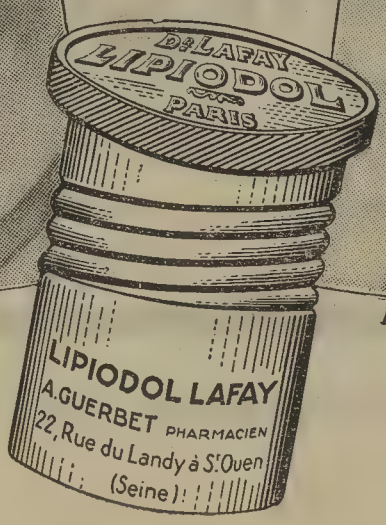
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol



Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3, = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule / 1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉNET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 5 SEPTEMBRE 1934. — N° 71.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Confusion mentale et onirisme. Présentation clinique, par M. R. Benon.
VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (*fin*), par MM. J. Huber et J. Odinet.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
CHRONIQUE
La commémoration de l'ambulance américaine de Neuilly, par F. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Abcès du foie (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de l'internat en médecine s'ouvrira le lundi 15 octobre 1934, à 9 h. du matin. Dix places sont mises au concours.

S'inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, avant le 1er octobre.

L'indemnité s'élève de 6.100 fr. en 1re année à 8.800 fr. pour les 4e et 5e années. Les internes ne sont logés et nourris que les jours de garde.

— Le concours pour vingt-sept places d'externe s'ouvrira le lundi 22 octobre, à 9 h. du matin.

S'inscrire avant le 8 octobre au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

L'indemnité est de 1.500 fr. par an.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — Une vacance de médecin-résident à cet hôpital se produira le 1er octobre 1934.

Les nominations seront faites par concours sur titres. Les principales conditions à remplir sont les suivantes : être âgé de moins de trente ans, docteur en médecine, célibataire, parler français, signer un engagement d'au moins un an.

Les fonctions sont sensiblement celles des internes des hôpitaux français. Traitement en espèces (100 livres sterling par an), logement, éclairage, nourriture. Il y a deux médecins-résidents prenant la garde de 24 heures à tour de rôle.

Pour tous renseignements, écrire, soit au docteur Robert Pierret (La Bourboule, Puy-de-Dôme), soit au secrétaire de l'hôpital et dispensaire français de Londres, 172, Shaftesbury Avenue, Londres W. C. 2.

MARINE. — La désignation de M. le médecin principal Chrétien pour les fonctions de médecin de division (division navale du Levant), parue au *Journal officiel* du 28 août 1934, est annulée.

La désignation de M. le médecin principal Lequerre, pour remplir les fonctions ci-dessus (*Journal officiel* du 18 juillet 1934), est maintenue.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (Professeur : M. F. Rathery.) — *Cours de perfectionnement sur le diabète sucré*, du 15 au 27 octobre 1934. — Ce cours sera fait par M. le professeur Rathery, avec la collaboration des professeurs Terrien et Jeannin, de M. Plantefol, des docteurs Thalheimer, Kourilsky, Boltanski, Froment, Dérot, Germaine Dreyfus-Sée, Julien Marie, Mollaret, Terrenoire, Sigwald et Doubrow.

Exercices pratiques : tous les jours, de 15 à 17 h.

Les inscriptions à ce cours sont reçues, dès maintenant, à la Faculté de médecine, soit au secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h., soit à l'A. D. R. M. (Faculté de médecine, salle Béclard), tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi après-midi).

Droit d'inscription : 250 fr.

Un diplôme sera délivré à l'issue du cours.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

COURS DE PHONOLOGIE PRATIQUE appliqué à l'étude du mécanisme vocal, de sa physiologie et de sa pathologie, par le docteur WICART. — Ce cours, qui consacre une nouvelle spécialité, est destiné aux médecins et laryngologues désireux de se spécialiser ou de se documenter en phonologie, aux maîtres de chant, à tous les candidats à l'enseignement vocal, aux chanteurs professionnels et amateurs, soucieux de baser leur art sur une technique rationnelle, aux professionnels et amateurs du microphone intéressés à la phonogénie.

Il est avant tout utilitaire, parce que toujours animé par des exercices pratiques, des démonstrations et des discussions techniques.

Le prochain cours complet en 10 leçons aura lieu du lundi 17 au vendredi 28 septembre 1934, de 17 à 19 h., chaque jour, sauf le samedi et le dimanche. Il sera fait au bénéfice d'Euphonia, association pour le développement de l'art du chant et de la parole, directs ou microphoniques.

Un cours analogue sera donné chaque année à la même époque, et un autre sera donné également chaque année, la deuxième quinzaine de mai, les lundis, mercredis et vendredis, de 21 à 23 h.

Le prix global pour les dix leçons est de 200 fr. Le prix par leçon est de 30 fr.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser chez le docteur Wicart, 92, avenue de Wagram, Paris (XVIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boursier de la Roche (de Clermont-Ferrand), Gilbert Dutheillet de Lamothe, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Limoges ; René Jacquot (de Chalons-sur-Marne).

CHRONIQUE

LA COMMÉMORATION DE L'AMBULANCE AMÉRICAINE DE NEUILLY

Il y a vingt ans, le 1er septembre 1914, les Américains de Paris fondaient au Lycée Pasteur à Neuilly l'ambulance américaine et faisaient flotter pour la première fois la bannière étoilée dans la capitale menacée.

C'est cet anniversaire qui a été commémoré samedi au lycée Pasteur, en présence de M. Louis Marin, ministre de la santé publique, et de l'ambassadeur des Etats-Unis.

Ils étaient entourés de MM. Louis Barthou, le maréchal Pétain, Piétri, le général Denain, Rivollet, le général Weygand et de nombreuses personnalités américaines et françaises.

Des discours furent prononcés par M. Louis Marin et par M. Laurence W. Benet qui rappela le dévouement de notre collègue, le Dr Ch. Winchester du Bouchet, médecin chef de l'ambulance.

Tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre, tous ceux qui ont admiré les jeunes Américains, dont les petites Ford toujours surchargées rendirent de si grands services à nos blessés, gardent un souvenir ému et reconnaissant à ces amis de la première heure. Et nous pensons aussi aux 28 conducteurs tombés au champ d'honneur, et en particulier à notre camarade américain Hall, tué sur la route de l'Hartmann en 1917, et qui repose au milieu des nôtres au cimetière de Moosch.

F. L. S.

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

LIVRES NOUVEAUX

Radiologie de la vésicule biliaire. Etude anatomique, fonctionnelle et clinique (1), par NEMOURS-AUGUSTE, radiologiste de l'Hôpital Paul-Brousse. Préface du professeur ROUSSY.

Dans ce livre, l'auteur, qui, en collaboration avec le docteur Tuffier, introduisit en France la méthode de Graham et Cole, expose le radiodiagnostic de la vésicule biliaire.

On y trouve décrites, discutées, toutes les techniques, anciennes et récentes, d'examen : Recherche des calculs sans préparation spéciale, Modification des organes voisins dans les cholécystites, Cholécystographie classique, ainsi que les différentes variantes de la méthode originale.

L'auteur propose une anatomie radiologique descriptive et topographique de la vésicule et des canaux biliaires du vivant, susceptible de réaliser une anatomie individuelle, dont l'utilité n'est pas seulement didactique, mais peut servir au chirurgien et au diagnostic de certains états vésiculaires.

La radiologie ne doit pas se contenter de contrôler les maladies au stade établi, mais s'efforcer de trouver la limite du normal et du pathologique ; pour y parvenir, il faut connaître la physiologie radiologique de l'organe à étudier.

Grâce à la radio-physiologie, l'auteur a pu décrire un réflexe bucco-vésiculaire, discuter certaines pseudo-images de contractions de la vésicule biliaire, montrant l'aide que la radiologie peut apporter au physiologiste.

Appliquée au diagnostic des maladies, cette façon de comprendre l'examen d'une vésicule permet de reconnaître par la cholécystographie les différentes formes légères de cholécystique calculeuse ou non.

Enfin l'auteur étudie particulièrement le désaccord entre la clinique et la radiologie et montre combien il est plus apparent que réel.

L. G.

Un crime politique : L'assassinat du conseiller Prince (2), par M. Alfred DÉTREZ.

C'est une question de médecine légale soulevée par l'auteur qui me donne l'occasion de signaler ce livre tout récent, auquel le rebondissement de l'affaire Prince confère une brûlante actualité. L'auteur a accumulé dans son volume des documents bien troublants. Il a en particulier, s'appuyant sur les rapports des experts, consacré un chapitre fort curieux à l'aspect médical de l'affaire.

Comment le malheureux conseiller Prince a-t-il été anesthésié avant d'être abandonné sur la voie ferrée ? Quel fut l'anesthésique employé ? *Comment cet anesthésique a-t-il été administré ?*

De cet examen purement objectif, l'auteur tire des déductions précises. Tout médecin lira ces lignes avec une grande attention, comme nous l'avons fait nous-même, et il jugera si elles sont de nature à éclairer le mystère qui plane depuis trop longtemps sur cette affaire.

F. L. S.

(1) In-8 de 186 pages avec 102 figures et 27 planches hors texte. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8. — Prix : 12 fr. — Librairie Paillard, 51, boulevard Raspail, Paris.

Sémiologie du sommeil, essai de neurologie appliquée, par Auguste TOURNAY. 1 vol. in-8° de 136 pages avec figures dans le texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Sirop Granules **CROSNIER** Cure sulfureuse

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

— — — — LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS — — — —

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

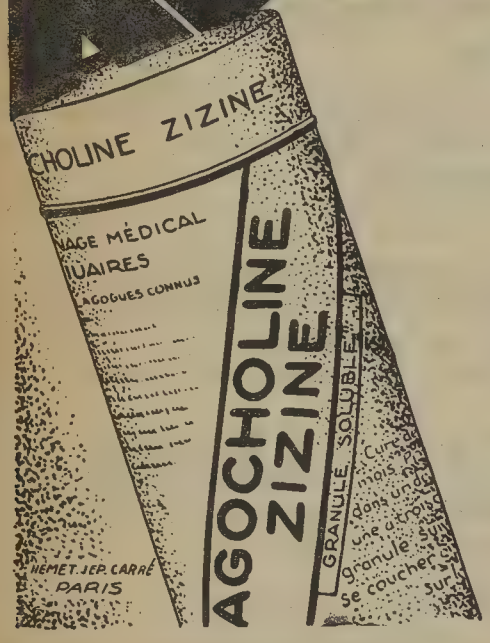
RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit
} d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

CONFUSION MENTALE ET ONIRISME

PRÉSENTATION CLINIQUE

Par M. R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

La confusion mentale et l'onirisme sont des états psychopathiques qui se développent spécialement dans les maladies infectieuses, toxiques et toxi-infectieuses. Ils peuvent se succéder dans le temps et à de courts intervalles ; pour cette raison, sans doute, on les décrit souvent ensemble. Cependant il y a des cas purs de confusion mentale et surtout des cas purs d'onirisme.

I. LA CONFUSION MENTALE

Définition. — La confusion mentale, fréquente à l'hôpital, plus rare à l'asile, est caractérisée par des troubles profonds et généralisés de la perceptivité et de la reconnaissance : le sujet a des sensations, mais il ne reconnaît exactement ni les lieux, ni le temps, ni les personnes, ni les objets ; ses discours sont incohérents, son activité désordonnée. Il ne garde pas le souvenir de ces phénomènes psychopathiques. — La confusion mentale se complique souvent d'hallucinations avec délire (délire hallucinatoire, hallucinose délirante), ou d'hallucinations sans délire (onirisme, hallucinose simple ou non délirante), dont le sujet garde presque toujours le souvenir. — Syndrome épisodique, de courte durée, avec alternatives d'état sensiblement normal et de rechute, elle n'existe que sous la forme aiguë ou subaiguë. Elle est très commune dans les intoxications (par exemple alcoolisme) et dans les infections (par exemple fièvre typhoïde).

A. LE SYNDROME CONFUSION MENTALE

1. **Description.** — Dans les cas bien nets, les troubles de la perceptivité et de la reconnaissance portent sur les lieux, le temps, les personnes et les choses. — Non reconnaissance des lieux, désorientation dans l'espace, perte des notions spatiales : le patient se croit chez lui, dans sa maison, alors qu'il est à l'hôpital. Il se lève de jour ou de nuit et va au hasard, à son travail, dira-t-il quelquefois. Il urine le long d'un mur, croyant se trouver dans les cabinets d'aisance. — Non reconnaissance du temps, désorientation dans le temps, perte des notions temporelles : il confond les heures du jour, méconnaît la saison. — Non reconnaissance des personnes : il prend l'infirmière pour sa femme, un malade pour son père. — Non reconnaissance des choses ou objets : il se sert de sa fourchette comme d'une cuillère, il prend des aliments liquides avec ses doigts ; il urine dans un pot à tisane ou dans un bol, au lieu d'uriner dans son vase de nuit. — L'attention est mobile, distraite. — La mémoire de reproduction est obtuse. L'amnésie de fixation, amnésie actuelle, est totale. Enfin le malade ne se rend aucun compte de son état. Contrarié, il s'énerve facilement. S'il est halluciné, il peut être anxieux. Le facies exprime l'hébétude, l'égarement. — L'état somatique est celui de l'infection, ou de l'intoxication, causale.

Formes. — Les formes de la confusion mentale sont complexes : On peut distinguer, à notre avis : 1) la *confusion mentale aiguë* ou subaiguë sans grande agitation ; elle répond surtout au délire tranquille avec carphologie qu'on observe si communément dans les infections, et aussi au délire professionnel (en vérité, ici, il n'y a pas de thème délirant), mais le délire professionnel peut être de l'onirisme pur ; — 2) la *confusion mentale suraiguë*, avec très grande agitation, avec raptus pantophobiques (anxiété et impulsions à fuir) ; c'est la forme ataxique des maladies infectieuses, ou la forme ataxo-adynamique, quand il y a alternatives d'agitation et de stupeur ; — 3) la *confusion mentale hallucinatoire et délirante ;* c'est la confusion mentale qui alterne avec le délire hallucinatoire ou hallucinose délirante ; — 4) la *confusion mentale onirique* ou confusion mentale hallucinatoire sans délire ; elle alterne avec l'onirisme (hallucinose sans délire). — Le *delirium tremens*, surtout commun chez les alcooliques, est soit de la confusion mentale avec hallucinations et délire, soit de la confusion mentale avec hallucinations sans délire (onirisme). Ses signes physiques sont : le tremblement généralisé, une légère hyperthermie, des sueurs profuses, la faiblesse des membres inférieurs, la petitesse du pouls.

2. **Diagnostic.**— Le diagnostic différentiel de la confusion mentale fait encore l'objet de controverses. On doit la distinguer : — 1) du *délire hallucinatoire* aigu ou subaigu, par exemple du délire hallucinatoire subaigu alcoolique qui, dans les cas nets, est essentiellement une hallucinose délirante sans confusion mentale ; il y a là un thème vésanique précis, la persécution ; — 2) de l'*onirisme* ou hallucinose sans délire, qui, lui aussi, peut exister à l'état pur et sans confusion mentale ; — 3) de la *démence*, laquelle est un état chronique, que caractérise spécialement la perte des souvenirs et des idées, mais qui peut épisodiquement se compliquer de syndromes confusionnels, uniques ou répétés ; — 4) de l'*asthénie* ou dépression : l'asthénie est un syndrome musculaire et psychique (amyosthénie et anidéation) ; le sujet est conscient de son état, et la confusion dans les idées, qui extériorise l'anidéation, n'a aucun rapport avec la confusion dans les perceptions, propre à la confusion mentale ; — 5) des *agnosies* simples ou généralisées, singulièrement conscientes, mais faits d'observation rare ; — 6) de la *psychose de Korsakoff*, dont les signes essentiels sont : l'amnésie de fixation, la fabulation, les fausses reconnaissances, l'euphorie, et souvent la polynévrite ; mais la psychose de Korsakoff peut être illustrée d'épisodes confusionnels.

La confusion mentale est toujours d'origine infectieuse ou toxique ; le diagnostic causal, dans la plupart des cas, est par suite facile.

B. CONFUSION MENTALE ET MALADIE

Peut-on considérer la confusion mentale aiguë comme une maladie cérébrale ? Quid de la confusion mentale chronique ?

1. **La confusion mentale aiguë.** — La confusion mentale aiguë se développe sous l'influence d'infec-

tions ou d'intoxications soit aiguës, soit chroniques. Sa cause est précise, comme est précise celle des autres syndromes, cardiaque, digestif, etc., qui l'accompagnent. On ne saurait par suite en faire une maladie propre.

2. **La confusion mentale chronique.** — On a appelé ainsi la démence précoce, mais cette appellation n'est pas exacte, puisque la reconnaissance des lieux, du temps, des personnes et des choses est sensiblement normale dans l'hébéphrénie. Quelquefois aussi les auteurs donnent à l'asthénie chronique-séquelle le nom de confusion mentale chronique.

***

II. L'ONIRISME

Définition. — L'onirisme est caractérisé par le développement à l'état de veille d'illusions et hallucinations qui ressemblent à celles qu'on observe dans le rêve ordinaire, et qui ne s'accompagnent, dans les cas purs, ni de délire ni de confusion mentale. Le sujet est conscient de sa situation et non amnésique après l'accès. Cet état, aigu ou subaigu, souvent rémittent, peut durer quelques heures, jours ou semaines, il est déterminé constamment, semble-t-il, par des états infectieux ou toxiques. — Il y a un syndrome onirique ; y a-t-il des maladies oniriques ?

A. LE SYNDROME ONIRISME

1. **Description.** — A la période d'état, l'examen direct montre un sujet plus ou moins absorbé en lui-même qui assiste au déroulement de ses illusions et hallucinations. Lorsqu'on l'interpelle, il décrit quelquefois très bien ses hallucinations. Ce sont surtout des hallucinations de la vue, plus rarement de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Elles sont diurnes et nocturnes, souvent à prédominance vespérale. Elles sont mobiles essentiellement, multiples, variées, riches quelquefois, spécialisées souvent (onirisme professionnel, zoopsies, hallucinations lilliputiennes, gigantesques, etc.) ; enfin elles sont tantôt pénibles, tantôt agréables, plus communément pénibles. — On peut décrire des formes nombreuses de l'onirisme : simples, complexes, frustes, graves, épisodiques, durables, etc. — En général, cet état psychopathique guérit rapidement. Il peut se compliquer de délire ou de confusion mentale. — La mémoire des faits oniriques est parfois remarquable.

2. **Diagnostic.** — L'onirisme diffère : 1) des hallucinations hypnagogiques : hallucinations qui se produisent entre l'état de veille et l'état de sommeil ; — 2) de la confusion mentale, mais il peut en illustrer l'évolution ; — 3) du délire hallucinatoire (thème vésanique) ; — 4) de la manie ; l'agitation de l'onirisme n'est pas l'agitation maniaque.

La confusion mentale (troubles de la perceptivité et de la reconnaissance), le délire hallucinatoire aigu ou subaigu (hallucinose délirante), l'onirisme (hallucinose sans délire), sont trois syndromes de cause toxique ou infectieuse, fondés essentiellement sur des troubles sensoriels, perceptifs. Ils peuvent tous les trois exister à l'état pur ; mais dans la confusion mentale commune, on observe fréquemment soit de l'onirisme, soit du délire hallucinatoire : ces syndromes se succèdent chez le patient, sans coexister, et la confusion mentale prédomine en général.

B. ONIRISME ET MALADIE

1. **Onirisme aigu ou subaigu.** — Dans les cas d'onirisme pur, on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une affection cérébrale spéciale. Mais les causes en sont variées, toxiques, infectieuses, et, de ce fait, l'idée d'une entité morbide est à écarter.

2. **Hallucinose consciente chronique.** — L'affection qu'on a décrite sous le nom d'hallucinose consciente chronique paraît être une sorte d'onirisme chronique. Ces cas sont rares : ils évoluent sans idées délirantes ; ils n'engendrent pas d'états émotionnels très douloureux.

***

La confusion mentale, l'onirisme, peuvent, sans exception presque, être soignés dans un hôpital ordinaire ou dans la famille. Le traitement à instituer est l'alitement, les bains tièdes, le régime lacté, les laxatifs. L'emploi de la camisole de force est formellement contre-indiqué. On surveillera spécialement l'état du cœur et celui des voies digestives et du rein. Comme calmants, on essaiera les bromures, le chloral, l'opium, le somnifène, etc...

VIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE PÉDIATRIE

Paris, 9, 10 et 11 juillet 1934 (1).

INFLUENCE DES ACTIONS CLIMATIQUES ET MÉTÉOROLOGIQUES SUR LES MALADIES DES ENFANTS

Discussion.

MM. CRUCHET et CANTORNÉ pensent que le phénomène primitif du coup de chaleur paraît être le syndrome de déshydratation par diminution de l'état hygrométrique surtout, et la réaction thermique un phénomène secondaire. Le coup de chaleur se rapprocherait ainsi de la déshydratation par exsiccose que l'on rencontre dans les fièvres causées par le lait sec, le régime concentré en sel, la soif, etc...

Le moyen pratique est de soumettre toutes les crèches à un régime de température constante. Depuis que la crèche de Bordeaux a été réorganisée dans ce sens, en 1931, il n'y a plus eu à y déplorer de coup de chaleur.

M. JEAN HALLÉ (de Paris) montre les heureux effets de la cure de La Bourboule sur l'asthme et sur l'érythème induré de Bazin.

Il attire l'attention sur l'aménorrhée fréquente chez les fillettes après un séjour à la mer, sur la récidive à la mer de l'énurésie nocturne, sur le rôle du « premier soleil » en avril occasionnant des cas de coup de chaleur ; sur l'intérêt de soigner les enfants fiévreux dans des chambres ou dans une pièce vaste bien aérée (le salon par exemple).

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 67, p. 1197.

M. Edouard Pichon (de Paris) attire l'attention sur le rôle du froid dans la genèse du sclérème des nouveau-nés, sur l'œdème algique du nourrisson ; sur les temps chauds et orageux nocifs pour les porteurs de cardiopathies rhumatismales.

Il se demande si les climats marins avec ou sans marées (Méditerranée) n'ont pas des caractéristiques propres. Il croit que la méningite tuberculeuse offre dans sa courbe deux sommets annuels ; il en rapproche le rhumatisme articulaire aigu avec maximum en novembre et de mars à mai.

MM. Willy, Schwarz et Fachini (de Milan) relatent un travail très documenté sur les influences météorologiques sur l'épidémicite et la morbidité par diphtérie et montrent de nombreuses courbes des grandes villes du monde entier offrant des oscillations assez superposables.

Les maxima d'humidité et les facteurs hydriques de crues des eaux seraient les plus susceptibles d'être rapprochés de ces épidémies.

M. Albéric Boudry (de La Bourboule) analyse les influences climatologiques et les variations météorologiques sur l'organisme de l'enfant. Le rôle en particulier de l'humidité atmosphérique. — Les températures extrêmes, les chutes brusques et sans transition de la tension osmotique, électrique et hydrostatique de l'atmosphère, et le grand vent du Midi en particulier qui, augmentant les ions positifs, influence au maximum la concentration hygrométrique ambiante, régissent, par les diverses combinaisons de leurs effets ou isolement, les conditions plus ou moins mauvaises de l'influence du statut atmosphérique sur l'organisme de l'enfant.

L'auteur attribue donc à l'humidité atmosphérique un rôle déterminant sur les réactions organiques de l'enfant.

MM. P. Rohmer, N. Bezssonoff, Mlle Sanders et E. Stoerr (Strasbourg). — Avec la méthode colorimétrique du dosage de la vitamine C par le réactif de Bezssonoff, il a été constaté sur trois laits de provenance différente, qui ont été titrés bi-hebdomadairement, que la teneur du lait en vitamine C baisse brusquement en novembre, se maintient à ce niveau bas pendant tout l'hiver et monte rapidement en avril pour rester à ce niveau supérieur pendant le printemps et l'été. Ces variations se font indépendamment de la teneur en vitamine C de la nourriture des vaches ; ces dernières étaient à un régime scorbutigène, au moment de la montée de la vitamine C, en avril. Pour interpréter ce phénomène, les auteurs pensent à une influence hormonale, peut-être activée par l'action indirecte du rayonnement solaire, ou du cycle annuel du fonctionnement physiologique de l'organisme.

Du point de vue pratique, il est à retenir que la teneur du lait en vitamine C ne dépend pas de l'apport de nourriture fraîche et, en général, de la présence de vitamine C dans la nourriture des vaches.

MM. P. Rohmer, F. Vles, Mlle Grosslann et E. Schneegans (Strasbourg). — Les expériences faites à la Clinique infantile de Strasbourg montrent que les conditions électriques exercent une action indubitable sur la croissance et peut-être aussi sur le comportement pathologique du nourrisson. Les auteurs citent quelques exemples d'enfants eczémateux, spasmophiles et hypothérapiques, chez lesquels la croissance pondérable est nettement plus grande pendant l'état de connexion au sol que pendant l'état d'isolement électrique. Les rachitiques présentaient le phénomène opposé. Pendant la connexion au sol, il y avait une plus grande disposition des enfants aux infections et aux diarrhées.

Ces recherches préliminaires en appellent d'autres qui peut-être permettront d'établir les bases d'une pathologie électrobiologique du nourrisson.

MM. Lesné et Budai présentent des statistiques de morbidité et de mortalité de maladies infectieuses déclarées dans la région parisienne depuis vingt-huit ans. Sur ces courbes se trouvent inscrits une série de documents météorocosmiques : taches solaires, état magnétique, barométrique, thermométrique, hygrométrique, jours de pluie, etc.

La plupart des maladies infectieuses sont hibernovernales: affections respiratoires, rougeole, scarlatine, diphtérie ; parmi celles-ci, les unes sont surtout hivernales, tels la diphtérie, le lupus érythémateux, l'érythème induré de Bazin. Les autres, plus particulièrement vernales : pneumonie, rougeole, scarlatine, méningites aiguë et tuberculeuse ; d'autres sont estivales ou estivo-automnales : infections gastro-intestinales, poliomyélite, pellagre, hydroa vacciniforme de Bazin, pityriasis rosé de Gibert ; les lésions cutanées sont du reste plus intenses dans les pays chauds. D'après la température, il y a avance ou retard d'apparition des maladies sur le calendrier. Il est quelques maladies à type bisaisonnière avec poussée principale au printemps et moindre en automne (chorée, érythème noueux et polymorphe, méningites tuberculeuses).

En dehors des cycles d'apparition qui paraissent en rapport avec les saisons, il est bien difficile d'incriminer plus particulièrement tel facteur météorologique : humidité, pression barométrique, température, influence lunaire, rôle des périhélies. Au sujet des taches solaires on ne peut conclure, et cependant certaines épidémies européennes importantes de scarlatine coïncidaient avec une intensité particulière de taches rosées, il en était ainsi en 1928.

Comment expliquer l'influence saisonnière sur l'apparition des maladies infectieuses ? Y a-t-il modifications de la virulence microbienne ou des moyens de défense des sujets ? Ces deux ordres de causes doivent se superposer. Les maladies hibernovernales sont de beaucoup les plus fréquentes ou en dehors de la carence solaire hivernale ; on peut incriminer la qualité différente des aliments consommés l'hiver avec aussi carence en lumière, la toxicité plus grande de l'albumine de l'œuf au printemps et puis les modifications des composants chimiques des viscères (diminution de la réserve glycogénique du foie et de la quantité d'iode de la thyroïde au printemps).

A propos de l'influence du chaud et du froid sur la résistance de l'individu, rappelons les expériences de Lesné et de Lucien Dreyfus qui, en 1908, ont montré que cobayes et grenouilles, souris, deviennent infiniment plus sensibles à l'injection d'abrine ou de toxine tétanique lorsqu'ils ont été chauffés et que le refroidissement de souris inoculées avec du pneumocoque abrégeait leur existence.

Les animaux résistent d'autant moins au froid et au chaud qu'ils sont plus jeunes.

Il y a en météoropathologie une série de problèmes complexes dont la solution exige encore de nombreuses recherches.

M. Jaubert (Hyères), à propos du rapport de M. Armand-Delille, souligne les différences entre le climat marin de l'Océan et celui de la Méditerranée. Il insiste sur l'action indubitable de la *durée d'insolation* et sur l'intérêt que présente pour les enfants débiles et délicats la succession d'une cure à la mer et à la montagne.

M. Gauthier (Genève) montre que des périodes d'égale chaleur n'entraînent pas des troubles pathologiques de même ordre. Certains facteurs que nous ignorons interviennent donc également. L'élément individuel est très important d'ailleurs. Certains enfants bénéficient de telle cure : solaire, marine, d'altitude, d'autres non.

M. LEREBOULLET (Paris), à propos du coup de chaleur du nourrisson, signale que, selon son expérience des dernières années aux Enfants-Malades, c'est plus à l'apparition des premières chaleurs qu'en plein été qu'il observe dans les nourriceries des coups de chaleur. C'est la déshydratation qui ouvre la scène clinique. On note d'abord une « dystrophie hydrique » avec chute de poids, puis des troubles digestifs. Il peut être d'ailleurs difficile de faire la part de l'action de la chaleur et de celle de l'infection intestinale secondaire.

Il est très important, dans les agglomérations de nourrissons, de se préoccuper de l'influence des variations climatiques. La pouponnière d'Antony, convenablement installée par l'Assistance publique, peut être citée comme centre d'adaptation climatique.

M. DE CHABANOLLE (Chamonix) a étudié pendant cinq ans l'influence des facteurs météorologiques sur les enfants convalescents et il a pu constater que les sujets les plus météréolabiles sont les neuro-arthritiques.

M. GEORGES SCHREIBER (Paris), à propos du rapport de M. Woringer, montre une série de graphiques qui établissent nettement que la *poliomyélite épidémique* est une maladie d'été à maximum en août et septembre. Il est curieux de constater — comme l'a fait le rapporteur — que la poliomyélite est à ranger à côté du groupe des infections à point de départ intestinal.

La raison de cette recrudescence estivale de la poliomyélite incite à envisager la possibilité d'une contagion par ingestion et d'une transmission par certains aliments). Comme faits à l'appui de cette hypothèse, on peut citer une observation d'Eichelberg se rapportant à deux enfants atteints de maladie de Heine-Médin et contaminés par leur mère ayant tenu dans ses bras un enfant pris de vomissements à la période d'invasion d'une poliomyélite ; une observation de Wickman concernant huit personnes atteintes de maladie de Heine-Médin, dont quatre contaminées le même jour, et qui toutes buvaient le lait d'une même ferme.

Ces faits ne permettent pas de conclusions précises, mais méritent d'être signalés à l'occasion du rapport de M. Woringer.

M. LOUIS VASSAL (Charleville) estime que la météoropathologie doit être analytique et chercher des concordances dans toute la nature vivante : chez l'homme, dans les espèces animales, chez les végétaux, elle doit lier étroitement l'observation de ses résultats à la chronologie.

M. BAUZA (de Montevideo) pense qu'il est impossible de méconnaître l'influence de la météorologie sur les maladies de l'enfance. Il rappelle les travaux de Morquio ayant trait à l'influence des vents sur le métabolisme de l'eau et l'existence en Uruguay d'un syndrome du « vent du Nord » en tous points comparable au syndrome du « vent du Midi » des auteurs lyonnais.

M. PÉCHÈRE (de Bruxelles) insiste sur les mérites qu'ont eus les rapporteurs à établir les rapports qui unissent les phénomènes pathologiques et les conditions atmosphériques. Il n'admet cependant pas toutes les interprétations qui ont été proposées et signale la multiplicité des facteurs qui interviennent pour créer un climat. Il rappelle qu'il a observé chez des enfants vivant au bord de l'eau de la tachycardie et de la dyspnée, et qu'il suffit de transporter ces enfants à 500 mètres dans l'intérieur des terres pour voir disparaître ces accidents. Il insiste enfin sur la nécessité qu'il y a de régler minutieusement la vie des enfants qu'on envoie au bord de la mer. C'est le meilleur moyen de pallier à certains inconvénients difficiles à prévoir dans chaque cas particulier.

M. EXCHAQUET (de Lausanne) signale que la stagnation de l'air est une des causes du coup de chaleur du nourrisson. Le froid lui a, d'autre part, paru jouer un rôle certain en pathologie infantile : il n'a pas trouvé d'autre cause qu'un refroidissement très modéré pour expliquer une différence de croissance entre deux jumeaux jusque-là superposables en tous points. Il a enfin remarqué que les nourrissons atteints de troubles dyspeptiques se pigmentaient moins facilement que les autres et que la pigmentation apparaissait lors de la guérison des troubles digestifs.

M. BEYTTER (de Saint-Etienne) a pu observer les effets de climats différents sur un même groupe d'enfants. Les meilleurs résultats ont été obtenus à la mer que peu d'enfants ont mal supportée. Mais dans ce cas intervenait aussi une amélioration nette des conditions matérielles d'existence.

Il a remarqué, d'autre part, une recrudescence de l'acrodynie en mai et juin et a remarqué une influence climatique nette sur les vomissements acétonémiques.

M. JAUBERT estime que M. Armand-Delille n'a pas assez différencié les différents climats marins. Le climat méditerranéen est foncièrement différent du climat océanique et n'influe pas défavorablement sur certaines formes de tuberculose non pulmonaire.

M. CATHALA croit que l'ambiance influe aussi bien sur le germe que sur le terrain. Le pneumocoque a une virulence variable suivant les saisons (Netter) et il est impossible à certaines dates de réussir des inoculations avec du virus poliomyélitique. Or les microbes sont des végétaux sur lesquels influe certainement la lumière solaire.

Il lui semble, d'autre part, que le changement de climat influe plus qu'un climat déterminé, et il dissocie l'action du climat sur les processus de développement somatique, qui lui paraît certaine, de celle sur les processus de défense anti-infectieuse, qui lui paraît aléatoire.

M. RIBADEAU-DUMAS montre que certains enfants nerveux sont alcalosiques : ceux-là se trouveront bien de la mer. Les autres, nerveux par tare héréditaire, se trouveront mieux de la montagne.

M. MARFAN pense que la plupart des enfants tolèrent la mer à condition d'être soumis à une hygiène précise et de ne pas être surmenés physiquement. Les eczémateux se trouvent par contre fort bien de la haute montagne. Enfin il ne lui semble pas que le climat marin favorise le développement de la poliomyélite ou des entérocolites.

M. JULIEN HUBER (de Paris) dépose le vœu suivant en conclusion des débats sur l'influence de la météorologie sur la santé des enfants :

« Les membres du VIIIe Congrès des Pédiâtres de langue française, après avoir entendu l'exposé et la discussion des rapports du professeur Mouriquand (de Lyon), du Dr Woringer (de Strasbourg) et du Dr Armand-Delille (de Paris) concernant les influences météorologiques sur la santé des enfants, émettent le vœu suivant :

« Que les Pouvoirs publics, en l'espèce le ministère de l'Education nationale et le ministère de la Santé publique mettent sans délai à l'étude les questions médico-pédagogiques dont les travaux du Congrès ont souligné l'urgence et particulièrement la question des modifications des horaires des études dans les régions où les enfants peuvent bénéficier des facteurs climatiques (mer ou altitude), et, d'autre part, la question de la création de collèges ou lycées dans les régions maritimes ou montagneuses où les horaires seraient établis en tenant compte des nécessités de la santé des enfants. »

Ce vœu a été pris en considération à l'unanimité et transmis à une commission de la Société de pédiâtrie pour être mis à l'étude.

M. le Dr G. Schreiber (de Paris) demande l'adjonction des données suivantes :

« Que, dans les grandes villes, les enfants enfermés dans les classes, notamment l'hiver, lors des heures d'ensoleillement, notamment dans les classes primaires et élémentaires, n'aient qu'une demi-journée de classe obligatoire, l'après-midi étant facultative et consacrée à des sorties, à des jeux de plein air. »

Ce vœu est joint au précédent pour être étudié.

*
* *

Pathologie des vertiges omphalo-mésentériques chez l'enfant

MM. Fèvre et Semelaigne, rapporteurs, se sont donné comme tâche essentielle de sélectionner les faits qui, par leur importance clinique et pratique, intéressent spécialement le pédiâtre, au milieu des nombreux travaux qui ont depuis quelques années trait à cette question.

Ils insistent d'emblée sur la nécessité d'un diagnostic précoce, en raison des nombreux désastres consécutifs à une erreur de diagnostic ou à un retard dans la décision opératoire. Ils soulignent également la fréquence relative de ces faits, puisque 16 accidents meckéliens ont été observés en six ans dans le seul service du professeur Ombrédanne.

Avant de passer à l'étude clinique de ces accidents, ils rappellent brièvement l'anatomie et l'embryologie du diverticule de Meckel, sans lesquelles il est impossible de comprendre la classification des accidents. Ils insistent un peu plus longuement sur l'histologie, car les hétérotypies de la muqueuse diverticulaire, qui prend le type gastrique ou duodénal, et la présence dans la paroi d'îlots pancréatiques aberrants ont une grosse importance dans la pathogénie des accidents.

I. *L'ulcère du diverticule de Meckel.* — « Par ses hémorragies intestinales, par les perforations qu'il détermine, l'ulcère diverticulaire réalise pour le pédiâtre l'affection la plus intéressante et peut-être la plus fréquente de ce diverticule. » (Fèvre et Semelaigne.)

Si la description initiale de cet ulcère remonte à 1903, ce n'est, en réalité, que depuis ces dernières années que les observations se sont muitipliées, au point que Mondor et Lamy ont pu rassembler 91 cas frappant avec prédilection les sujets jeunes, et particulièrement les garçons.

Au point de vue anatomo-pathologique, cet ulcère siège à la jonction de l'intestin et du diverticule, là où la muqueuse intestinale se trouve brusquement remplacée par la muqueuse hétérotypique diverticulaire de type gastrique ou duodénal. Il est possible de déduire de cette constatation anatomique une hypothèse pathogénique : l'ulcère meckélien résulte vraisemblablement, comme l'ulcère peptique du jéjunum, de la digestion de la paroi intestinale par le suc gastrique dont la virulence a été soudain exaltée.

Cet ulcère est souvent perforé à sa base ; la perte de substance, en général petite et arrondie, rappelle beaucoup celle d'un ulcus gastro-duodénal.

Cet ulcère meckélien se présente en clinique sous deux aspects fondamentaux.

La *forme hémorragique*, de beaucoup la plus fréquente, a été mise en lumière par Mondor. Son symptôme prédominant est évidemment une hémorragie d'abondance variable, rarement unique, mais se renouvelant le plus souvent par crises durant trois à quatre jours, puis cessant pour réapparaître après une phase de latence de durée variant entre quelques jours et plusieurs mois. Elle est donc en tous points comparable à l'hémorragie de l'ulcère duodénal.

A cette hémorragie peuvent s'ajouter des douleurs, qui font d'ailleurs rarement défaut, et revêtent tous les degrés d'intensité depuis la simple colite jusqu'à la crise douloureuse atroce. Elles vont de pair avec l'hémorragie ou apparaissent pendant les phases de latence. A titre accessoire, on a signalé les troubles intestinaux, les vomissements.

L'examen physique pourra révéler l'existence de malformations ombilicales qui sont de la plus haute importance pour le diagnostic. Il est plus rare de réveiller par la palpation une douleur précise, de constater un certain degré de résistance de la paroi ou de percevoir dans la profondeur une petite tumeur correspondant au diverticule entouré d'adhérences.

L'examen radiologique a surtout une valeur négative.

La perforation est l'aboutissant logique de l'ulcère meckélien. Elle se fait ordinairement en péritoine libre et donne le tableau classique de la péritonite aiguë généralisée. Il faut se borner à poser l'indication opératoire et c'est au cours de l'intervention que sera reconnue la perforation meckélienne. Peut-être le diagnostic serait-il toutefois cliniquement possible si la perforation succédait à une crise hémorragique typique.

La perforation en péritoine cloisonné est beaucoup plus rare, de même que la perforation couverte. Il est d'ailleurs de règle de voir les adhérences ou la couverture se rompre et la péritonite se généraliser : on se trouve alors après une accalmie plus ou moins longue dans l'éventualité précédente.

Le *diagnostic* de l'ulcère meckélien est souvent très difficile. Dans les premiers jours de la vie, il ne se poserait guère qu'avec le mélæna du nouveau-né, et on risque peu à cette période de méconnaître un ulcère diverticulaire. Ultérieurement, il pourra prêter à confusion avec toutes les affections susceptibles de provoquer une hémorragie intestinale de l'enfant.

Parmi celles-ci, il est facile d'éliminer les hémorragies typhiques, les hémorragies du purpura abdominal ou des formes frustes de l'hémogénie. Un examen complet du malade, la recherche des temps de saignement ou de coagulation, permettront de faire un diagnostic exact. Mais il est difficile, sinon impossible, d'éliminer par la clinique une invagination intestinale chronique, un ulcère gastrique ou duodénal, une tumeur de l'intestin, hormis les cas où le toucher rectal permet de sentir un polype. Dans tous ces cas, la laparotomie exploratrice est amplement justifiée et permettra seule d'affirmer la réalité d'un diagnostic.

Le *pronostic* de l'ulcère meckélien est toujours sévère : il se termine presque toujours par la mort qui peut être le fait d'une hémorragie abondante ou d'une perforation. Comme ces accidents sont imprévisibles, le *traitement* de choix consiste dans la résection du diverticule, aussitôt le diagnostic posé.

II. *Les diverticulites.* — La diverticulite est l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique du diverticule de Meckel. C'est une infection infiniment plus rare qu'on ne pensait il y a quelque temps, et il semble que nombre de ces diverticulites ne sont en réalité que des ulcères décapités de leur signe primordial, l'hémorragie.

Son histoire se confond en tous points avec celle de l'appendicite : seule l'intervention peut donner la clef du diagnostic, et il est formellement indiqué de penser à la diverticulite et d'explorer l'intestin chaque fois que l'aspect de l'appendice n'explique pas formellement le syndrome clinique ou ne justifie pas les lésions abdominales rencontrées.

III. *Les occlusions intestinales par diverticule de Meckkel.* — Cette variété d'occlusion est bien connue des chirurgiens

d'enfants à cause de sa fréquence et de sa gravité. Le seul facteur susceptible de diminuer son énorme mortalité est la précocité de l'intervention, fonction elle-même d'un diagnostic rapide.

Le diverticule de Meckel peut provoquer l'occlusion par un grand nombre de mécanismes, tels que nœuds diverticulaires, brides, agglutinations, volvulus ou invagination. On retrouve en clinique la même multiplicité d'aspect, et l'occlusion meckélienne se présentera tantôt comme une occlusion mécanique pure, tantôt comme une occlusion mixte à la fois inflammatoire et mécanique avec signes entremêlés d'occlusion et de péritonite, tantôt enfin comme une invagination. C'est dire qu'en présence de n'importe quelle occlusion de l'enfant il faudra songer à la possibilité d'un diverticule de Meckel, et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune.

IV. *Hernies du diverticule de Meckel.* — Ces hernies, qui passaient autrefois pour rares, ne sont en réalité pas exceptionnelles et se présentent en clinique sous deux aspects différents. La présence du diverticule dans un sac herniaire peut n'être qu'un épiphénomène sans importance qui ne modifie pas le pronostic de l'étranglement. Mais le diverticule peut aussi être isolé dans le sac, et c'est là l'hypothèse intéressante : le diagnostic est en effet possible, grâce au « signe du double cordon » et une intervention précoce peut dès lors sauver le petit malade, voué, dans le cas contraire, à la mort par infection et sphacèle du diverticule.

V. *Manifestations ombilicales des vestiges omphalomésentériques.* — Le diverticule de Meckel a été parfois constaté dans une hernie ombilicale congénitale, et, pour éviter les accidents d'ouverture qui peuvent se produire lors de la chute du cordon, il est recommandé d'opérer dès les premières heures de la vie toute hernie funiculaire non recouverte de peau et mal réductible.

Mais la forme la plus fréquente des accidents ombilicaux du diverticule de Meckel est réalisée par l'*ouverture du diverticule* à l'ombilic, que l'on reconnaît aisément à l'issue par l'ombilic de matières fécales, de sérosités, de sang ou même d'ascaris. Tout écoulement anormal par l'ombilic impose la recherche d'une fistule meckélienne, en s'aidant au besoin de la radiographie et du cathétérisme.

Ces diverticules présentent un danger constant pour l'enfant : ils l'exposent particulièrement aux occlusions ou à l'effroyable menace du prolapsus intestinal étranglé à travers le diverticule ouvert. C'est pourquoi il est indiqué d'opérer tout diverticule large avec fistule stercorale notable.

Enfin les *tumeurs de l'ombilic d'origine diverticulaire sont rares et toutes bénignes* : elles se présentent soit comme une tumeur adénoïde, soit comme un kyste, éventualité vraiment exceptionnelle.

Discussion.

Dr PERROT (de Genève), à propos de 5 cas observés en deux ans, montre, comme les rapporteurs, tout l'intérêt d'un diagnostic précoce. Un cas concerne un cas d'invagination iléo-colique avec diverticulite : opération facile, suites favorables d'abord. Au septième jour, accidents péritonéaux mortels liés à un sphacèle de 4 millimètres de long sur l'intestin grêle ; un autre cas simulait un abcès appendiculaire, péritonite localisée autour d'un diverticule enflammé ; un autre après hémorragie intestinale profuse, diverticulite hémorragique, suites favorables, puis accidents péritonéaux tardifs. Ces faits montrent la nécessité d'intervention précoce.

M. Jean HALLÉ (de Paris) rappelle un cas d'enfant de huit ans, intervention dramatique la nuit, en 1918, lors des bombardements de Paris. MM. Rabiez et Veau décidèrent d'intervenir et trouvèrent une invagination serrée, masquant un diverticule altéré, ils drainèrent, laissèrent en place. Le diverticule ne fut enlevé qu'après trois semaines, l'enfant guérit.

M. G. BLECHMANN (de Paris) revient sur les difficultés de la décision opératoire après hémorragie profuse, sans douleur, ni vomissements, sans contraction. Que conclure : ulcus diverticulaire? papillome hémorragique? La radiographie n'a pas montré d'image caractéristique. Par l'opération préconisée par M. Fredet dans ce cas, l'enfant a guéri. La radiologie ne pouvait pas donner de renseignements nets.

MM. Robert CLÉMENT, F. D'ALLAINES et J. TRONCIN ont trouvé réunis chez un nourrisson les divers méfaits que peut engendrer le diverticule de Meckel. Après quelques hémorragies prémonitoires très frustes, il est apparu un syndrome d'occlusion intestinale avec fièvre. L'intervention a permis de constater une occlusion intestinale par bride jéjuno-jéjunale formée par le diverticule de Meckel adhérent à une anse voisine. Plusieurs anses agglomérées étaient maintenues par un magma de pus, le diverticule était perforé et il existait un léger degré d'invagination intestinale facilement réductible.

M. Julien HUBER (de Paris) rapporte un cas observé en juillet 1908, à l'hôpital Bretonneau, avec M. Charles ROBERT (de Versailles), opéré par M. Savariaud. Il concernait un nourrisson d'environ six mois, porteur d'un ulcère perforé à l'emporte-pièce de la taille d'une petite lentille à l'extrémité libre d'un diverticule de Meckel. Traité par enfouissement et drainage avec accidents de péritonite. L'enfant succomba peu après.

MM. STEVENIN et R.-Ch. MONOD ont observé tout récemment un cas d'invagination intestinale avec diverticule de Meckel.

Il s'agissait d'un enfant de neuf ans, pris brusquement de douleurs vives dans le ventre avec rejet de mucosités sanglantes par l'anus. Le diagnostic, lorsque nous vîmes ce jeune malade, était facile. On sentait nettement un boudin volumineux dans la fosse iliaque droite ; l'enfant venait de rejeter une quantité anormalement abondante de sang rouge par l'anus. L'opération fut pratiquée le 7 juin à 22 heures, douze heures environ après le début des accidents. Par laparatomie latérale droite fut découverte immédiatement une invagination iléo-cæcale typique. La tête du boudin avait progressé jusque dans le côlon transverse. La désinvagination fut assez difficile. Les manœuvres classiques d'expression durent être répétées à plusieurs reprises avant d'être couronnées de succès. On reconnaît alors l'existence d'un diverticule de Meckel implanté sur la face convexe du grêle, à 40 centimètres environ de sa terminaison. On tente en vain de réséquer le diverticule. La base d'implantation est si large que la suture rétrécirait dangereusement la lumière de l'intestin, on pratique une résection intestinale de 0 m. 10 de long environ.

Le professeur Robert DEBRÉ (de Paris), à propos d'un cas relaté dans le rapport, observé par Boppe et Semelaigne, rappelle que le diagnostic précis n'a pu être posé. Il faut que les examens radiologique répétés précisent les conditions techniques, il sera peut-être possible alors de poser le diagnostic de diverticulite dans les hémorragies intestinales sans cause rapprochée des signes cliniques, le diagnostic sera plus aisément fait.

M. FÈVRE (Paris) répond aux divers orateurs, il insiste sur les lésions d'invagination et de thrombose, facteurs de gravité. Tout cas d'invagination doit être opéré, se méfier aussi des hernies douloureuses rentrées trop vite, les diverticules herniaires offrent cet aspect. Chirurgicalement il préconise l'ablation du diverticule, non l'abstention ou le

simple enfouissement sur le seul symptôme hémorragique. On peut attendre si la vie de l'enfant n'est pas en danger, mais exercer une expectative armée.

Communications.

Sur deux cas d'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques. — M. Cruchet rappelle que les seules angines pseudo-membraneuses dont l'étiologie soit admise — en dehors de la diphtérie — sont les angines de la scarlatine, de la syphilis secondaire et celles qui sont consécutives à une intervention thérapeutique. Les autres angines dues à de nombreux microbes et en particulier les angines à pneumocoques ne sont pas admises par tous les auteurs et sont en particulier niées par M. Marfan.

Il a cependant observé deux cas d'angines pseudo-membraneuses survenues chez des enfants de douze et de dix ans au cours d'une pneumonie franche lobaire aiguë typique ; l'examen bactériologique y montra du pneumocoque à l'exclusion de tout autre germe et la guérison de l'angine survint en même temps que celle de la pneumonie.

Le diagnostic de ces angines à pneumocoques lui paraît possible par la rapidité du début, la coexistence avec un foyer pulmonaire, l'aspect nacré de la fausse membrane et l'absence de cou proconsulaire malgré l'intensité des lésions locales.

M. Raillet (de Reims) insiste sur la nécessité d'avoir recours à l'examen du sang au cours de toutes les angines pseudo-membraneuses ne faisant pas leur preuve, pour ne pas méconnaître une angine à monocytes.

M. Péhu attire l'attention sur l'*ictère familial du nouveau-né* qui frappe des enfants nés à terme, de poids normal, et paraissant bien constitués. Dans les heures qui suivent la naissance apparaît un ictère qui devient rapidement très foncé et s'accompagne de cholémie et de cholurie sans décoloration des matières fécales. Le foie et la rate sont notablement hypertrophiés. Le tableau clinique est enfin complété par une hyperthermie manifeste.

Au bout de quelques heures, l'enfant tombe dans un état de torpeur progressive qui s'accentue jusqu'à la mort. Parfois apparaissent des hémorragies cutanées ou muqueuses. L'évolution est courte et ne dépasse habituellement pas trois à quatre jours. Il est rare qu'elle atteigne dix ou douze jours dans les formes prolongées.

L'examen du sang montre l'existence d'une anémie notable avec présence dans le sang d'une forte proportion d'érythroblastes ; il y a également une leucocytose modérée, mais le taux des plaquettes sanguines est normal.

Les lésions anatomiques consistent en hypertrophie du foie et de la rate avec persistance de foyers d'hématopoïèse hépatospléniques. Les voies biliaires extra-hépatiques sont normales. Il est enfin curieux de noter la coloration par la bile des centres nerveux.

L'étiologie de cette maladie est encore inconnue ; il semble cependant qu'elle respecte les premiers enfants et que la syphilis ne joue aucun rôle. Il s'agit vraisemblablement d'une dysgenèse sanguine portant exclusivement sur le globule rouge.

Le traitement de choix semble être la transfusion quotidienne à l'enfant de 15 à 20 centimètres cubes de sang dans le sinus longitudinal supérieur. On aurait ainsi observé quelques guérisons.

M. Cathala a eu l'occasion d'observer deux cas de cette curieuse affection chez les troisième et quatrième enfant d'une famille dont les deux premiers enfants étaient superbes et dans laquelle on ne pouvait nullement soupçonner la syphilis.

Les événements se sont déroulés exactement comme l'a rapporté M. Péhu, et l'examen anatomique lui a permis de constater une dislocation des travées cellulaires du foie, sans atteinte notable de la cellule hépatique. Les lésions des autres organes étaient comparables.

Il a institué, au cours des grossesses ultérieures, un traitement spécifique, après quoi la mère a pu avoir un autre enfant normal.

M. Marquézy a observé des faits analogues dans une famille de cinq enfants où les deuxième, troisième et quatrième enfants sont morts d'ictère dès leur naissance. Le traitement spécifique institué dès la troisième grossesse n'a pas empêché l'ictère ; c'est, au contraire, sa cessation qui a coïncidé avec la naissance d'un enfant normal.

M. Apert insiste sur le fait que cette maladie lui paraît bien être d'origine familiale, mais d'un caractère particulier, car elle frappe plus de 50 p. 100 des enfants d'une même famille, ce qui est contraire aux lois de l'hérédité mendélienne.

Julien Huber et Jacques Odinet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séances des 13 et 20 août 1934)

Modifications de la pression artérielle au cours et après la destination progressive de la moelle épinière chez le chien. — MM. Henry Hermann, Georges Morin et Joanny Vial.

Variation de la chronaxie d'un muscle pendant la contraction volontaire de ses antagonistes chez l'homme normal. — M. Georges Bourguignon.

Le vieillissement de l'organisme retardé moyennant l'inspiration d'air ionisé négativement. — MM. Tchijewsky et Voynard.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 26 mai 1934)

Support pour le masque d'Ombrédanne. — M. A. Hirchberg présente un support construit sur ses indications par M. Collin, lequel a pour but de faciliter la tâche à l'anesthésie et de supprimer la fatigue manuelle qui suit les opérations prolongées et qui est due au poids du masque. Le support se fixe sur l'anneau de Kocher, le masque pouvant être placé facilement dans les plans vertical ou horizontal suivant la position du malade.

Gros lipome pelvi-fémoral passant par le trou obturateur et venant faire saillie à la face antéro-interne de la cuisse gauche. Extirpation par la voie fémorale et laparotomique. — M. Dartigues présente l'observation d'une femme de 41 ans ayant vu apparaître cette tumeur à la suite d'un accident d'automobile ayant occasionné une violente contracture à la racine de la cuisse. On hésite entre une hernie obturatrice, peut-être un sarcome, un hématome, un abcès froid, une hernie musculaire, un lipome profond. La tumeur, du volume du poing et pesant 130 grammes, a été extraite très difficilement. Il a fallu recourir à la voie laparotomique et fémorale combinée, la tumeur passant par le trou obturateur et disposée en bissac, ayant une partie fémorale et une partie pelvienne. L'examen pratiqué montre qu'il s'agit d'un lipome pur. Le cas est intéressant par le diagnostic, par l'étiologie, la symptomatologie doulou-

reuse qui a disparu après l'opération, et la rareté grande du cas.

Nouveaux perfectionnements techniques du forage de la prostate. — M. Georges Luys rappelle qu'il a pratiqué le forage de la prostate depuis 25 ans avec son cystoscope à vision directe, tout d'abord au moyen du galvanocautère, plus tard avec l'électrocoagulation ; actuellement, il emploie avec succès les nouveaux courants électriques coupants qu'utilise le bistouri électrique, qui sont dénommés « ondes entretenues ». Mais à ceux-ci doivent être adjoints les courants électrocoagulants nommés « ondes amorties ». L'intime alliance des courants coupants et coagulants, attentivement dosés, permet de couper, sous la vue, par voie endoscopique, les plus gros morceaux de prostate sans être arrêté par l'hémorragie. L'action thérapeutique du forage de la prostate peut s'étendre aux prostates dont le volume dépasse la moyenne, et le temps d'hospitalisation est beaucoup moins long. En résumé, ce nouveau perfectionnement permet d'assurer au forage de la prostate la prépondérance sur toutes les autres méthodes d'intervention dans la thérapeutique chirurgicale de l'hypertrophie de la prostate.

Etat de mal convulsif chez un enfant. Résultat heureux de l'abcès de fixation. — M. G. Blechmann rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans et demi atteinte de convulsions depuis un an. Après une varicelle, les crises se rapprochent, deviennent subintrantes, puis l'enfant présente un véritable état de mal convulsif avec fièvre élevée et coma. Aucune médication n'ayant apporté de sédation, on pratique un abcès de fixation. La mort semble imminente, quand l'abcès térébenthiné commence à poindre ; c'est alors que la situation s'améliore. La température s'abaisse, les convulsions deviennent moins fréquentes et l'enfant est moins obnubilée. L'abcès est incisé et les convulsions s'arrêtent ; 4 jours après l'injection de térébenthine, la petite malade était redevenue à peu près normale.

A propos de l'extraction sous-endoscopique des épingles de sûreté de l'œsophage. — M. Guisez, dans sa statistique générale concernant les corps étrangers œsophagiens, reconnaît que l'épingle de sûreté est, chez les nourrissons, un des plus fréquents. L'épingle du bavoir s'ouvre, et l'enfant l'avale. Il s'agit souvent d'enfants très jeunes, 3 mois, 4 mois, 5 mois. Presque toujours l'épingle est ouverte, pointe en haut. Si on se hâte de l'extraire dès qu'on l'aperçoit, la pointe perfore la paroi œsophagienne, d'où accidents médiastinaux. Il est facile de tourner cette difficulté, soit en introduisant la pointe dans la lumière du tube, soit en utilisant le ferme-épingle de l'auteur. En suivant une technique précise, Guisez n'a eu à enregistrer aucun insuccès sur une vingtaine de ces cas extraits sous endoscopie dans ces quinze dernières années.

Rétrécissement de l'œsophage. — M. Georges Rosenthal signale les travaux de Soupault, qui préconise la section musculaire du cardia pour la guérison des strictures du cardia. Cette opération chirurgicale, aléatoire et dangereuse, ne sera à envisager que s'il y a échec des manœuvres par voie directe étudiée particulièrement à la Société par Guisez.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(séance extraordinaire du 8 juin 1934)

Thoracoplastie totale datant de 5 ans. Guérison (*présentation de malade et de radiographies*). — MM. H. d'Hour et G. Desbonnets.

Thoracoplastie à minima datant d'un an. Guérison (*présentation de malade et de radiographies*). — MM. H. d'Hour et G. Desbonnets.

Thoracoplastie partielle élargie. Ablation de la première côte en totalité (*présentation de malade*). — MM. G. Desbonnets, H. d'Hour et Wigniolle.

Le lit plâtré dans le traitement de la scoliose (*avec présentation de malade*). — M. Billet.

Périviscérite intense de tout l'étage supérieur de l'abdomen (*présentation de pièces*). — MM. Langeron et Senellart.

Un cas de neurogliomatose, maladie de Recklinghausen (*présentation de pièces*). — MM. Camelot et Delattre.

Esquisse d'un cycle de la vitamine C dans l'organisme (*présentation de préparations histologiques*). — MM. Giroud et Leblond.

Pneumectomie pour abcès du poumon chez une malade cachectique. Guérison. — MM. Desbonnets et d'Hour.

Un cas de brucellose dans le Nord. — MM. Bernard et Martin.

Accidents mécaniques et infectieux de la ptose du transverse ; fixation en bonne position. Guérison. — M. Bernard.

Sur trois cas de maladie de Lobstein (ostéopsatyrose). Contribution à l'étude étiologique de cette affection (*présentation de radiographies*). — MM. Chalochet, Maës et Lepeut (d'Abbeville).

(séance du 19 juin 1934)

A propos d'un cas de fracture non consolidée de l'olécrâne. — MM. Weitzel et Weber.

Indications thérapeutiques des diverses modalités des courants de haute fréquence. — M. d'Halluin.

Contusion de la moelle par balle ; extraction ; persistance des phénomènes paralytiques, malgré l'intégrité apparente de la moelle, vérifiée à l'autopsie. — M. Vincent.

Accès dans le ligament large masculin : voie d'abord inguino-pubienne. — M. Vincent.

Confection d'une gaine aponévrotique, au moyen du fascia lata. — M. Desbonnets.

PRATIQUE MÉDICALE

LES BROMURES DANS LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILE (1)

Par le docteur Coulon.

Dans tous les cas où la médication bromurée est indiquée, et en particulier en médecine infantile, le bromure de sodium, sous la forme très pratique de sédobrol, donne les meilleurs résultats. Le sédobrol est un extrait de bouillon végétal concentré achloruré, présenté sous forme de tablettes correspondant chacune à un gramme de bromure de sodium spécialement préparé et chimiquement pur.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 5, fév. 1934.

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.

POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.

COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

Il est toujours très bien toléré, bien accepté des petits malades souvent très difficiles, et il rend les plus grands services, non seulement en thérapeutique infantile, mais encore dans tous les cas où il est utile de calmer l'hyperexcitabilité : point très important, le sédobrol n'a aucun inconvénient.

NOTES POUR L'INTERNAT

ABCÈS DU FOIE [1]

LES PETITS ABCES DU FOIE

Ces petits abcès du foie sont peu intéressants au point de vue chirurgical.

Ils apparaissent le plus souvent comme complications terminales d'autres affections et leur symptomatologie est assez floue.

I. **Abcès métasttasiques.** — On est en présence :

a) *Cliniquement* : des signes généraux graves d'une septico-pyohémie quelle que soit son origine.

1. *Origine médicale.* — Surtout *endocardite maligne*, mais aussi typhoïde, grippe, gangrène pulmonaire.

2. *Origine obstétricale.* — Infection puerpérale.

3. *Origine chirurgicale.* — Fractures compliquées, anthrax, plaies suppurées, salpingites suppurées, etc...

b) Au milieu de ces signes, *il faut dégager la symptomatologie hépatique :*

1. L'attention peut être attirée par une douleur sourde dans l'hypochondre droit ; du subictère avec urobilinurie.

2. Mais l'examen décèle l'*hépatomégalie douloureuse ;*

3. Quoi qu'il en soit, c'est souvent l'autopsie qui montre un gros foie farci de petits abcès.

II. **Abcès biliaires.** — Secondaires à une infection des voies biliaires.

Ce n'est autre qu'une angiocholite suppurée ayant gagné le parenchyme.

On l'observe le plus souvent au cours d'une angiocholite lithiasique. Il peut compliquer une typhoïde ou une pneumonie à détermination bilaire.

Cliniquement : c'est la complication redoutable d'un ictère cholédocien par obstruction calculeuse.

C'est dire que si le traitement chirurgical ne peut pas être curatif, il doit être au moins préventif en levant l'obstruction calculeuse avant l'apparition des symptômes infectieux. Le tableau clinique est celui de l'angiocholite suppurée. L'ictère diminue légèrement ou devient terreux. L'état général s'aggrave. La fièvre prend souvent le type intermittent, avec poussées à 39°, 40° et frissons (fièvre bilio-septique de Chauffard). L'amaigrissement est rapide, la langue rôtie. L'anorexie absolue.

Localement le foie est gros et douloureux.

Le pronostic est désespéré. Cependant, il faut intervenir pour drainer les voies biliaires.

DIAGNOSTIC

I. **Abcès amibiens.** — Il faut souligner la valeur diagnostique *du traitement d'épreuve* et de la *ponction exploratrice.*

a) *Forme subaiguë.* — 1. *Phase d'hépatite simple.* — Eliminer : les gros foies, surtout foie paludéen, les hépatites des maladies infectieuses.

2. *Phase d'abcès collecté.* — *Le kyste hydatique suppuré* est d'un diagnostic souvent impossible.

Les suppurations péri-hépatiques :

— *Cholécystite suppurée ;*

— Abcès sous-phrénique ;

— Pleurésie enkystée de la base ;

— Phlegmon périnéphrétique à évolution haute, sont souvent de diagnostic difficile.

Dans tous les cas : valeur des antécédents, de la localisation de la douleur, des signes associés, de la radio, etc...

b) *Abcès tropical.* — *Hépatite paludéenne aiguë.* Rate grosse, action de la quinine, examen du sang.

c) *Abcès chronique purulent.* Pose tout le diagnostic des *gros foies.*

II. **Abcès appendiculaire.** — a) Peut poser un diagnostic différentiel avec l'*abcès amibien du foie.* Dans ce cas, valeur des signes appendiculaires préexistants.

b) Peut être impossible à distinguer :

1) D'un abcès *sous-phrénique* d'origine appendiculaire ;

2) D'une *cholécystite suppurée.*

III. **Abcès métastatique.** — Il faut reconnaître la *symptomatologie hépatique* au milieu des signes de septico-pyohémie.

IV. **Abcès biliaires.** — Difficulté de les différencier du tableau *d'angiocholite suppurée.*

TRAITEMENT

I. **Abcès amibien.** — 1° Traitement par *l'émétine,* à condition de ne pas le continuer outre mesure.

Six injections quotidiennes de 4 centigrammes constituent un bon traitement d'épreuve et doivent amener rapidement une sédation manifeste des accidents avec régression des signes physiques.

2° *Hépatotomie large.* — a) *Anesthésie locale* : peut suffire chez les débilités ;

— *Générale :* protoxyde d'azote ; éther. Est préférable, permet d'aller plus vite.

b) *Voie d'abord.* — Variable avec le siège de l'abcès.

1. *Abcès de la convexité.* — Incision postérieure par voie transpleurale ;

— Ponctions localisatrices à l'aiguille ;

— Ouverture ;

— Suture des lèvres hépatiques au diaphragme préalablement fixé lui-même à la paroi.

2. *Abcès à évolution antérieure* (lobe gauche, lobe droit, bord inférieur).

— Incision transpéritonéale verticale ou parallèle au rebord costal.

— Suture des lèvres de l'incision hépatique à la paroi abdominale antérieure.

3) *Abcès ouvert dans les bronches.* — Il faut intervenir uniquement sur la *poche hépatique.*

c) *Drainage.* — Discuté, sauf si abcès ouvert dans les bronches (infection secondaire).

II. **Abcès non amibiens.** — Si on peut arriver à localiser nettement l'abcès en un seul point, *il faut intervenir.* L'incision varie avec le siège (voir plus haut). Effondrer le parenchyme hépatique parsemé d'abcès miliaires et *drainer largement.* Dans l'abcès consécutif à une angiocholite suppurée *d'origine lithiasique, le drainage des voies biliaires s'impose.* Il est plus important que l'hépatotomie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 67, p. 1206 ; n° 69, p. 1238.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

PANTOPON
"ROCHE"

OPIUM TOTAL INJECTABLE

AMPOULES — 3 FORMES — COMPRIMÉS

SIROP

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ
PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES
POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

Tout Déprimé
» Surmené

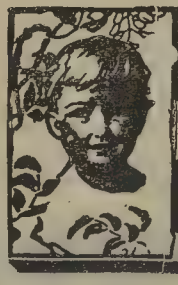
Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,46 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - ***Ni sucre, ni alcool.***



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul^d Ornano PARIS

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 15, Boul^d Pasteur — PARIS —

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE
DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉÏNE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1934. — N° 72.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Kystes hydatiques du poumon, par M. P. Vauclin.

SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de médecine de Paris. — Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Proust, professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er août 1934, dans la chaire de clinique gynécologique (budget de l'Université) de ladite Faculté (dernier titulaire : M. J.-L. Faure, retraité).

— M. Marcel Labbé, professeur de clinique médicale (Pitié) à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er août 1934, dans la chaire de clinique médicale Cochin (dernier titulaire : M. Achard, retraité).

— M. Clerc, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est transféré, à compter du 1er août 1934, dans la chaire de clinique médicale (Pitié) (dernier titulaire : M. Marcel Labbé).

— La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté de médecine de l'Université de Paris (titulaire : M. Baudouin) est transformée, à compter du 1er août 1934, en chaire de pathologie générale et médicale.

— La chaire de pathologie interne, la chaire d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire et neuf emplois d'agrégés sont supprimés à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, à compter du 1er août 1934.

— *Année scolaire 1934-1935.* — Immatriculation. Inscriptions. — I. Immatriculation. — L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers.

Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897).

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 100 fr.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de midi à 15 h., et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

II. Inscriptions. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er au 31 octobre, dernier délai, de 9 h. à midi.

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. N. ;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 4 fr.) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté) ;

V. Extrait du casier judiciaire.

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1934-1935, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 h. à 11 h. et de midi à 15 h., au secrétariat (guichets nos 2 et 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

Premier et deuxième trimestres : du 10 au 27 octobre 1934.

Troisième trimestre : du 29 mars au 13 avril 1935.

Quatrième trimestre : du 8 au 24 juillet 1935.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Sommelet, professeur d'hydrologie et hygiène à la faculté de pharmacie de Paris, est transféré dans la chaire de chimie organique (dernier titulaire : M. Béhal, retraité).

La chaire d'hydrologie et hygiène est supprimée.

GUERRE. — MM. les médecins lieutenants Guiguet et Hannequin sont désignés pour suivre à l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville un cours d'instruction.

UN SQUARE MARIE CURIE. — Le nom de Marie Curie vient d'être donné à un square aménagé devant l'hospice de la Salpêtrière, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Le malt et la pratique du maltage. Quand, pourquoi et comment malter les aliments (1), par Raoul LECOQ.

La valeur *nutritive* d'un aliment est fonction de sa valeur *digestive*, et celle-ci conditionnant celle-là, ne saurait être méconnue. Il ne peut être donné de meilleure preuve de cette interdépendance que l'étude approfondie du malt et de ses dérivés ainsi que de leur emploi dans la pratique du maltage, dont R. Lecoq nous donne une seconde édition entièrement revue.

Cette étude s'appuie d'ailleurs sur de nombreuses recherches chimiques ou physiologiques originales, et la compétence de l'auteur en ces questions est bien connue.

Certaines conclusions, conformes à ce qu'enseigne la clinique, peuvent — d'un point de vue théorique — sembler paradoxales. Par exemple : la farine obtenue par simple mouture du malt l'emporte en qualité diastasique sur les divers extraits qui en sont préparés. L'accroissement de la valeur digestive d'un aliment accélère la rapidité d'apparition des troubles dus à ses déficiences. L'extrait de malt, aliment concentré, hautement nutritif, ne manifeste sa richesse calorique et vitaminique qu'en présence d'un apport de lest (cellulose) sans valeur alimentaire propre. Dans la maternisation du lait, le sucre de Soxhlet, presque avitaminé, l'emporte sur l'extrait de malt amplement vitaminé. Questions de digestibilité et d'équilibre alimentaire dont l'expérimentation montre l'exactitude. La détermination des optima d'action diastasique permet de même de fixer quelques points controversés de la technique du maltage.

Livre clair, précis, pratique, répondant parfaitement au sous-titre, lequel se propose de déterminer : *quand, pourquoi et comment malter les aliments.*

L. G.

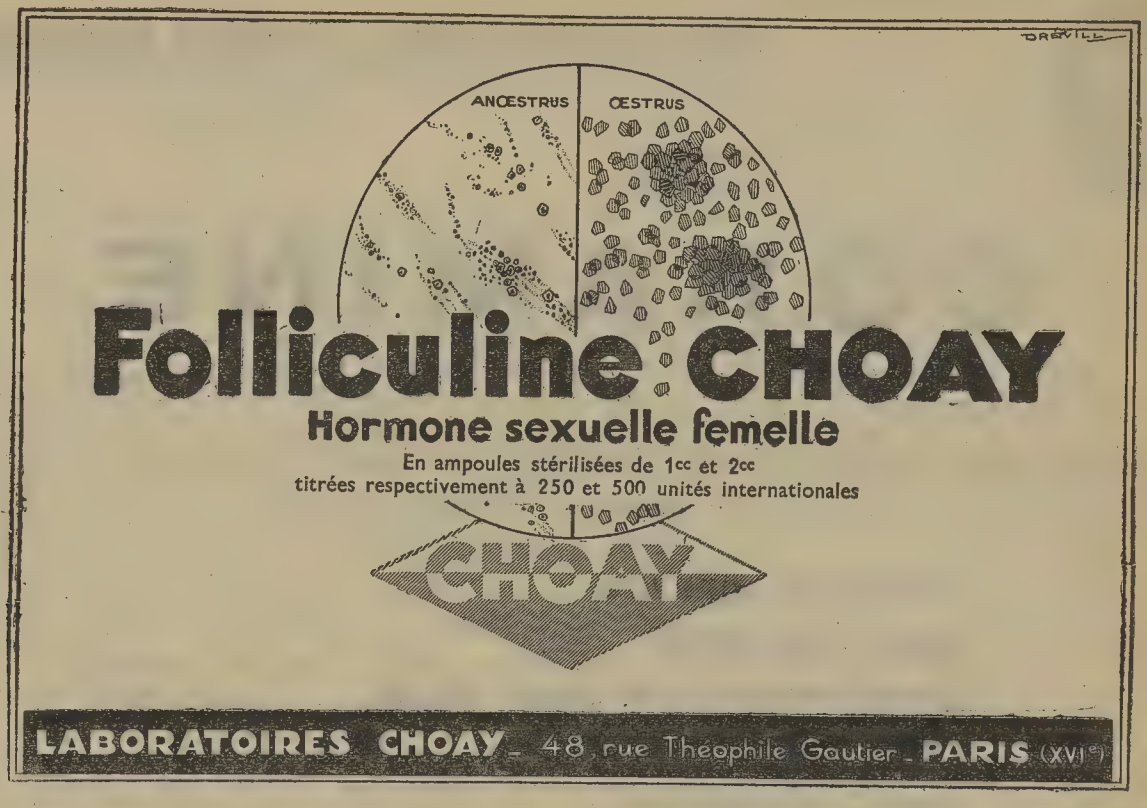
(1) Deuxième édition revue et complétée par de nouvelles recherches. — In-8 de 96 pages avec 13 graphiques et 20 tableaux. — Prix : 18 fr. — Paris, Vigot frères.

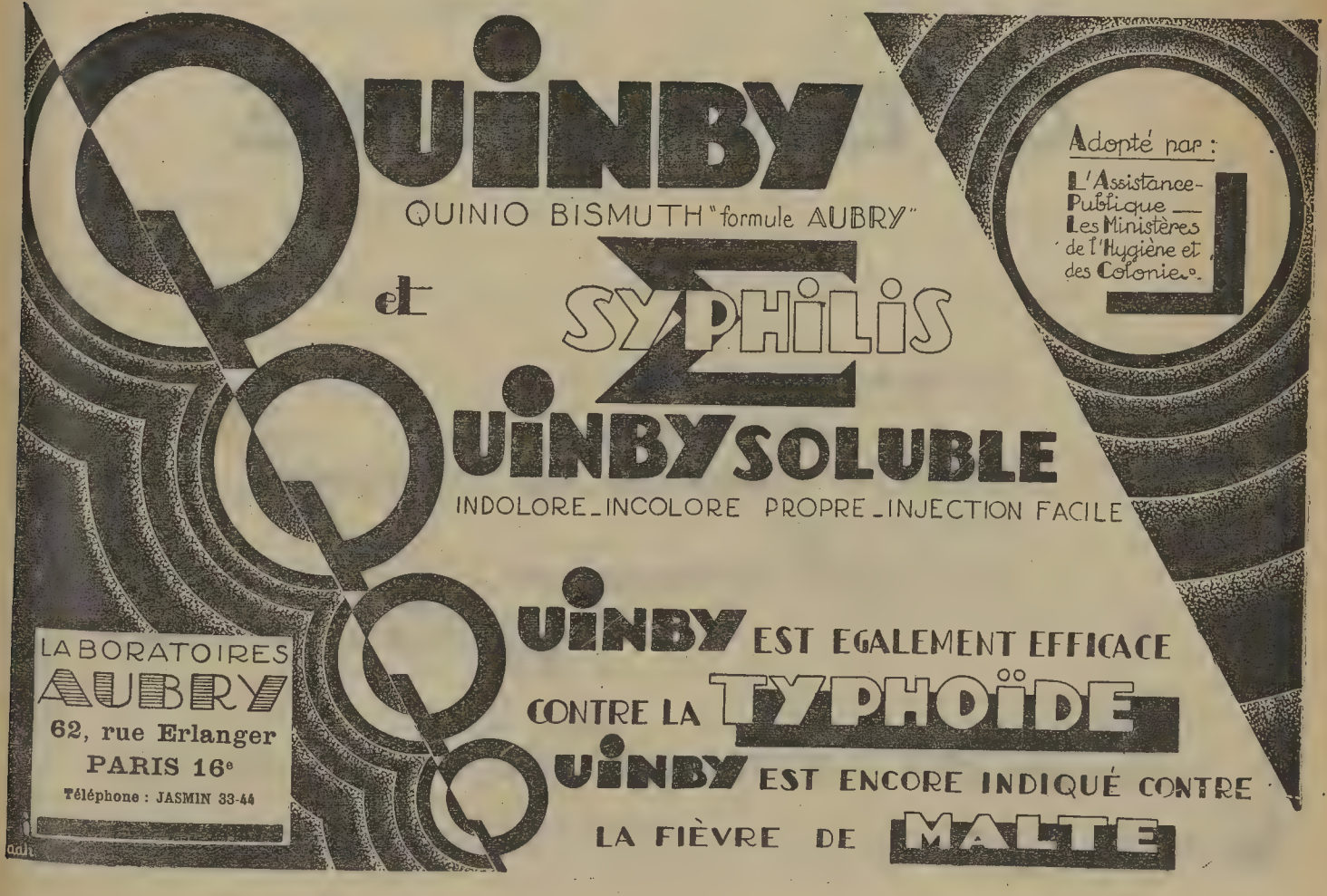
A louer ou à vendre. Gdes facilités de paiemt
Propté de 7000 m. à Joinville-le-Pont
(Seine). Avec beaux arbres. Pouvant convenir à Clinique Médicale. S'adr. M. BACHELEZ, notaire, Paris, 3, r. Turbigo.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS 2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, scrofules, brûlures, etc


ANŒSTRUS
ŒSTRUS
Folliculine CHOAY
Hormone sexuelle femelle
En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales
CHOAY
LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE

DEUX PRODUITS POUR LA TROUSSE D'URGENCE

CORAMINE

Toni-cardiaque injectable

permet d'agir avec le maximum d'efficacité et dans le minimum de temps en présence de toute indication urgente :

Collapsus graves.
Etats de choc.
Défaillance cardiaque aiguë.
Etats asphyxiques.
Etats infectieux.
Accès d'asthme.

(Injections sous-cutanées, intra-veineuses et intra-cardiaques.)

CIBALGINE

Analgésique sans opium

Calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

Coliques hépatiques.
« néphrétiques.
Douleurs fulgurantes des tabétiques.
Hémoptysies.
Névralgies, sciatiques, etc...

(Injections sous-cutanées ou intra-musculaires)

Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

REVUE GENERALE

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

Par M. Paul VAUCLIN,
Interne des hôpitaux.

L'étude des kystes hydatiques du poumon présente actuellement un regain d'intérêt. Des notions nouvelles sont acquises, concernant la radiologie, l'opportunité de l'intervention et le choix des méthodes.

L'on sait maintenant que l'on ne peut se fier entièrement à un aspect radiologique pour poser le diagnostic de kyste pulmonaire : une foule d'affections intrathoraciques le peuvent simuler dans ses caractères classiques et schématiques ; d'ailleurs le kyste, par les différents rapports qu'il contracte, par les réactions de voisinage qu'il crée, donne souvent des aspects extrêmement trompeurs.

Le diagnostic, dans nos régions du moins, reste donc toujours difficile. On doit l'établir lentement sur un faisceau d'arguments tirés de la clinique, de la radiologie et du laboratoire.

D'autre part, l'expérience chaque jour plus grande de la chirurgie pulmonaire et la pratique énorme de certains chirurgiens étrangers ont permis de poser solidement les bases du traitement ; en sériant les cas, on a repoussé les anciens dogmes de l'abstention ou de l'intervention formelles, et l'on a précisé avec détails les différentes techniques.

ETIOLOGIE

Le kyste du poumon représente 8 à 11 % de la totalité des kystes. Il arrive ainsi en second plan, après celui du foie qui est de loin le plus fréquent (75 %).

Ces deux localisations électives s'expliquent aisément par la richesse des réseaux capillaires qui « filtrent la plupart des éléments embolisés » (Devé).

Comme pour tout kyste hydatique, sa répartition géographique est remarquable :

Il est d'une banalité extrême en Argentine, en Australie, en Islande.

On le rencontre encore souvent en Grèce, en Afrique du Nord et dans certaines de nos contrées (Normandie, Landes, Languedoc, Provence).

Bref, dans tous les pays d'élevage intensif, du mouton principalement dont les viscères sont souvent parasités.

La transmission à l'homme se fait par l'intermédiaire du chien. Nourri des viscères infestés, hébergeant au niveau de l'intestin grêle le parasite adulte, il en expulse les œufs qui donneront naissance chez l'homme, à l'embryon hexacanthe, élément migrateur, générateur de kyste.

Ces notions expliquent ainsi le caractère professionnel de l'affection qui atteint avec prédilection charcutiers, bouchers et métayers.

C'est en général une maladie de l'adulte jeune, mais il n'est pas rare de la rencontrer également chez l'enfant.

PATHOGENIE

La partie du cycle évolutif qui se passe dans l'économie est représentée par plusieurs stades faciles à schématiser.

Après l'ingestion d'œufs de tænias, l'embryon hexacanthe est libéré par l'action des sucs digestifs ; il franchit alors les tuniques intestinales, et par voie sanguine, embolique, traverse le foie, gagne la veine cave inférieure et le cœur droit, puis est lancé dans la circulation pulmonaire. Il se fixe en un point du parenchyme (très rarement de la plèvre) où il subira la dégénérescence kystique.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, l'embryon, au lieu de suivre la circulation portale, peut, d'emblée, gagner la veine cave inférieure par voie hypogastrique (Chachereau).

D'une façon exceptionnelle, la contamination peut se faire par voie aérienne, par inhalation d'œufs de tænias, suivant une théorie soutenue par les médecins australiens, niée ensuite par beaucoup, et dont Devé a montré expérimentalement le bien-fondé.

Voici donc la genèse du *kyste primitif du poumon*.

Dans un autre ordre de faits le kyste reconnaît *une origine secondaire*.

Sous l'influence d'une ponction, à la faveur d'une opération, ou après rupture spontanée d'un kyste préexistant (foie, rate, etc...) certains des éléments constituants (vésicule fille, scolex, capsule proligère) vont ensemencer par voie métastatique, le parenchyme pulmonaire.

Ailleurs, il s'agira d'un « *kyste secondaire local* ». Une collection hépatique ou pulmonaire (pleurale exceptionnellement) se rompt dans les bronches et des greffes se produisent sur le trajet de rupture, ou encore à distance, en parenchyme sain, par essaimage bronchique (kystes bronchogènes, souvent multiples).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne rappellerons que succinctement les différents éléments constituants du kyste hydatique qui, sauf en cas de grands kystes juxtapleuraux contenant parfois des poches multiples, est le plus souvent *univésiculaire*.

Il présente une paroi à double membrane : l'une, interne et mince, est la paroi propre du kyste, la membrane hydatique, fertile, proligère, génératrice de vésicules.

L'autre, externe, épaisse, résistance et fibreuse : la membrane cuticulaire, l'*adventice*, qui est formée par du tissu pulmonaire sclérosé.

Le contenu est représenté par des vésicules filles, des vésicules proligères, du sable hydatique (scolex, crochets de scolex) baignant dans un liquide d'aspect extrêmement pur, « eau de roche » suivant l'expression classique.

Mais le kyste du poumon présente des caractères qui lui sont propres. Il importe d'y insister, car ils expliquent certains symptômes cliniques et régissent l'évolution ; ils offrent, en outre, une importance considérable pour le traitement :

La membrane proligère apparaît bien plus mince et plus fragile que celle d'un kyste hépatique; elle adhère

au parenchyme pulmonaire ; elle est au contact de bronches comprimées et septiques ; c'est dire que le kyste s'infectera et se rompra facilement.

Le kyste, d'autre part, contracte des rapports importants avec les éléments qui l'environnent : parenchyme, bronches, vaisseaux et plèvre, sur lesquels il exercera une action lente et progressive :

Refoulant peu à peu de sa masse le tissu pulmonaire, il va créer une zone de sclérose périkystique qui s'accroît sans cesse. Cette coque (qui représente la membrane adventice) est très richement vascularisée ; elle possède « une couronne vasculaire de néoformation » (Escudero) qui est responsable des hémoptysies émaillant le cours de l'affection. Cette zone fibreuse est aussi un point d'appel à l'infection et constitue un véritable milieu de culture. La sclérose périkystique sera donc très importante dans les kystes infectés, et dans les vieilles formations, où elle aura eu le temps de s'étendre loin du foyer, de rayonner en larges traînées qui ont favorisé parfois la formation de bronchectasies.

Refoulant le parenchyme, le kyste entre en rapport plus étroit avec les bronches qu'il comprime d'abord, puis ulcère à la longue.

Enfin, devenant superficiel, il retentit sur la plèvre. Dès lors s'établit une classification absolument fondamentale, dominant toute l'histoire clinique et thérapeutique des kystes :

Les kystes proches de la paroi, juxtapleuraux, symphysent à la longue la plèvre. Ils sont par conséquent d'un accès chirurgical aisé, et relativement peu dangereux. Ils représentent une indication opératoire. Les respecter, temporiser, c'est s'exposer à les voir se rompre dans les bronchioles qui les drainent toujours insuffisamment.

Les kystes profonds, au contraire, donnent un accès chirurgical difficile et dangereux ; ils sont au contact des grosses bronches centrales dans lesquelles ils ont tendance à se rompre, qui les drainent bien, et assurent assez souvent une guérison spontanée.

Tels sont les faits anatomo-pathologiques marquants du kyste pulmonaire dont les grands caractères sont d'être plus fragile, de s'infecter plus facilement, d'être moins bien toléré que les kystes des autres organes.

Ajoutons qu'il peut naître et se développer en un point quelconque du tissu pulmonaire (on le voit cependant avec beaucoup plus de fréquence *à la base droite*) ; qu'il demeure isolé ou au contraire coexiste avec d'autres formations viscérales : association fréquente avec d'autres kystes du poumon, uni ou bilatéraux ; avec des kystes du foie, ou beaucoup plus rarement de la rate, du cœur, etc...

ETUDE CLINIQUE

Le développement du kyste hydatique est très lent et s'étage sur des années. Il ne se manifeste que lorsqu'il a atteint un certain volume. Il y a donc toute une phase de son évolution qui reste latente. C'est la phase de *tolérance locale,* que l'on appelle *Période de germination* (Berhr).

D'une durée de plusieurs années (la contamination remonte souvent à l'enfance) elle a pu dans certains cas se prolonger jusqu'à ce qu'un accident fortuit, infection ou rupture, vînt révéler la présence du kyste. Parfois même (quoique beaucoup plus rarement que pour le kyste hépatique) l'affection n'a pas d'histoire clinique : le parasite meurt ; la poche subit une dégénérescence crétacée, et demeure une simple trouvaille d'autopsie.

Si rien ne vient donc, pendant cette période, trahir l'existence locale du kyste, certaines manifestations générales, par contre, peuvent apparaître. Elles traduisent une réaction d'ordre toxique et anaphylactique.

Ce sont des poussées d'*urticaire,* ou bien des troubles digestifs vagues qu'accompagnent des malaises ; ailleurs une certaine somnolence, des phénomènes de dépression psychiques, d'anéantissement. Exceptionnellement il a pu survenir des effusions sanguines spontanées.

Bien entendu l'intérêt de ces symptômes ne saurait être que rétrospectif : argument nouveau, d'interrogatoire, que l'on ajoute à ce que donnent la clinique et le laboratoire pour bâtir un diagnostic de kyste. C'est en fait l'apparition progressive des symptômes pulmonaires ou pleuraux créés par la masse tumorale et les réactions périphériques qu'elle entraîne, qui font consulter le malade. Ceux-ci correspondent au deuxième stade évolutif du kyste.

Stade clinique ou d'accroissement tumoral. — Différents signes apparaissent, souvent isolés pendant plus ou moins longtemps, parfois groupés suivant des modes infiniment variés. C'est ce qui rend le diagnostic si difficile, pratiquement même impossible à poser sur la seule clinique.

Parmi les manifestations fonctionnelles, l'hémoptysie prend la place la plus importante. C'est l'élément le plus constant et le plus caractéristique, à tel point que dans certains pays, elle évoque directement, avant l'idée de tuberculose, celle de kyste pulmonaire.

Elle apparaît à l'imprévu, *sans fièvre, sans atteinte de l'état général.*

Elle se présente sous n'importe quelle forme : simples crachats striés de sang rouge ou noirâtre. Ou bien, hémorragie abondante, de sang rutilant, spumeux, « véritable éjaculation sanglante » (Dieulafoy). Elle peut dans certains cas accompagner la rupture d'un kyste et devenir foudroyante.

C'est parfois un phénomène tardif ; le plus souvent il est assez précoce et se reproduit : Il faut du reste savoir se méfier d'hémoptysies qui deviennent plus fréquentes, plus abondantes et qui s'accompagnent de *poussées d'urticaire :* c'est un indice de fissuration de la poche et de rupture prochaine.

La douleur est avec l'hémoptysie le symptôme que l'on retrouve le plus souvent. Elle n'a pas non plus de caractère bien tranché :

C'est tantôt une simple sensation de gêne, de pesanteur, l'impression d'un corps étranger intrathoracique, perçu aux inspirations profondes.

Ailleurs, elle prendra un caractère plus aigu, plus violent, comparable à un point de pleurite ou à une névralgie intercostale.

Elle peut se propager à distance, irradier vers le bras, le cou (sensation de constriction laryngée),

Dans l'ensemble, elle reste modérée et devient d'autant plus vive que le kyste est plus proche de la plèvre.

En regard de l'hémoptysie et de la douleur, les autres signes sont accessoires, par leur inconstance et leur banalité.

L'expectoration est muqueuse et banale.

La toux sèche, quinteuse, devient parfois paroxystique, coqueluchoïde. C'est un témoin de l'irritation pleurale.

La dyspnée est en rapport direct avec le volume du kyste, « augmentant au fur et à mesure que se rétrécit le champ d'hématose pulmonaire ». Il s'agit généralement d'un simple essoufflement qui peut, en cas de kyste volumineux, devenir paroxystique, et réaliser du cornage.

Ainsi donc, il faut retenir comme signes essentiellement révélateurs, *l'hémoptysie* et la *douleur* qui est peut-être encore plus fréquente, « ne manquant pour ainsi dire jamais » (Alivisatos).

Le résultat de l'examen physique est, lui aussi, bien variable. Cela s'explique facilement lorsqu'on songe à la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu : l'ancienneté du kyste, son volume, son siège, les réactions parenchymateuses ou pleurales qui l'accompagnent comptent parmi les plus importants. Il convient donc, pour être clinique, d'envisager plusieurs cas.

Dans un premier groupe, l'on ne perçoit absolument rien ; l'examen reste muet pendant plus ou moins longtemps de l'évolution, et c'est en cherchant à faire la preuve d'une hémoptysie par l'examen radiologique, que l'on découvre un petit kyste profond, central, parfois juxta-hilaire.

Ailleurs et malheureusement assez rarement, les symptômes retrouvés constituent le schéma clinique du kyste.

Un hémithorax est dilaté, de façon globale, régulière, et respire mal ; ou encore une voussure localisée se dessine à la base.

A ce niveau, les vibrations sont abolies, il y a du silence respiratoire et l'on découvre une matité franche, ligneuse, *dont le contour est parfaitement régulier, géométriquement arrondi. Cette masse est entourée de toute part et sans transition d'une zone périphérique où la sonorité est éclatante et tympanique.*

Les différentes positions que l'on donne au malade, ne changent pas la topographie de la matité (Escudero, cependant, insiste sur la mobilité de certains kystes).

L'on ne perçoit jamais à son niveau de frémissement hydatique.

Bref, la mise en évidence de symptômes liquidiens, à limite régulière, nette, arrondie, doit faire penser au kyste hydatique. Mais c'est là un tableau qui est assez rarement réalisé ; on ne peut le voir qu'en cas de formation assez superficielle, conformément à une règle qui dit que tout kyste siégeant à plus de 5 cm. de la paroi ne donne ni abolition des vibrations, ni modification respiratoire.

Dans un troisième groupe de faits, le kyste se présente avec une symptomatologie d'emprunt, pleurale ou pulmonaire.

Les réactions pleurales sont très fréquentes, il faut en souligner l'importance. Elles se présentent du reste sous des aspects différents. *Parfois, un début brutal*, une douleur localisée et intense, de la dyspnée, de la fièvre, de gros frottements pleuraux, traduisent « la réaction pleurale fébrile » d'Escudero, « les formes à débuts pleuraux » de Tuffier. Les symptômes régressent du reste assez rapidement. *Ailleurs*, l'on constatera des signes d'épanchement pleural assez considérable pour s'accompagner de déplacement d'organes (cœur, foie), de matité du Traube ; d'évolution semblable à celle d'une pleurésie vulgaire, l'épanchement peut prendre une allure insidieuse et bizarre « apparaissant et disparaissant comme par enchantement ». *Enfin*, les vieux kystes superficiels s'accompagnent de symphyse pleurale plus ou moins étendue, dont la constatation est heureuse puisqu'elle favorise une intervention chirurgicale.

Les réactions parenchymateuses ne sont pas moins variées et il faut tenir pour fréquents les cas où une pneumopathie d'allure banale : aiguë, subaiguë ou chronique, masque pour un temps la tumeur.

Il nous faut signaler enfin, à titre de rareté, la compression des différents organes médiastinaux (des grosses bronches, du cœur, des veines caves, du sympathique) par des kystes très volumineux ; ou encore l'extériorisation au long d'un espace intercostal d'une formation très superficielle.

EVOLUTION GENERALE DU KYSTE

Le kyste du poumon dans l'ensemble reste assez bien toléré pendant longtemps et son évolution s'étage sur des années. Mais, à coup sûr, des complications locales apparaissent un jour, qui en font tout le danger. Ce sont l'*infection* et la *rupture*, que d'étroits rapports unissent l'une à l'autre.

En effet, il est exceptionnel qu'une guérison spontanée, silencieuse, survienne sur un kyste demeuré latent. L'hydatide meurt et subit une dégénérescence crétacée qui reste très bien tolérée par le parenchyme.

Il est rare, aussi, qu'une atteinte progressive de l'état général (avec amaigrissement, asthénie, anémie) soit un mode de terminaison de l'affection.

L'on ne peut donc parler en pratique que de la rupture et de l'infection qui la précède, la favorise ou sinon lui succède presque fatalement.

I. — *La rupture du kyste*, nous l'avons vu, est liée à la fragilité particulière de la membrane traumatisée sans cesse par les mouvements respiratoires et les secousses de toux, à son adhérence au parenchyme, à son contact avec les bronches septiques.

A la faveur d'un traumatisme ; par ulcération bronchique progressive ; ou surtout à la suite d'une ponction exploratrice ou évacuatrice, la poche se fissure et se rompt.

Envisageons d'abord le cas très particulier de rupture d'un kyste non infecté, assez volumineux, s'ouvrant dans une grosse bronche.

Des signes annonciateurs la précèdent : hémoptysies, plus fréquentes et plus abondantes que par le passé, s'accompagnant parfois de crises d'urticaire, et présentant une saveur particulière, amère ou salée.

Au bout de quelques jours la rupture dans les bronches se produit et donne lieu à la vomique hydatique (hydaptysie de Devé) qui réalise le tableau dramatique

de n'importe quelle grande vomique. Le malade ressent une douleur intrathoracique atroce et rejette avec des quintes de toux pénibles, le contenu du kyste qui est très caractéristique : il est fait d'une quantité considérable de liquide très pur, « eau de roche », dans lequel l'on retrouve des débris de membrane, des vésicules vidées et flétries dont l'aspect a donné lieu à la classique comparaison avec des grains de raisin vidés. L'examen microscopique, en outre, permet d'identifier à un faible grossissement, de nombreux crochets.

Cette vomique constitue un événement sérieux.

Le malade peut très bien mourir rapidement, parfois en quelques minutes, d'une asphyxie aiguë, d'une hémoptysie foudroyante, ou encore ne pas résister aux grands accidents de choc anaphylactique et d'intoxication, que traduisent une crise d'urticaire généralisée, des phénomènes d'œdème pulmonaire, un collapsus brutal.

En règle, cependant, le malade franchit ce cap dangereux, et l'on constate dans les jours qui suivent une modification des symptômes perçus précédemment.

Une cavité hydroaérique s'est constituée à laquelle Devé a donné le nom de *pneumokyste*.

Dans le cas de rupture de kystes volumineux, les symptômes simulent à s'y méprendre un hydropneumothorax.

Parfois la vomique aura été d'emblée totale ; ailleurs et plus souvent elle est fractionnée et se répète ; le kyste se vide en plusieurs temps.

Cette rupture, aseptique au début, ne le demeure pas : l'infection apparaît toujours rapidement, discrète ou intense suivant le mode de drainage de la poche, ainsi que nous l'étudierons plus loin.

Nous rappellerons, à titre d'exception, la rupture dans la cavité péricardique, dans l'intestin ou même dans le canal rachidien. Il est moins rare de voir une rupture dans la cavité pleurale, dont l'histoire appartient aux grands kystes juxtapleuraux et adhérents.

C'est un événement dramatique, dangereux, fatalement suivi d'échinococcose secondaire. La rupture, plus souvent, se fait simultanément dans la plèvre et dans les bronches (pneumothorax hydatique) ; les dangers restent les mêmes : danger immédiat, danger infectieux, danger de greffes.

II. — *L'infection du kyste* est presque la règle, précédant et favorisant la rupture, ou s'installant ensuite. Le contact de la membrane avec le milieu septique des bronches comprimées, le fait qu'il n'y a pas d'involution comme dans les autres organes lorsque le parasite meurt, l'expliquent amplement.

Il s'agit donc d'une infection de voisinage, dont les germes sont ceux, banaux, des infections broncho-pulmonaires ; parfois des anaérobies.

Il est exceptionnel que l'infection du kyste soit d'origine sanguine.

Des symptômes parfois bruyants annoncent l'infection d'un kyste qui se rompra rapidement : douleurs, phénomènes de congestion pulmonaire, expectoration purulente et sanglante, fièvre élevée, polynucléose.

Il est plus fréquent que les signes infectieux soient estompés : tout se résumant à quelques petits accès fébriles qui peuvent passer inaperçus.

La rupture dans les bronches est la règle (en cas de rupture pleurale : pyopneumothorax redoutable). Elle prend le mode brutal que nous avons étudié. Mais, cette fois, le liquide de la vomique est louche ou franchement purulent ; il présente une odeur amoratique comparable à celle de « marmelade fraîche de pomme » ; il y faut rechercher les débris de vésicules, de membranes, et les crochets.

Le tableau d'une vomique larvée et fractionnée se voit bien plus souvent. Ici, le diagnostic est autrement délicat, car les éléments de la vomique sont difficiles à individualiser : liquéfiés, détruits, informes, il est presque impossible de reconnaître leur structure. Il faut avoir recours à l'examen microscopique, qui n'est du reste pas toujours décisif.

Dans les jours suivants, le *pyopneumokyste* donne lieu à des symptômes différents suivant son siège, son volume, ses rapports.

Tableau de *pyopneumothorax* pour les grands kystes, *syndrome cavitaire* pour les kystes de moyen ou de petit volume.

L'évolution à distance des kystes infectés diffère du reste complètement suivant les cas :

Pour un certain nombre de kystes, l'élément infectieux persiste et s'accroît : l'affection entre alors dans le cadre des suppurations pulmonaires chroniques. C'est la même évolution désespérante, l'acheminement progressif du malade vers la cachexie hydatique, toute comparable à l'épisode ultime d'une tuberculose ulcéro-caséeuse ; ou bien c'est la survenue de dilatation des bronches, d'un épisode aigu de gangrène pulmonaire, ou, beaucoup plus rarement qu'on ne l'a dit (Devé), la tuberculisation secondaire du foyer (Escudero).

Il s'agit surtout, dans ces cas, de kystes superficiels à vomique souvent *provoquée,* mal drainée par les bronchioles. L'intervention est toujours très grave (Devé).

Tout au contraire, l'on conçoit que les kystes profonds peu volumineux, trouveront dans les grosses bronches qui les avoisinent et dans lesquelles ils se rompent souvent spontanément, une excellente voie de drainage.

Après l'épisode infectieux lié à la vomique, les phénomènes s'estompent, disparaissent ; la poche s'affaisse, se cloisonne, se symphyse, et la guérison survient assez rapidement dans des proportions considérables (90 %, Devé).

ASPECTS CLINIQUES

De la variété extrême des symptômes étudiés, à laquelle donnent lieu les kystes du poumon, il convient de dégager quelques types dont le schéma clinique implique une évolution spéciale, elle-même base essentielle du traitement.

Il faut compter surtout avec deux grandes variétés de kystes dont les caractères dépendent du *siège* et de l'*ancienneté* de la tumeur.

1° *Les kystes centraux* de petit volume, siégeant souvent près du hile, ne donnant pendant longtemps qu'une symptomatologie fonctionnelle. Ils sont au contact des bronches centrales dans lesquelles ils se rompent volontiers et qui les vident bien. Ici la gué-

rison spontanée survient dans un nombre important de cas. C'est une guérison de bonne qualité, car l'infection y est rarement intense, et parce que le parenchyme reste souple en partie, se rétracte sur lui-même et favorise la cicatrisation.

2° *Les kystes corticaux parapleuraux* (pseudo-pleurétiques) qui ont pris leur origine près de la plèvre, ou sont devenus peu à peu superficiels.

Ce sont des formations anciennes et en général volumineuses, qui réagissent sur la plèvre à laquelle elles doivent leurs signes, la symphysent à la longue, préparant et facilitant ainsi admirablement l'intervention. Ce sont des collections qui n'ont guère tendance à guérir d'elles-mêmes car les bronches dans lesquelles elles s'ouvrent tardivement, sont petites, septiques et favorisent l'infection en les drainant mal ; car la poche, du fait de la sclérose périphérique, n'a aucune tendance à revenir sur elle-même et à se cicatriser.

3° A côté de ces deux formes, le kyste peut présenter des aspects qui varient à l'infini et sur lesquels nous n'insisterons pas : qu'ils siègent à la base ou au sommet, soient récents ou anciens, que des réactions parenchymateuses ou pleurales interviennent ou non.

4° Signalons cependant *les kystes pleuraux* qui sont exceptionnellement primitifs et naissent en général par greffe, de kyste rompu dans la plèvre, *les kystes multiples* d'un poumon, ou des deux ; *les petits kystes métastatiques* bilatéraux et juxta-vasculaires ; *le kyste de l'enfant* qui n'est pas rare et qui simule un épanchement de la grande cavité.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Il semble très difficile d'établir cliniquement l'existence d'un kyste du poumon. Ce doit être là un *diagnostic d'élimination*, un diagnostic qui repose sur un faisceau d'arguments dans lequel les réactions biologiques et la radiologie prennent une place de premier plan.

Nous indiquerons cependant rapidement les erreurs que l'on commet avec les affections thoraciques les plus courantes, pour nous étendre ensuite plus longuement sur le diagnostic radiologique.

1° *Kyste fermé non compliqué.*

Lors des premières manifestations du kyste qui sont en général d'ordre fonctionnel, il faut faire la preuve d'une *hémoptysie*, qui éveille naturellement l'idée de tuberculose, sauf dans les pays où le kyste est tellement fréquent qu'on y songe d'abord. Rappelons à ce sujet les deux caractères importants de l'hémoptysie hydatique : l'apyrétisme et les poussées d'urticaire.

Plus tard lorsque les symptômes se précisent et que le kyste se présente sous la forme d'une tumeur intrapulmonaire à contours arrondis, il faut envisager le diagnostic d'*anévrisme de la crosse de l'aorte*, et discuter la possibilité d'un *cancer du poumon*, qui ne présente pas le même caractère de parfaite régularité tumorale, et en tout cas possède une évolution autrement rapide.

Bien plus souvent, l'on aura à discuter l'étiologie *de manifestations pleurales de la grande cavité ou surtout de formations pleurales enkystées*, pour lesquelles l'histoire de la maladie, les résultats de la ponction, les épreuves de laboratoire et la radio sont les meilleurs éléments pour éliminer la bacillose.

Lorsqu'un kyste siège à la base, il est très malaisé de le différencier d'une formation hépatique à évolution ascendante. On ne peut le faire qu'avec le secours de la radio.

2° *Kyste compliqué.*

— *Quand le kyste s'accompagne de fièvre et de petits signes infectieux, l'on pense aux différentes* suppurations pulmonaires et en particulier à l'*abcès du poumon* et à la *pleurésie interlobaire*. Au demeurant, ce n'est là que curiosité clinique, puisque le traitement à opposer est identique.

— *En présence d'une vomique*, le diagnostic peut être très facile, évident même lorsqu'un kyste non suppuré s'ouvre dans les bronches. Un seul point doit être envisagé : la possibilité de rupture d'un kyste du foie ; dans ce cas, le liquide rejeté serait teinté de bile.

Par contre lorsque c'est un kyste infecté qui se rompt, il est très délicat d'afirmer sa nature hydatique : l'on peut parfois y parvenir grâce à l'identification microscopique des éléments (débris de membranes, crochets ou débris de crochets) ; mais très fréquemment ceux-ci ne sont plus reconnaissables et c'est à nouveau le problème des suppurations sus et même sous-diaphragmatiques qui se pose.

EPREUVES RADIOLOGIQUES

La radiologie est d'un appoint précieux au diagnostic. Cependant, comme l'ont montré des travaux récents, les images souvent trompeuses du kyste, celles, pseudo-kystiques, d'une foule d'affections thoraciques, en rendent l'interprétation malaisée.

C'est donc surtout en tant qu'*élément nouveau*, complétant un faisceau d'arguments cliniques et de laboratoire qu'il faut en considérer la valeur.

C'est en outre un auxiliaire indispensable du traitement chirurgical car elle donne un repérage précieux de la collection dont elle fixe les limites, la profondeur, les connexions, et précise ainsi la voie d'abord.

Nous diviserons son étude en trois chapitres : technique radiologique, symptômes constatés, discussion diagnostique.

1° **Technique radiologique.** — *Une étude radioscopique minutieuse* doit nécessairement précéder la prise des clichés, ceux-ci n'intervenant que pour fixer, avec plus de précision, plus de détails, les images qui semblent particulièrement significatives.

Elle doit être pratiquée dans toutes les positions, en faisant varier les incidences pour obtenir ainsi « une foule d'imáges qui se corrigent et se complètent mutuellement » (Beclère).

Il est également important de *faire varier l'intensité d'éclairage* pour préciser de la sorte les différents détails des parties claires ou sombres.

L'on prendra ensuite des clichés, certains en position verticale, pour juger de l'état du contenu, de la présence possible d'un niveau liquide.

2° **Symptômes radiologiques.** — *Lorsqu'un kyste fermé se présente avec ses caractères classiques*, au sein du parenchyme une ombre se dessine, de forme

arrondie, circonférencielle, régulière, dont les contours sont « comme tracés au compas » et tranchent nettement sur la clarté avoisinante du poumon.

Cette image est opaque, plus au centre que sur ses bords, et sa teinte est à peu près semblable à celle de l'ombre cardiaque ; parfois supérieure à elle lorsque le kyste est volumineux, elle peut arriver à noyer les détails du squelette thoracique. Bref, elle éveille l'idée d'une collection liquidienne enkystée (Sergent).

Mais il s'en faut que ces caractères soient toujours retrouvés.

Certains détails anatomiques peuvent entrer en jeu, et modifier l'aspect circonférenciel du kyste : tel le squelette thoracique, surtout dans sa portion apicale, telle, l'ombre cardiaque ; ou encore le diaphragme qui donne au kyste de la base un aspect curieux « en couchant de soleil ».

Ailleurs, il faudra compter avec les réactions du voisinage. La *pachypleurite,* une réaction liquidienne de la plèvre, nées au contact de kystes superficiels viennent en estomper les contours ; ou bien ce seront des phénomènes « d'alvéolite périkystique » ou de sclérose, « qui festonneront de franges irrégulières une ombre vaguement arrondie ».

Un kyste compliqué se présentera tout autrement.

Une fois qu'il s'est ouvert dans les bronches, qu'il s'est évacué par vomique, il donne une *image hydro-aérique* très proche de celle d'un abcès du poumon. Il présente une partie inférieure sombre, avec un niveau liquide et mobile surplombé par une zone claire. Cette image possède des bords plus ou moins nettement arrondis et épais, d'autant plus épais que le kyste sera plus ancien, que l'infection sera plus intense.

Dans les cas rares où le kyste se sera rompu dans la plèvre, il présentera un aspect identique à celui d'un hydro ou pyopneumothorax.

Enfin, lorsque le kyste est vidé et guéri spontanément ou opératoirement, l'on ne retrouvera plus qu'une bande foncée qui traduit la sclérose cicatricielle.

3° **Diagnostic radiologique.** — *Envisageons maintenant les images pleuro-pulmonaires ou médiastinales qui peuvent prêter à confusion avec celles d'un kyste fermé.* Dans ce cas, deux groupes d'affections peuvent être en cause : ce sont, d'une part, les formations tumorales d'origine parenchymateuse ou médiastinale, de l'autre, les épanchements pleuraux enkystés, ou même diffus de la grande cavité. La discussion se présentera du reste de façon différente suivant le siège de l'affection.

1° *Un aspect kystique de la région hilaire ou juxta-hilaire doit faire discuter les affections médiastinales ou le cancer du poumon.*

Parmi les lésions médiastinales, certains anévrysmes de la *portion initiale de la crosse,* à fin pédicule, à sac rempli de caillots, à contours fixés par la médiastinite peuvent très bien donner le change. C'est dire tout l'intérêt qu'il y a à faire varier les incidences, pour essayer de découvrir les connexions de la tumeur.

Il faut encore penser au *kyste dermoïde du médiastin* empiétant sur l'image du champ pulmonaire : l'étude en position oblique en permet la différenciation ; elle montre les attaches que présente le kyste avec le médiastin antérieur, avec la face profonde du sternum. *Certaines formations du médiastin postérieur* sont pratiquement impossibles à différencier ; ce sont des découvertes d'intervention ou d'autopsie : *tumeurs nerveuses* nées aux dépens des racines spinales ou des chaînes sympathiques, dont il est exceptionnel de saisir à la radio le pédicule qui les unit aux parties latérales du rachis.

Parmi les lésions pulmonaires il n'est guère à discuter que *le cancer.* Le diagnostic au début est souvent impossible, car il peut parfaitement donner une image intrapulmonaire opaque et arrondie. Les films pratiqués fournissent alors l'élément évolutif décisif : l'extension progressive de la tumeur ; les bords qui en deviennent irréguliers, légèrement bosselés ; les tractus qui en partent, se dirigeant vers le hile et le médiastin, où naîtront plus ou moins rapidement des adénopathies ; l'apparition enfin d'une paralysie phrénique, constituent les meilleurs arguments en faveur du cancer.

2° *Si le kyste siège en plein parenchyme, et possède une image sphérique,* outre le cancer du poumon, il faut discuter la *pleurésie interlobaire.* En position frontale, elle présente en effet un contour plus ou moins nettement arrondi, mais elle est cependant moins régulièrement sphérique, et lorsqu'on examine le malade en position latérale, l'on découvre un autre aspect « elliptique, lenticulaire, disposé en écharpe en travers de la face externe du thorax » (Sergent). Ces caractères lèvent donc assez facilement tous les doutes.

3° *Lorsqu'un kyste est juxtapleural,* et a subi un contact pariétal important qui déforme son image, le diagnostic se pose avec les *collections enkystées de la grande cavité.* Le signe du raccordement de Bernon n'est pas suffisamment explicite pour permettre à coup sûr la différenciation. Le problème est rendu plus complexe encore quand s'ajoute une réaction liquidienne : il est rare que l'on puisse saisir l'aspect arrondi d'un kyste surplombant l'épanchement. Encore faudrait-il dans ce cas le distinguer d'un cancer pleuropulmonaire, par des examens radiologiques renouvelés.

4° *Si le kyste siège au sommet, ce qui est rare,* certains cancers, certains aspects de symphyse pleurale apexienne, certaines calcifications pleurales, peuvent le simuler ; *s'il siège à la base, ce qui est très fréquent,* il faut arriver à localiser la collection par rapport au diaphragme : un signe assez précieux serait fourni par le fait suivant : le kyste pulmonaire s'ovaliserait à l'inspiration profonde alors qu'un kyste du foie à évolution ascendante ne serait nullement influencé. Néanmoins c'est en pratique un diagnostic bien difficile.

5° Nous ne ferons enfin que signaler les différentes images que simule en tous points un kyste suppuré ouvert dans les bronches ou la plèvre : celle d'un abcès du poumon, ou d'une pleurésie interlobaire ; d'un abcès sous-phrénique ou d'un kyste suppuré du

foie évacué par vomique ; ou encore, d'un pyopneumothorax.

Nous voyons donc comme le problème demeure complexe et combien il est difficile de poser un diagnostic de kyste sur la seule foi des épreuves radiologiques : pleurésies, tumeurs, infarctus pulmonaire même, ainsi qu'on l'a signalé récemment, peuvent prêter à discussion.

L'on conçoit la nécessité de renouveler fréquemment les épreuves, et de chercher à s'appuyer, pour établir un diagnostic, sur des arguments nouveaux que vont nous donner les épreuves de laboratoire.

EPREUVES DE LABORATOIRE

Les épreuves de laboratoire sont nombreuses. Elles comprennent l'examen de l'expectoration, la formule des épanchements pleuraux, les modifications des éléments figurés du sang, enfin et surtout, différentes réactions biologiques. La ponction exploratrice est naturellement proscrite.

1° **Examen de l'expectoration.** — *En cas de kyste* fermé, elle ne donne pas de renseignement, elle est muqueuse, banale, ou encore hémoptoïque, sans BK.

Lorsque le kyste se rompt, par contre, la présence de vésicules, de membranes, de liquide eau de roche, est caractéristique.

Quand le kyste est infecté sérieusement, il faut pratiquer un examen microscopique pour identifier les débris de membranes, et surtout les crochets de scolex, ce qui est souvent malaisé.

Il faut enfin, de parti pris, en présence d'une vomique qui paraît aseptique, suspecter une infection minime, latente, que des cultures mettraient en évidence.

2° **Examen des liquides pleuraux de réaction.** — Ils montrent parfois une éosinophilie accentuée pouvant aller jusqu'à 60 %. Mais c'est inconstant, et d'autres affections pleurales, telles que le cancer, possèdent le même caractère.

3° **Formule sanguine.** — L'*éosinophilie* est très variable dans son taux, allant de 5 à 30 % (pour Weinberg elle ne dépasserait jamais 7 %) ; elle est inconstante (moitié des cas, Weinberg) ; elle n'est pas spécifique : elle peut se voir dans des affections diverses et en particulier le cancer du poumon. Il ne faut donc ni trop compter sur elle, ni lui accorder trop de valeur.

Lorsqu'un kyste est diagnostiqué, une modification de formule leucocytaire avec augmentation des polynucléaires et diminution des éosinophiles, doit faire suspecter fortement un début d'infection.

4° **Méthodes biologiques.** — Elles comprennent trois épreuves :

L'une est abandonnée actuellement : la précipitoréaction (Fleig et Lisbonne). Par mélange du sérum du malade avec du liquide hydatique, on obtiendrait quelquefois un précipité floconneux. C'est absolument inconstant.

Les deux autres sont pratiquées systématiquement.

1° *La réaction de déviation du complément* (Weinberg, Parvu) est très délicate à exécuter. Sa fréquence est différemment interprétée (82 % Weinberg, 17 % Lemaire et Thiodet). Certains auteurs ont noté un maximum de résultats positifs dans les jours qui suivent l'ablation du kyste, et en ont conclu qu'il faut suspecter la fissuration de la poche lorsque de négative la réaction devient positive.

2° *La réaction d'anaphylaxie parasitaire* (intradermoréaction de Casoni) semble être plus fidèle.

Elle consiste en une injection intradermique de 2/10 de cc. d'antigène, dont le meilleur est le liquide hydatique humain ou encore de mouton et que l'on accompagne d'*intradermoréactions témoins,* à l'aide de liquides banaux.

Lorsqu'elle est positive, elle se manifeste par une papule ortiée qui peut être fugace, mais qui dans certains cas peut produire un œdème important de l'avant-bras. On doit du reste la différencier de certaines pseudo-réactions que l'on voit dans quelques affections (asthme en particulier).

Elle devient négative environ un mois et demi après l'intervention ou lorsque le kyste meurt ou s'infecte. La persistance d'une réaction positive après intervention doit faire soupçonner la présence d'autres kystes.

Elle semble donc liée à la présence du parasite vivant et traduirait l'anaphylaxie hydatique.

Là encore, sa fréquence est discutée : Thiodet et Lemaire ont des statistiques de 87 % ; pour d'autres, au contraire (Escudero) elle serait beaucoup plus rare.

En résumé il est impossible d'attribuer une valeur absolue à ces différentes réactions qui manquent de spécificité et restent inconstantes.

Il est difficile aussi d'interpréter les chiffres essentiellement variables des statistiques.

Il semble cependant que l'association de plusieurs réactions positives constitue un argument très sérieux.

Le traitement de la syphilis rénale (1), par A. Sézary, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Parmi les problèmes thérapeutiques qui se présentent dans la pratique, celui que pose le traitement de la syphilis rénale est un des plus intéressants et des plus malaisés que l'on puisse rencontrer.

En premier lieu, il se heurte à de grosses difficultés de diagnostic. Si, dans certains cas, l'étiologie syphilitique d'une néphrite peut être affirmée avec certitude, dans d'autres elle est douteuse. Les hésitations se reflètent alors dans les directives thérapeutiques.

Ces difficultés du problème imposent donc le devoir tout d'abord de le délimiter et de le préciser, c'est-à-dire de rappeler brièvement les formes cliniques de la syphilis rénale, puis d'étudier la nocivité pour le rein de chacune des médications actuellement employées contre la syphilis.

Le praticien trouvera dans ce volume les conseils les plus judicieux sur la conduite à tenir.

(1) Collection « Les Thérapeutiques nouvelles », publiées sous la direction du professeur F. Rathery. Grand in-8 (16 × 24) de 54 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(séance du 8 juin 1934)

Présentation de malade. — M. Grimberg présente une malade atteinte d'adénite bacillaire fistulisée guérie par son extrait bacillaire colloïdal.

Gangrène pulmonaire traitée et guérie par chirurgie associée aux larves de mouche. — M. Kaufmann présente un malade atteint de gangrène pulmonaire aiguë non cavitaire. Il a été traité par la pneumotomie et le nettoyage du parenchyme gangrené par les larves stériles de lucilia soricata. Il a été pratiquement guéri en moins de 50 jours.

Tumeur du fémur traitée par l'hémocrinothérapie. — M. Filderman présente un malade de 14 ans, atteint depuis un an d'une tumeur du fémur, d'un ostéome pur, sans aucune image de malignité. L'hémocrinothérapie parathyroïdienne a fait disparaître en quelques jours les douleurs atroces nocturnes et diurnes, dont le malade avait souffert depuis le début. L'examen radiologique, par contre, ne dénote pas de progrès réel, mais le début du traitement ne remonte qu'à un mois ; le malade a gagné 3 kilos.

Aération et aspect du sang. — M. Filderman a eu l'occasion de constater sur un grand nombre d'échantillons veineux, que « le sang du lundi » des personnes qui passent la fin de la semaine à la campagne, est bien plus rouge. Il rappelle, pour l'appuyer, la campagne du Dr Georges Rosenthal, en vue de l'adduction dans les grandes villes d'air respirable à l'instar de l'eau potable. En attendant, l'auteur préconise le transport hebdomadaire des enfants des écoles loin des grandes villes et des routes à intense circulation automobile.

Vaccination par voie lymphatique. — M. Dhenin est d'avis que de toutes les voies utilisables pour la vaccination anti-infectieuse, le système lymphatique paraît être le mieux indiqué. L'amygdale est le lieu d'élection pour la lympho-vaccination. Les efforts se font sentir dans les quelques heures qui suivent l'injection du vaccin. En général, une seule injection est suffisante. Cette méthode ouvre des horizons nouveaux sur la vaccination, la micro-sérothérapie et sur les maladies éruptives chez lesquelles la lympho-vaccination semble donner d'heureux résultats.

Splénothérapie dans la tuberculose. — M. J.-C. Bayle expose sa méthode de traitement général de la tuberculose par la splénothérapie. Les injections d'extrait total de rate augmentent les hématies, les leucocytes et l'hémoglobine, favorisent digestion et assimilation, fixent le calcium. On note en outre chez les malades une augmentation rapide du poids et des forces, une cicatrisation des lésions constatée à la radiographie, une diminution et une disparition des bacilles. L'auteur appuie son exposé de projections de documents, courbes thermiques, poids et radiographies.

(séance du 23 juin 1934)

Hydrocéphalie chez un nourrisson. — M. Sedillot, à propos de la communication de M. Blochmann, signale les bons résultats qu'il a obtenus dans un cas de ce genre à la suite de la pose d'un séton à demeure de la région deltoïdienne et du port d'un bonnet spécial destiné à augmenter la tension intra-cranienne. En trois mois, le tour de tête n'a augmenté que de 2 centimètres au lieu de 7 centimètres les trois mois précédents, malgré le traitement spécifique. Et surtout le liquide céphalo-rachidien a progressivement perdu tout caractère inflammatoire. Le processus inflammatoire qui provoquait l'hypersécrétion des méninges semble donc s'être éteint.

Cancer et venin de cobra. — M. Taguet, analysant la communication du Dr Filderman sur un cas de tumeur du fémur guérie cliniquement par l'hémocrinothérapie, ne croit pas que l'image radiographique puisse être interprétée comme celle d'une tumeur maligne en évolution, mais comme un processus de calcification. Après un exposé rapide sur une conception « Cancer, maladie générale », il expose les différentes méthodes thérapeutiques médicales et présente pour la deuxième fois des malades traités par le venin de cobra depuis plus d'un an. L'algie a disparu depuis longtemps ; les lésions se sont stabilisées, et même ont rétrogradé.

Chute des cils et des sourcils et déséquilibre endocrino-sympathique. — M. G. Robin présente le cas d'une enfant de 9 ans 1/2, présentant un léger syndrome d'insuffisance surrénale avec appoint d'hypothyroïdie. L'administration simultanée de thyroïde et de surrénale qui améliora l'état psychique détermina la chute d'une partie des cils et des sourcils. Le métabolisme basal qui est resté normal, montre qu'il ne s'agit pas d'hyperthyroïdie. Pour Robin, l'association thyroïde-surrénale a renforcé l'action des produits au point d'exciter anormalement le bulbe pilaire. La sympathique paraît donc en cause dans ce cas d'alopécie.

Greffe hétérogène à l'homme de glandes endocrines d'animaux domestiques préalablement préparés par l'anti-humanisation. — MM. Dartigues et Khouri présentent une nouvelle méthode de greffe endocrinienne qui leur permet par un procédé original qu'ils appellent l'anti-humanisation, de greffer à l'homme des glandes d'animaux domestiques, tels que le lapin, rendant ce traitement chirurgical pratiquement bien plus aisé et plus accessible. Les résultats sont très encourageants et paraissent équivalents à ceux obtenus par la greffe de glandes d'anthropoïdes ou de singes.

La réflexothérapie et le cœur. — M. A. Pruche rappelle que cette méthode consiste surtout en applications sur la 7e vertèbre cervicale d'appareils percutants ou susceptibles de provoquer des vibrations. On traite de cette façon les insuffisances cardiaques. Les résultats obtenus sont réels et mesurables. Diminution de l'aire orthodiagraphique après vibration vertébrale C^7, diminution de la neurotonie ; mais ces résultats sont immédiats et peu durables (quelques minutes). Au contraire, la radiothérapie sympathique appliquée suivant la technique de Gouin et Bienvenue (de Brest), (une seule application de 15 à 20 minutes tous les trois ou même tous les six mois sur la septième cervicale) remplace avantageusement les excitations mécaniques percutantes ou vibratoires. Son action est moins immédiate, mais beaucoup plus durable (3 à 6 mois), inoffensive, nettement efficace dans les insuffisances du myocarde. Tous les résultats obtenus par réflexothérapie mécanique le sont également par la radiothérapie sympathique et beaucoup mieux. La radiothérapie sympathique apparaît comme la méthode réflexothérapique de choix.

Ptose abdominale et pelote hypogastrique. — M. L. Pron (d'Alger) est d'avis qu'il est impossible de remettre en place un organe abdominal ptosé au moyen d'une pelote. Il faut en réalité supprimer le tiraillement qu'il subit. On y arrive par le simple emploi de la sangle ren-

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

forcée sur tout son avant par une bande de tissu ferme ou une plaque métallique mince.

Séméiologie unguéale. — M. L. Pron, s'appuyant sur les données classiques, sur les recherches d'auteurs non médecins et sur ses propres observations, expose sommairement la signification des modifications que subissent les phanères dans certaines affections générales ou troubles de l'organisme.

Microbe de sortie et microbe de transformation. Chimisme pré-infectieux et déterminisme morbide. — M. G. Rosenthal émet l'hypothèse que l'infection est souvent conditionnée par une altération primordiale du chimisme intérieur par la déficience du foie ou des glandes endocrines. Cette modification du chimisme permet à ces microbes saprophytes normaux ou accidentels d'acquérir des propriétés pathogènes. L'altération du chimisme détermine l'infection, le retour du chimisme à un fonctionnement normal contribue à la guérison de l'infection.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(séance du 4 mai 1934)

Corps étrangers de l'œsophage (épingle de sûreté) chez un enfant. — MM. Terracol, Goubert et Balmes.

Deux cas inattendus de filariose. — MM. Stefanini et Harant.

(séance du 11 mai 1934)

Mutisme pithiatique intermittent. — MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Lafon.

A propos de quelques cas d'intoxication par les barbituriques. — MM. Rimbaud, Anselme-Martin et Lafon rapportent 5 cas d'intoxication par les dérivés barbituriques observés en un an.

Quatre de ces cas, dont un pour lequel la dose de toxique atteignait 4 grammes, guérirent par le seul traitement diurétique et tonicardiaque.

Un seul traité par la strychnine (0 gr. 125 en 66 heures) se termina par exitus. A son sujet, les auteurs insistent sur l'apparition précoce (2e centigramme) des signes d'intoxication par la strychnine qui se surajoutent à ceux de l'intoxication barbiturique.

(séance du 18 mai 1934)

Un cas de mutisme pithiatique prolongé rebelle à toute thérapeutique. — MM. Euzière, Toye et A. Delmas.

Tétanos d'origine utérine à manifestations vasculaires prédominantes. — MM. Janbon, A. Ratie et A. Vedel ont observé au cours d'un tétanos d'origine utérine, survenu dix jours après des manœuvres abortives, des manifestations paroxystiques inhabituelles : crise d'œdème pulmonaire aigu, puis constatations de sautes tensionnelles importantes et brusques, en dehors de toute crise tétanique, enfin deuxième crise d'œdème pulmonaire suraiguë et mortelle. Ils rapportent ces manifestations à des contractures vasculaires paroxystiques, et incriminent l'imprégnation toxinique des centres sympathiques du tonus artériel : ils justifient la dénomination de « tétanos vasculaire » qu'ils proposent, par la prédominance des manifestations circulatoires dans ce cas de tétanos qui n'avait pas présenté par ailleurs de crises musculaires importantes.

Formes à début méningé de la fièvre boutonneuse. — MM. Janbon, A. Ratie et P. Betoulières ont observé trois cas de fièvre exanthématique dans lesquels la période prééruptive fut marquée par un état méningé clinique des plus nets, sans modification appréciable du liquide céphalo-rachidien. L'apparition secondaire de l'exanthème permit de fixer le diagnostic hésitant. Les auteurs insistent à ce propos sur la fréquence relative des manifestations méningées franches ou discrètes, dans les cas de fièvre boutonneuse, observés par eux-mêmes ou d'autres auteurs dans la région montpelliéraine.

(séance du 25 mai 1934)

A propos des hernies de l'ovaire avec torsion simulant une hernie étranglée. — MM. Cabannac et Passebois signalent le cas chez une fillette de deux mois, chez qui existait une hernie inguinale irréductible de l'ovaire. Les auteurs qui avaient observé précédemment dans le service du professeur Etienne deux cas de torsion de l'ovaire en ectopie inguinale, ont espéré, suivant en cela les conclusions de Mouchet et celles formulées dans la thèse de Lièvre, éviter le sacrifice de l'organe en intervenant avant toute complication de torsion. Mais l'ovaire présentait des kystes multiples et adhérait à la paroi par son pédicule.

L'intervention précoce ne permet donc pas une thérapeutique conservatrice dans tous les cas.

Erysipèle et septicémie à streptocoques. — MM. Janbon, Ratie et Betoulières. A propos d'une observation qu'ils relatent, les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel de la septicémie streptococcique vraie se développant à la suite d'un érysipèle médical de la face. Il faut la distinguer avec netteté des bactériémies transitoires, décelables par l'hémoculture, mais sans traduction clinique, qui peuvent être observées dans un tiers des cas environ.

Paralysie générale juvénile améliorée par la malariathérapie. — MM. Euzière, Toye et A. Delmas présentent une jeune fille de 19 ans, chez laquelle le diagnostic de démence précoce grave type Morel avait pu être discuté.

La P. L. montra la nature spécifique des troubles mentaux, qui, sous l'influence du traitement, disparurent et furent remplacés par un état démentiel accentué, avec indifférence et inactivité.

Hygiène de la peau, par Paul Chevallier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et Marcel Colin, médecin-assistant de l'hôpital Cochin. Collection « Hygiène et Diététique ». — 1 vol. in-8° de 100 pages. — Prix : 12 fr. — Paris Gaston Doin et Cie.

Les Orchidées. Leur culture, par le Dr Jean Gratiot. Un volume 12×19 de 170 pages avec gravures et une couverture en 2 couleurs. — Prix : broché, franco : 11 fr. — Librairie Agricole de la Maison Rustique, 28, rue Jacob, Paris (6e).

L'idée directrice, par le Dr Naame. Introduction du Dr Ch. Fiessinger, membre de l'Académie de médecine. In-16 de 112 pages (1934). — Prix : 12 fr. Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue Cassette.

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

ESTOMAC | **INTESTIN**
DYSPEPSIE — GASTRALGIE | ENTÉRITE — *CHEZ L'ENFANT* *CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Échantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { *Cachets pour Adultes*, 2 à 6 par jour. / *Poudre pour Enfants*, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

Épilepsie!!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES — Anorexie — Vomissements — LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES — Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Échantillons.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Échantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

LABORATOIRES F. VIGIER et R. HUERRE, Docteur ès Sciences, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre	Pour Explorer
Asthme	Système Nerveux
Artériosclérose	Voies respiratoires
Lymphatisme	Utérus et trompes
Rhumatisme	Voies urinaires
Algies diverses	Sinus nasaux
Sciatique	Voies lacrymales
Syphilis	Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

SÉMET-JEP-CARRÉ

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 12 SEPTEMBRE 1934.— N° 73.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Syndrome cérébello-spasmodique caractéristique d'une encéphalopathie infantile, par MM. L. Babonneix et P. Guilly.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Société de biologie. — Société de médecine d'Alger.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Le bilan fiscal, par M. A. Herpin.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques du cancer de l'estomac.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de médaille d'or des hôpitaux de Bordeaux.* — Médecine : M. Lévy; Chirurgie : M. Laumonier.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — *Prix de la Faculté de médecine de Montpellier* (année scolaire 1933-1934) :

Prix Swiecicki. — MM. Aussilloux et Nichet (en collaboration), Benau, Jean Fourcade, Jullien, Frechinos, Loubatières.

Prix Bouisson. — MM. Wilfred Arnal, Jacques Héran, Michel Marguerit, Gravier, Nicolas.

Prix du XXe Congrès de médecine. — M. Passebois.

Prix de fin d'année. — 1re année : M. Courty; M. Louis Fabre (prix de Faculté).

2e année : M. Reboul; M. Gall (prix de Faculté).

4e année : M. Maurice Quet.

5e année : M. Ginestié; M. Cros (prix de Faculté).

Prix de thèse. — 1° *Prix Fontaine.* — MM. Goni et Ravoire, *ex æquo.*

2° *Prix de thèse* (médaille de la Faculté). — MM. Cazals, Nicolas, Héran, Wilfred Arnal.

3° *Mention très honorable.* — MM. Bonneville, Meyrueis, Azamer.

Prix de la ville de Montpellier. — M. Wilfred Arnal.

— Nancy. — MM. Dufour et Thiry, anciens professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST. — M. le professeur Ciuca est nommé professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Bucarest.

M. le professeur Jonesco-Mihaesti est nommé professeur de vaccinothérapie et sérothérapie à la Faculté de médecine de Bucarest.

LÉGION D'HONNEUR. — Nous apprenons la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre éminent confrère le docteur Fernando Coca y Gonzalez de Saavedra, directeur de la *Medicina Ibéra* à Madrid.

Notre confrère est ancien député aux Cortès, membre de l'Ayuntamiento de Madrid; il a été en 1913 étudiant à la Faculté de médecine de Paris, il fut l'élève de Prenant et de Champy, ainsi que de l'Institut Pasteur.

Ses amis parisiens sont heureux de lui adresser leurs très sincères et cordiales félicitations.

GUERRE. — Hôpitaux coloniaux. — Un concours pour l'admission au stage « d'assistant des hôpitaux coloniaux » s'ouvrira en novembre 1934.

Le nombre et la nature des stages mis au concours sont fixés comme suit :

Médecine : quatre. — Quatre à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille.

Bactériologie : une. — Une au laboratoire de bactériologie de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille.

VIN GIRARD

Iodo-tannique phosphaté

LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

Le stage, dont la durée est fixée à deux ans, commencera à la date où les conditions de service permettront l'envoi des médecins admis au concours dans les différents établissements signalés ci-dessus.

A. *Epreuves anonymes d'admissibilité.* — Ces épreuves auront lieu au chef-lieu de la région (hôpital militaire ou salles militaires de l'hôpital mixte).

A Paris, elles auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, à Marseille, à l'hôpital Michel-Lévy.

Ces épreuves commenceront à 8 heures aux dates ci-après :

Médecine et chirurgie. — 1re épreuve le 2 novembre 1934; 2e épreuve le 3 novembre 1934.

Bactériologie. — 1re épreuve le 5 novembre 1934; 2e épreuve le 6 novembre 1934.

B. *Epreuves définitives.* — Ces épreuves auront lieu à l'hôpital militaire d'instruction Michel-Lévy à Marseille, à partir du 14 décembre 1934.

Les demandes des médecins capitaines des troupes coloniales, en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours, devront parvenir au ministère de la Guerre (8e direction, 3e bureau) avant le 10 octobre 1934.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une infinie tristesse la mort de notre confrère et ami le docteur Gaston Duchesne, rédacteur en chef du *Concours médical*, décédé subitement au Vésinet.

Duchesne était un très brillant journaliste qui mettait son grand talent au service de toutes les causes généreuses.

Esprit très cultivé, doué d'un grand cœur, il soutenait avec un inlassable dévouement toutes les œuvres professionnelles. Nous avons souvent éprouvé sa bonté et son affectueuse camaraderie.

Ses nombreux amis le pleureront avec nous et s'associeront de tout cœur au deuil cruel qui frappe Mme Duchesne et la rédaction du *Concours médical*.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Perdreau, maire et conseiller général du Merlerault (Orne), décédé à Alençon, à la suite d'un accident d'automobile.

Congrès international de radio-biologie de Venise (10-15 sept. 1934). — En ce moment se tient à Venise, sous la présidence du marquis Marconi, sénateur du royaume, le premier congrès international de radiobiologie.

La plupart des gouvernements étrangers ont envoyé d'importantes délégations. Parmi les délégués français, citons M. le professeur d'Arsonval, le prince Maurice de Broglie, MM. Regaud, Kopaczewski, etc.

Troisième Congrès de la Presse médicale latine. — La Fédération de la Presse médicale latine, fondée en 1926 par le prof. Maurice Loeper et le Dr L.-M. Pierra (de Paris), et que préside actuellement le prof. agrégé Léopold Mayer (de Bruxelles), organise en ce moment, avec le concours de l'Union médicale latine, fondée par le Dr Dartigues, le 3e Congrès de la Presse médicale latine, qui se tiendra à Paris du 17 au 21 octobre prochain, sous la présidence du prof. G. Etienne (de Nancy), et constituera une manifestation solennelle de fraternité et d'amitié entre tous les médecins des nations latines d'Europe et d'Amérique.

Ce Congrès comportera des réunions professionnelles et scientifiques, en même temps que des fêtes et réceptions, dont le programme vient d'être arrêté par le Comité d'organisation.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Citons, parmi les *questions professionnelles* mises à l'ordre du jour :

1° Les rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique. — Rapporteurs : MM. les prof. Gunzburg (d'Anvers), Paul Fumouze (de Paris), X... (de Madrid).

2° La responsabilité scientifique et morale de la presse médicale ; son rôle directeur. — Rapporteurs : MM. R. de Blasio (de Naples), prof. E. Coelho (de Lisbonne).

3° Technique et présentation d'un journal médical. — Rapporteurs : MM. P. Cossio (de Buenos-Ayres), L.-M. Pierra (de Paris), Canciulesco (de Craiova).

En outre, d'importantes communications seront faites par : MM. les prof. Dautrebande (de Liége), Salaricli (de Barcelone), P. Piccinini (de Milan), J. Coelho (de Porto), Pavel (de Bucarest), etc.

Dans le domaine scientifique, deux séances solennelles de la Société de thérapeutique, réunie à cette occasion, seront consacrées aux traitements de la cholestérolémie.

Les grandes questions de culture générale ne seront pas négligées, et les organisateurs sont heureux de pouvoir annoncer dès maintenant que des conférences seront faites par le prof. Pende (de Gênes), sur « Le Génie médical latin », le prof. Daniel (de Bucarest), sur « La Science médicale roumaine », le prof. Malvoz (de Liége), sur « L'inflation des intellectuels », les prof. Goyanes (de Madrid), R. Jorge (de Lisbonne), etc.

Des visites seront organisées à l'Institut du Cancer, sous la direction du prof. Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, aux laboratoires du Dr Debat, etc. Des réceptions seront offertes par l'Association de la Presse médicale française, par le président du Congrès et Mme Etienne, etc.

Le Congrès se terminera par une excursion en autocars à Reims et Château-Thierry, avec visite des champs de bataille de la Grande guerre.

Les Compagnies de chemins de fer françaises feront bénéficier les congressistes d'une réduction de 50 % sur le prix du parcours.

La cotisation est fixée à 100 fr. pour les membres titulaires (directeurs et éditeurs de journaux) et 50 fr. pour les membres adhérents (toutes autres personnes).

Les adhésions doivent être adressées le plus tôt possible, et en tout cas avant le 15 septembre, au Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, « L'Hermitage », Luxeuil (Haute-Saône, France).

LE JEUDI 18 OCTOBRE 1934

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, salle des concours de l'Administration générale de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture d'*articles de coucher, linge, habillement et pansement* nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1935 pour les articles de coucher, linge, habillement et pendant le premier semestre 1935 pour les articles de pansement.

Ladite fourniture, divisée en 94 lots, comprend les articles suivants : couvertures de laine et de coton, langes de laine et de coton, laine blanche, crin, plume, duvet, toiles diverses et étoffes de fil, cotonnades blanches et écrues, cotonnades de couleur, soieries, draperies, molleton, étoffes de laine et de laine et coton, toile imperméable caoutchoutée, bonneterie, chapellerie, sabots, chaussons, coton hydrophile et coton cardé, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au mardi 2 octobre 1934.

Toutes les préparations de Digitale, nées ou à naître, ne vaudront jamais, au double point de vue scientifique et pratique, la DIGITALINE CRISTALLISÉE (1) dont l'action SÛRE & PUISSANTE, exempte de dangers, a été consacrée déjà par une expérience de 40 années.

HUCHARD

(1) Découverte par NATIVELLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA 1872

PRIX DESPORTES 1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALLISÉE

EMPLOYÉE

DANS TOUS LES HÔPITAUX DE PARIS

La DIGITALINE NATIVELLE CRISTALLISÉE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

FORMES

Granules au $^1/_{10}$ de milligramme
Solution au millième
Ampoules au $^1/_4$ de milligr. pour injections intramusculaires
Ampoules au $^1/_5$ de milligr. pour injections intraveineuses

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

DRAEGER

VACCINATION EN PROFONDEUR

BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE PAR LE PROPIDON

Bouillon stock-vaccin du Pr P. Delbet

PROPIDON

PANSEMENT

Etui contenant 1 ampoule de Propidon de 5 cc., 1 compresse et 1 coton stériles

VACCINATION EN SURFACE

PROPIDEX

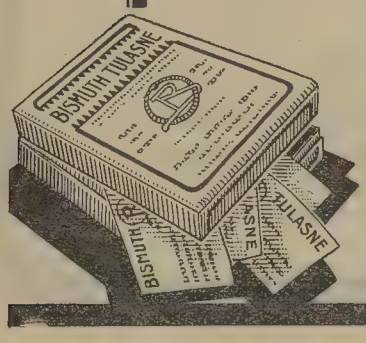
Pommade à base de Propidon

DANS TOUS LES CAS DE:

EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ • MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
INFECTION CUTANÉE À PYOGÈNES • CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION

SOCIETÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8e

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE



Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS

SYNDROME CÉRÉBELLO-SPASMODIQUE CARACTÉRISTIQUE D'UNE ENCÉPHALOPATHIE INFANTILE

Par MM. L. BABONNEIX et P. GUILLY.

Longtemps, il a été classique d'admettre que le seul syndrome moteur caractéristique des encéphalopathies infantiles, c'était le syndrome pyramidal. Aujourd'hui, tout en reconnaissant son importance et sa fréquence, force est d'admettre que, souvent, se substituent ou s'associent à lui d'autres syndromes : atonique, décérébré, « strié », et même cérébelleux, comme dans les cas suivants :

Observation I. — Gilbert T..., 3 ans, vu le 22 juin 1934.

A. H. et A. P. — Les parents sont en bonne santé. Gilbert est leur seul enfant. La grossesse a été troublée par des émotions vives. L'accouchement a eu lieu à terme, mais, en raison de l'inertie utérine, il a fallu faire une application de forceps. L'enfant est né en état d'asphyxie apparente, d'autant qu'il y avait eu circulaire du cou, et il fallu, pour le ranimer, les méthodes classiques : flagellation, suspension par les pieds, bains chauds alternés avec les bains froids, etc. Il n'a crié qu'au bout de trois quarts d'heure. Son poids était d'ailleurs suffisant.

Les premières dents sont sorties normalement. De même, les premières paroles ont été précoces, mais le petit malade a été long à marcher. Il n'a jamais eu de convulsions.

H. de la M. — Il nous est amené pour troubles : 1° de la marche ; 2° du caractère.

E. A. — Des troubles *nerveux*, les plus importants sont la difficulté de la marche, qui s'effectue les jambes écartées, sans la moindre certitude, avec des irrégularités et des chutes fréquentes ;

La dysmétrie, surtout nette aux membres inférieurs ;

L'atonie musculaire, localisée aux muscles de la nuque, incapable de soutenir la tête, qui oscille à chaque mouvement un peu fort qui lui est imprimé ;

Les modifications de la parole, monotone, un peu scandée.

A ces éléments du syndrome cérébelleux s'ajoute un petit syndrome pyramidal, caractérisé par un signe de Babinski inconstant à gauche, sans grosses modifications des réflexes tendineux, sans phénomènes paralytico-spasmodiques.

Quant aux troubles *psychiques*, ils consistent en impulsions : tendance à mordre, à griffer, non seulement les parents, mais encore les objets, et en particulier les jouets. L'intelligence paraît normale.

L'état général est satisfaisant, abstraction faite d'une certaine pâleur.

La ponction lombaire n'a pas été faite. La réaction de Wassermann est négative pour le sang du petit malade et pour celui de ses parents (R. Letulle).

En somme, syndrome pyramido-cérébelleux, avec prédominance de l'élément cérébelleux, caractérisé par les troubles de la marche, la dysmétrie, l'hypotonie, les altérations de la parole, sur l'élément pyramidal, réduit à un signe de Babinski inconstant et unilatéral. Ici, aucune raison, *a priori*, de penser à l'hérédo-syphilis, d'autant que les grands-parents sont en parfaite santé, et la seule cause morbide à incriminer, c'est le traumatisme obstétrical.

Obs. II. — B. Claude, deux ans et demi, amené par ses parents parce qu'il ne marche pas encore et qu'il est très en retard pour parler.

Antécédents. — Enfant né à terme, pesant 3 kgs. Rien de particulier au cours de l'accouchement, pas plus, d'ailleurs, que pendant la grossesse. Père et mère bien portants. Deux prises de sang qui leur ont été faites récemment ont montré un B.-W. négatif.

Grand'mère paternelle bien portante.

Grand-père paternel mort accidentellement.

Grand-père maternel mort à la guerre.

Grand'mère maternelle bien portante.

En somme, aucun antécédent familial digne d'être noté.

L'enfant s'est bien élevé, sans maladies marquantes. Il a fait une rougeole bénigne il y a deux mois.

Examen. — L'apparence générale est satisfaisante. Taille et poids sont normaux.

Mais, à trente mois passés, Claude ne dit que quelques mots et, surtout, il s'affaisse dès qu'il n'est plus soutenu.

La *marche* est impossible. Tenu par sa mère, il arrive à ébaucher quelques pas, mais, autant qu'on en puisse juger, il jette les jambes trop loin. Il a une tendance nette à une démarche incoordonnée, et ne peut arriver à garder l'équilibre.

Au repos, on est frappé, à certains instants, d'une sorte de tremblement latéral de la tête qui survient par accès. Au dire des parents, ce tremblement aurait été continuel autrefois.

L'enfant est-il couché ? On est frappé de l'hypotonie des muscles du cou et de la colonne vertébrale. Dès qu'on veut l'asseoir et qu'on ne le soutient plus, il s'affaisse.

Cette hypotonie contraste avec une certaine raideur des membres, surtout des membres inférieurs, raideur qui s'accentue après quelques mouvements de flexion et d'extension. Les deux pieds ont une tendance au varus équin.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont très vifs, non polycinétiques, mais la percussion du tendon rotulien droit s'accompagne d'une certaine diffusion.

Réflexes achilléens vifs.

Clonus très net et inépuisable au pied droit, s'épuisant rapidement à gauche.

Pas de clonus rotulien.

Des deux côtés, le réflexe cutané plantaire se fait en extension.

Il faut signaler que la zone réflexogène s'étend à toute la plante du pied et déborde sur le dos du pied.

Le signe de Babinski bilatéral se retrouve par toutes les manœuvres classiques (Oppenheim, etc.), et chaque fois avec une grande facilité absolument typique et accompagné du signe de l'éventail.

Les réflexes du membre supérieur sont vifs.

Les cutanés abdominaux sont impossibles à chercher.

Sensibilité. — Elle est difficile à préciser, étant donné l'âge de l'enfant. Grossièrement, elle semble normale.

Signes cérébelleux. — Dysmétrie évidente. Celle-ci est particulièrement nette quand on veut faire boire l'enfant. Il a de grosses difficultés à porter le verre à la bouche, et il renverse la moitié du contenu à chaque tentative.

L'adiadococinésie, difficile à mettre en évidence, semble très probable.

Légères secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes du regard.

Examen des yeux. — Outre le léger nystagmus, on peut noter un peu de strabisme interne. Les réactions pupillaires sont normales.

Examen général. — On ne note pas de stigmates particuliers. Les dents sont normales. A peine peut-on signaler un écartement des deux incisives médianes supérieures.

Pas de malformations osseuses.

Cœur : normal.

Poumons : normaux.

Appareil digestif et foie : normaux.

La rate n'est pas accessible à la percussion.

Examens spéciaux : B.-W. de l'enfant négatif.

Examen du fond d'œil : normal.

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

En somme, chez un enfant sans antécédents spécifiques ni obstétricaux, syndrome pyramidal incontestable, comme le montrent l'hyperréflectivité tendineuse, l'existence d'un clonus bilatéral et d'un double signe de Babinski, mais aussi syndrome cérébelleux, dont témoignent la dysmétrie, le tremblement, le nystagmus et, jusqu'à un certain point, l'hypotonie.

Obs. III. — C. Jeannine, quatre ans et demi, suivie depuis un an à la consultation externe pour des troubles de la marche, constatés dès qu'elle fit ses premiers pas, à l'âge de 18 mois environ.

Antécédents. — Père et mère bien portants.

Un premier enfant mort à 26 mois de gastro-entérite compliquée de réactions méningées.

Une sœur de 9 ans, bien portante. Entre les naissances des deux derniers enfants, la mère a fait une fausse couche.

Une cousine germaine de l'enfant serait soignée pour une affection nerveuse de nature indéterminée, qui aurait débuté à l'adolescence pour entraîner actuellement une impotence complète.

Grossesse et accouchement furent normaux.

L'enfant, sevrée immédiatement après sa naissance, s'est élevée normalement jusqu'à 18 mois. A cette époque, elle fit une coqueluche assez sérieuse, et on commença à remarquer qu'elle ne marchait pas comme tout le monde.

Elle fut suivie dans de nombreuses consultations. On l'envoya à la campagne, on lui fit des rayons ultra-violets, mais les troubles de la marche persistèrent et actuellement, la fillette présente une gêne considérable de la marche.

Pas de convulsions.

La croissance semble à peu près normale, l'intelligence s'est éveillée de manière satisfaisante.

Examen. — La petite C. est éveillée, plutôt gaie, répond aux questions et se prête assez bien à l'examen, malgré une certaine crainte, surtout si on cherche à la séparer de sa mère.

Système nerveux.

Marche. — Elle est très spasmodique avec ébauche de démarche en ciseaux. Mais en même temps, l'enfant élargit sa base de sustentation, garde difficilement son équilibre, marche un peu de travers : la démarche est donc, en réalité, cérébello-spasmodique.

Debout, mêmes troubles de l'équilibre, l'enfant est obligée d'écarter les bras, sans qu'il y ait de Romberg net. Quand elle est *couchée*, on est frappé d'un certain degré de contracture que l'on retrouve aux membres supérieurs, quoique moins marquée.

La *force musculaire*, normale aux membres supérieurs, semble diminuée aux membres inférieurs, surtout en ce qui concerne les fléchisseurs.

Réflexes. — Rotuliens très vifs.

Achilléens vifs.

La recherche du cutané plantaire produit une extension de l'orteil des deux côtés.

Pas de clonus. Les réflexes du membre supérieur semblent normaux.

Les cutanés abdominaux sont difficiles à mettre en évidence.

Signes cérébelleux. — Pas de tremblement au repos.

Tremblement intentionnel assez marqué.

Dysmétrie marquée, surtout à gauche, comme le montre l'épreuve du doigt sur le nez.

Adiadococinésie nette.

Pour boire, l'enfant a de grosses difficultés, et elle renverse généralement son verre.

Elle est très maladroite et a de la difficulté à prendre et à se servir d'un objet.

Yeux. — Léger nystagmus horizontal.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Sensibilité. — Pas de troubles de la sensibilité.

Pas de perte du sens stéréognostique.

Parole. — Lente, scandée, difficile à comprendre.

Intelligence normale.

Les examens sérologiques pratiqués sur les parents sont restés négatifs.

Examen dentaire (M. Dechaume). — La denture, dans son ensemble, est en très mauvais état.

Polycarie des dents temporaires avec prédominance au collet des dents (ce qui peut s'expliquer par l'abus des bonbons, en particulier le soir au moment de se coucher).

Toutes ces caries sont brun-noirâtre, témoignant ainsi d'un processus à évolution relativement lente.

Sur certaines dents, elles ont abouti à la destruction de la couronne et se compliquent d'infection périapicale.

Quelques dents permanentes ont déjà fait leur apparition précoce : deux dents de 6 ans inférieures, dent de 6 ans supérieure droite et incisive centrale inférieure gauche. Les dents de 6 ans présentent déjà des caries et des taches blanches de l'émail, qui témoignent d'un trouble de la calcification au moment de leur formation.

Les arcades dentaires ont une courbure normale. Pas de voûte palatine ogivale.

Du fait de ces caries multiples, qui ont détruit en particulier les molaires de lait, l'occlusion est plus basse que normalement, de sorte que les dents de bouche supérieures (incisives et canines) recouvrent complètement les dents homologues inférieures.

Pas de déformation des maxillaires. Pas d'adénopathie.

Dans ce cas, l'existence de l'hérédo-syphilis peut être discutée.

Si les stomatologistes ne croient guère qu'il existe un rapport de causalité entre cette affection et la carie noire, les syphiligraphes ne sont pas de leur avis, et Edmond Fournier a eu l'occasion, à diverses reprises, de montrer que, sinon toujours, du moins dans un certain nombre de cas, la carie noire s'observe chez des hérédo-syphilitiques. Notre expérience personnelle nous amène aux mêmes conclusions. Dans notre troisième observation, il est donc possible que cette infection soit en cause.

Voilà donc trois cas de syndrome pyramido-cérébelleux lié à une encéphalopathie infantile. Sans vouloir faire une bibliographie complète de la question, rappelons que de tels faits sont connus des spécialistes (1).

(1) L. Babonneix. Encéphalopathies infantiles. *Traité Sergent-Ribadeau-Dumas-Babonneix*, Paris, 1923, in-18, t. XXV, f. 2, p. 591-592.

Chez certains malades, on peut observer l'association de symptômes appartenant à la série cérébelleuse: ataxie statique (Sachs) et cinétique, asynergie, troubles de la parole, nystagmus, hypotonie, adiadococinésie, habituellement assez frustes, d'autres fois occupant, au contraire, le premier plan, et de symptômes pyramidaux : exagération des réflexes tendineux qui, parfois, prennent le type polycinétique, trépidation spinale, signe de Babinski, etc. Elle a été surtout étudiée par MM. Ramsay Hunt et Clarke. Pour le premier, si l'enfant est encore jeune, si la symptomatologie est plus cérébelleuse que cérébrale, et si le traitement médico-pédagogique est appliqué de bonne heure, le pronostic est favorable. Le second distingue, dans ce qu'il appelle la *diplégie congénitale cérébro-cérébelleuse, deux formes*, l'une voisine de la maladie de Little, et où à l'incoordination et à l'amyotonie s'associent des symptômes spastiques, l'autre, asynergique et hypotonique, qui rentre aussi dans le cadre des faits dont nous nous occupons. Dans un cas de Förster, ne constatait-on pas, en plus de l'amyotonie, d'une part, une paralysie spasmodique d'un membre supérieur, de l'autre, un signe de Babinski à droite ? Dans ceux de Marinesco et Draganesco, n'existait-il pas d'indiscutables lésions pyramidales ? C'est à l'avenir qu'il appartient de parfaire l'étude anatomique de ces divers syndromes, et de voir s'ils doivent continuer à être décrits isolément ou si, comme nous le croyons, ils doivent être englobés dans une même description.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 27 aout 1934)

Sur la formation de l'adrénaline dans la glande surrénale. Rôle des lipides et lipoïdes dans l'adrénalogénèse. — MM. Jacques, Emile Abelous et René Argaud.

Recherches sur le pouvoir complémentaire des sérums sanguins. — M. Maurice Doladilhe.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 21 juillet 1934)

Présence d'une sensibilisatrice anti-embryonnaire dans le sérum de l'enfant. — MM. L. Nattan-Larrier, L. Grimard-Richard et S. Nougués. Le sérum des sujets de 1 à 7 ans, mis en présence d'un extrait embryonnaire de poulet ou de cobaye, fixe le complément dans 85 p. 100 des cas. Les sérums des sujets de 6 à 11 ans fixent le complément dans 40 p. 100 des cas. La réaction est négative ou douteuse chez les enfants âgés de 11 à 14 ans ; elle est toujours négative chez les nouveau-nés.

Inclusions amariles chez des animaux réputés réfractaires à l'action pathogène de la fièvre jaune. — MM. S. Nicolau, L. Kopciowska et M. Mathis. On sait que l'inoculation de virus amaril chez le lapin provoque l'apparition d'anticorps spécifiques neutralisants dans son sérum, en dehors de tout symptôme morbide. Les auteurs se sont demandé si cette fièvre jaune inapparente laisse des traces dans l'organisme du lapin, notamment si le virus manifeste son passage par l'inclusion caractéristique dans les tissus sensibles. Voici leurs résultats :

Chez les lapins inoculés avec du virus amaril entretenu sur singes ou adapté au névraxe de la souris, on peut trouver — de manière inconstante — des inclusions caractéristiques de fièvre jaune dans des neurones et dans des cellules gliales du cerveau ou de la moelle, ainsi que dans des cellules des ganglions spinaux.

Toutefois, elles sont de beaucoup plus rares et moins belles que chez la souris et le cobaye inoculés dans les mêmes conditions.

Les mélanocytes de l'écaille du poisson, réactif *in vitro* pour le diagnostic biologique de la grossesse. — MM. L. Binet, J. Verne et Mlle F. Luxembourg. Les extraits d'urines ont été étudiés en utilisant comme réactif *in vitro* les mélanocytes de l'écaille isolée de Cyprin. Les dilatations des mélanocytes examinés au microscope ont été classées en réactions positives quand l'étalement se fait en 2-3 minutes, et en négatives, quand il est plus tardif ou nul.

La réaction a été positive dans 18 cas sur 18 examinés d'urines de femmes enceintes. Elle a été négative pour la femme non gestante (sauf dans quelques cas où l'urine était recueillie avant les règles) et pour l'homme.

Il peut y avoir dans cette réaction la base d'un procédé pratique et non onéreux de diagnostic de la grossesse.

Le taux du glutathion réduit dans le muscle après la contraction. — MM. L. Binet et G. Weller. Le glutathion réduit a été dosé par la technique que les auteurs ont précédemment publiée, sur des muscles sterno-mastoïdiens de chiens, au repos ou après une excitation non tétanisante, prolongée pendant 5 minutes et déterminant des contractions séparées à un rythme de 90 ou 180 à la minute.

La contraction répétée détermine une diminution marquée du glutathion réduit du muscle, normal aussi bien chez le chien que dépancréaté.

Elimination urinaire du potassium. — MM. H. Griffon, J. Dupille et J. Meunier ont été amenés à étudier particulièrement l'élimination du potassium ; ayant effectué leurs dosages sur 44 urines de sujets sains, alimentés normalement, ils trouvent une élimination moyenne de 3,48 grammes d'ion K par 24 heures, chiffre supérieur à ceux des auteurs classiques.

Variations horaires du potassium urinaire. — MM. H. Griffon et J. Dupille ont effectué des déterminations de potassium sur les urines émises par les différentes mictions normales et toutes les heures volontairement ; l'élimination est surtout sous la dépendance des trois repas, chacun d'eux provoquant une décharge de potassium.

Kaliémie et diabète sucré. — MM. F. Rathery et J. Bertoliatti. Chez les diabétiques consomptifs, la kaliémie plasmatique s'élève, cette élévation pouvant être assez importante (0,355 milligr. %).

La kaliémie du sang total semble varier peu et d'une façon irrégulière. Pour serrer le problème de plus près, il faut étudier directement la kaliémie globulaire.

Le traitement insulinique prolongé paraît ramener la kaliémie plasmatique du diabétique consomptif vers la normale et ne pas avoir d'influence sur la kaliémie du sang total.

Rayons X et hémolyse *in vitro*. — MM. B. S. Levin et C. Piffault. Grâce à un dispositif permettant l'application

de grosses énergies rœntgeniennes, les auteurs ont pu obtenir dans un temps relativement court la lyse des hématies.

Des variations de la radio-résistance ont été constatées principalement dans le sang de femelle qui s'est révélé plus sensible que celui du mâle.

A titre d'exemple, le sang humain a été complètement lysé en 15 minutes environ, alors que le sang de cobaye ne nécessitait que 25 minutes en moyenne.

L'immunisation antistaphylococcique au moyen de l'anastaphylotoxine. — MM. G. RAMON et F. NÉLIS. L'injection d'anatoxine staphylococcique provoque l'apparition dans le sérum de substances capables de neutraliser l'effet dermotoxique de la toxine spécifique. Cette neutralisation s'effectue aussi bien *in vitro* que *in vivo*. Ces substances neutralisent en même temps le pouvoir hémolytique et l'action léthale de la toxine. La voie intraveineuse est inapte à la production d'antitoxine. La voie intradermique paraît être la meilleure pour la production d'antitoxine.

L'anatoxine diphtérique et l'anastaphylotoxine injectées en même temps en mélange, ne se nuisent pas mutuellement : l'antitoxine staphylococcique s'élabore dans les mêmes conditions que l'anatoxine staphylococcique, soit associée ou non à l'anatoxine diphtérique.

Le lapin est malgré tout un animal assez difficile à immuniser au moyen de l'anastaphylotoxine. Cependant des lapins vaccinés ne présentent que des lésions minimes à l'épreuve intradermique au moyen de staphylocoques toxigènes ; ils font preuve après injection intraveineuse de staphylocoques, d'une survie manifeste.

Propriétés biologiques des colonies dissociées R et S de la souche de Calmette et Guérin (B C G). — MM. A. SAENZ et L. COSTIL. Le B C G est facilement dissociable en 4 variantes de colonies.

La variante S et ses dérivés Ch. et F. S. ainsi que la variante R ne produisent jamais de lésions tuberculeuses évolutives. Cependant la variante S, à faible dose, détermine, chez le cobaye et le lapin, des lésions inflammatoires spontanément curables dont la guérison coïncide avec la disparition de l'allergie. A doses massives, la variante S se disséminе dans les viscères plus rapidement que la variante R ; elle provoque, en outre, des phénomènes d'allure toxique qui se traduisent par l'amaigrissement rapide des animaux et la présence de foyers congestifs dans leurs organes.

La variante S du B C G vaccine mieux les cobayes contre les inoculations d'épreuve virulentes que la variante R.

Action du sang citrate de provenances diverses sur le développement en milieu liquide des bacilles tuberculeux d'origine humaine, bovine ou aviaire. — MM. A. SAENZ et M. SADETTIN. Le sang de diverses origines, utilisé comme facteur de croissance pour la culture du bacille de Koch dans le milieu synthétique de Sauton, agit d'une façon différente selon les types bacillaires étudiés. Il favorise la culture des souches humaines ou aviaires ; il se montre indifférent pour la culture du B C G ; enfin il exerce une action empêchante sur la culture des bacilles bovins virulents.

L'extrait globulaire n'active pas le développement des bacilles bovins virulents ; par contre, il favorise le développement du B C G.

Sur la présence de l'antitoxine diphtérique d'origine naturelle chez les indigènes de l'Afrique Occidentale. — MM. G. RAMON et P. NÉLIS. Une très forte proportion d'indigènes de l'Ouest Africain possèdent à un degré plus ou moins élevé l'immunité antidiphtérique naturellement acquise. Chez les enfants noirs eux-mêmes la présence d'antitoxine dans le sérum est relativement plus fréquente que chez les enfants de nos pays. Fait intéressant à noter : un certain nombre de nos indigènes n'ont rien fait qu'un court séjour dans les villes du Congo belge, au contact des Européens. Ainsi, il paraît donc bien établi que quel que soit leur genre de vie, quel que soit leur habitat, les indigènes de l'Afrique Occidentale sont capables d'acquérir naturellement l'immunité antidiphtérique qui se traduit par la présence d'antitoxine spécifique dans le sang. Les récentes recherches effectuées dans des conditions analogues, chez le singe et en particulier la constatation de la présence dans la gorge de cet animal du bacille diphtérique, permettent d'envisager comme de plus en plus probable le rôle primordial des infections spécifiques, apparentes ou occultes, dans l'immunité antidiphtérique naturellement acquise.

Etude de l'adsorption de la toxine tétanique par le verre. — MM. S. MUTERMILCH, M. BELIN et Mlle E. SALAMON. La surface des pipettes en verre, ainsi que de la poudre de verre finement broyée peuvent fixer des quantités appréciables de toxine tétanique. Lorsque le verre est ensuite soumis à des lavages répétés avec de *l'eau physiologique*, la toxine se détache très facilement et disparaît rapidement ; par contre, lorsque ces lavages ont lieu en présence d'une des *substances protectrices* étudiées par les auteurs, la toxicité des liquides de lavage persiste longuement.

Pratiquement, ce phénomène joue un rôle très important dans la recherche du titre de toxine tétanique, surtout, lorsqu'on se sert des substances protectrices pour préparer les dilutions successives de toxine ; dans ce cas, il est indispensable de changer de pipette à chaque nouvelle dilution de toxine.

Sur la composition d'un milieu modifiant l'apparence des colonies de bacilles tuberculeux qui s'y développent. — M. A. BERTHELOT, Mlle G. AMOUREUX et M. F. VAN DEINSE indiquent le mode de préparation d'un milieu gélosé à base de jaune d'œuf sur lequel le bacille tuberculeux du type mammifère se développe toujours sous forme de colonies lisses, sans que ses autres caractères biologiques en soient pour cela modifiés.

Du rôle de la bile dans la vaccination par la voie buccale contre le colibacille. — Mme AITOFF.

La valeur de la présence d'agglutinines dans le sang au cours de la vaccination par la voie buccale contre le colibacille. — Mme AITOFF et Mlle BIRON. La vaccination par la voie buccale contre le colibacille chez le lapin, pour être efficace, doit être précédée par l'ingestion de bile. A cette condition, le lapin est préservé contre l'injection intraveineuse de la dose mortelle qui tue le lapin n'ayant pas absorbé de bile dans les mêmes délais que les lapins témoins. L'immunité consécutive à la vaccination par la voie buccale contre le colibacille n'est pas en rapport avec la présence des agglutinines dans le sang. Toutes les races de colibacilles ne donnent pas d'agglutinines après absorption *per os* de doses énormes de microbes, même si cette absorption est précédée d'ingestion de bile. Pour les races qui amènent la production d'agglutinines, celles-ci apparaissent plus tôt et sont plus abondantes lorsque la vaccination par la voie buccale est précédée par l'ingestion de bile.

Réactions dermiques des cobayes normaux et des cobayes tuberculeux sensibilisés par le sérum de cheval ou la globuline sérique. — M. A. GAIGINSKI, poursuivant les recherches comparatives sur la sensibilisation des cobayes tuberculeux par les substances protéidiques, a préparé un certain nombre de ces animaux en leur injectant sous la peau, dans les veines ou dans la cavité péritonéale, soit du sérum de cheval pur ou dilué, soit de la globuline sérique diluée.

Contrairement à ce qui a été observé dans certaines circonstances chez les cobayes tuberculeux ou chez les cobayes neufs, sensibilisés par l'ovalbumine, la réaction dermique obtenue dans ces expériences a toujours été du type anaphylactique. Le sérum de cheval confère aux cobayes tuberculeux et surtout aux cobayes neufs une sensibilité beaucoup plus marquée que celle que donne le blanc d'œuf.

Sérum anti-colibacillaire.— Au cours de leurs recherches sur le sérum anti-colibacillaire, MM. Weinberg et A.-R. Prévot ont utilisé, pour l'immunisation des chevaux, un grand nombre d'antigènes, qui étaient injectés, suivant les cas, sous la peau, dans les muscles ou dans la veine. On a aussi utilisé le procédé de Weinberg, dans lequel on injecte à quelques heures d'intervalle, les microbes (veine) et la toxine (peau), séparés par la centrifugation.

Avec tous ces antigènes, ils ont obtenu un sérum actif, donnant de bons résultats dans la pratique. Seulement, les chevaux ne résistent pas longtemps aux injections de ces antigènes. Il fallait trouver un antigène plus atténué ; ils l'ont obtenu en prolongeant jusqu'à 1 mois le séjour de la toxine formulée à 4 p. 1000 à l'étuve à 37°. L'antigène ainsi préparé est bien supporté par le cheval. Le sérum est polyantitoxique ; il neutralise toutes les exotoxines et aussi, mais plus faiblement, l'endotoxine insoluble du *B. Coli*.

Le meilleur sérum anticolibacillaire s'obtient par le mélange de sérum polyantitoxique préparé avec la toxine formulée et de sérum polyvalent préparé avec des corps microbiens provenant de différentes races de cette espèce microbienne.

MM. J. Paraf, J. Desbordes et R. Delétang ont étudié la **teneur en glutathion réduit du sang** de douze vieillards et ses variations. L'âge n'influe pas sur la glutathionémie. Chez le même individu normal, la glutathionémie ne subit que de faibles variations.

Du rôle de la lésion nerveuse dans la production de l'épilepsie de Brown-Séquard chez le cobaye. — MM. Ch. Pagniez, A. Plichet et R. Leplane ont montré récemment que les poux paraissaient jouer un rôle essentiel dans le développement de cette épilepsie. La question se posait de savoir si la lésion du sciatique a un rôle effectif en tant que lésion nerveuse ou si elle agit seulement en favorisant le développement des poux en supprimant chez l'animal la possibilité de se gratter.

Les expériences des auteurs sont tout à fait en faveur de cette deuxième hypothèse, car on peut obtenir l'épilepsie chez le cobaye à sciatique intact en le mettant simplement dans l'impossibilité de chasser les poux dans la région du cou par divers moyens de contraction.

Eloge funèbre de M. Marcel Léger. — M. Achard, président.

Priapisme chez le rat après téléroentgenthérapie. — MM. H. Bulliard et P. Lehmann. On peut obtenir régulièrement le priapisme chez le rat par l'action de rayons X pénétrants appliqués à faible dose. Une irradiation de 5 minutes est suffisante pour produire une érection durant plusieurs mois.

Le priapisme des rayons X et l'appareil génital. — MM. H. Bulliard, P. Lehmann et H. Hartmann. La présence de la glande génitale est nécessaire à la production du priapisme des rayons. Aussi pour cette raison entre autres les auteurs pensent à un mécanisme endocrine dans la production de test biologique.

Variations spectrographiques du sang de poule après injection intraveineuse d'un complexe lécithine-perhydrite. — Mlle D. Abragam, MM. J. Magat et M. Magat (Laboratoire de Physique de l'Institut du Cancer). L'injection intraveineuse du complexe lécithine-perhydrite de Magat provoque des variations caractéristiques du spectre du sang, correspondant à la formation réversible d'un complexe moléculaire de l'hémoglobine. On peut ainsi introduire de l'oxygène dans le sang à condition de rester toujours dans les limites de la réversibilité.

Action de l'acide orthophosphorique sur la coagulation des sérums. — MM. Edouard Peyre et E. Colin. Les sérums répartis dans des tubes à hémolyse, en quantité constante de 0 cc. 05 et auxquels sont ajoutées des quantités croissantes mais minimum de 0 gr. 25 à 0 gr. 35 d'acide orthophosphorique déjà dilué au 1/1000, coagulent dans les tubes et dans les tubes suivants sont rendus incoagulables, bien que tous chauffés à 80°.

Les quantités d'acide nécessaires pour parcourir ces étapes sont variables suivant les sérums étudiés.

Le sérum syphilitique notamment se classe bien à part, car il demande des quantités d'acide beaucoup plus importantes.

Recherches préliminaires sur les crises provoquées chez les asthmatiques par certains esters de la choline. — MM. M. Villaret, Pasteur Vallery-Radot, L. Justin-Besançon et F. Claude. On avait tenté, jusqu'ici sans grand succès, divers tests pharmacodynamiques pour expliquer le rôle de l'excitation vagale dans l'ensemble des phénomènes qui constituent la crise d'asthme. Tout récemment, les progrès réalisés dans la synthèse des dérivés de la choline ont permis de préparer une série de substances qui excitent énergiquement le parasympathique, et notamment ses terminaisons bronchiques. Les auteurs ont utilisé dans leurs expériences l'acétyl-B-méthylcholine. Injecté à un asthmatique, par voie sous-cutanée, à la dose de 2 à 4 ctgr., l'acétyl-B-méthylcholine provoque en deux minutes une crise plus ou moins violente : dyspnée progressivement croissante, modifications typiques du rythme respiratoire (enregistrées graphiquement), râles ronflants et sibilants, puis toux et légère expectoration grisâtre. En même temps se manifestent d'autres phénomènes relevant de l'excitation parasympathique (salivation, transpiration, troubles vaso-moteurs et chute de la tension artérielle).

Chez tous les asthmatiques à qui on a injecté jusqu'ici l'acétyl-B-méthylcholine, on a régulièrement déclanché une crise. Chez le même malade, l'épreuve répétée 3 ou 4 fois donne toujours la même réponse. La crise est provoquée, quelle que soit la forme clinique de l'asthme. L'atropine arrête en quelques instants la crise expérimentale.

A l'opposé, les sujets normaux ne manifestent jamais de phénomènes respiratoires après injection de dérivés cholinergiques. Seul l'asthmatique réagit par une crise dyspnéique à l'injection d'acétyl-B-méthylcholine.

Les auteurs montrent l'intérêt de ces constatations nouvelles pour l'explication pathogénique de la crise d'asthme.

SOCIETE DE MEDECINE D'ALGER

(séance du 18 mai 1934)

Infantilisme et splénomégalie. — MM. Aubry, Loubeyre, Santucci et Lavallée rapportent les observations de deux malades atteints d'infantilo-chétivisme, réalisé par la combinaison de deux facteurs, l'un spléno-hépatique, l'autre génital. Devant l'importance du premier, dans lequel la rate occupe une place de choix, les auteurs se demandent si celle-ci n'intervient pas d'une façon prépondérante pour régir les caractères morphologiques de certaines variétés d'infantilisme qu'ils observent couramment.

Tuberculose pulmonaire et image pulmonaire kystique. — MM. F. C. MARILL et R. RAYNAUD ont suivi, pendant 15 mois, un malade qui présentait une tuberculose pulmonaire et un kyste du poumon. Aucune recherche de laboratoire ne leur permet d'affirmer la nature échinococcique du kyste pulmonaire. Mais l'évolution de ce kyste, après vomique, et ses caractères radiologiques sont ceux d'un kyste hydatique du poumon.

Exostome ostéogénique du bord spinal de l'omoplate. — MM. MAURY et ANTONI. Tumeur osseuse de 9 cm. de diamètre, implantée sur la face antérieure de l'omoplate, qu'elle écarte de la paroi thoracique, provoquant une déformation très accentuée.

L'origine traumatique est assez nettement établie. La tumeur a été enlevée avec l'angle supéro-interne de l'omoplate sur lequel elle était implantée. Les suites, au point de vue fonctionnel, sont excellentes ; histologiquement, il s'agit d'une exostose dite « ostéogénique » (chondrogène).

Myomectomie par voie vaginale au 5e mois de la grossesse. — M. MAURY et Mme BREMOND. Fibrome de la grosseur d'une orange situé dans le Douglas, implanté dans la région isthmique sur un utérus au 5e mois de la grossesse. L'extirpation a pu être faite par voie vaginale après incision du cul-de-sac postérieur.

Les avantages de cette intervention : rapide, nullement choquante, n'a contrarié en rien l'évolution de la grossesse et a laissé une paroi abdominale très solide.

Le fibrome enlevé a une dimension de 9 cm. de diamètre sur 6 cm.

Surrénalite scléreuse et péricardite hémorragique. — MM. LEMAIRE, BURON et BLAIN présentent des surrénales scléreuses, blanches, boursouflées, qui montrent à la coupe un magma caséeux, encerclé d'une capsule fibreuse très dense, probablement d'origine tuberculeuse. Ce malade a fait une péricardite. A l'examen de la pièce, on pouvait à première vue penser à un infractus, mais la coupe sagittale montre qu'il s'agit d'un caillot fibrino-cruorique en voie d'organisation.

Colite ulcéreuse et perforation appendiculaire au cours d'une fièvre typhoïde éberthienne. — MM. LEMAIRE, BURON et BLAIN.

Traitement d'un cancer gastrique inopérable par les extraits tumoraux B.M.C. — M. DREYFUSS souligne l'effet sédatif très rapide de ces extraits tumoraux chez une femme atteinte d'un cancer gastrique, et qui n'a encore reçu que 8 injections.

Essai de traitement d'un cancer inopérable par les extraits tumoraux B.M.C. — M. PHELINE. Homme atteint de cancer de l'œsophage, ayant bénéficié d'une manière très appréciable et évidente de cette médication.

L'importance de la squame-croûte dans le diagnostic du bouton d'Orient. — MM. MONTPELLIER et FRANÇOIS soulignent une fois de plus la valeur diagnostique considérable que comporte la croûte du bouton d'Orient.

L'injection intratrachéale de lipiodol chez les tuberculeux pulmonaires syphilitiques et non syphilitiques. — MM. LEVI-VALENSI, SUDAKA, NEGRI.

A propos d'un kyste bronchique. — MM. LE CHAUX, LOUBEYRE et BLONDEAU.

Nouveau cas de fièvre boutonneuse observé aux environs d'Alger. — MM. P. VOGT et André SERGENT rapportent un cas de fièvre boutonneuse observé dans la plaine de la Mitidja. Les symptômes caractéristiques : fièvre à 40° pendant 9 jours, escarre d'inoculation et papules envahissant tout le corps. Le sérum de la malade a agglutiné au 1/100 à partir du 32e jour une seule des deux souches de Proteus X. 19 de l'Institut Pasteur d'Algérie. Un singe inoculé avec du sang a présenté une courbe thermométrique caractéristique. Deux cobayes inoculés avec du sang ont présenté des accès fébriles.

(SÉANCE DU 8 JUIN 1934)

MM. TOULANT et MEDINGER présentent un corps étranger du vitré extrait avec l'électro-aimant géant, par voie sclérale. L'anesthésie rétro-bulbaire empêchait le blessé d'accuser la douleur typique au moment de la mise en action de l'aimant.

Présentation de photographies de trois cas de luxation du cristallin dans la chambre antérieure et de trois cas de subluxation du cristallin en arrière. — MM. TOULANT et MEDINGER.

Découvertes d'autopsie : symphyse rénale unilatérale et foie kystique chez un tuberculeux. — MM. THIODET et A. CURTILLET présentent un rein volumineux, avec deux bassinets, deux uretères, une circulation artérielle et veineuse double. L'abouchement des uretères dans la vessie se fait normalement après entrecroisement.

Le même malade portait, inclus dans le parenchyme hépatique deux poches kystiques, fibreuses, contenant une substance mastic, amorphe, très riche en sels de chaux.

Kystes hydatiques calcifiés.

Kystes séreux paraovariens chez un phoque moine (Monachus albiventer Boll.). — MM. MONTPELLIER et DIEUZÈDE montrent les ovaires et trompes d'un phoque portant des formations kystiques comparables à celles que l'on observe souvent chez la femme.

Fibro-adénome cystovégétant sarcomatoïde de la mamelle (cysto carcinome phyllodès). — MM. DUBOUCHER, MONTPELLIER et LAFFARGUE. Observation concernant une de ces tumeurs volumineuses en imposant cliniquement et quelque peu histologiquement pour un adéno-sarcome. Des détails de structure permettent d'apparenter ce cas aux tumeurs hétérotopiques.

Splénopathies cirrhogènes et paludisme chronique. — MM. DUMOLARD, AUBRY et SARROUY attirent l'attention sur ce fait que l'on observe fréquemment en Algérie des syndromes rentrant dans le cadre clinique des splénopathies cirrhogènes et dans lesquels le paludisme chronique peut être incriminé de façon certaine. Le plus souvent splénopathies avec hypertrophie chronique du foie sans ictère et habituellement sans ascite. Les auteurs ont montré à plusieurs reprises des malades atteints de ces syndromes dont ils annoncent une étude clinique d'ensemble.

Trois cas de colite ulcéreuse de nature typhique. — MM. LEMAIRE, BUROU et BLAIN montrent que le colotyphus est d'un diagnostic très difficile et d'une extrême gravité chaque fois que le gros intestin est largement ulcéré. Il peut aussi bien relever du bacille d'Eberth que des paratyphiques. Les complications les plus fréquentes et les plus redoutables sont les hémorragies et les perforations. Les perforations appendiculaires sont le fait de la propagation du processus ulcéreux du cæcum et non d'une appendicite isolée.

Le processus ulcéreux du côlon peut entretenir la septicémie, la surinfection par inoculations successives du

microbe pathogène ; il peut également être le point de départ d'infections secondaires et la cause de complications lointaines et imprévues (un cas de méningite streptococcique).

Contribution au diagnostic radiologique des kystes hydatiques du poumon. — MM. LEMAIRE et BUROU. Cliché de kyste hydatique du poumon découvert par hasard chez une malade atteinte de fièvre typhoïde. On sait que les images arrondies sont fréquemment observées en dehors du kyste hydatique (abcès du poumon, métastases du cancer, infarctus, pleurésies enkystées).

Les caractéristiques du cliché présenté sont conformes à celles qui ont été signalées par Mansouri (de Fez) en 1931 à la Société de radiologie pour les kystes hydatiques non suppurés, c'est-à-dire : uniformité de teinte, transparence relative permettant de distinguer au travers la trame pulmonaire ; tandis que les autres tumeurs ou collections arrondies ne le permettraient pas.

A propos d'un cas, où, au cours d'un paludisme d'inoculation, un cycle schizogonique ne s'est pas accompagné d'accès. — MM. A. HUGUENIN, L. ALCAY et F.-G. MARILL ont observé qu'un cycle schizogonique n'a pas provoqué d'accès, chez un malade impaludé, alors que l'accès précédent et le suivant ont été en tous points normaux. Ce qu'ils ont observé les incline à penser que l'accès s'est manifesté sous la forme d'un équivalent, uniquement marqué par des modifications de la courbe tensionnelle et une inversion de la formule leucocytaire.

A propos des ombres arrondies intrathoraciques. — MM. BENHAMOU, VIALLET, MARCHIONI et FOURES rapportent deux observations, la première relative à un fibrome costal qui sur le film radiographique simula l'ombre arrondie d'un kyste hydatique pulmonaire ; la seconde relative à un infarctus pulmonaire qui, contrairement à la doctrine classique, se traduisit à l'écran par une ombre arrondie, à contours nets et sans grisaille à l'entour. Ces faits soulignent les difficultés qu'on peut rencontrer pour apprécier la valeur séméiologique des ombres arrondies intrathoraciques.

Fièvre typhoïde ostréaire. — MM. BENHAMOU et FOURES rapportent l'observation d'un cas de fièvre typhoïde ostréaire, en raison des circonstances, en quelque sorte expérimentales qui en ont permis le diagnostic. Il s'agissait d'une femme de 26 ans qui ne prenait jamais d'eau, qui ne buvait que du vin et qui présenta douze jours après l'ingestion de deux douzaines d'huîtres une fièvre typhoïde sévère. Le temps d'incubation, les caractères cliniques permirent d'affirmer l'origine de cette typhoïde. Cette observation montre en outre que le vin ne joue pas toujours à l'égard du bacille d'Eberth l'action préventive défendue par certains hygiénistes. Elle montre aussi la nécessité du contrôle sévère de l'industrie ostréicole.

Les phlegmons de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement, par G. CANUYT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et P. DAULL, chef de clinique O. R. L. à la Faculté de médecine de Strasbourg. Un volume de 138 pages avec 35 figures (Collection Médecine et Chirurgie pratiques, N° 65). — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les avortées ou le droit de vivre, roman, par H. GONZALVE-MENUSIER. Un volume 266 pages. — Prix : 15 fr. — « Mercure Universel », Valentin Bresle, éditeur, 204, rue Solférino, Lille, et 3, cité Bergère, Paris (9e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE BILAN FISCAL

Le bilan fiscal de l'année qui vient de s'écouler, depuis les vacances dernières, est loin d'être brillant.

A ce moment, nous avions la commission de taxation. Mais cette commission comptait parmi ses membres un médecin, et, en fait, au moins à Paris, il n'apparaît pas que cette institution ait présenté de graves inconvénients. A vrai dire, peu d'affaires lui parvenaient, la préconciliation donnant des résultats excellents et réglant presque toutes les difficultés.

Cependant, bien que cette organisation ait donné satisfaction à la fois à l'administration et aux intéressés, dès le début de décembre, nous fûmes, avec les autres professions libérales, l'objet d'une nouvelle attaque.

Cette fois, c'était plus grave : il ne s'agissait plus d'un perfectionnement du contrôle comme celui auquel nous avions accepté de collaborer l'année précédente, mais de mesures qui s'efforçaient d'être vexatoires et tendaient à transformer le caractère libéral de notre profession. On voulait nous imposer une comptabilité commerciale, livre-journal et reçus.

De ces deux prescriptions, l'importance et la signification étaient très différentes.

Le reçu était bien dit obligatoire ; mais nous savions, par l'exemple de la Belgique, que ce sont là de ces obligations qui tombent encore plus vite qu'elles ne sont instituées ; ensuite, l'obligation elle-même était en pratique supprimée, par le fait que c'était le débiteur, le malade, qui devait payer le timbre de quittance : il est bien évident, en effet, que nous n'aurions guère rencontré de gens qui, pour obtenir une pièce sans intérêt pour eux, eussent consenti à augmenter, même d'une somme minime, le prix de nos consultations ; nous n'aurions donc pas, certainement, délivré plus de reçus qu'antérieurement à cette mesure ; enfin, la délivrance d'un reçu n'a aucune signification quant à la qualité, commerciale ou non commerciale, de celui qui le délivre.

Il n'en était pas de même du livre-journal : c'était le médecin qui devait le tenir et le présenter à toutes demandes des agents du fisc : son obligation était donc formelle ; ensuite, le livre-journal étant jusqu'alors réservé aux commerçants, sa tenue avait une signification et transformait notre profession libérale en une profession commerciale ; puis, il était bien vraisemblable que ce livre-journal ne demeurerait pas sous la forme actuelle ; enfin, il ne présentait aucun avantage pour le contribuable, car il ne pouvait constituer une preuve que dans la mesure où l'administration voudrait bien le considérer comme authentique.

Or, il ne semble pas que les valeurs respectives du livre-journal et du reçu aient été exactement appréciées ; il semble même que l'appréciation qui en a été faite les a évaluées en raison inverse de leur importance, puisqu'en fait on a accepté le livre-journal pour être délivré du reçu.

A cette erreur d'appréciation s'est ajoutée, en effet, une erreur de méthode, qui a consisté à composer avec ceux qui voulaient nous persécuter : devant cette double menace, on a voulu choisir entre deux maux ; mais, outre qu'on n'a pas choisi le moindre, on peut admettre en principe que la politique de collaboration ne doit pas être poussée jusqu'à cette extrême limite qui consiste à collaborer même aux brimades. C'est cependant ce qui nous a valu d'être dotés d'un livre-journal qui, comme nous l'avons dit et répété, ne présente que des inconvénients, sans compter les surprises qu'il nous réserve pour l'avenir.

En fait, vis-à-vis du fisc, notre situation est, dans la pratique, sensiblement la même que l'an dernier : nous n'avons guère qu'une complication de plus. Il nous fallait établir une déclaration ; maintenant il nous faut, en plus, tenir un livre-journal, dans des conditions que nous avons déjà précisées. Par le fait que nous avons un livre-journal, il nous faudra, en outre, fournir, sauf en ce qui regarde le secret professionnel, toutes explications et justifications qui nous seront demandées. Car le fisc ne sera nullement tenu de considérer le livre-journal comme authentique. Heureusement, la préconciliation n'a pas été supprimée, et c'est bien le point essentiel, car c'est ce qui constitue, aujourd'hui comme hier, notre seule possibilité de défense.

Il faut donc que les médecins prennent l'habitude d'en user : elle nous est trop utile pour que nous la laissions tomber en désuétude et, de même qu'on démontre le mouvement en marchant, c'est en l'utilisant que ses avantages apparaîtront de plus en plus, aussi bien du reste pour l'administration que pour nous. Cette procédure est très avantageuse, car elle supprime la plupart des difficultés et, lorsqu'on en vient tout de même à la commission de taxation, les présomptions sont toujours plus favorables pour ceux qui y ont eu recours que pour ceux qui l'ont négligée.

Les décrets-lois de juillet dernier nous ont, par contre, apporté quelque apaisement au sujet de notre patente : elle ne doit plus être basée que sur la valeur locative de la partie professionnelle de notre appartement, à l'exclusion de ce qui est affecté à notre habitation ; mais nous ne sommes pas encore fixés sur la façon dont sera récupéré, par les départements et communes, le montant du dégrèvement correspondant ; nous ne savons pas davantage si cette réforme ne sera pas une occasion de nous imposer un droit fixe qui en limiterait singulièrement les avantages et dans certains cas même arriverait à augmenter nos charges.

A côté de cette possibilité d'apaisement, les mêmes décrets-lois nous ont valu de nouveaux déboires. Alors qu'un effort était fait pour diminuer les charges de l'ensemble des contribuables et que le taux de l'impôt cédulaire était ramené à 6 %, pour les professions non commerciales, par conséquent pour les médecins, il a été maintenu à 12 %, c'est-à-dire exactement au double.

Ce traitement injuste et injustifié est certainement la suite de la campagne qui a été menée contre nous ; il est injurieux puisque, prétendant compenser par ce taux plus élevé les insuffisances de déclaration, il pose en principe que les membres des professions libérales sont des déserteurs de l'impôt.

Les chiffres qui ont été publiés montrent cependant que cette conception est fausse ; en outre, c'est une erreur fiscale et économique, car elle aboutit à faire payer par les contribuables honnêtes les défaillances de ceux qui font de fausses déclarations ; on pourrait même dire que ce système qui consiste à faire ainsi, officiellement, payer les innocents pour les coupables, en arriverait à être une justification de la fraude.

Peut-être aussi subissons-nous les conséquences du manque d'énergie qui s'est manifesté à propos du livre-journal. Il faudrait, tout de même, nous souvenir que nous sommes des électeurs et que même, si nous le voulions, nous pourrions être de grands électeurs.

A. HERPIN.

Les pertes de substance pathologiques du maxillaire supérieur. Leur traitement chirurgical et prothétique, par les Drs Gérard MAUREL et Marcel DARCISSAC (Paris). — Un volume 96 pages, 62 figures (Edition de la « Revue de Chirurgie Plastique », direct.-fond. : Dr Coelst. Bruxelles 1933 et Editions médicales Le François.

LIVRES NOUVEAUX

Les ultravirus pathogènes et saprophytes. Techniques d'études, Caractères physiques et biologiques, Maladies à ultravirus, Clinique, Anatomie pathologique, Epidémiologie, Immunité (1), par Paul HAUDUROY, préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

L'auteur a publié en 1929 un livre sur *Les Ultravirus et les formes filtrantes des bactéries.* L'ouvrage qu'il publie maintenant sur les *Ultravirus pathogènes et saprophytes* est complètement différent.

Il est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'étude des techniques spéciales qu'il est nécessaire de connaître pour pouvoir aborder l'étude des ultravirus. Ces techniques sont complètement différentes de celles de la bactériologie des germes visibles. La filtration, et surtout l'ultrafiltration, sont à la base de leur isolement ; les cultures de virus en symbiose avec des cultures de tissu sont à la base de leur conservation et de leur étude physiologique ; les techniques de cataphorèse à la base de leur séparation, etc... On trouvera exposées avec détails toutes ces techniques, tout l'appareillage nécessaire, documents qui, jusqu'à maintenant, se trouvaient dispersés dans des publications françaises et étrangères et dont la connaissance parfaite et une large application feront faire les plus grands progrès à la science des ultravirus.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude particulière de chaque virus. Tous les êtres vivants peuvent être touchés par cette variété de germes : bactéries, plantes, insectes, oiseaux, mammifères. Chaque virus est toujours étudié sur le même plan, ce qui facilite considérablement la lecture de l'ouvrage : symptômes de la maladie naturelle ; anatomie pathologique macroscopique et microscopique, inclusions ; propriétés physiques des virus ; action des agents physiques, chimiques, biologiques ; physiologie du virus (culture, virulence, etc.) ; étude expérimentale de l'infection (produits virulents, animaux sensibles, maladie expérimentale) ; immunité naturelle, acquise naturellement ou artificiellement ; épidémiologie. Certains virus (virus rabique vaccinal, aphteux) qui ont été l'objet de travaux considérables pendant ces dernières années, ont été développés avec toute l'ampleur que méritaient les recherches effectuées.

On trouvera en outre, exposé pour la première fois, d'une façon complète dans cette partie de l'ouvrage, tout ce qui concerne les ultravirus saprophytes, c'est-à-dire les ultravirus parasites obligatoires de certains animaux ne déterminant aucun symptôme pathologique, et dont l'existence ne se révèle à nos yeux que le jour où, grâce à certains artifices, nous savons les rendre pathogènes.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à une étude générale des ultravirus. L'auteur y étudie successivement, en se basant sur les faits et expériences rapportés précédemment, les caractères physiques des ultravirus, l'action des agents physiques et chimiques, la fausse invisibilité des ultravirus, leur physiologie, leurs affinités spéciales pour le système nerveux, la peau, les muqueuses, les cellules germinatives, leur affinité pour la cellule vivante qu'il a dénommée biotropisme et qu'il considère comme essentielle, l'immunité dans les maladies à ultravirus, l'épidémiologie de ces maladies, la question des ultravirus saprophytes, les rapports des ultravirus et des formes filtrantes des bactéries, les hypothèses que l'on peut faire sur leur origine.

Des références bibliographiques très complètes accompagnent chaque partie de l'ouvrage.

(1) In-8 de 462 pages. — Paris : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

Les ultravirus constituent un chapitre à peu près neuf et presque inexploré de la bactériologie et de la pathologie infectieuse. Des faits très importants du point de vue de la biologie générale, de la prophylaxie préventive ou de la thérapeutique des infections qu'ils causent se révéleront certainement au cours des années à venir. Le livre de Haudroy permettra à tous ceux que ces questions intéressent de connaître l'état actuel des travaux effectués — travaux dispersés dans une foule de notes, de mémoires en toutes langues — et de voir l'orientation que prend maintenant cette science.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ESTOMAC

Le cancer de l'estomac est une affection extrêmement fréquente que l'on observe surtout chez l'homme. C'est un *cancer très insidieux*, d'une *longue latence*, d'un *diagnostic difficile :* si bien que le tableau classique du cancer gastrique est souvent celui d'un cancer inopérable qui ne pourra relever que d'interventions palliatives.

Il faut donc s'efforcer de faire le diagnostic à une période d'extrême début, afin de pouvoir pratiquer la seule intervention logique : *la gastrectomie.*

Nous étudierons successivement les différents aspects du cancer et nous commencerons cette description par le cancer des faces, localisation la plus difficile à identifier précocement.

Premier type : cancer non sténosant. — Le début est d'une lenteur et d'une insidiosité remarquables — et vouloir décrire une période de début et une période d'état serait par trop schématique et artificiel.

Nous allons donc étudier successivement différents symptômes fonctionnels ou généraux qui doivent attirer l'attention surtout chez un sujet de 40 à 60 ans, quelle que soit l'intensité de leur manifestation.

1° SIGNES FONCTIONNELS. — a) *Les uns sont des signes dyspeptiques qui ne sont pas particuliers au cancer :*

1. *Plénitude gastrique*, avec malaise après les repas ;

2. Souvent *éructations* et *régurgitations ;*

3. Parfois des *nausées*, même des *vomissements* qui peuvent apparaître, en dehors de toute localisation orificielle.

4. Des *douleurs* peuvent s'observer, siégeant au creux épigastrique, avec des irradiations vagues et sans horaire précis.

Mais ce sont des douleurs inconstantes, modérées, peu caractéristiques.

Tels sont les signes dyspeptiques banaux qui doivent cependant être pris en considération quand :

— Il n'y a pas d'antécédents gastriques, ou qu'ils apparaissent inopinément à une date donnée ;

— Ils sont tenaces ;

— Et quand ils viennent surtout s'ajouter aux autres symptômes fonctionnels et généraux que nous allons étudier.

b) *Mais d'autres viennent plaider davantage en faveur du* cancer.

1. *L'anorexie :* c'est un signe de très haute valeur quand il existe. C'est une anorexie continue, progressive, rebelle à tout traitement, élective pour les viandes et les graisses.

Cependant, elle peut manquer surtout chez les jeunes où elle peut être remplacée par de la boulimie.

2. *Les pituites matinales*, avec rejet de liquide filant transparent : véritables « eaux de cancer ».

3. *Des gastrorragies* qui peuvent s'extérioriser :

— Soit par des *hématémèses* de sang noir, rarement abondant, donnant aux vomissements l'aspect de la suie délayée ou du marc de café, ou ajoutant aux pituites un petit piqueté hémorragique.

Hématémèses ayant pour corollaire le méloena.

— Soit du *méloena* isolé qui demande à être recherché systématiquement, — qui a la même valeur symptomatique que les hématémèses — et qui a aussi leur inconstance.

2° SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — 1° *L'amaigrissement* est un signe précoce.

C'est un signe constant et progressif d'une haute valeur symptomatique. C'est peut-être le meilleur. Mais il faut savoir qu'il peut régresser sous l'influence du repos ou du régime.

2° *L'asthénie* peut être au début le seul symptôme.

3° Enfin *l'altération du teint* avec un certain degré de pâleur qu'il ne faut pas confondre avec le teint jaune paille qui appartient à la cachexie cancéreuse, ni avec :

4° *L'anémie*, car il n'y a pas de corrélation nette entre la « mauvaise mine » du malade et la numération globulaire. La formule pouvant être longtemps normale ou subnormale.

3° SYMPTÔMES PHYSIQUES. — 1° Les symptômes physiques restent longtemps effacés derrière les symptômes fonctionnels et généraux, *car le plus souvent, on ne trouve rien.*

2° Dans d'autres cas, le malade respirant profondément, la main palpant à plat le creux épigastrique, on peut arriver à percevoir une impression de résistance, une induration profonde et indolore ;

3° Dans d'autres cas enfin, on peut découvrir une *tumeur palpable.*

Cette tumeur épigastrique est un signe classique néfaste, car le fait de ne pas la trouver ne doit pas faire conclure à l'absence du cancer.

Il faudra la palper en position debout et couchée, et apprécier ses caractères :

— Sa *taille* variable depuis un simple nodule gros comme une noix, jusqu'au volume d'un poing ;

— Sa *consistance* qui est élastique (cartilagineuse), sa surface qui est lisse, bosselée ;

— Sa *mobilité surtout*, dont il faut apprécier le degré en la mobilisant avec les doigts, en faisant varier la position du malade et en observant ce qu'elle devient au cours des mouvements respiratoires ;

— Ses *limites.*

Il faut savoir cependant qu'il y a des causes d'erreur et qu'on peut la confondre avec des tumeurs extra-gastriques appartenant à la vésicule, au pancréas.

4° Il faut compléter l'examen :

— En recherchant une métastase hépatique ;

— En recherchant le ganglion de Troisier sus-claviculaire gauche, dur ; mobile, indolore, non adhérent à la peau ; qui n'est pas un signe absolu (ulcus infecté, tuberculose, syphilis) — qui a une valeur plutôt pronostique que diagnostique, dont on pourra faire la biopsie pour voir s'il s'agit d'un ganglion néoplasique ou d'une simple réaction inflammatoire.

— En faisant un *toucher rectal.* (*à suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

A.
Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

AZOTYL

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

B.
Pilules Glutinisées
2 au milieu de chaque repas.

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : **LABORATOIRES LOBICA**, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

TRAITEMENT DU PSORIASIS
PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ ARSÉNO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc ½ pour injections intraveineuses ou intramusculaires

LABRE
G. FERMÉ
55, Boulde Strasbourg
PARIS

Psothanol

Le Psothanol à 1 cc
Pour injections intramusculaires
Thérapeutique autophylactique
Rénovation leucocytaire.

traitement bromuré intensif dissimulé.

sédobrol "roche"

tablettes d'extrait de bouillon concentré achloruré et bromuré
1 à 3 par jour.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

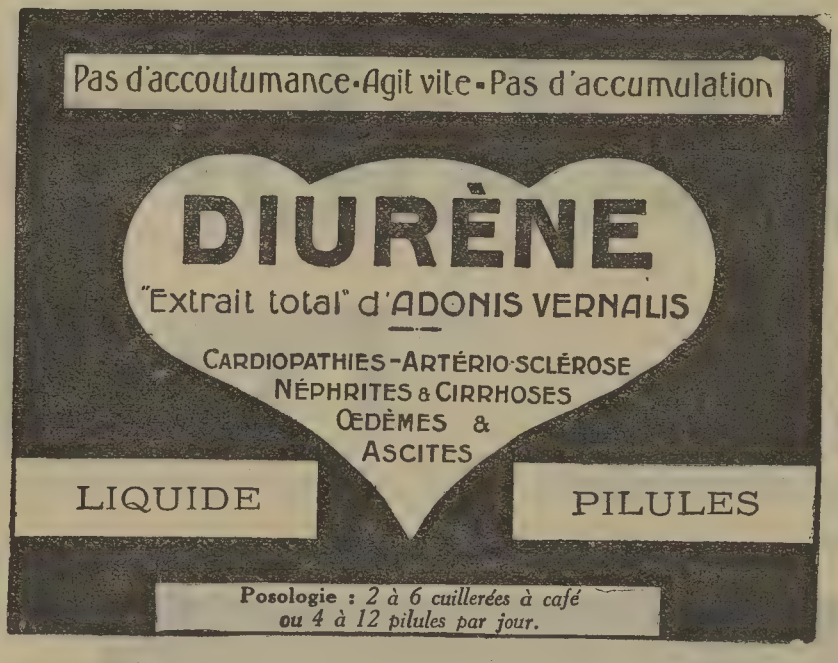
tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNÉE SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1934. — N° 74.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Le Kala-Azar. Etude clinique, par M. Paul Sarradon.
NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE
L'œuf dans l'alimentation du jeune enfant, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
NÉCROLOGIE
Léon Bernard, par F. L. S.
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Année scolaire 1934-1935.* — **Examens.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

1° Ancien régime d'études. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1934.

La limite des consignations pour ces examens est fixée au mardi 28 mai 1935.

2° Nouveau régime d'études. — *Session d'octobre 1934.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1934, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1934, sont informés que les épreuves des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 15 octobre 1934 (consulter en octobre les affiches manuscrites).

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichets nos 2 et 3), les lundi 1er et mardi 2 octobre 1934, de midi à 15 h.

Session ordinaire 1934-1935. — MM. les étudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année du 3 au 19 janvier 1935.

Les candidats, soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année.

Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite, soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à chacun des trois examens de clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 1er octobre 1934 au 28 mai 1935.

3° Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 h., les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 1er octobre 1934.

La date-limite de consignation en vue de la soutenance de la thèse est fixée au 18 juin 1935.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie aux guichets nos 2 et 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

GUERRE. — Est promu :

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Marland.

(Troupes coloniales.) Sont promus :

Au grade de médecin général inspecteur. — M le médecin général Normet.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Au grade de médecin général. — M. le médecin colonel Carmouze.

— Mutations :

Médecins commandants. — MM. Jourdan, des troupes du Maroc, est affecté au 19e corps d'armée; Dumas, du 94e d'infanterie, Bar-le-Duc, est affecté à l'hôpital militaire de Bourges ; Bardon, du 5e étranger, Indochine, est affecté à la direction des approvisionnements et des fabrications du Service de santé, Paris ; Bergeret, du 1er bataillon de l'air, détaché au laboratoire d'études médico-physiologiques de l'aéronautique militaire, Paris, est affecté à la 17e compagnie de l'air; maintenu détaché au laboratoire d'études médico-physiologiques de l'aéronautique militaire, Paris.

MARINE. — Le concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest, annoncé au *Journal officiel* du 20 avril 1934 comme devant avoir lieu à Brest au début d'octobre prochain, aura lieu au port de Toulon le lundi 8 octobre 1934.

Jury d'examen. — Président : M. le directeur du Service de santé de la 3e région maritime; membres : MM. Perves, médecin principal, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux maritimes; Dupas, médecin de 1re classe, professeur d'anatomie; membre suppléant : M. Coureaud, médecin en chef de 2e classe, chirurgien des hôpitaux maritimes.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE ROUEN. — Le poste de directeur du bureau municipal d'hygiène de Rouen est déclaré vacant.

Les candidats ont vingt jours à dater de la publication de cet avis (*J. O.*, 9 sept. 1934) pour adresser leurs demandes au ministère de la Santé publique, direction de l'hygiène et de l'assistance, 6e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris.

MISSION MÉDICALE FRANÇAISE EN RUSSIE. — A l'issue de la conférence de l'Union internationale contre la tuberculose qui vient de se tenir à Varsovie, une délégation française ayant à sa tête M. le professeur Paul Courmont (de Lyon) est partie pour visiter les organisations antituberculeuses de l'U. R. S. S.

L'EXHUMATION DE LAENNEC. — Suivant le désir exprimé par la famille Laennec, l'exhumation des restes de l'illustre savant et de son épouse, qui doit avoir lieu cette semaine, au cimetière de Ploaré, se fera dans la plus stricte intimité.

Les corps seront déposés à l'église de Ploaré jusqu'au dimanche 23 septembre. A cette date, à 10 h., sera célébré un office religieux à l'issue duquel il sera procédé solennellement à la réinhumation dans le nouveau caveau.

HÔPITAL BROCA. (Services des docteurs TZANCK et WEISSENBACH.) — Avec le concours des docteurs Civatte, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis; Fernet, médecin de Saint-Lazare; Basch et Gilbert-Dreyfus, médecins des hôpitaux; Bail, Bordier, Le Baron, Edwin Sidi, assistants à l'hôpital Broca; Martineau et Mlle Dobkewitch, chefs de laboratoire à l'hôpital Broca; MM. R. André, A. Dreyfuss, M. Cord, Lachartre, R. Moline, Pautrat et L. Perlès, *Leçons élémentaires et pratiques de dermato-vénéréologie*, du 2 novembre au 11 décembre 1934.

Chaque leçon a lieu le matin à 10 h. 30 et permet d'assister, à partir de 9 h., aux consultations de dermatologie, de syphiligraphie, de blennorragie (dispensaires Fournier et Fracastor), aux visites dans les salles.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

S'inscrire auprès du docteur Martineau, chef de laboratoire, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca, Paris (XIIIe).

Un certificat spécial pourra être délivré à la fin de ces leçons.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de Mme René Vallery-Radot, fille de Pasteur. Les obsèques ont eu lieu à Arbois.

Nous adressons à son fils, notre ami le docteur Pasteur Vallery-Radot, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, l'expression très émue de nos bien affectueuses condoléances.

— Nous apprenons avec peine la mort, à Paris, de notre confrère le docteur Dinguizli Béchir (de Tunis), membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1924 dans la section d'hygiène.

Médecin du Bey de Tunis, Dinguizli s'était fait remarquer par ses travaux d'hygiène. Il avait pris une part très active à la lutte contre la syphilis et le trachome chez les indigènes. On lui doit notamment des études fort intéressantes sur la protection de la santé publique au cours des pèlerinages de la Mecque.

C'était un aimable confrère qui ne laissera que des regrets.

Congrès de la Colibacillose. — Un Congrès national de médecine se réunira à Châtel-Guyon, les 23 et 24 septembre de cette année, pour mettre au point et publier un ensemble d'études sur l'infection colibacillaire et les autres infections et intoxications d'origine intestinale.

La rédaction de ces travaux a été confiée aux Maîtres les plus autorisés des Facultés de Médecine de Paris et de province : MM. Heitz-Boyer, Debré, Brulé, Chiray, Guy Laroche de Paris, Mouriquand et Hermann de Lyon, Vaucher de Strasbourg, Laporte de Toulouse, Lebon d'Alger, Chauvin et Piéri de Marseille, Guillemin de Nancy, Duhot de Lille, Damase de Bordeaux, Goiffon, Desgeorges, etc...

Le professeur Paul Carnot, membre de l'Académie de Médecine, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, a bien voulu prendre la présidence générale du Congrès, assisté de MM. Castaigne, Heitz-Boyer, Loeper et Villaret. Les professeurs d'Hydrologie et directeurs d'Instituts d'Hydrologie des Facultés françaises seront également présidents de ces journées d'études, qui ont été mises sous le patronage de MM. Achard, Legry et H. Vincent, membres de l'Académie de Médecine.

Bien que le Congrès n'ait pas une signification internationale, de nombreux médecins étrangers se sont déjà fait inscrire à côté des meilleurs Maîtres de la Médecine française, et le programme des fêtes et réceptions organisées par la coquette station des cures intestinales est particulièrement attirant.

Le Secrétaire général du Congrès est le docteur Balme, aux Grands Thermes, à Châtel-Guyon, qui reçoit les adhésions et demandes de renseignements.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

SPASMOSÉDINE

EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE

REMPLACE AVEC AVANTAGE DIGITALE ET DIGITALINE

TONIQUE CARDIAQUE

LABORATOIRES DEGLAUDE
MÉDICAMENTS CARDIAQUES SPÉCIALISÉS
6 — RUE D'ASSAS — PARIS

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN

PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

REVUE GENERALE

LE KALA-AZAR
ÉTUDE CLINIQUE

Par le docteur PAUL SARRADON,
Interne des hopitaux de Marseille.

GENERALITES

On peut parler à l'heure actuelle d'une véritable pathologie méditerranéenne, nettement isolée au point de vue nosologique et consacrée par les travaux du congrès d'hygiène internationale et méditerranéenne de Marseille, 1932.

Cette pathologie bien particulière d'une part, s'explique par les *conditions géographiques* locales : routes maritimes réunissant l'Europe à ses colonies, grands ports d'immigration amenant une interpénétration des races humaines et de ce fait une interpénétration des maladies.

D'autre part elle s'explique par les *conditions climatériques* spéciales permettant l'existence de nombreux parasites hématophages (protozoaires, hématozoaires, trypanosomes).

C'est ainsi que l'on a vu apparaître et que l'on a décrit sur le pourtour de la Méditerranée : le paludisme, le trachome, la fièvre de Malte, la spirochétose ictéro-hémorragique, la fièvre exanthématique (maladie d'Olmer), l'amibiase, les leishmanioses cutanées et viscérales.

C'est ainsi que la pathologie méditerranéenne avec sa personnalité bien accusée, encore en mouvement, est « dynamique, riche de devenir » (Blanc et Heckenroth ».

Le Kala-Azar, affection essentiellement parasitaire, occupe depuis peu une grande place dans cette pathologie bien particulière. C'est à son étude que nous consacrerons cette revue générale, en nous plaçant uniquement du point de vue pratique : clinique et thérapeutique.

DEFINITION

Le K. A. («fièvre noire » en sanscrit), *dû à la présence* dans l'organisme d'un protozoaire du genre Leishmania Donovani, est une affection caractérisée au *point de vue étiologique* par sa grande fréquence chez les jeunes enfants, et *au point de vue clinique* par la triade symptomatique : fièvre, splénomégalie, anémie, et une évolution spontanée grave conduisant le malade à la mort.

Le K. A. fait donc partie de cette grande classe des Leishmanioses, mais c'est une leishmaniose viscérale alors que le Bouton d'Orient est une leishmaniose cutanée.

Ainsi K. A. et Leishmaniose sont des synonymes que nous emploierons indifféremment.

HISTORIQUE

Ce chapitre est particulièrement intéressant à étudier, car il nous permettra de parler de la répartition géographique du Kala-Azar et de ce génie épidémique que l'on connaît encore si mal.

Il nous paraît utile de diviser cet historique qui s'étend sur quelque deux siècles en trois grandes périodes...

La première est une phase essentiellement clinique et coloniale ; le K. A., maladie exclusivement asiatique, sévissant dans l'Inde, dans le bassin du Gange, en Chine et dans le Turkestan, attire l'attention des médecins coloniaux, en particulier Rogers et Ross, par sa gravité et sa fréquence (2.000.000 *de cas de K. A. dans le Bengale sur* 40.000.000 *d'habitants en* 1886).

L'intérêt du K. A. indien rebondit en 1903 : nous entrons alors dans la *seconde période*, essentiellement parasitologique.

En effet à cette date Leishman découvre en Angleterre le parasite à l'autopsie d'un soldat rapatrié de l'Inde.

Donovan, deux mois plus tard, voit dans l'Inde les mêmes parasites.

En 1904, Laveran les retrouve dans un frottis de rate et Ch. Nicolle l'inocule aux animaux.

Après ces deux périodes, le K. A. indien retombe à nouveau dans l'oubli : c'est une maladie qui paraît être définitivement classée, qui ne se trouve que très loin là-bas dans les Indes ; essentiellement coloniale, elle n'arrive pas à retenir l'attention des médecins européens.

Mais à nouveau l'intérêt du K. A. indien reprend lorsque vers 1907, on voit apparaître cette affection sur tout le littoral méditerranéen.

Nous entrons dans la *troisième période :* phase clinique et thérapeutique, étudiée par les médecins européens.

Le K. A., *sous une forme un peu particulière de celle du K. A. indien de l'adulte puisqu'il atteint surtout les jeunes enfants,* apparaît successivement en Grèce, Syrie, Tripolitaine, Tunisie, au moment où heureusement Ch. Nicolle dirigeait l'Institut Pasteur de Tunis, en Espagne, en Italie.

Enfin le K. A. fait son apparition en France dans la région niçoise, en 1918, où Marcel Labbé et d'Oelnitz décrivent 5 leishmanioses autochtones.

Bientôt, à Marseille, MM. d'Astros, Giraud et Raybaud en rapportent un cas, auquel font suite bien vite dans cette ville de nombreuses autres observations, consignées dans la belle étude de 23 cas de K. A. par Cassoute, Poinso et Zuccoli et dans celle de Giraud parue dernièrement dans la *Pratique médicale illustrée.*

Non seulement le K. A. continue sa marche envahissante vers le Nord (on cite son apparition dans le Jura, en Lorraine, à Paris), mais encore comme le montrent les observations de Jean Olmer et le livre de d'Oelnitz consacré en partie au K. A. de l'adulte, il a une tendance de plus en plus marquée à apparaître chez l'adulte.

De ce fait on note une nouvelle symptomatologie bien analogue à celle du K. A. indien.

Le K. A. européen et le K. A. indien ne font plus qu'un ; les deux foyers de Leishmaniose viscérale se sont désormais rejoints.

A ces recherches cliniques, il est juste d'associer les recherches thérapeutiques.

La prophylaxie du K. A. est étudiée au Congrès d'Hygiène méditerranéenne de Marseille 1932.

Le traitement spécifique est trouvé, après de nombreux tâtonnements, grâce aux beaux travaux italiens de Jemma et Di Cristina sur l'antimoine.

Malgré tous ces efforts et malgré toutes ces recherches, il reste encore de nombreuses inconnues. On s'en apercevra tout au long de cette étude.

ETUDE CLINIQUE

Nous prendrons comme type de description le K.A. à forme subaiguë survenant chez un jeune enfant au voisinage de la 3e année, et nous étudierons successivement chez lui une phase d'incubation, une période de début, d'état et d'évolution.

L'incubation a une durée fort difficile à déterminer, étant donné que l'on ne connaît pas encore le mode ni l'argent de transmission, variant semble-t-il dans la plupart des cas de quelques semaines à 2 ou 3 mois.

Le début de cette affection est tout autant variable et tout autant protéiforme.

Essayons d'en dégager quelques modes les plus fréquemment rencontrés en clinique.

Début *brusque* se traduisant par une fièvre élevée accompagnée de troubles digestifs et d'une augmentation légère du volume de la rate, pris bien souvent pour une septicémie éberthienne à la période initiale.

Début *insidieux* évoluant à bas bruit, caractérisé par des troubles importants de l'état général, tel une pâleur intense, un amaigrissement marqué, une température aux environs de 38°, de l'asthénie, un enfant triste qui ne joue plus volontiers. Les parents effrayés, ayant toujours devant les yeux le spectre de la tuberculose, l'amènent au médecin qui constate une splénomégalie encore peu développée.

Début également *extrêmement insidieux* lorsque le K. A. apparaît au cours d'une convalescence d'une affection aiguë telle la scarlatine ou la rougeole. Dans ce cas il semble que la fièvre éruptive ait hâté l'évolution du K. A. dont l'incubation se poursuivait à bas bruit depuis un certain temps.

Tels sont les 3 modes de début rencontrés le plus souvent en clinique.

Passons maintenant à la période d'état, c'est d'ailleurs à ce stade que le plus fréquemment l'on observe les petits malades.

Période d'état. — Anémie.
Splénomégalie, hépatomégalie.
Fièvre.

Tel est le trépied symptomatique fondamental autour duquel gravitent des signes de moins grande importance, « signes mineurs » de d'Oelnitz.

1° *L'anémie* facilement décelable au point de vue clinique, se traduit chez l'enfant par une teinte blafarde des téguments « blanc porcelaine, blanc laiteux » bien différente du teint patate des jeunes néphrétiques, du teint terreux des jeunes paludéens ou de la pigmentation brunâtre de certains hérédo-syphilitiques.

Nous verrons dans la suite, au chapitre de laboratoire, la traduction hématologique bien particulière de cette anémie.

2° *Le 2e terme* du trépied clinique est la *splénomégalie-hépatomégalie.*

Ce sont elles qui vont déterminer cette augmentation de volume du ventre si caractéristique.

A *l'inspection* en effet l'abdomen est tendu, il fait une saillie énorme, comparable au ventre en obusier des cirrhotiques ascitiques, un réseau veineux de circulation collatérale se dessine à sa surface.

A *la palpation* de la rate, nous allons noter de nombreuses particularités qu'il est nécessaire de sérier et de numéroter.

1° La rate a un volume énorme, « c'est la plus grosse de toutes les splénomégalies infantiles », a dit Giraud.

Ses dimensions en effet varient entre 20 et 25 centimètres dans le grand axe vertical ; cette énorme rate reste fixe pendant toute la durée de la maladie malgré le traitement stibié approprié. Son volume peut cependant diminuer dans les deux cas suivants : au cours d'une maladie infectieuse ou au cours de la cachexie terminale.

2° La rate a une surface lisse, régulière sans bosselure ; son bord antérieur est nettement perceptible avec ses incisures bien caractéristiques ; parfois cependant ce bord antérieur se recourbe vers la ligne médiane donnant ainsi à la rate une forme de J ou d'équerre bien décrite par les auteurs italiens.

3° La rate n'est pas douloureuse.

4° La rate, mobile au début, se fixe dans la suite au milieu des autres viscères abdominaux comme dans une gangue...

L'hépatomégalie accompagne toujours la splénomégalie. Elle a été bien étudiée dans la thèse de Zuccarelli : hépatomégalie lisse et régulière non douloureuse évoluant chez l'enfant sans grande perturbation anatomique, sans grand processus cirrhotique. Parfois elle est plus importante que la splénomégalie et nous étudierons cette intéressante forme dans le chapitre suivant.

3° *La fièvre* constitue le troisième terme de ce trépied clinique.

La fièvre est irrégulière, anarchique, cahotique, « sa règle est de ne pas en avoir », a-t-on dit.

Décrivons-en trois types principaux difficilement isolés de toutes les courbes thermiques que nous avons rencontrées dans les traités.

Un type ondulant analogue à celui de la fièvre de Malte à évolution cyclique sans toutefois jamais d'apyrexie complète.

Un type pseudo-palustre avec clocher brusque survenant à intervalle irrégulier et atteignant des hauteurs très variables suivant les moments.

Un type rémittent.

Si nous essayons d'en préciser les caractères nous notons que les accès sont au nombre de trois ou quatre par jour, qu'ils durent en général une demi-heure à une heure, atteignant 39° ou 40° et qu'ils sont suivis par une hypothermie considérable et des sueurs profuses...

Tels sont étudiés *les signes cardinaux du K. A.* ; beaucoup moins importants sont les signes accessoi-

res sans caractères bien précis : amaigrissement et œdème d'une part, adénopathie d'autre part.

L'amaigrissement est toujours très accusé. Les membres sont grêles, le thorax aplati contraste étrangement avec l'augmentation du volume du ventre.

Les œdèmes fugaces, variables d'un jour à l'autre, siégeant surtout au niveau de la face, des mains et des pieds, sont dus à la cachexie ou à l'insuffisance hépatique.

L'adénopathie est généralisée à tous les ganglions lymphatiques qui sont petits, durs, mobiles en grains de plomb, ils atteignent rarement le volume d'une noisette.

La période d'état que nous venons de décrire a une durée toujours assez longue, de cinq à six mois, durant laquelle les symptômes subissent peu de modifications. Parfois cependant cette monotonie clinique est entrecoupée par des complications.

Les troubles digestifs sont au premier plan : diarrhée à type banal ou dysenterie avec selles muco-membraneuses, épreintes et ténesme traduisant l'existence d'ulcérations intestinales dues aux parasites.

Les accidents respiratoires sont également assez fréquents et consistent en congestion pulmonaire s'accompagnant d'une toux très violente, des signes généraux très graves et un souffle doux très discret.

Les troubles sanguins se traduisent par des hémorragies abondantes mettant par leur répétition la vie du malade en péril, par du purpura siégeant surtout au niveau des membres inférieurs.

Les complications dermatologiques consistent en éruption vésiculeuse ou en éruption phlycténoïde, en noma, cause de morts fréquentes pour Nicolle.

Les vraies complications du K. A. sont surtout d'ordres infectieux ; cette parasitose prédispose en effet les jeunes malades à toutes les infections microbiennes secondaires. Aussi cette fragilité particulière implique-t-elle la nécessité d'isoler ces enfants jusqu'à guérison.

Telle est décrite la période d'état du K. A. Le syndrome au bout de 3 à 4 mois environ va évoluer de façon variable.

Aussi dans cette

Phase d'évolution. — Devons-nous envisager plusieurs alternatives :

Evolution vers la guérison d'une part ;

Evolution vers la mort, d'autre part.

L'évolution vers la guérison peut être spontanée ou thérapeutique.

La guérison spontanée du K. A. est très rare. Nicolle et Giraud en ont observé cependant certains cas chez des enfants un peu grands présentant sans doute « des états de demi-résistance vis-à-vis du parasite ».

La guérison thérapeutique ne fait plus aucun doute, nous en reparlerons dans la suite.

L'évolution vers la mort peut être brusque ou lente.

La mort subite s'observe relativement peu. Brusquement le petit malade fait une poussée thermique élevée, il est en prois à une crise intense de dyspnée, une toux quinteuse coqueluchoïde et bientôt il meurt de collapsus.

Le professeur Nicolle invoque comme pathogénie une crise d'œdème de la glotte, le professeur Giraud pense plutôt à une origine bulbaire survenant spontanément ou bien à la suite d'un emploi mal réglé des sels d'antimoine.

L'évolution du K. A. se fait généralement de façon moins dramatique et c'est insensiblement que le petit malade tombe dans une cachexie progressive : maigreur intense, anémie pernicieuse de plus en plus marquée, splénomégalie qui a une tendance à régresser à ce moment-là, fièvre moins élevée qu'au début, tels sont les signes terminaux qui traduisent une fin proche qui se fait insensiblement ou plus rapidement par l'apparition d'une des complications dont nous venons de parler.

Ainsi nous venons d'étudier la forme subaiguë du K. A. chez le jeune enfant.

Dans un second chapitre, celui des formes cliniques, nous allons voir maintenant que cette leishmaniose viscérale peut se présenter sous des aspects tout différents.

FORMES CLINIQUES

Nous envisagerons successivement les formes suivant l'âge, suivant la prédominance symptomatique, suivant les associations.

Formes cliniques suivant l'âge

Le K. A. *chez les nourrissons* est une affection très rare puisque dans la littérature on n'en trouve que trois cas. Chez le nouveau-né, elle prend une forme sévère suraiguë aboutissant très rapidement à la mort, bien décrite par Jemma.

Nous n'insisterons *pas plus sur le K. A.* de l'enfant puisque nous l'avons pris comme type clinique et nous passons immédiatement au :

K. A. de l'adulte qui mérite une assez longue description, puisqu'il diffère très sensiblement et par ses signes cliniques et par son évolution essentiellement chronique du K. A. de l'enfant.

L'incubation a une durée qui paraît beaucoup plus longue, elle s'étendrait sur deux ou trois ans paraît-il, et ne traduirait par aucune manifestation l'infection parasitaire.

Le début est tout autant variable que celui du K.A. infantile, le plus souvent insidieux, il se traduira soit par des troubles généraux (amaigrissement, asthénie, température), soit par des troubles digestifs (diarrhées avec épreinte, douleurs abdominales variées faisant penser à une colite ou une appendicite chronique).

A la période d'état nous notons d'une part « des modifications de détails », pourrait-on dire, dans la triade symptomatique du K. A. infantile et d'autre part l'apparition d'un nouveau signe important : pigmentation cutanée et présence sur la peau de taches blanches, si bien que nous n'avons plus affaire à une triade mais à une véritable tétrade.

L'anémie est ici légère, au point de vue clinique elle est minime, masquée d'ailleurs par la pigmentation.

La splénomégalie est tout aussi marquée que chez l'enfant, même consistance, même volume, qui ce-

pendant a des tendances à rétrocéder de temps en temps.

L'hépatomégalie est constante mais ici l'on note bien souvent un processus cirrhotique comme l'ont bien remarqué MM. Bensis et Nattan Larrier, « véritables cirrhoses hépatiques du K. A. »...

La fièvre de l'adulte est beaucoup plus régulière, à petites oscillations, on note parfois de vraies rémissions fébriles correspondant à une régression des symptômes.

Le 4e terme de cette tétrade sur lequel nous devons insister maintenant est la pigmentation de la peau et la présence de petites taches blanches.

La pigmentation affecte des apparences variables suivant sa *teinte*, son *intensité* et ses *localisations*.

Sa teinte évolue entre le teint terreux, jaune sale, chamois et le teint jus de réglisse.

Son intensité varie suivant le moment de la maladie, légère au début où bien souvent il est délicat de l'apercevoir, elle augmente dans la suite.

Son siège se localise de préférence à la face, autour du nez et des yeux en forme de lunette ou de papillon, au niveau des mains et du cou, sur les régions découvertes de la peau.

Outre cette pigmentation on reconnaît bien souvent au milieu d'elle la présence de taches blanches. Ces zones dépigmentées arrondies ou ovalaires peuvent simuler le vitiligo.

Les signes mineurs du K. A. de l'adulte sont calqués sur ceux du K. A. de l'enfant.

La phase d'évolution est ici bien caractéristique, elle est essentiellement chronique, en effet si l'on suit un malade « on est frappé des alternatives de période de maladie et de période de rémission considérées à tort comme la guérison, qui se succèdent pendant de nombreuses années » (d'Oelsnitz).

Durant ces phases d'amélioration l'anémie disparaît, contrôlable hématologiquement, la rate diminue de volume, la température redevient normale, la pigmentation s'atténue.

Puis au bout de trois ou quatre mois, de nouveaux incidents apparaissent montrant une nouvelle reprise de la maladie.

Telles sont les différentes phases du K. A. de l'adulte. Passons maintenant aux :

Formes cliniques suivant la prédominance symptomatiques. — Elles sont très peu nombreuses étant donné « qu'il n'y a peut-être pas de maladies plus monotones et moins sujettes à des variations que le K. A. », comme l'a remarqué M. Giraud.

Etudions cependant une forme fruste et une forme hépatique. La première décrite dans une observation de Jean Olmer, se traduit seulement par une grosse rate sans anémie ni température.

La deuxième, la forme hépatique, a été décrite pour la première fois par M. Poinso dans un article de la *Presse médicale* de 1931 : splénomégalie modérée, mais hépatomégalie considérable ; dans ces observations le foie descendait dans la fosse iliaque droite et mesurait 18 à 20 cm. M. Poinso dans cet article insiste tout particulièrement sur la difficulté d'un pareil diagnostic clinique.

Les formes associées sont très rares. On peut retrouver l'association du K. A. avec la fièvre de Malte, la fièvre typhoïde, la tuberculose. Le K. A. et le paludisme seraient pour Jemma deux affections antagonistes...

ETUDE DE LABORATOIRE

Le diagnostic de laboratoire consistera en un diagnostic hématologique et un diagnostic parasitologique.

Le diagnostic hématologique sera cytologique et sérologique.

a) L'anémie se traduira par l'énumération globulaire suivante :

1° *Diminution* considérable et progressive du nombre des globules rouges : deux à trois millions, 1 million dans les cas graves. Cette anémie ne s'accompagnera pas d'altération de forme ou de volume de ces globules rouges ;

2° *Diminution* du nombre des globules blancs, la leucopénie est en effet la règle ;

3° *Diminution* des hématoblastes.

Tout aussi intéressante que l'énumération globulaire est la formule leucocytaire.

Nous voyons en effet qu'il y a :

1° *Une augmentation* très marquée du nombre des mononucléaires avec prédilection pour les lymphocites ;

2° *Une diminution du nombre* des polynucléaires ;

3° *Absence de tout élément* de régénération (par exemple globules rouges nucléés).

Ainsi pour résumer l'hématologie du K. A. nous sommes en présence d'une anémie *aplastique* avec *leucopénie* et mononucléose.

b) Nous devons dire quelques mots des *épreuves sérologiques* employées dans le K. A. et pour cela nous nous aiderons du récent article de Giraud, Montus et Audier paru dans les *Archives de médecine générale et coloniale*, tout récemment.

Délaissant volontairement les méthodes déjà anciennes des globulins-tests, des réactions anaphylactiques, de l'inoculation au cobaye, qui ne donnent que des résultats très incertains, nous ne parlerons seulement que de deux réactions extrêmement intéressantes dont on ne connaît pas encore le mécanisme intime : la formogel réaction de Paul Loyd.

La réaction au sel aromatique d'antimoine de Chopra et Gupfa.

La formogel réaction, calquée sur la méthode employée par Gaté pour la syphilis, est très simple.

Elle consiste, en moins de 6 heures, en la gélification et en l'opacification du sérum sanguin de K.A. sous l'action d'une goutte de formol mise au contact d'un centimètre de ce sérum sanguin recueilli dans un tube.

Pour M. Giraud qui a fait avec Cabassu plus de 300 expériences, cette réaction paraît être d'une grande spécificité.

Il y a lieu cependant de faire quelques réserves : la réaction est négative à la période du début du K.A. et à la période de guérison thérapeutique.

La deuxième réaction est celle à l'uréastibamine, sel aromatique d'antimoine.

Plus compliquée que la première, elle demande des soins et de la minutie pour sa réalisation. Elle consiste en la formation d'un précipité à la surface du sérum sanguin de K.A. mis au contact d'une solution de sel d'antimoine.

Pour M. Giraud cette réaction donne des résultats beaucoup moins certains que la première, elle disparaît très vite à la période de convalescence.

Que doit-on penser de ces deux réactions ?

Elles présentent des avantages et des inconvénients.

Intérêt diagnostique puisqu'elles se révèlent bien souvent spécifiques.

Intérêt thérapeutique puisque leur positivité disparaît avec la guérison.

Ainsi l'on peut suivre pas à pas les progrès du traitement au moyen de ces épreuves, identiques à la séroréaction de Vernes pour la syphilis ou pour la tuberculose.

Malheureusement ces deux réactions présentent des inconvénients.

Bien souvent elles restent négatives dans des cas de K.A. confirmé ; cela incite ainsi à la prudence et il ne faudra donc pas en tenir un très grand compte quand elles seront négatives.

Un seul diagnostic permet d'affirmer le K.A., c'est le diagnostic parasitologique, « diagnostic de certitude » de d'Elsnitz.

Diagnostic parasitologique. — On peut rechercher les parasites Leishmania Donovani, soit dans le sang circulant, soit au niveau des organes hématopoiétiques.

La *première méthode* est longue et laborieuse, bien souvent, malgré les injections préalables d'Adrénaline ayant pour but de déterminer une splénocontraction et la chasse des parasites dans le courant sanguin, on ne les trouve pas sur le frottis ou dans les cultures, cela se comprend aisément puisque les parasites soumis à une température de 37° ne tardent pas à succomber.

La *deuxième méthode :* recherche des parasites au niveau des organes hématopoiétiques, est beaucoup plus intéressante.

Nous passons rapidement sur la ponction des ganglions, du foie, de la moelle osseuse, utilisées surtout par les auteurs italiens, pour arriver à l'étude de la ponction splénique utilisée sur une vaste échelle en France.

Quelle technique doit-on suivre ?

Le malade sera à jeun, allongé sur le côté droit et immobilisé ; désinfection, ponction en pleine matité splénique avec une aiguille à sérum ; retirer l'aiguille d'un coup sec, chasser son contenu c'est-à-dire la pulpe splénique recueillie, sur une lame ; faire l'étalement assez épais du frottis ; le colorer soigneusement par le procédé de Giemsa ; l'examiner au microscope.

Quels résultats allons-nous obtenir ?

En général ils seront excellents et les parasites apparaîtront en grand nombre sous le champ du microscope.

Le parasite Leishmania Donovani est un petit protozoaire appartenant à la classe des flagellés, différant seulement des trypanosomes par l'absence de membrane ondulante.

C'est un petit corps arrondi avec un protoplasma clair bleuté par le procédé de Giemsa et à son intérieur deux masses chromatiques violettes : une, fine comme un bâtonnet, c'est le micronucleus, une beaucoup plus grosse, c'est le macronucleus.

Ces parasites peuvent être libres, bien séparés les uns des autres, ou bien plus rarement ils se trouvent logés dans le protoplasme d'un leucocyte qu'ils infiltrent véritablement par leur grand nombre, ou bien encore accolés les uns aux autres en forme de rosace délimitée par une membrane fine dont l'origine est mal connue.

Parfois, très rarement d'ailleurs, ces résultats seront négatifs, en dépit d'un K.A. confirmé dans la suite par l'autopsie, comme dans un cas relativement récent rapporté par Jean Olmer à la *Société de médecine de Paris.*

En conclusion épreuve de certitude quand elle est positive, épreuve sans valeur absolue quand elle est négative.

Ces résultats, là encore, comme pour le diagnostic sérologique, doivent inciter à la prudence.

Indécis, incertain à ce moment-là, puisque le laboratoire n'a pas vérifié le diagnostic clinique, l'on doit avoir recours dans le doute à un traitement d'épreuve comme l'on fait de l'émétine dans les abcès du poumon dont on ne connaît pas l'étiologie, ou un traitement antisyphilitique dans les aortites de la cinquantaine.

TRAITEMENT

Le traitement du K.A. sera conduit par l'hygiéniste et par le médecin.

L'hygiéniste s'occupera du traitement préventif, c'est-à-dire de la prophylaxie de la maladie.

Le médecin du traitement curatif.

Le **traitement prophylactique** du K.A. est très décevant étant donnée l'incertitude dans laquelle on se trouve au sujet du mode de propagation de l'affection. A ce propos il nous semble intéressant de résumer rapidement les recherches épidémiologiques.

Les réservoirs de virus sont sans doute le chien qui vit sans cesse avec l'homme.

Trois preuves semblent affirmer la véracité de cette hypothèse : la première est que les chiens sont fréquemment atteints d'une leishmaniose viscérale exactement identique à celle de l'homme.

La deuxième est que la répartition géographique du Kala-Azar du chien est exactement calquée sur celle de l'homme.

La troisième est la possibilité d'inoculation du K.A. de l'homme au chien comme l'a montré Nicolle.

Ainsi le chien paraît être un réservoir de virus des plus importants.

Les agents de transmission du chien à l'homme sont à l'heure actuelle très mal connus.

La puce, les moustiques, les phlébotomes ont été successivement incriminés, les tiques sont à l'heure

actuelle mises en cause avec plus de vraisemblance par Blanc et Caminopétros.

Les tiques du chien, Rhipicephalus sanguineus, sont en effet extrêmement répandues dans les jardins, sur tout le pourtour du littoral méditerranéen. Après avoir piqué un chien malade, elles piqueraient l'homme, lui inoculant le parasite.

Mais cela n'est qu'une supposition. Alors que pour la fièvre exanthématique ces auteurs ont prouvé le rôle des tiques dans la transmission de la maladie ; ici pour le K.A. on ne vit encore que sur des hypothèses.

C'est dire combien il est difficile de parler d'une prophylaxie efficace du K.A.

Néanmoins, en attendant de nouvelles découvertes, on peut citer les mesures prophylactiques réclamées par les hygiénistes au dernier congrès de 1932.

1° Classer le K.A. parmi les maladies d'importation étrangère, transmissibles et de ce fait : interdire l'entrée des ports à tous les sujets suspects.

2° Supprimer tous les chiens errants.

3° Expliquer par voie d'affiches le danger d'avoir des chiens chez soi puisqu'ils sont susceptibles de transmettre à l'homme de nombreuses maladies : kyste hydatique, fièvre exanthématique, Kala-Azar.

4° Entreprendre de façon intensive la lutte contre les insectes : tiques, qui envahissent les jardins, moustiques, et enfin phlébotomes venus des marais.

Le **traitement curatif** sera avant tout médical, le traitement chirurgical (splénectomie) et physiothérapique (*destruction lente* de la rate par les rayons X) n'étant des adjuvants employés que dans les cas de stibiorésistance.

Le médicament spécifique est l'*antimoine* avec ses composés minéraux et organiques.

Comment le prescrire ? Quels en sont les inconvénients et les résultats ?

Il existe à l'heure actuelle dans le commerce un composé minéral connu sous le nom de Stibyal et plusieurs composés organiques dont les trois principaux sont le Stibenyl, le Néostibosane et l'Uréastibamine.

1) *Le stibyal* est injecté par voie I.V. de 2 jours en 2 jours en une seule série, jusqu'à guérison complète. Le nombre d'injections doit atteindre 20 ou 30 pour d'Œlsnitz. Certains auteurs conseillent même 60 injections.

Le traitement doit commencer à petites doses (0 gr. 10 à 0 gr. 15) chez l'adulte ; chez l'enfant on ne doit pas dépasser 1/2 centigramme par kilogramme corporel.

2) *Le stibenyl et le néostibosane* sont injectés par voie I.M. de 3 jours en 3 jours jusqu'à la 8e injection ; repos de 3 semaines, on recommence alors une série de 8. Le nombre d'injections doit atteindre 20.

Le stibenyl peut être appliqué à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 30 chez l'adulte et cette dose ne doit pas dépasser chez l'enfant 0,01 par kilogramme corporel.

Ces doses sont à peu près identiques pour *le néostibosane*.

3) *L'uréastibamine* (dont l'emploi est encore peu courant en Europe) est injecté par voie I.M. en 12 injections de 3 jours en 3 jours.

La posologie établie par Brahmarchari est la suivante :

0,01 à 0,05 pour le nourrisson.
0,02 à 0,10 pour l'enfant.
0,05 à 0,20 pour l'adulte.

Telles sont très rapidement citées les grandes lignes du traitement par les sels d'antimoine.

Quels en sont les inconvénients et les avantages ?

Inconvénients certains, car nombreux sont les incidents et les accidents de cette curée stibiée. Ce sont les *abcès* de la fesse après injection intramusculaire, la *toux* coqueluchoïde avec dyspnée fréquente après les injections intra-veineuses, la *crise de stibio-intolérance* absolument dramatique, analogue aux crises nitritoïdes se terminant par la mort, l'*intoxication* lente stibiée caractérisée par une fièvre élevée des accidents hémorragiques et gangréneux graves.

Signalons enfin comme incident la *stibio-résistance* survenant au bout d'un certain temps de la cure par l'antimoine, obligeant ainsi le médecin à arrêter une thérapeutique active.

Les avantages sont également certains, ils dépassent de beaucoup les inconvénients, les statistiques de mort avant l'emploi des sels d'antimoine s'élevaient à 90 %, depuis 1915, date à laquelle elle prit place dans l'arsenal thérapeutique, elle s'élève seulement à 10 % de décès, c'est dire le véritable miracle obtenu grâce à ce médicament.

La guérison en effet apparaît 3 ou 4 semaines après le début du traitement. La fièvre disparaît la première, le faciès s'améliore, la splénomégalie diminue beaucoup plus lentement, les réactions humorales de positives deviennent négatives, la convalescence est courte, et chose étonnante « la maladie ne laisse aucune trace sur ces organismes pourtant si débilités » (Giraud).

CONCLUSION

Le K.A. d'importation européenne relativement récente comporte encore de nombreuses inconnues.

Les notions d'épidémiologie sont en effet bien vagues puisque nous ignorons les réservoirs de virus et les agents de transmission.

Les notions cliniques pourtant si bien acquises par les auteurs sont loin d'être définitives.

Nous avons vu en effet l'apparition relativement récente du K.A. de l'adulte avec un nouveau cortège symptomatique, de nouvelles formes cliniques.

Les données de laboratoire méritent de sérieux contrôles et nous avons dit qu'il ne fallait pas trop attendre d'elles.

Il n'est pas *jusqu'au traitement* qui ne soit à l'abri des critiques. Il reste encore 10 % de morts avec un traitement spécifique admirable comme l'antimoine.

Cette mortalité vient sans nul doute de la toxicité des produits dont nous disposons, puisqu'il faut sans cesse « arriver aux limites de l'intoxication pour obtenir un effet utile » (Giraud).

Ainsi le Kala-Azar est une affection « jeune encore » qui fait partie de ces « maladies de l'avenir » dont parle Ch. Nicolle.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ŒUF DANS L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher).

L'œuf de poule est composé, comme on sait :

D'une coquille constituée par : 1° des sels calciques ; 2° une porphyrine, et doublée, en dedans, par la membrane coquillière ;

Du blanc ou albumen ;

Du jaune ou vitellus.

Pour un poids moyen de 60 gr., ces différentes parties pèsent respectivement (A. Gautier) :

7 gr. 2 pour la coquille ;
35 gr. 4 pour l'albumen ;
17 gr. 4 pour le vitellus.

Le *blanc* est constitué par :

Diverses protéines, dont l'ovalbumine, dans la structure desquelles entrent surtout deux acides aminés, lysine et tryptophane, indispensables, comme on sait, celle-là, à la croissance, celui-ci, à l'entretien, et qui, crue, résiste aux sucs digestifs, alors que, cuite, elle est facilement attaquée par eux (Delezenne) ;

Des sels ;

De l'eau.

Il ne renferme pas de vitamines.

Sur les 35 gr. 4 qu'il pèse, 30 gr. sont représentés par l'eau, le reste, par des protéines ; si l'on rapporte à 100 ces chiffres deviennent : eau : 87 ; albumine : 12.

Le *jaune* est formé par :

1° Des lécithines ;

2° Diverses protéines, dont l'ovovitelline, qui donne, par dislocation de sa molécule, de l'*hématogène* de Bunge, substance phosphorée et ferrugineuse qu'on a définie une hémoglobine embryonnaire, et qui explique les succès thérapeutiques obtenus par l'administration de jaune d'œuf dans les anémies de l'enfance : ce jaune ne contient-il pas 0 gr. 14 de fer pour 100 gr.?

3° Des graisses à l'état d'émulsion, représentées par des matières grasses proprement dites (21 %) et par des graisses phosphorées ou lécithines (8 %), ces dernières contenant (O. Bailly) deux acides glycérophosphoriques, α et β, le dernier quatre fois plus abondant que le premier ;

4° Du cholestérol ;

5° Une petite quantité de sels : de calcium, de magnésium, de sodium ; il renferme très peu de chlore ;

6° De l'eau (51 %).

Sur les 17 gr. 4 qu'il pèse, 5 sont représentés approximativement par les lipides, 2 gr. 50 par les protides, le reste, par les éléments minéraux.

Il est très riche en vitamines : provitamine A ou carotène, empruntée par la poule aux plantes vertes qu'elle ingère, et qui lui donne sa coloration jaune, et vitamine A surtout, expliquant son remarquable pouvoir de croissance, accessoirement, B (surtout antipellagreuse) et D. Il ne paraît pas contenir de vitamine C.

Il contient des ferments, surtout amylolytiques, et des substances renforçant l'action de ces ferments (*pouvoir zymosthénique*, H. Roger).

Il renferme encore de petites quantités d'une substance insulinoïde et une substance, localisée au blanc, capable de détruire certains microbes (lysozyme).

En brûlant dans l'organisme, il dégage de 75 à 95 calories.

Aliment complet, il rend les plus grands services dans l'alimentation des jeunes enfants, à condition d'être de bonne qualité et frais.

Sa qualité dépend, en grande partie, de la façon dont est nourrie la poule. Lui donne-t-on des végétaux riches en chlorophylle et en carotène, la fait-on vivre au grand air, les œufs qu'elle pond sont riches en vitamines A et D. Lui administre-t-on, au contraire, des poudres contenant de la viande ou du poisson, ils prennent un mauvais goût et leur ingestion peut déterminer des accidents.

L'œuf se modifiant rapidement et cessant, d'après les classiques, d'être vivant à partir du vingt-cinquième jour, doit être consommé frais, pondu le jour même, si possible.

Il peut, disent les classiques, être donné à partir d'un an. On commencera par incorporer, tous les deux jours, à une bouillie, une petite quantité de jaune. Ce n'est que vers quinze mois qu'on donnera le jaune tout entier.

En réalité, il n'y a aucun inconvénient, et il n'y a que des avantages à recourir plus tôt à ce précieux aliment. Comme la plupart des pédiatres actuels, nous l'avons souvent prescrit, sous forme de jaune, à partir de 9 mois, sous forme d'œuf entier, à partir d'un an. Pour qu'il soit bien toléré, il ne faut pas oublier trois conditions :

Il doit être de première fraîcheur : rappelons, à ce sujet, que, pour les anciens, l'œuf du jour était l'*œuf d'or*, l'œuf de la veille, l'*œuf d'argent*, l'œuf de trois jours, l'*œuf de fer*.

On ne le donnera qu'à des enfants bien portants ; il est contre-indiqué dans trois cas : insuffisance hépatique, troubles digestifs, manifestations cutanées (Ed. Lesné).

On l'incorporera à une bouillie ou à une purée.

Il faut en user avec modération, et ne jamais en abuser, comme on le fait volontiers dans certains milieux aisés, et qui ne dégèrent pas toujours très bien leurs lectures. Trois par semaine constituent un maximum à ne pas dépasser sous peine d'accidents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 1er JUIN 1934)

Amaurose post-partum. Guérison par ponction lombaire. — MM. H. VILLARD, H. VIALLEFONT et DIACONO. Les auteurs rapportent le cas d'une jeune femme de 23 ans, qui 15 jours après son accouchement présente une amblyopie bilatérale très accusée, avec œdème papillaire bilatéral, mais discret. Une première ponction lombaire amène une amélioration considérable et une seconde la guérison totale et définitive chez cette femme, dont la grossesse et l'accouchement ont été normaux et chez qui on ne put mettre en évidence aucune déficience rénale, vasculaire ni humorale.

L'étiologie et la pathogénie d'un tel accident posent des problèmes difficiles. La puerpéralité paraît être en cause, et l'effet curateur de la ponction lombaire mérite d'être souligné et retenu.

Présentation d'instrument pour l'enchevillement. — M. ETIENNE.

A propos d'un cas d'orchite aiguë métastatique. — MM. V. RICHE, E. MOURGUE-MOLINES, HERAN et CADERAS.

Ulcus peptique post-opératoire. Gastrectomie large (présentation de pièces.) — MM. V. RICHE, E. MOURGUE-MOLINES, LONJON et HERAN.

Sur la rachianesthésie à la percaïne en chirurgie gastrique. — MM. V. RICHE, MOURGUE-MOLINES et LONJON.

Abcès de la langue. — M. V. RICHE.

Pneumopathie grippale. Abcès du poumon et pleurésies enkystées consécutives. Guérison médicale. — MM. JANBON, RATIE et P. BETOULIÈRES ont observé au cours d'une congestion pleuro-pulmonaire gauche d'origine grippale l'apparition à peu près simultanée des complications suivantes : abcès de la base du poumon gauche, à topographie antérieure ; péricardite sèche ; pleurésies enkystées multiples du même côté, apicale, axillaire, médiastinale et diaphragmatique, ces deux premières réalisant une typique image « en équerre ». La guérison fut obtenue en trois mois et demi d'évolution sans intervention, ni ponction.

Les auteurs insistent sur les heureux effets du traitement médical (abcès de fixation, puis injection intraveineuse d'alcool) et font remarquer qu'il peut être quelquefois utile de temporiser au delà des délais classiquement établis par la cure chirurgicale des suppurations pulmonaires.

Léon BERNARD

(1872-1934)

Léon Bernard vient de disparaître d'une façon bien inattendue, à la veille de la conférence de l'Union internationale de la Tuberculose, qui se tient en ce moment à Varsovie.

Sa mort soudaine a consterné ses élèves et ses amis, elle a été particulièrement ressentie parmi ses collègues de l'Union, dans laquelle, avec Calmette, il joua un si grand rôle.

La carrière de notre regretté collègue et ami a été certes des plus brillantes, elle a aussi été parfaitement ordonnée dans son développement. Chacune de ses étapes a été marquée par des travaux scientifiques importants ou par des organisations dont on peut mesurer déjà l'efficacité pour l'avenir de notre pays. Léon Bernard fut à la fois un clinicien, un phtisiologue et un grand hygiéniste.

Interne en 1895 dans une promotion où il voisinait avec le regretté Sicard et avec Rist qui devait être son fidèle collaborateur, Léon Bernard fut l'élève de Marfan, Gaucher, Albarran et Landouzy. Si Marfan faillit faire de lui un pédiatre et sut l'intéresser dès le début de ses études à l'avenir des enfants tuberculeux, c'est à Landouzy que Léon Bernard a dû son orientation vers la phtisiologie et son entrée définitive dans l'œuvre de croisade antituberculeuse. Médecin des hôpitaux en 1904, Léon Bernard devint agrégé en 1910, chef de service en 1911 à l'hôpital Laënnec, qu'il n'a pas quitté depuis.

Pendant la guerre, il est d'abord médecin de régiment, puis rappelé à l'intérieur il devient adjoint technique du médecin général inspecteur Sieur. Dès lors, il est chargé de différentes missions : en Alsace, où je le retrouve en 1917, en Suisse où il est appelé à s'occuper du rapatriement des prisonniers et des populations civiles du Nord.

En 1919, Léon Bernard succède à Chantemesse dans la chaire d'hygiène sociale. C'était au lendemain de la guerre et de l'épidémie de grippe espagnole, tout était à faire pour lutter contre la misère physiologique, les maladies importées, pour relever la natalité, protéger l'enfance, combattre la tuberculose. Léon Bernard s'attacha à sa tâche avec la ténacité qui le caractérisait, et avec la très grande et légitime autorité qu'il avait su conquérir.

Dès ce moment, les honneurs mais aussi les charges et les responsabilités s'accumulent sur ses épaules. En 1920 il est élu membre titulaire dans la section d'hygiène à l'Académie de médecine. Il est nommé conseiller technique du ministère de l'Hygiène, secrétaire général, puis vice-président du Comité national de Défense contre la tuberculose ; comme secrétaire général et conseiller de l'Union internationale contre la tuberculose, il prend part aux conférences de Washington, Rome, Lausanne, Bruxelles. Il devait en ce moment même, nous l'avons dit, se rendre à Varsovie...

D'autres missions scientifiques l'avaient appelé au Canada, aux Etats-Unis, dans l'Amérique du Sud. Il était également délégué du gouvernement au Comité d'hygiène de la S.D.N. Cette année, il avait eu le grand honneur de succéder à Emile Roux à la présidence du Conseil supérieur d'hygiène publique.

Toutes ces fonctions, qu'il remplissait effectivement, n'ont pu le distraire de l'œuvre de préservation qu'il avait entreprise à l'hôpital Laënnec.

En 1928 il réalisait l'organisation complète de ce magnifique centre de lutte antituberculeuse et il prenait possession de la chaire de clinique de la tuberculose créée à l'hôpital Laënnec, et qui marquait la spécialisation de la phtisiologie.

Nous n'oublions pas sa belle leçon inaugurale, dans laquelle il traçait un programme d'action méthodique. « La Phtisiologie, disait-il, est une spécialité. Son enseignement le démontre. N'est-il pas surprenant que des chaires de cette spécialité existent partout : deux chaires en Grande-Bretagne, deux au Canada, quatre aux Etats-Unis, une au Japon, une à Rome ?... » La création de sa chaire dotait enfin la France de l'enseignement officiel qui lui manquait.

Si Léon Bernard fut un grand clinicien, ses études de pédiatrie, de médecine générale, ses recherches sur les fonctions rénales, malgré leur importance, s'effacent cependant devant son œuvre de phtisiologue. Est-il nécessaire de rappeler ses recherches sur la bacillémie tuberculeuse, les faux tuberculeux, la tuberculose lobaire, la tuberculose du nourrisson en collaboration avec Robert Debré, ses travaux sur la collapsothérapie, les sels dor ? Il a été aux côtés de Calmette dès le début de ses travaux sur le B. C. G. ; avec lui il affirmait « que la préservation de l'enfance est à la base de toute lutte contre la tuberculose ».

Je me souviens qu'au temps de notre jeunesse on attendait beaucoup de Léon Bernard. Sa vaste intelligence, sa haute culture, le don de la parole qu'il possédait au plus haut point étaient des gages de son grand avenir. Il s'imposait d'abord, puis il s'imposait. Il avait, en effet, une volonté de fer, mais il savait l'envelopper d'une courtoisie exquise, courtoisie qui était naturelle chez lui, car il était d'une grande bonté.

Léon Bernard a tenu tout ce qu'on attendait de lui, il a été un grand médecin et restera un des grands réalisateurs de la croisade antituberculeuse que prêchait son maître Landouzy et à laquelle il est resté fidèle jusqu'au bout.

Très tristement nous nous inclinons devant sa mémoire et nous adressons à Madame Léon Bernard, si éprouvée, l'hommage respectueux de notre sympathie profonde.

F. L. S.

Les traitements de la syphilis, par R.-J. WEISSENBACH, médecin de l'hôpital Broca, et G. BASCH, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-16 de 150 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

À BASE DE :

1° EXTRAIT TOTAL des GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS action anti-microbienne et anti-toxique.

1 à 6 Comprimés avant chaque repas

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, 46 - PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

LIVRES NOUVEAUX

La guérison de la tuberculose basée sur l'étude de cas de guérison spontanée. Traitement physiologique, curatif et prophylactique (1), par le Dr Paul Ferrier.

Vers 1894, il y avait, à l'hôpital Cochin, un interne qui s'était concilié les sympathies de tous. Ses subordonnés, externes, stagiaires, *roupious*, ne cessaient de rendre hommage à son aménité. Quant à ses chefs, ayant apprécié la rare originalité de son esprit, ils le poussaient à concourir. Ils connaissaient mal son indépendance. Ferrier se souciait peu de s'engager sur la *route mandarine*. Aux titres et aux honneurs, il préféra l'observation clinique, au « récital » cher aux candidats, l'étude d'un des problèmes les plus passionnants de la pathologie, celui qui concerne les causes et le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les années ont passé. Le jeune interne est devenu un maître. Il a inventé une méthode qui a fait le tour du monde et qu'il expose dans une brochure aussi courte de texte que riche d'idées.

Son point de départ ? Deux constatations opposées : chez les tuberculeux qui guérissent, les dents deviennent « dures, jaunes, inébranlables » ; chez les autres, elles sont « dans le plus complet délabrement et sans consistance ».

Pour expliquer ce contraste, il faut admettre que la décalcification dentaire est, pour ainsi dire, le reflet de la décalcification du squelette. Ferrier n'a-t-il pas démontré dans sa thèse que « la dent pour et au cours de sa formation, est assimilable à l'os non précédé de cartilage, et que la morphologie de ces deux organes les rapproche intimement » ? Toutes les fois que, chez un sujet, l'émail est érodé ou détruit, c'est donc que le squelette tout entier est en voie de décalcification.

Cette décalcification, étudions-en la cause et les conséquences.

Sa cause ? Un état d'acidose, lié à la formation anormale, dans les voies digestives, d'acides divers dont, surtout, l'acide lactique. Lancés dans la circulation, ces acides vont, avec le sang, irriguer les tissus et organes de l'économie. Au cours de leur passage dans les os, ils se combinent avec le phosphate tricalcique, le solubilisant et, finalement, l'éliminant par l'intermédiaire des reins. Il y a donc un véritable écoulement des os par les urines, une *ostéorrhagie*.

Ses conséquences ? La plus importante est une décalcification rapide, d'autant plus funeste qu'elle favorise le développement de la tuberculose. Aussi est-il essentiel de savoir la reconnaître et la traiter.

Pour la reconnaître, plusieurs moyens, les uns cliniques, les autres scientifiques. Aux premiers ressortit d'abord l'examen des dents, puis un signe si particulier qu'il attire toujours l'attention des patients : ils deviennent si légers qu'ils ne peuvent s'enfoncer dans l'eau ; ils flottent à sa surface. Aux seconds, la recherche de la phosphaturie : les urines, de densité augmentée, de couleur pâle, d'odeur fade, peu acides, laissent, en se refroidissant, précipiter une sorte de poussière blanc jaunâtre très fine : elles fermentent rapidement en prenant une odeur ammoniacale de plus en plus prononcée.

Si cette théorie est exacte, le seul traitement logique de la tuberculose pulmonaire, c'est la lutte contre la décalcification, ou, plutôt, contre l'acidose qui est à son origine. Il convient donc « d'abord d'empêcher l'introduction, puis de s'opposer à la formation d'acides dans l'estomac et dans l'intestin ». D'où la nécessité d'un *régime* très strict, fixant le nombre des repas, leur espacement, l'utilité de l'absorption, avant les repas, d'une eau contenant du bicarbonate de calcium, les aliments et boissons à proscrire : ce sont tous ceux qui, ou contiennent des acides, ou sont capables d'en produire : vinaigre, jus de fruits, corps gras, pain, vin, cidre, bière, et, inversement, ceux à prescrire : viande sans graisse, œufs, poissons maigres, légumes verts et secs, à l'exclusion des légumes-racines. Rigoureusement appliqué, ce régime donne bientôt les plus heureux résultats ; irrégulièrement suivi, il échoue, ou, plutôt, chaque infraction se paye par un retour offensif de la maladie : réapparition de la fièvre, des sueurs, de la toux, des hémoptysies. Reste-t-elle sans effets fâcheux, c'est que le patient est guéri.

Pour compléter l'effet de ce régime, on administrera, aux repas, une poudre à base de phosphate tricalcique et de carbonate de calcium. On leur interdira les sels de fer et de quinine, les bromures, les chlorures autres que NaCl, les eaux sulfatées sodiques et magnésiennes.

Cette méthode si ingénieuse n'a pas été sans susciter de véhémentes critiques. A quoi bon les énumérer ? Pour tous ceux que n'aveuglent pas les passions partisanes, elle a fait ses preuves, non seulement dans la tuberculose pulmonaire, même avancée, où ses bons résultats ont été maintes fois notés par des cliniciens de la valeur de Jules Renault et du professeur Sergent, mais dans d'autres localisations du bacille de Koch : péritonite, surtout, et dans la lèpre, si voisine de la tuberculose. Elle peut être appliquée avec succès à certains états morbides, qu'il s'agisse de troubles de la croissance ou de vomissements incoercibles. Elle intervient encore en matière de prophylaxie. C'est dire son caractère bienfaisant. A tous ceux qui la connaissent, de la répandre ! Au chroniqueur, d'acquitter aujourd'hui la dette de reconnaissance contractée il y a quarante ans ! Ferrier a vu les choses autrement que ses prédécesseurs. Or, Maeterlinck n'a-t-il pas dit : « Voir autrement que les autres, c'est souvent voir mieux qu'eux ? »

L. Babonneix.

(1) Deuxième édition. In-18 de 125 pages. — La Charité-sur-Loire.

La Vie des Filles (1), par le Dr Léon Bizard.

Le Dr Léon Bizard, médecin de Saint-Lazare, médecin chef du dispensaire de salubrité de la Préfecture de Police, veut bien m'adresser son livre sur la *Vie des Filles*. Une longue pratique de plus de 35 ans lui a permis d'acquérir une expérience bien rare et une connaissance exceptionnelle de ses malheureuses clientes.

Ce sont donc des documents précis qu'il publie aujourd'hui et qui permettent de juger avec impartialité la question de la prostitution à Paris.

On trouvera notamment dans ce livre tous les arguments en faveur ou contre les maisons de tolérance. L'auteur les expose avec impartialité, et ils méritent qu'on les étudie dans le même esprit.

Enfin, le Dr Bizard nous expose le fonctionnement des services de prophylaxie et de traitement, et il consacre un chapitre à l'œuvre admirable des assistantes sociales.

Le livre abonde de détails historiques, de souvenirs personnels qui éclairent la psychologie des malheureuses femmes tarées auxquelles le Dr Bizard s'est consacré depuis si longtemps. Il les connaît bien, il les plaint et pour conclure, il cite ce mot d'un vieux confrère à qui on demandait ce qu'il pensait des filles :

« Si j'étais le bon Dieu, répondit-il, j'aurais pitié des filles. »

F. L. S.

(1) In-16 double couronne. — Prix : 15 fr. — Paris, Editions Bernard Grasset, 61, rue des Saints-Pères.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

AMIDAL **Poudre, Comprimés, Cachets, Dragées** Une à deux cuillerées à soupe ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour.	Entérites aiguës ou chroniques. Entérocolites. — Dysenteries. Toutes les diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ **Ergostérol irradié — Vitamine D** **(Extrait concentré de vitamines A. B. et C.)** Une cuillerée à café avant chacun des trois repas.	Carence et pré-carence. Troubles de la croissance. Rachitisme. Déminéralisation.
GENESERINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux à trois granules ou dragées ou XX gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. — Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.
GENATROPINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule injectable par jour.	Hyperchlorhydrie. Spasmes digestifs. — Vomissements. Coliques. — Diarrhée.
GENOSCOPOLAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Quatre à huit granules ou quarante à quatre-vingts gouttes par jour, en 2 ou 3 reprises. Une ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GENHYOSCYAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 ou 3 fois par jour entre les repas de préférence. Une ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements et syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GENOSTRYCHNINE **POLONOVSKI & NITZBERG** ou **Ampoules, Gouttes, Granules** **GENOSTHÉNIQUES** (Cacodylate de Génostrychnine et de Génésérine.) *Deux granules* ou XX gouttes à chacun des 3 repas. Une ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Anémie. Neurasthénie. Surmenage. Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE **POLONOVSKI & NITZBERG** en comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 par jour) ou ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs. 4 Ctgrs de Génomorphine = 1 Ctgr de Morphine.	La douleur. L'anxiété. — L'agitation. Les dyspnées spasmodiques. La démorphinisation.

LABORATOIRE DES PRODUITS " AMIDO "
A. BEAUGONIN, *Pharmacien*, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

Reconstituant - Tonique
Hémopoïétique - Anti-Toxique

PHYTOSPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS 3e

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmo. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy PARIS

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour " Strophantus et Strophantine ", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 19 SEPTEMBRE 1934. — N° 75.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Syndrome de Raynaud et hypophyse, par M. le professeur H. Roger et M. M. Audier (de Marseille).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.
CHRONIQUE
Nouvelles scènes de la vie animale.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques du cancer de l'estomac (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine* vacantes le 1er mai 1935. — L'ouverture du concours aura lieu le samedi 15 décembre 1934, à 9 h. 1/2, au parc des Expositions, porte de Versailles, Paris (XVe).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., depuis le samedi 3 novembre jusqu'au mercredi 28 novembre 1934 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs de la carte d'identité et du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Année scolaire 1934-1935.* — **Examens de chirurgie dentaire.** — *Avis très important.* — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire.

En tout cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Session d'octobre-novembre 1934. — La mise en série des étudiants candidats aux différents examens de chirurgie dentaire sera affichée le mercredi 31 octobre 1934.

L'ouverture de la session est fixée au lundi 5 novembre 1933.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, guichets nos 2 et 3, les vendredi 5 (pour l'examen de validation de stage dentaire) et samedi 6 octobre 1934 (pour les examens de fin d'année), de midi à 15 h.

Session de juin-juillet 1935. — 1° Examen de validation de stage dentaire :

La session s'ouvrira le lundi 20 mai 1935.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 11 et mardi 12 mars 1935, de midi à 15 h.

La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 15 mai 1935.

2° Premier, deuxième et troisième examens :

La session s'ouvrira le mercredi 12 juin 1935.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., aux dates suivantes : lundi 11 mars 1935 (étudiants à 4 inscriptions), mardi 12 mars 1935 (étu-

COQUELUCHES

AQUINTOL MIALHE

diants à 8 inscriptions), mercredi 13 mars 1935 (étudiants à 12 inscriptions).

Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 5 juin 1935.

MARINE. — Les officiers du Corps de santé dont les noms suivent sont autorisés à subir les épreuves des concours pour les emplois de chargés de cours dans les écoles annexes de médecine navale qui auront lieu à Toulon.

21 septembre 1934 : A. *Chimie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.* — MM. Le Gousse, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Cherbourg ; Merrien, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Toulon.

22 septembre 1934 : B. *Anatomie aux écoles annexes de Brest et Rochefort.* — MM. Barge, médecin de 1re classe en service à Brest ; Siméon, médecin de 1re classe en service à Rochefort.

24 septembre 1934 : C. *Physique à l'école annexe à Toulon.* — M. Damany, pharmacien chimiste de 1re classe en service à Indret.

DISPENSAIRES ANTITUBERCULEUX. — Un concours sur titres pour un poste de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux sera ouvert à Grenoble vers le 15 novembre. Les candidats devront adresser leurs pièces pour le 1er novembre 1934 au Comité départemental de lutte contre la tuberculose, siège social : préfecture, Grenoble (Isère).

Les appointements de début de ce médecin seront ceux du médecin adjoint au directeur des services d'hygiène du département, soit 37.000 fr. par an.

Le service de ce médecin commencera au 1er janvier 1935.

HOPITAL BROUSSAIS. — *Cours de revision d'une semaine* (12 au 17 novembre 1934) *sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux ; P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux ; Joannon, agrégé ; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire : ou bien à la Faculté de médecine, tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.) ; ou bien à l'hôpital Tenon auprès du docteur Blondel, assistant du service, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours.

Droit d'inscription : 250 fr.

Cosmobiologie. — Sous les auspices de la Société médicale du Littoral méditerranéen, de l'Office météorologique de la Ville de Nice et de l'Institut d'Etudes des radiations solaires, terrestres et cosmiques (fondé à Nice, en 1932), une Revue va paraître, nommée *Cosmobiologie*, et consacrée aux Sciences anciennes et modernes, ayant pour objet l'étude des relations de la vie terrestre avec les forces de l'univers. Cette Revue publiera les conférences qui ont été données, l'hiver dernier, à l'Institut d'études des radiations solaires, sous le patronage de M. J. Médecin, maire de Nice, et la présidence du professeur J. Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, ainsi que celles qui seront données durant les sessions suivantes. La Revue publiera aussi des mémoires sur des sujets relatifs à son objet et fera une large place aux recherches originales. Elle donnera le résultat des observations effectuées dans le premier poste, créé en 1933 par le même Institut, à l'Observatoire de Nice, avec l'autorisation de l'Université de Paris. Ces observations ont permis de prévoir et d'annoncer les périodes catastrophiques qui se sont déroulées durant le premier semestre de l'année 1934.

La Revue sera internationale, et elle fait appel, dès à présent, au concours de tous ceux qui s'intéressent à ces études nouvelles. Elle sera rédigée en français, et ses principaux articles seront résumés en anglais, en allemand et en esperanto. La bibliographie sera traitée avec soin : on tentera d'y donner, sous la forme d'analyses, de comptes rendus, ou au moins de références exactes et complètes, le résumé de tout ce qui paraîtra dans le monde, touchant l'influence des forces cosmiques, et particulièrement leur action biologique et pathologique.

Voici quelques-uns des articles annoncés :

Conférences et mémoires. — Professeur Laignel-Lavastine (de Paris) : présentation de la Revue *Cosmobiologie*. — Professeur Piéry, de la Faculté de Lyon : Les notions actuelles sur les climats et la climatologie de l'avenir. — Professeur Giraud (de Montpellier) : La météorologie médicale. — Dr M. Faure, président de la Société médicale du Littoral méditerranéen, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Gênes : Les origines de la cosmobiologie. — A. Schaumasse, astronome de l'Université de Paris à l'Observatoire de Nice : 1° Le système solaire ; 2° Evolution et révolution des planètes. — Professeur Boutaric, de la Faculté des sciences de Dijon, membre du Comité météorologique international (section de la radiation solaire) : La gamme des ondes. — Professeur Lamarque (de Montpellier) : Les rayons X et la constitution de la matière. — A. Lumière, membre correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine : Action biologique des rayons solaires. Dr Saidman, directeur de l'Institut d'actinologie : Les rayons solaires ultra-violets et leurs effets biologiques. — Professeur Cabannès (de Montpellier), membre correspondant de l'Académie des sciences de Paris : La diffusion des radiations solaires par l'atmosphère : le bleu du ciel. — Hubert Jausion, professeur agrégé au Val-de-Grâce : Les maladies dues à la lumière. — A. Aimès, professeur agrégé à Montpellier : Les bains de soleil.

Recherches originales. — Professeur Nicolas Pende, de l'Université de Gênes, président de l'Académie royale de médecine : La biologie des races humaines et la constitution ethnique nationale. — K.-E. Krafft (de Zurich) : 1° L'hérédité de la date de naissance ; 2° Le tempérament musical et la date de naissance ; 3° Relations des périodes lunaires avec les naissances. — Dr E. Budai, de l'Union royale des médecins de Budapest : Relation des crises solaires avec les maladies aiguës. — Professeur Tchijevsky, de l'Université de Moscou : Les rapports des phénomènes sociaux avec les variations de l'activité solaire. — Memery, directeur de l'Observatoire de Talence (Bordeaux) : Relation des périodes solaires avec les variations météorologiques. — L. Mercier, licencié ès sciences : La lune émet-elle une radiation propre ? — Dr G. Sardou : La sensibilité météorique. — Dr M. Faure : 1° L'observation des taches du soleil ; 2° La neige. — Dr J. Regnault, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale : La perception des radiations telluriques par les sourciers. — Dr Vallet, président du Bureau des Constatations de Lourdes : Les guérisons inexpliquées, etc...

Rédaction de Cosmobiologie, 24, rue Verdi, à Nice.

Insomnies Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme.*
PILULES ET GRANULES

Gravidostyl

Sérum de jument gravide

préparé par l'INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE du Dr Roussel

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE
ENFANTS PRÉMATURÉS
DÉFICIENCES HORMONALES

Boîte de **6 FLACONS-AMPOULES** de **10cc** - PRIX : **25fr.**

POSOLOGIE : **1 à 3 FLACONS-AMPOULES** PAR JOUR
par voie buccale, rectale ou hypodermique

Échantillons :
LABORATOIRES DU **Dr ROUSSEL**
97, Rue de Vaugirard - PARIS (6e)

QUELQUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES

DAUSSE

Médications :

ANTIDIARRHÉIQUE — La **SALICAIRE** DAUSSE (*fluide*) - 3 à 5 grammes par jour.

ANTIFURONCULOSIQUE — L'**ANTIFURONCULEUX** DAUSSE - (Bardane stabilisée, Etain, Manganèse) 3 pilules matin, midi et soir.

ANTISPASMODIQUE — L'**INTRAIT de PASSIFLORE** (Intraits de Passiflore, de Valériane, Aubépine, Gelsémium) - 2 cuillerées à café par jour, 1/4 d'heure avant le repas de midi et du soir.

ANTITUBERCULEUSE — Les **CAMPHODAUSSE** injectables

a) **Strychniné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Strych. 0,001) 1 ampoule par jour.

b) **Cholestériné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02) 1 ampoule tous les 2 ou 3 jours.

c) **Strychniné-Cholestériné**, *amp. 2 c. c.* (Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02; Sulf.-Strychniné 1/2 millig.)

d) **Spartéiné**, *ampoules 2 c. c.* (Camphodausse 0,20; Sulf.-Spartéine 0,04) 1 à 3 ampoules par jour.

HÉPATIQUE — **ARTICHAUT** (*pilules* DAUSSE) 4 à 6 par jour avant les repas — **HÉPATIQUE** *tisane* DAUSSE) 1 tasse à thé d'infusion le soir au coucher

NERVEUSE — Les Gouttes **ARSÉNOSTHÉNIQUES** DAUSSE (Strychnine, Méthylarsinate, Extrait Cola, Extr. Quina) XX gouttes = Sulf.-Strych. 0,001 ; Méthyl. 0,005.

Débuter par 10 gouttes à chaque repas, progresser jusqu'à l'apparition des symptômes de saturation ; on peut atteindre ainsi progressivement 100 et même 200 gouttes par repas. (Cette dernière dose 0,01 de Strychnine.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS

Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes

DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE

Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

SYNDROME DE RAYNAUD ET HYPOPHYSE

PAR MM.

H. ROGER, Professeur de clinique neurologique

et

M. AUDIER, Chef de clinique adjoint

A la Faculté de médecine de Marseille.

On connait depuis longtemps les troubles vaso-moteurs consécutifs aux lésions du mésencéphale. Des travaux récents (Roussy et Mosinger, Cornil et Mosinger) ont attiré l'attention sur l'importance de ces troubles dans certaines affections diencéphaliques. Les rapports de Lhermitte, d'A. Thomas à la Réunion neurologique internationale de 1934 ont montré le rôle capital que jouait le tuber dans certaines fonctions végétatives faisant intervenir la régulation sympathique. D'autre part, les glandes endocrines ont été souvent incriminées dans la pathogénie des syndromes vaso-moteurs des extrémités ; en particulier Lévy et de Rothschild en font une cause essentielle des crises vaso-motrices, qu'ils appellent « angiocriniennes ». Il n'est donc pas étonnant que l'hypophyso-tuber, ce complexe neuro-endocrinien, soit parfois à l'origine de ces troubles, à cause même de sa double polarité. Car il est bien entendu que nous ne séparons pas ici l'hypophyse du tuber, ce qui est difficilement réalisable dans l'état actuel de nos connaissances, et que nous admettons, dans l'étude qui va suivre, la possibilité d'une atteinte nerveuse ou endocrinienne et parfois mixte.

Ce rôle vaso-moteur de la région hypophyso-tubérienne a été démontré par l'*expérimentation*. Pohle avait remarqué que l'ablation de l'hypophyse amenait de l'œdème avec vaso-dilatation des capillaires. Différentes expériences de Leschke, de Dresel démontrent l'existence d'un centre vaso-moteur diencéphalique. Enfin Cushing obtient de la vaso-dilatation périphérique par injection intra-ventriculaire d'extrait hypophysaire ou de pilocarpine. Ce rôle vaso-moteur important du diencéphale est incontestable et la clinique, comme nous le verrons, confirme ce point de vue.

Mais si l'expérimentation est peu poussée dans ce sens, l'*étude pharmaco-dynamique* des extraits hypophysaires a permis à Olliver Schafer, à Howel, à Falta et Ivcovic de décrire l'action circulatoire importante de cette glande. On sait que l'injection d'extrait de lobe postérieur donne de l'hypertension par vaso-constriction intense. Dans cet extrait une hormone à action vasculaire a été isolée : la vaso-pressine. Il n'est pas inutile de faire remarquer, pour ce qui va suivre, que cet effet vaso-constrictif peut être inversé, si l'on fait des injections successives de demi-heure en demi-heure, avant que l'effet hypertensif précédent soit épuisé.

Enfin l'hormone capillaire vaso-constrictive, décrite par Krogh, aurait, à côté de propriétés physiologiques communes, de grandes ressemblances chimiques avec l'hormone hypophysaire.

A côté de l'expérimentation et de la pharmacodynamie, la *méthode anatomo-clinique* devait montrer l'importance des troubles de la vaso-motricité dans les lésions de l'hypophyso-tuber.

Il nous faut remarquer tout d'abord que l'on a surtout observé des acrocyanoses et que les syndromes de Raynaud consécutifs à des lésions hypophysaires nettes sont assez rares. Le rôle de l'hypophyse dans les *acrocyanoses* a été signalé par Pende. Lereboullet, Hutinel, Layani dans sa thèse (Paris, 1929). May et Layani, dans leur rapport au XXIIe Congrès de Médecine, insistent sur cette importante étiologie, qu'ils peuvent prouver par des examens interférométriques. Roussy et Mosinger (*Revue Neurologique*, février 1932) ont étudié trois cas de traumatisme du crâne, ayant produit des lésions diencéphalo-hypophysaires. Deux de ces malades présentaient des troubles vaso-moteurs caractérisés par de l'hypertension, de l'élévation de l'indice oscillométrique. Les épreuves des bains chaud et froid, l'étude de l'érythème histaminique montrèrent de nettes modifications des réactions vaso-motrices. L'*irradiation* de la base du cerveau a amené chez ces malades, de même que l'injection d'extrait hypophysaire, une nouvelle élévation de la tension artérielle, de l'indice oscillométrique, et une modification de l'érythème histaminique. Fait à rapprocher des résultats obtenus grâce à la diélectrolyse transcérébrale médiane dans un cas de syndrome thalamique, où les modifications vasculaires furent importantes.

Ces considérations nous paraissent utiles pour mieux fixer l'action vasculaire de l'hypophyse et son rôle dans l'étiologie de certains *syndromes de Raynaud*. En effet, les observations typiques sont peu nombreuses et en général les signes hypophysaires peu caractéristiques.

Il nous faut tout de même tenir compte de deux observations de Prizbram, qui obtint chez des malades ménopausées, atteintes de syndrome de Raynaud, une nette amélioration des troubles syncopaux par le traitement hypophysaire. Dans le même ordre d'idée, Claude et Tinel publièrent un syndrome de Raynaud émotionnel, guéri par des injections d'extrait hypophysaire.

Mais surtout les cas suivants nous paraissent plus démonstratifs. Prizbram cite un malade atteint de syncopes des extrémités, chez lequel il n'existait aucun signe clinique de la série hypophysaire, mais où la radiographie a démontré la présence d'un *élargissement de la selle turcique*, et où l'opothérapie spécifique a donné une nette amélioration.

Nous pouvons rapprocher de ce cas l'observation de Naldo Nicolis, dont le malade présentait depuis quelques années des crises syncopales des extrémités. Il n'avait aucun signe d'hypertension intra-cranienne et ne présentait aucune déformation acromégalique. Mais la radiographie montra la présence d'une selle turcique très agrandie, à la fois plus profonde et plus large que normalement.

Roux en 1902 présente un malade sclérodermique qui a, en outre, des troubles vaso-trophiques rappelant le syndrome de Raynaud. L'examen histologique devait montrer des *lésions hémorragiques et des lésions dégénératives des cellules de la glande pituitaire*.

Fontaine (de Toulouse), dans sa thèse, cite un cas

d'asphyxie symétrique paroxystique, non précédé de syncopes locales et non douloureux, survenu chez une malade atteinte d'un *syndrome adiposo-génital*.

Dans l'*acromégalie*, à côté de troubles vaso-moteurs non systématisés signalés par Souza-Leite, Sternberg, Hoffmann, et de l'observation déjà ancienne de Bottinger, il faut signaler un cas d'acromégalie compliqué de syndrome de Raynaud et d'hémoglobinurie paroxystique (Chwosteck). Dans une étude de Ludo van Bogaert et R. Delbeke, parue en 1925, est exposée l'histoire clinique d'un malade atteint d'acromégalie nette, compliquée de crises syncopales des extrémités. L'opothérapie hypophysaire ne donna ici aucun résultat, par contre la radiothérapie eut une action momentanée.

Nous pouvons rapprocher de ces cas l'observation que l'un de nous a publiée dans une étude sur le diabète acromégalique. En voici le résumé :

Go... Emile, comptable, âgé de 33 ans, souffrait depuis 1918-19 de céphalées temporales, d'asthénie physique et psychique, de palpitations. Progressivement, il y a un an, ses mains et ses pieds augmentèrent de volume, sa taille se mit à croître pendant que son faciès se modifiait. En avril 1921, il présentait déjà à l'examen un aspect acromégalique typique avec une selle turcique considérablement élargie et creusée, mais il n'avait alors aucun signe de diabète. En 1927, les céphalées continuent ; les signes d'acromégalie sont encore plus nets, la taille est d'un mètre quatre-vingt-dix, les mains et les pieds sont très augmentés de volume, le nez est énorme, la mâchoire inférieure très saillante. Il n'existait aucun trouble de la diurèse. En avril 1932, devait se révéler un syndrome de diabète sucré, caractérisé par de la polydypsie, de la polyurie (5 à 6 litres), de la glycosurie (50 gr. par litre) et de l'amaigrissement (20 kgr.). Ce syndrome fut nettement amélioré par un traitement diététique et insulinique.

Mais, fait qui nous intéresse particulièrement, le malade, *depuis l'apparition de son acromégalie*, accuse, surtout l'hiver, et parfois même l'été, les syncopes locales des extrémités prenant plus particulièrement les deuxième et troisième doigts. Ces syncopes sont d'assez courte durée. Fin 1932, le malade s'en plaint moins qu'il y a quelques années, les crises sont plus rares et uniquement hivernales. Depuis deux mois environ, le malade fait une nouvelle poussée de glycosurie avec acidose intense : 100 gr. de glucose et 1 gramme d'acétone par litre ; mais il n'a plus présenté de crises syncopales.

Enfin, nous avons observé un exemple des plus caractéristiques de l'association de *diabète insipide* hyphophyso-tubérien et de syndrome de Raynaud ; nous allons l'étudier longuement :

Diabète insipide survenu à l'âge adulte et datant d'une dizaine d'années. Association de syndrome de Raynaud. Bordet-Wassermann positif dans le sang. Hérédo-syphilis vraisemblable. Amélioration de la polyurie et du syndrome de Raynaud par l'extrait hypophysaire en prises nasales. Guérison des syncopes locales depuis ce traitement.

Madame So.., âgée de 49 ans, est envoyée à la clinique neurologique par le professeur Payan avec le diagnostic de *diabète insipide*. En effet, elle avait déjà consulté en 1924, pour une polyurie marquée avec soif intense, sans augmentation de l'appétit. Une analyse d'urines avait alors montré l'absence de sucre et affirmait le diagnostic.

Le début de l'affection ne peut être précisé. Il fut en tout cas progressif ; mais les symptômes étaient surtout nets depuis 1923, où une diurèse de 12 litres environ s'était installée avec une soif très vive. En même temps que s'était installée la polyurie, le malade voyait ses extrémités devenir froides et violacées. Bientôt de véritables crises syncopales y apparurent, de plus en plus fréquentes. En 1924, un traitement par l'acétylarsan et l'opothérapie hypophysaire, suivi plus ou moins régulièrement, ne donna aucun résultat. A ce moment-là, les crises survenaient à raison de 5 à 6 dans la journée, chacune étant précédée par un frisson qui durait de 1 à 5 minutes et s'accompagnant de tremblement généralisé. Les syncopes locales sont facilement déclenchées par les courants d'air, les variations thermiques les plus légères, par exemple, lorsque la malade saute du lit ou lorsqu'elle change de pièce. Elle a remarqué aussi que les boissons froides ont une action favorisante. La durée de ces crises est variable.

Elle avait maigri considérablement, mais depuis un an, elle a repris 10 kilos. Il n'existe pas de troubles du sommeil.

ANTÉCÉDENTS. — Sa mère aurait eu huit grossesses prématurées et trois enfants vivants à terme. Son père est mort de cardiopathie. Son mari a été soigné pour bacillose pulmonaire ; actuellement bien portant, il ne présente aucun signe de syphilis. Elle-même a eu 4 grossesses dont un avortement de trois mois ; elle a perdu un enfant âgé de 18 jours d'affection indéterminée, elle a deux enfants bien portants. Elle a eu la grippe en 1918, la scarlatine en 1920. Bien réglée auparavant, elle est ménopausée depuis deux ans.

EXAMEN 10 novembre 1927. — Malade présentant un bon état général.

Crâne, pas de douleur à la percussion de la voûte. Pas de signe de paralysie faciale ou oculaire. Les pupilles sont régulières, égales et contractiles. La motilité du voile est bonne.

Membres supérieurs. — Les doigts sont violacés, la main n'est pas augmentée de volume, mais est nettement refroidie. La force musculaire est bonne. Les réflexes stylo-radiaux sont un peu vifs. Les bicipitaux, les tricipitaux sont normaux. Il n'y a ni dysmétrie, ni adiadococinésie.

Abdomen. — Les réflexes abdominaux sont plutôt vifs.

Membres inférieurs. — Pas de chute dans l'épreuve gynécologique, pas de décollage des membres inférieurs dans l'acte de s'asseoir. Pas de point douloureux sciatique. Les réflexes rotuliens sont un peu vifs, les achilléens normaux. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. La démarche est normale. Il n'y a pas de Romberg.

L'auscultation thoracique ne révèle aucune lésion cardiaque ni pulmonaire. La tension artérielle prise vers la fin d'une crise est la suivante, au Pachon-Gallavardin : bras droit mx 15,5 mn 5, indice , bras gauche mx 15,5, mn 9, indice 5. Pas d'oscillations aux avant-bras, alors qu'avec l'appareil de Pachon avec simple brassard, cet indice est de 1/4 de division à gauche et de 1/2 à droite aux avant-bras.

La *ponction lombaire* ramène un liquide clair, dont la tension est de 12 ; il y a 0 gr. 25 d'albumine et 1,2 éléments par mm³. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Pendant deux jours, à la suite de la ponction lombaire, la diurèse fut de 8 litres au lieu de 12 et la soif est moins impérieuse.

Les *urines* ne contiennent ni sucre ni albumine ; il y a 2 gr. 25 d'urée, 1 gr. 40 de chlorures, 0 gr. 45 de phosphates. Une radiographie de la selle turcique est normale. Un examen oculaire montre une myopie assez accentuée, un champ visuel légèrement rétréci dans sa partie externe et normal pour les couleurs. La tension rétinienne est très élevée, 100 et 140 mm.

On pratique un *test à l'adrénaline* qui donne : avant l'injection d'un demi-milligramme d'adrénaline intramusculaire :

Pouls 80, tension au Vaquez 14-9 ;
Après 10 minutes :
Pouls 72, tension 14-8 ;
Après 20 minutes :
Pouls 72, tension 16-10 ;
Après 30 minutes : retour à la normale.

Il y a eu de la vaso-constriction avec pâleur des doigts 10 minutes après l'injection, et la malade a remarqué que, les deux jours suivants, les syncopes locales étaient plus intenses et plus fréquentes. Par contre, le test à l'acétycholine donne une vaso-dilatation nette, perçue cliniquement et à l'oscillomètre.

L'*injection d'extrait hypophysaire* fait baisser la diurèse de 12 litres à 4 litres.

EVOLUTION. — Le 28 novembre, la malade a reçu des injections de post-hypophyse pendant 4 jours la diurèse se maintient à 4 litres et le syndrome de Raynaud ne s'est plus manifesté. On conseille de continuer les injections de post-hypophyse pendant 15 jours, au rythme suivant : 4 jours de traitement et 3 jours de repos.

Le 12 décembre, depuis qu'elle suit un traitement hypophysaire, la malade note la réapparition de cauchemars qui avaient cessé lorsque était survenue la polyurie. Elle ressent aussi des crampes dans la région cervicale, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. La polyurie est moins influencée par la post-hypophyse.

Le 2 janvier 1928, les injections d'hypophyse n'ont plus aucune action sur les crises de vaso-constriction. Il faut noter par contre qu'après une période d'injections surviennent des douleurs siégeant dans le petit bassin et vraisemblablement utérines. Parfois, Mme So... ressent après la piqûre un endolorissement passager de la région lombaire. Traitement prescrit : Muthanol, une injection tous les cinq jours, sulfate d'atropine, un milligramme par jour.

Vers le 15 janvier 1928, à la suite d'un deuil brutal, la polyurie s'est accentuée et atteint 16 litres pendant 8 jours, puis est revenue au taux habituel de 12 litres pendant 15 jours, et spontanément, sans traitement hypophysaire, est descendue à 7 litres.

Le 12 mars 1928, Mme So... urine de nouveau 12 litres. Elle a autant de syncopes locales qu'auparavant. Le traitement bismuthique n'a amené aucune amélioration de la polyurie et des troubles vaso-moteurs. On prescrit 20 unités d'insuline par jour. Le 26 mars 1928, pas d'amélioration des syncopes locales, on conseille l'héliothérapie.

Le 4 juin 1928, les syncopes ont diminué de fréquence depuis la saison d'été, l'héliothérapie aurait amélioré la malade. On préconise un traitement radiothérapique de la région hypophysaire (docteur Huguet) ; au bout de 8 séances, pas d'amélioration de la polyurie et des phénomènes d'asphyxie. On reprend la post-hypophyse à raison de 3 par semaine.

Le 14 janvier 1929, le traitement hypophysaire, continué sans arrêt, ne produit que des améliorations passagères ne dépassant pas les heures qui suivent l'injection. On prescrit de la *poudre d'hypophyse en prises nasales.*

Le 29 juin 1929, le traitement par la poudre d'hypophyse a une action très heureuse sur la polyurie, qu'elle diminue de façon régulière. Enfin la malade depuis un mois et demi n'a plus eu de syncopes locales, mais nous sommes en été. A remarquer depuis le début de ce traitement des insomnies fréquentes.

Le 10 mars 1930, Mme So... a continué à priser deux fois par jour de l'extrait hypophysaire. Il existe une nette amélioration des signes de diabète insipide, en particulier disparition de la sensation de soif impérieuse. Etat général très amélioré. Durant tout l'hiver, bien qu'elle se soit exposée au froid, elle n'a eu qu'une seule crise asphyxique, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Une nouvelle radiographie de la selle turcique ne montre rien d'anormal. L'examen oculaire est normal. On fait continuer la poudre et on ajoute deux injections d'acétylarsan par semaine.

Le 23 juin 1930, la malade revient consulter pour faiblesse des membres inférieurs s'accompagnant de sensations paresthésiques à type de fourmillements. Parfois, difficulté à uriner, la malade étant obligée de pousser. A l'exament, l'achilléen droit est un peu moins vif que le gauche, la motricité et la sensibilité sont normales. Il n'y a pas de douleur provoquée le long du rachis. Rien de nouveau aux membres supérieurs ni à la face. Il est à noter qu'il n'y a plus de syncopes des extrémités depuis l'hiver. Un nouveau Bordet-Wassermann est positif dans le sang, la malade refuse la ponction lombaire. On lui prescrit Muthanol, deux injections par semaine, Acécoline 20 cent. tous les deux jours.

On revoit la malade le 25 avril 1932. Depuis un an, elle souffre de douleurs rachidiennes par intermittence. Ces douleurs s'irradient en ceinture et s'accompagnent de sensations paresthésiques de l'abdomen, des membres inférieurs. Mais ces symptômes de diabète insipide sont toujours atténués depuis qu'elle prend de la poudre de post-hypophyse. Durant l'hiver 1931-1932 elle n'a eu que deux crises de syncopes locales.

Elle entre de nouveau à l'hôpital le 24 août 1932. L'examen neurologique ne montre rien de net. Son métabolisme basal est abaissé de 19 p. 100, une nouvelle radiographie du crâne montre les mêmes signes que précédemment. L'examen oculaire ne montre qu'un très léger rétrécissement du champ visuel.

Le 22 mars 1933, Mme So... n'a pas eu de syncopes locales cet hiver, mais dans les mêmes circonstances étiologiques, en particulier lors de l'exposition au froid, elle ressentait parfois de la constriction thoracique. Les phénomènes parétiques des membres inférieurs ont disparu.

Le 14 octobre 1933, les symptômes de diabète insipide sont toujours discrets, grâce à la poudre d'hypophyse. La malade n'a plus eu de manifestations de syndrome de Raynaud depuis près de deux ans. Les mains sont de coloration et de température normales. Un examen oscillométrique ne montre pas de modifications sensibles.

Cette longue observation est intéressante à plusieurs chefs. Tout d'abord, au point de vue symptomatique, il s'agit de toute évidence d'un syndrome de Raynaud, caractérisé par des syncopes des deux mains. Il est à noter que ce syndrome n'est jamais arrivé à la période de troubles trophiques. Comme autre particularité, il nous faut signaler ce fait que chaque crise était précédée de frissonnements rappelant ceux qui accompagnent, soit les phénomènes de choc colloïdoclasique, soit un accès fébrile, sans d'ailleurs qu'on ait pu déceler de modifications de la température centrale. Nous noterons aussi une cause déclenchante curieuse, c'est l'ingestion de boissons fraîches.

L'évolution de cette affection est aussi très curieuse et instructive. On voit en effet la *coexistence du diabète insipide et du syndrome de Raynaud.* De plus, la malade se plaignait fréquemment de paresthésies, de douleurs éminemment variables, de siège et d'intensité, affectant surtout le type de strictions thoraciques. Tous ces phénomènes secondaires se sont accentués depuis la disparition des crises syncopales et

l'on peut se demander s'il ne s'agit pas de douleurs sympathiques, sorte d'équivalent de la crise de Raynaud.

Les relations entre la lésion ou le dysfonctionnement hypophyso-tubérien, qui sont à l'origine du diabète insipide, et l'évolution du syndrome de Raynaud nous paraissent évidentes : les deux affections ont débuté en même temps, ont évolué parallèlement. Les périodes, où le diabète insipide était très marqué, s'accompagnaient de fréquentes syncopes locales, et par contre l'amélioration du diabète, par l'extrait hypophysaire en prises nasales a coïncidé avec la disparition de ces mêmes crises angiospastiques.

Quelle est l'étiologie de cette lésion hypophysaire ? Il nous paraît que la *syphilis* est en cause. A côté d'examens négatifs du sang et du liquide céphalo-rachidien, nous avons eu un Bordet-Wassermann positif dans le sang, après réactivation par l'acétylarsan. L'absence d'aucun symptôme oculaire et de déformation de la selle turcique chez cette malade suivie depuis six ans, nous permet d'éliminer d'une façon presque formelle l'hypothèse d'une tumeur. Quant à la nature des lésions syphilitiques chez notre malade, il est difficile de se prononcer : le diagnostic de gomme est peu vraisemblable, étant donnée l'absence de tout phénomène de compression sur les nerfs de voisinage. On serait plutôt tenté de penser à une méningite basilaire retentissant soit sur la glande, soit sur l'infundibulo-tuber. Mais, le liquide céphalo-rachidien, examiné à une période relativement voisine du début, n'a montré aucune réaction cytologique ou albuminologique sérieuse. Peut-être s'agit-il d'une simple sclérose d'origine hérédo-syphilitique tardive. Si la malade et son mari n'ont jamais présenté de signes de syphilis acquise, par contre, les antécédents collatéraux (huit frères morts prématurés) nous font penser à la possibilité d'une hérédo-spécificité.

L'étude des différents traitements employés est intéressante. En effet, nous remarquerons l'action momentanée de l'extrait hypophysaire en injection. Par contre, la poudre d'hypophyse en prises nasales a une action plus durable, plus nette, puisque à partir de ce traitement la malade ne présente plus que quelques rares crises, celles-ci ont d'ailleurs cessé complètement depuis deux ans. Nous soulignerons particulièrement le fait que deux hivers entiers se sont passés sans manifestations asphyxiques des doigts. Le syndrome de Raynaud est donc nettement amélioré. Cette malade qui était une véritable infirme du fait de son diabète insipide et de son acro-asphyxie peut maintenant vivre normalement, grâce à deux ou trois prises quotidiennes de post-hypophyse.

***

Ces différents cas étudiés sont intéressants, car ils permettent d'apporter quelques faits nouveaux à l'étude de la PATHOGÉNIE DES SYNDROMES DE RAYNAUD.

Diverses théories se sont proposées d'expliquer la genèse de ces crises syncopales : théories nerveuses, vasculaires, endocriniennes, musculaire, sanguine... Toutes ont un fondement physiologique, la plupart apportent des preuves cliniques. Autant dire qu'on ne saurait donner une explication exclusive des phénomènes observés et que l'éclectisme là aussi est de rigueur.

Qu'il y ait des cas où les crises de vaso-constriction artériolaire soient sous la dépendance de *lésions anatomiques artérielles ou nerveuses*, centrales ou périphériques, nul ne peut le contester. Mais il est non moins évident que beaucoup de maladies de Raynaud ressortissent à des *troubles fonctionnels purs*. Il s'agit le plus souvent d'un dysfonctionnement du système nerveux vaso-moteur : soit qu'il y ait hypertonie des vaso-constricteurs, ou encore seulement hyperexcitabilité anormale du système.

Or, on sait l'importance des corrélations qui existent entre le système végétatif et les glandes endocrines. Les *troubles endocriniens* sont fréquemment à l'origine des crises d'angiospasmes, artériolaires. Raynaud avait déjà insisté dans sa thèse sur ce point de pathogénie. Lévy et de Rothschild créèrent le terme de « crises angiocriniennes ». Voivenel et Fontaine, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles en 1910, Fontaine dans sa thèse (Toulouse 1912), donnent des preuves convaincantes à l'appui de cette théorie.

Nos deux cas s'ajoutent à ceux décrits par les différents auteurs pour confirmer cette hypothèse. Chez le malade Go..., nous avons pu ajouter aux tests cliniques et radiologiques un *examen interférométrique*, qui démontra nettement un dysfonctionnement hypophysaire.

Nous avons vu que l'*hypophyso-tuber*, dont le rôle vaso-moteur est démontré par la physiologie, peut présenter des lésions qui retentissent sur la circulation des extrémités. Leur nature et leur étiologie sont variables : tumeurs, hémorragies, inflammation méningée surtout syphilitique, sclérose ; de même leur siège, lobe antérieur ou postérieur et peut-être tuber. On peut même ajouter qu'il existe probablement, en dehors des lésions nettes, des cas où seul un dysfonctionnement est en cause.

Par quel *mécanisme physio-pathologique* agissent ces troubles hypophysaires ? Il est vraisemblable que l'altération hypophysaire n'agit pas directement, mais seulement par l'intermédiaire des perturbations du système neuro-végétatif qu'elle provoque. Pour Prizbram, au contraire, le syndrome de Raynaud est la conséquence directe du dysfonctionnement hypophysaire et est guéri par l'opothérapie spécifique. Pour Claude et Tinel, l'extrait hypophysaire n'agirait en réalité que comme élément régulateur du déséquilibre neuro-végétatif, ce qui est plus vraisemblable. Il est à remarquer d'ailleurs que l'action spécifique de l'extrait hypophysaire, la vaso-constriction, n'explique pas son action thérapeutique réelle dans les syndromes qui nous occupent, comme l'un de nous l'avait déjà remarqué dans sa thèse. Nous citerons l'hypothèse émise par Naldo Nicolis, pour lequel l'augmentation de volume de l'hypophyse, perçue dans certains cas de syndrome de Raynaud, serait en réalité vicariante et serait la conséquence de l'hyperfonctionnement de cette glande, tendant à rétablir un équilibre endocrinien rompu.

La *conclusion pratique* de ce travail sera qu'il est indispensable de toujours rechercher la pathogénie endocrinienne possible d'un syndrome de Raynaud, et que, dans cet ordre de recherches, il ne faut pas négliger l'hypophyse, dont le rôle, moins net que celui du corps thyroïde ou de l'ovaire, n'en est pas moins très important. L'opothérapie hypophysaire, isolée ou associée aux extraits ovariens ou thyroïdiens, devra toujours être essayée ; elle pourra donner des résultats intéressants, dans les cas où il n'existe aucun syndrome endocrinien net, mais où un déséquilibre endocrino-sympathique latent est à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

RAYNAUD (Maurice). — De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités, *Th. de Paris*, 1862.

BOTTINGER. — *Munch. med. Woch.*, 1899, p. 517.

VOIVENEL et FONTAINE. — A propos de quelques observations de maladies de Raynaud, *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles*, 1910.

FONTAINE (L.). — D'une pathogénie endocrinienne, du syndrome de Raynaud et de divers syndromes vaso-moteurs. *Th. de Toulouse*, 1912.

PRIZBRAM, BRUNO. — Hypophyse und Raynaud's Krankheit, *Munch. med. Woch.*, 1920, p. 211.

ROUSSY et CORNIL. — A propos de deux cas de syndrome thalamique, *Rev. neurologique*, juin 1921.

PENDE. — *Le deboleze di costituzione*, Roma, 1922.

NALDO NICOLIS. — Morbo di Raynaud e ipofisi, *Radiologica medica*, 1922., vol. IX, fasc. 3, p. 118.

MEIGNAN et KAPLAN. — Syndrome de Raynaud, *Gaz. des Hôp.*, 28 nov. et 3 déc. 1925.

CLAUDE et TINEL. — *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 20 mars 1925.

LUDO VAN BOGAERT et DELBEKE. — Acromégalie et syndrome de Raynaud, *Journal de neurologie et de psychiatrie*, Anvers, 1925, p. 511 .

LAYANI. — L'acrocyanose. *Th. de Paris*, 1925.

AUDIER (M.). — Thérapeutique des troubles vaso-moteurs des extrémités, *Th. de Marseille*, 1930.

LERICHE et FONTAINE. — Sur la nature de la maladie de Raynaud, *Presse méd.*, 21 déc. 1932.

ROUSSY et MOSINGER. — Troubles vaso-moteurs dans les lésions traumatiques de la région diencéphalo-hypophysaire, *Revue neurol.*, févr. 1932.

CORNIL (L.) et MOSINGER. — Sur les troubles vaso-moteurs d'origine diencéphalique, *Arch. de Méd. gén. et coloniale*, déc. 1932.

PAILLAS. — La sécrétion interne de l'hypophyse, *Gaz. des Hôpit.*, 1932, nos 31 et 33.

ROGER (H.). — Le diabète acromégalique, *Marseille méd.*, 5 janv. 1933.

LHERMITTE, LARUELLE, TOURNAY. — Rapports à la *Réunion neurologique internationale*, juin 1934.

Guide fiscal du médecin et des personnes exerçant d'autres professions libérales, par Henri-Clément REITLINGER, avocat à la Cour de Paris, licencié ès lettres. — 1 vol. in-16 de 126 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

Hygiène et alimentation du nourrison, par G. PAISSEAU, médecin de l'hôpital Trousseau. Collection « Hygiène et Diététique ». — 1 vol. in-16 de 90 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Gaston Doin et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen

(SÉANCE DU 8 JUIN 1934)

Evolution particulièrement favorable de deux accidents de chasse. Valeur relative de la radiographie pour la localisation des corps étrangers intra-oculaires. — MM. LAMARQUE et VIALLEFONT.

Les éléments du pronostic dans les diphtéries malignes. — MM. JANBON, RATIE et A. VEDEL.

A propos de l'anesthésie à l'évipan sodique. — MM. TERRACOL et F. BALMÈS.

Fistule salivaire externe du canal de Sténon gauche. Dérivation interne par la double ponction. — MM. STEFANINI et COSNIER.

Les injections sclérosantes de glycérine dans le traitement des varices des membres inférieurs. — MM. STEFANINI et GUÉMENT.

Un cas de cyanodermie argyrique. Présentation du malade. — MM. L. RIMBAUD, ANSELME-MARTIN et Mlle BOUGAREL. Il s'agit d'une argyrie remontant à 4 ans d'origine mixte :

a) Vésicale. Lavage de vessie au NO^3 Ag. sol. à 1/1000), 3 par semaine ;

b) Digestive. Solution de collargol à 2 p. 100 — 0,30 par jour depuis deux ans.

Chez ce malade, l'intoxication a eu des manifestations strictement tégumentaires sous forme de cyanoderme prédominant à la face et aux mains.

Quant à l'aspect bleuté de la coloration, il laisse supposer que le NO^3 Ag est le principal responsable de cette intoxication.

(SÉANCE DU 15 JUIN 1934)

A propos d'un cas de retard de consolidation traité par des injections intrafocales de chaux et de silice colloïdale. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et AUSSILLOUX.

Mythomanie délirante. — MM. TOYE et A. DELMAS.

Fissure traumatique de la trachée. — MM. TERRACOL, SAGOLS et J. BALMÈS.

Une observation de larmes de sang. — M. Ch. DEJEAN. Une fillette de 11 ans, durant plusieurs mois et plus d'une année présente un écoulement sanguin spontané, périodique de l'œil gauche, sans lésion ni autre cause locale apparente.

L'hémorragie, née de la surface conjonctivale, est assez abondante pour remplir l'angle interne et couler sur la joue ; elle s'arrête spontanément au bout de deux ou trois minutes.

« Ces larmes de sang » disparaissent définitivement dès la première apparition des règles. Elles sont donc vraisemblablement la localisation d'une hémorragie de suppléance du flux menstruel, donc sous la dépendance d'hormones ovariennes.

Méningite lymphocytaire aiguë bénigne d'origine otitique. — MM. EUZIÈRE, F. VIDAL et P. MAS.

Poussée de glaucome aigu survenue après ponction lombaire. — MM. Villard, Viallefont et Diacono.

(séance du 22 juin 1934)

Corps étranger (épingle de sûreté en pointe en bas) de l'œsophage chez un nourrisson. — MM. Terracol, Pons et J. Balmès.

Mastoïdite chez le nourrisson avec syndrome, pâleur, hyperthermie. Guérison. — M. Sassy.

Epilepsie psychique. — MM. Euzière, Toye et A. Delmas.

Recherches topographiques sur l'innervation des muscles droits de l'orbite. — MM. Dejean et Khaminsky.

(séance du 29 juin 1934)

Mélanome primitif du foie au cours d'un syndrome de Recklinghausen. (Présentation de pièces.) — MM. Vires, Deshons, Ratie et Zakhajm.

Un cas d'hémiatrophie faciale et linguale. — MM. Euzière, J. Vidal et P. Mas.

Deux cas de fièvre exanthématique du littoral méditerranéen. — M. Maury.

Nouveaux procédés de paralysie chirurgicale élective des principaux muscles de l'orbite. — MM. Dejean et Khaminsky.

Syphilis pleurale avec hernie médiastinale. — MM. Vires, Deshons et Zakhajm.

CHRONIQUE

NOUVELLES SCÈNES DE LA VIE ANIMALE

Comme leurs sœurs aînées, les *Nouvelles scènes de la vie animale*, de M. L. Binet (1), se proposent de nous faire assister à quelques-uns des actes de cette pièce qui, sans fin, se joue sur la terre, dans les airs et sous les eaux.

Parlons, pour commencer, des *fêtes nuptiales*. Chez la Libellule, le mâle prend la femelle par le cou ; ainsi tendrement unis, ils forment « une splendide bague à double chaton » (Rémy de Gourmont). Chez certains Termites, même cérémonie préparatoire. Ils commencent par voler de concert. La femelle atterrit la première et agite, jusqu'à ce que le mâle l'ait rejointe, ses ailes qui, alors, se détachent et tombent. Il ne leur reste plus qu'à creuser le sol pour y faire leur nid. *Clunio vulgaris* voltige à la surface des flots, en quête d'une femelle. Dès qu'il l'aperçoit, il « la prie d'amour ». Il se saisit d'elle et l'emporte :

Tu m'emmènes, je t'enlève.
L'oiseau chante dans les bois.

L'union achevée, l'époux se désintéresse de la bien-aimée, qu'il « laisse tomber » sur une pierre, où elle va effectuer sa ponte.

Cebrio gigas est un insecte dont la femelle pousse la discrétion, au moment de l'acte nuptial, jusqu'à rester voilée. Elle cache la tête sous terre. Elle n'extériorise que son oviducte. Il mourra sans connaître ses « traits »...

Et l'Escargot ? Quoique bisexué, il ne peut se livrer à l'auto-fécondation. Heureusement, car cette particularité nous vaut de pouvoir étudier la danse à laquelle il se livre au moment des amours ! Dressées vers le ciel, les soles des deux fiancés exécutent — lentement — des mouvements de pendule, leurs tentacules se caressent. Pendant qu'ils échangent les plus doux baisers, l'un des conjoints enfonce traîtreusement, dans les tissus de son partenaire, certain dard, dit *Gypsobelum*. Judith coupait la tête de son amant · *Helix pigana* se contente de le poignarder.

Non moins étrange, la vie amoureuse du Chat ! Oh, sans doute, nous savons la façon dont *le galant soupire*. Tous, nous avons dans l'oreille les « cris furieux et les plaintes enfantines » que poussent les matous lorsqu'ils se disputent les faveurs de quelque belle. Mais saviez-vous que certains sons ont, sur eux, un effet aphrodisiaque ? Saviez-vous que, lorsqu'ils entendent la note mi^4, rien ne saurait les empêcher de sacrifier à Vénus ? *De la musique encore et toujours...*

Les femmes passent, dit-on, pour aimer les beaux hommes.

Tu sera mon lion superbe et généreux,

dit doña Sol à Hernani. Faiblesse propre à l'espèce humaine! La femelle de *Bonella viridis*, ver marin qui a souvent retenu l'attention des savants, a de 5 à 8 cm. de long : elle « s'entiche » d'un mâle qui ne dépasse pas le millimètre. Elle l'héberge dans son œsophage, dont il n'émigre qu'au moment de la fécondation, pour gagner l'oviducte. Bien mieux ! Elle collectionne les maris. Elle en constitue une réserve. Elle « porte en elle-même son harem de mâles ».

Chez la Chauve-souris, l'accouplement a lieu en automne, la fécondation, au printemps. Pendant toute cette période, le liquide fécondant reste dans l'utérus, dont la muqueuse loge les spermatozoïdes fixés dans les cryptes comme des fusils au râtelier. Quant à « Bébé », la maman commence par l'emporter avec elle dans ses vols. Puis elle le laisse à la nursery. A son retour, lui donne-t-elle le sein ou, adepte des théories collectivistes, fait-elle profiter de son lait n'importe quel nourrisson ? *Grammatici certant.*

Dans *Chantecler*, Edmond Rostand ne manque pas de nous rappeler que la Faisane se pare de l'habit du mâle dès que, chez elle, cesse de fonctionner l'ovaire. C'est donc que, dans la couleur de sa « robe », cette glande joue un rôle capital, que met encore en évidence l'expérimentation. En injectant de la folliculine à un mâle, on parvient à transformer certaines de ses plumes, noires, en plumes rousses, autrement dit, à le « féminiser » partiellement. Soumet-on les poules noires à l'opothérapie thyroïdienne, elles blanchissent. Nous n'ignorions pas que certaines glandes endocrines tiennent sous leur dépendance le timbre de la voix. Elles interviennent donc aussi dans la coloration de la livrée. Plumage et ramage...

Au palefroi de la légende, pour leur voyage nuptial, les Anguilles préfèrent les longs voyages maritimes. Quand elles ont atteint leur maturité, elles revêtent leur parure de noces et vont du ruisseau à la rivière, de la rivière au fleuve, du fleuve à l'océan, dont elles ne tardent pas à gagner les profondeurs. Là, elles s'adaptent à leur nouveau milieu et se reproduisent. Leur progéniture effectue le même trajet, mais en sens inverse. Au bout de trois ans, ayant parfois franchi *cinq mille lieues sous les mers*, elles apparaissent à l'estuaire de nos fleuves, remontant le courant en colonnes serrées, pour s'arrêter dans les terres hu-

(1) In-16 de 171 pages. — Prix : 12 fr. — Paris 1934, N. R. F.

mides qui bordent les lacs, chassant la nuit et, sans doute, le jour, évoquant, entre « collègues »,

...La forêt des coraux abyssins
Qui mêle aux profondeurs de ses tièdes bassins
La bête épanouie et la vivante flore.

Chez les animaux, comme chez leurs frères supérieurs, l'amour ne se réduit pas toujours à quelques *fêtes galantes*. Ils ont, eux aussi, leurs drames passionnels. Au moment de l'union, le Crapaud étreint avec une telle fureur

Le corps voluptueux que son étreinte embrasse

que, parfois, il défonce la poitrine de l'élue. Vient-on à le décapiter, il n'en serre que plus fort. L'inhibition du système nerveux est donc indispensable à ces « embrassements spasmodiques » (Busquet). Et, aussi, l'hypophyse, qui semble (Houssay) avoir la « haute main » sur les fonctions testiculaires.

De l'amour passons, par une transition naturelle, aux combats, où excellent certaines castes guerrières de Termites, de Fourmis (P. Huber, Forel), de Mouches, de Papillons, etc., et, surtout les Araignées, si expertes en matière de cannibalisme que « lorsqu'on garde dans un bocal l'ensemble d'une ponte, on y voit fondre peu à peu la population », jusqu'à ce que leur nombre se réduise à un.

Et s'il n'en reste qu'un, je serai celui-là !

Il arrive que la femelle de *Xysticus* dévore son mari, une fois l'union achevée. Aussi celui-ci prend-il soin, avant de se livrer à de doux ébats, de la fixer par des fils de soie : les liens du mariage. *Mata segmentaris* en tient pour l'union libre. Union qui n'est pas de tout repos, puisque l'amant volage est provoqué en duel par son rival ! Est-il vaincu, il est servi, tout chaud, sur la table nuptiale.

Et le *panier aux Crabes* ? Vous croyez qu'il n'intéresse que le polémiste ? Quelle erreur ! Le physiologiste en fait aussi ses délices. Pris par la patte, notre crustacé « s'échappe en provoquant la rupture de l'extrémité captive ». Les savants qui — après les enfants — ont étudié ce curieux phénomène, lui ont donné le nom d'*autotomie* et ont montré que, s'il est habituellement réflexe, il peut aussi reconnaître une cause psychique. Ils ont été frappés de l'instinct de déguisement du Crabe qui l'apparente encore à certains politiciens. Ils se sont intéressés à ces « contrats » qu'il passe, soit avec les Actinies (Caullery), ceux-là se nourrissant de proies capturées par celles-ci, soit avec l'Oursin (Bouvier), le premier, protégé contre les ennemis du dehors par les dards du second et jouissant ainsi d'une ataraxie qui serait parfaite s'il ne lui arrivait, à lui aussi, d'être parasité ; n'est-il pas envahi par un autre crustacé nommé Sacculine, dont l'agression a pour résultat le plus clair de le réduire, si l'on ose ainsi parler, à l'état de chapon (A. Giard) ?

Dans les *Nouvelles scènes de la vie animale*, combien d'autres données du plus haut intérêt ! Oyez plutôt !

Ici, ce sont les merveilles d'ingéniosité déployées par certains animaux qui, vivant sous l'eau, respirent de l'air atmosphérique, qu'ils transforment leur abri en cloche à gaz, comme l'Argyronète, qu'ils emportent une provision d'air dans leurs trachées (P. Portier), qu'ils l'emmagasinent dans leurs poils hydrofuges, ou qu'ils ponctionnent » certaines plantes aquatiques riches en gaz, grâce au trocart dont est munie leur extrémité postérieure, que, comme certains poissons, ils puissent vivre à force d'aérophagie, ou encore qu'ils aient une double respiration, branchiale et pulmonaire, celle-ci leur permettant une vie aérienne au ralenti, avec somnolence, amaigrissement, azotémie, celle-

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien — 46, Avenue des Ternes — PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
R. C. Seine 38.803
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

là entrant en jeu dès qu'ils se retrouvent dans leur élément, et déclanchant aussitôt une « crise azoturique ».

Là, ce sont certaines particularités propres à l'Escargot, dont le sang contient de l'hémocyanine, riche en cuivre, qui peut vivre sans oxygène, et que les aliénistes rangeraient, sans hésiter, parmi les circulaires : ne passe-t-il pas alternativement par des phases d'activité et d'hibernation ? D'autre part, son cœur, placé dans des conditions expérimentales déterminées, se comporte « humainement », se ralentissant sous l'influence des sels biliaires, s'arrêtant dans l'intoxication chloroformique.

Là encore, ce sont les mœurs des Fourmis qui méritent de retenir l'attention. Dans nos régions, elles sont toujours flanquées d'un troupeau chargé d'assurer leur nourriture. Elles ignorent la crise des domestiques. Elles ont, en effet, à leur service, une série d'insectes, dont les plus curieux sont certains pucerons, les Aphides. Les excreta de ces Aphides sont constitués par un liquide sucré dont la fourmi se montre très friande : elle s'en nourrit et ne manque pas d'en nourrir ses compagnes ou ses larves. Mais aussi, que d'égards pour cette « nourrice » dont le sein est si étrangement placé ! On la sort par beau temps, on la rentre lorsque les nuits deviennent fraîches. On est aux petits soins pour elle. Attention, toutefois, à ne pas se tromper ! Si, au lieu de s'adresser à ces *donneurs universels*, on sollicite le *Lycandarion L.*, celui-ci dévore toutes les larves, au lieu de contribuer à l'alimentation de la communauté !

Nous avons déjà parlé de la vie amoureuse du Chat. Que dire de ses facultés critiques : jugement, raisonnement ? M. Albéric Cahuet ne l'a-t-il pas défini : un intellectuel qui n'écrit pas ? On pourrait aussi consacrer des pages à son émotivité, dont W.-B. Cannon a fait l'analyse physiologique, pour arriver à la conclusion imprévue que, chez cet animal, la peur, au lieu de paralyser les forces, les exalte.

Quelques détails, maintenant, sur la vie des tissus. L'iris est contractile plusieurs jours après la mort. De même, la patte de l'animal mort, si on la plonge dans un liquide approprié. On a vu, chez des animaux intoxiqués par la pelletiérine et qui paraissaient « avoir rendu l'âme », survenir des mouvements, parfois coordonnés. L'injection de sang défibriné dans la crosse de l'aorte (Arnaud, Hédon et P. Gilis), les perfusions font revivre un cœur qui semblait définitivement arrêté. La mort de l'individu n'a donc pas pour corollaire l'arrêt immédiat des fonctions vitales dans les tissus qui le composent.

Revenons aux Poissons. L'Epinoche d'eau douce change de livrée au moment des amours, sa « gorge » et son abdomen deviennent rouge écarlate, son œil, vert émeraude. Cette parure de noces cesse d'apparaître chez les mâles auxquels on a enlevé les glandes génitales ; elle reparaît si on les soumet à une « cure » testiculaire ou à l'action du chlorhydrate d'yohimbine. Chez la femme enceinte, passe, dans l'urine, une hormone produite par l'hypophyse, dont l'injection à une souris femelle impubère détermine l'oestrus. Vient-on à plonger, dans un bain d'une telle urine diluée, une lamproie à ovaire non développé, cet organe subit, en quelques instants, une véritable maturation.

De la Souris passons au Grillon. Le mâle est pourvu d'un appareil musical qui lui permet d'appeler la femelle. Privé de ses glandes sexuelles, il perd tous ses moyens vocaux. Plus de vocalises ! Plus de *chanson d'amour !*

Que de détails nous pourrions encore donner sur la *Poule aux œufs d'or, sur la pigmentation des animaux*, sur les *bains médicamenteux pour Poissons*, sur les *maladies des Vers à soie*, sur la *musculature tonique des Grenouilles*, sur les *services que peut rendre la biologie à la médecine !* Il faut savoir se borner. Renvoyons donc le lecteur à l'ouvrage lui-même, que son auteur définit trop modestement un *devoir de vacances*, et qui, peut-être, serait mieux dénommé *Les délassements d'un maître*. Sa clarté, son érudition discrète autant que solide, l'élégance toute scientifique de son style ne méritent-ils pas l'éloge ? Ses qualités dominantes ne sont-elles pas le mouvement et la couleur ? Le professeur Léon Binet n'excelle-t-il pas à rendre vivantes les descriptions de la vie ?

L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR (1)

Par le docteur J. PEYRUS.

Dans les algies à forme chronique comme celles des cancéreux, l'allonal rend de signalés services. Mais il est également très employé avec le plus grand succès en gynécologie, en obstétrique et aussi en pédiatrie de même que chez les vieillards ; les doses varient, selon les cas, d'un à trois comprimés par jour.

Enfin en stomatologie il a des indications multiples. Analgésique de choix, admirablement supporté, il doit l'étendue de son emploi à son action progressive, sédative d'abord, hypnotique ensuite, ce qui le rend extrêmement maniable pour le malade et pour le praticien.

LIVRES NOUVEAUX

Notre pays et nous. Etude des influences hydro-géologiques sur l'organisme en Haute-Loire (2), par le docteur ARSAC.

Le livre de M. Arsac est consacré aux maladies du squelette qu'il a constatées particulièrement nombreuses dans le Velay. Ces maladies sont-elles dues à un défaut d'hygiène ? Peut-être. Mais ne sont-elles pas plutôt causées par des conditions hydro-géologiques que l'auteur a particulièrement étudiées ?

Il semble que la mère et l'enfant à naître se déminéralisent sous l'influence de l'eau de ces rudes pays.

Mais, comme le fait avec raison remarquer l'auteur, « à quelque chose malheur est bon » ; les malades d'un certain âge qui ont besoin d'une cure annuelle de repos, de régime, d'oxygénation et de désintoxication, retrouveront la santé dans ces délicieux pays de Tence et du Chambon-sur-Lignon, si justement fréquentés.

On lira avec intérêt cet ouvrage très documenté.

F. L. S.

Nouvelles consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien 2e édition entièrement remaniée (3), par Georges PORTMANN, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Le succès des *Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien* a poussé le professeur Portmann à en publier une deuxième édition profondément remaniée pour répondre aux nécessités de la thérapeutique moderne.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 22, mai 1933.

(2) In-8. — Imprimerie de l'*Avenir de la Haute-Loire*, Le Puy, 1934.

(3) In-16 de 364 pages avec 30 figures dans le texte. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ATONIE INTESTINALE
POST-OPÉRATOIRE

PROSTIGMINE
"ROCHE"

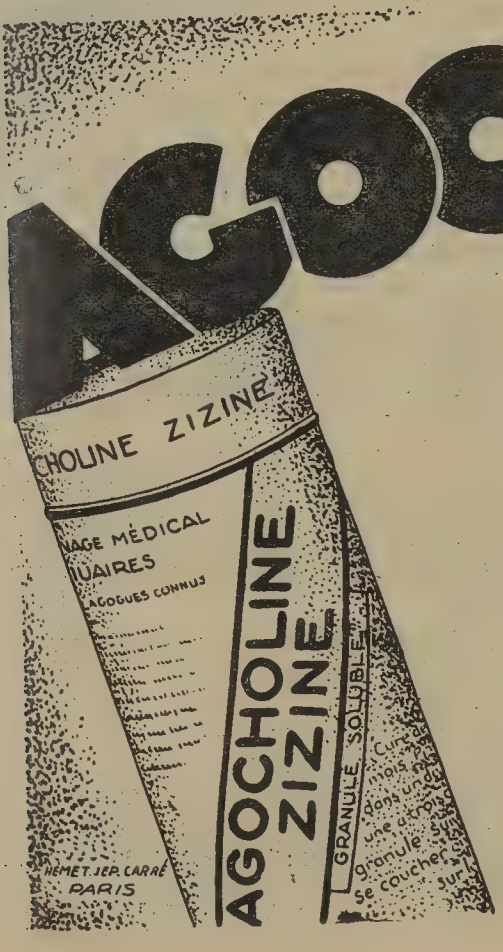
Une injection de 1cc sous-cutanée ou intramusculaire indolore
déclanche l'évacuation des gaz
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire
aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

AGOCHOLINE
(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE
Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie
Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

La première partie comprend le traitement de chaque affection courante de la spécialité. Tout ce qui concerne la pathologie de l'oreille moyenne a été entièrement refait, en accord avec la nouvelle classification des otites, basée sur l'anatomie pathologique, telle que l'auteur l'enseigne depuis ces dernières années.

La deuxième partie... : les traitements d'ordre général, la médication tonique, la médication dépurative, les incompatibilités, la vaccinothérapie, auxquels il a paru indispensable à l'auteur d'ajouter dans cette deuxième édition, le traitement climatique, le traitement thermal et la médication analgésique.

Enfin des diverses méthodes d'application thérapeutique constituent la troisième partie, car c'est souvent une mauvaise technique qui est la cause de l'inefficacité du traitement.

Ces *Nouvelles consultations...*, qui s'adressent aussi bien au spécialiste qu'au médecin général et qui ont l'aspect clair et schématique qui convient à un livre de pratique journalière, trouveront, sans aucun doute, auprès du praticien, la même faveur que la première édition.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ESTOMAC[1]

4° EXAMENS SPÉCIAUX. — On pratiquera :

1° *Un tubage.* — Le tubage *à jeun* ne ramène pas de liquide dans la forme qui nous occupe.

— Le tubage *après repas d'épreuve* montre classiquement :

— La diminution de la sécrétion gastrique ;

— La diminution ou la disparition de l'acide chlorhydrique. Mais la valeur que l'on attribuait à l'anachlorydrie ou à l'achylie gastrique est sujette aujourd'hui à de nombreuses restrictions (autres gastrites, anémie pernicieuse) ;

— La même restriction est de rigueur quand il s'agit d'étudier la cytologie gastrique (cellules cancéreuses).

2° *La recherche des hémorragies occultes*, après les précautions habituelles (régime lacto-végétarien strict depuis 48 heures, malade ne présentant ni hémorragies dentaires, ni hémorroïdes ulcérées) et à l'aide des réactions classiques (Meyer, Weber, Rolland) est un temps important de l'examen. La présence de sang d'une façon constante dans les selles plaide hautement en faveur du cancer, mais nous savons que les gastrorragies sont inconstantes et que leur absence ne permet pas d'infirmer le cancer.

En somme, retenons jusqu'à maintenant l'incontestable valeur des signes cliniques minutieusement analysés. Nous allons voir maintenant la valeur des :

3° *Signes radiologiques.* — a) *Les formes tumorales* donnent des *images lacunaires.*

La *lacune* est le symptôme capital.

— Elle *siège* au niveau de la petite ou de la grande courbure — ou au niveau des faces.

— Ses *contours* sont dégradés ou nets ;

— Elle n'est jamais modifiée dans son aspect par les *ondes péristaltiques*, qui s'arrêtent à distance d'elle, et n'empiètent jamais sur elle.

— Elle a de la valeur *si elle est constante*, et si elle est retrouvée sur plusieurs clichés pris dans des positions différentes. Cependant :

1° *Elle peut se confondre avec des apparences lacunaires réalisées* par :

— Les aliments, l'hypertrophie des plis muqueux sur un estomac peu rempli, des empreintes des organes voisins (côlon), ou une simple aérocolie, l'hypertrophie du foie ou de la rate, des tumeurs extra-gastriques (pancréas, cancer du côlon transverse), une déformation médio-gastrique ou pré-pylorique par la colonne vertébrale.

2° Elle peut être réalisée par des lésions gastriques non cancéreuses :

Adhérences péri-gastriques, périgastrite pseudo-lacunaire des gastro-entérotomisés, syphilis gastrique, lymphogranulomatose gastrique.

3° Elle peut appartenir enfin à des tumeurs bénignes de l'estomac.

C'est dire que *la lacune est souvent d'interprétation difficile* et qu'elle n'est pas toujours pathognomonique du cancer.

b) *Les formes infiltrées* donnent des images de rigidité.

L'estomac apparaît petit, rétracté.

On note une diminution de sa souplesse.

Il faudra étudier le péristaltisme gastrique et apprécier radioscopiquement à la main la souplesse des parois.

5° *Conduite à tenir.* — Le problème se présente sous deux aspects : a) *A-t-on à faire à un cancer gastrique ??* — Nous avons vu comment on pouvait poser ce diagnostic en se basant sur les signes fonctionnels et généraux, en interprétant judicieusement l'image lacunaire.

Mais, si un doute persiste, il ne faudra pas reculer devant une laparotomie exploratrice qui permettrait de juger en dernier ressort.

b) *C'est un cancer gastrique, mais est-il opérable ?* — Ce diagnostic d'opérabilité repose sur :

1° *Les signes cliniques* : on n'opérera pas :

— Les cancers s'extériorisant par une tumeur volumineuse et fixée ;

— Les cancers avec des métastases :

Métastase hépatique, métastase péritonéale (ascite), ganglion de Troisier.

— Enfin ce diagnostic repose encore sur l'état de dénutrition, de déshydratation du malade ; sur le taux de l'urée sanguine et la numération globulaire.

2° *Les signes radiologiques.* — On appréciera sous écran la forme générale, le péristaltisme, la mobilité de l'estomac, en sachant qu'un estomac petit, ou très déformé, ou avec un péristaltisme peu étendu, s'arrêtant loin de la tumeur — à plus forte raison un estomac mobile avec les mouvements respiratoires sont autant d'éléments défavorables.

3° Mais souvent, ce n'est qu'après laparotomie médiane sus-ombilicale que l'on pourra juger de l'opérabilité réelle du cancer et de la technique à suivre, en se basant sur l'état du foie, sur l'extension locale aux courbures et aux faces avec ses degrés, sur l'atteinte ganglionnaire et l'état des mésos.

Le degré de résistance du malade et les conditions anatomiques permettront de choisir entre :

— Une gastrectomie ;

— Une gastro-entérostomie palliative ;

— Et parfois une abstention totale.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 73, p. 1302.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

diarrhée verte
dyspepsie
athrepsie

Farine MILO
de
NESTLÉ
prototype de la bouillie maltée

aliment de régime énergétique sans lait presque sans graisse capable de soutenir, mieux que le bouillon de légumes, l'état général de malades chez qui le lait est contre-indiqué.

ASTHÉNIE GÉNÉRALE
Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

6 à 9 pilules par jour.

HOMOLOGUE FÉMININ : YO-GYNINE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107, Rue des Dames, PARIS

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1934. — N° 76.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Le Noyau Rouge. Anatomie. Physiologie. Physiopathologie (avec 2 fig.), par MM. J.-O. Trelles et J. Ajuriaguerra.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médicale et anatomo-clinique de Lille.

PRATIQUE MÉDICALE

LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Les chaires de clinique chirurgicale et de physiologie (derniers titulaires : MM. Chavannaz et Pachon) sont supprimées.

MM. les professeurs Chavannaz et Pachon sont nommés médecins honoraires.

— Lille. — La chaire de matière médicale et botanique (dernier titulaire : M. Focken) est transformée en chaire de pharmacie galénique et botanique, et M. Morvillez, professeur de pharmacie à ladite Faculté, est nommé professeur de pharmacie galénique et botanique.

M. Le Fort, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Gaudier).

M. Vanverts, professeur de médecine opératoire, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Le Fort).

Les chaires de pharmacie et de médecine opératoire (derniers titulaires : MM. Morvillez et Vanverts) sont supprimées.

— Lyon. — M. Savy, professeur de thérapeutique, est transféré dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire : M. Pic).

La chaire de pathologie générale est transformée en chaire de pathologie générale et thérapeutique, et M. Cade, professeur de pathologie générale, est nommé professeur de pathologie générale et thérapeutique.

Les chaires de thérapeutique (dernier titulaire : M. Savy) et de pathologie externe (dernier titulaire : M. Leriche) sont supprimées.

— Montpellier. — La chaire d'histoire naturelle et parasitologie (dernier titulaire : M. Galavieille) est supprimée.

— Nancy. — La chaire de physique médicale (dernier titulaire : M. Dufour) est supprimée.

— Toulouse. — M. Gorse, professeur de médecine opératoire, est transféré dans la chaire de clinique ophtalmologique (dernier titulaire : M. Frenkel).

Les chaires de médecine opératoire (dernier titulaire : M. Gorse), de physiologie (dernier titulaire : M. Abelous) et de clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Audebert) sont supprimées.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — MM. le professeur Marion (de Paris), le docteur Doisy (de Saint-Sever).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Beaudet (de Saint-Sever), Remize (de Nasbinals), Polack (de Montfaucon).

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Par suite du décès de M. le docteur Marcel Léger, une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des bactériologistes.

Les auditeurs sont nommés par le ministre sur une liste double de présentation établie par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Une nomination de membre sur deux leur revient de droit.

Les intéressés ont un délai expirant le 1er novembre 1934 pour faire acte de candidature et exposer leurs titres dans

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

un dossier qui devra être adressé au ministère de la Santé publique (5e bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, 7, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe).

GUERRE. (Active.) — Liste de classement de sortie à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales, par ordre de mérite, des médecins lieutenants élèves en 1934 :

MM. Farges, Caillard, Brusq, Touzin, Dauphin, Goez, Raoult, Pons, Lansade, Fricaud, Tourenc, Gillet, Cochard, Verprat, Roussel, Montfort, Lumaret, Ragustin, Viguier, Chassain, Mauze, Guevellou, Lévy, Paoli, Merle, Juskiewenski, Arne, Rozières, Mole, Caussin, Petey, Domairon, L'Hotellier, Deit, Sergent, Robert, Dardill, Goudin, Koerber, Boussier, Pelon, Dagorn, Emile Lebreton, Benderitter, Le Mée, Courtel, Jean Lebreton, Morin, Kerguelen, Brunies, Poudevigne, Le Minor, Desgeorges, Dozoul, Robin, Bosq, Soumaire, Baillet, Cyssau, Perrin, Isoard, Garbies, Mons, Dilhac, Jacob, Ollivier, Robineau, Lafontaine, Le Gouas, Martin, Vergnes, Paravisini, Ghersi, Juillard, Cordier, Prost, Ayme, Rabier, Juguet, Goerger, Riu, Henric, Rouvellat de Cussac, Provost, Porte, Decugis, Gloaguen.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Kemal-Djemil, docteur vétérinaire, assistant étranger à l'Institut Pasteur, décédé à la suite d'une infection contractée au cours d'expériences sur le bacille de la morve; M. Augustin Rey, président de la Société de médecine publique et des hygiénistes municipaux.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE CHOIX D'UN HYPNOTIQUE (1)

Par le docteur S. CAMAREDON.

Le choix d'un hypnotique est un véritable problème soulevant des considérations multiples et complexes. L'auteur de cette revue générale très documentée s'efforce de faire la discrimination entre les actions respectives du pantopon et des opiacés d'une part, des calmants puissants comme les barbituriques d'autre part, et enfin des sédatifs du système nerveux comme la valériane et les bromures. Dans tous les cas où la morphine est indiquée, il vaut mieux prescrire le pantopon qui est infiniment moins toxique et qui procure une sédation complète des douleurs les plus rebelles. Cependant lorsqu'on ne veut pas recourir à la voie sous-cutanée, dans la crainte d'une accoutumance possible, il vaut mieux s'adresser à l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine ou allonal qui, à la dose d'un à trois comprimés par jour et plus, donne les mêmes effets que les opiacés, même dans les cas les plus intenses et les plus graves comme les algies des néoplasmes.

Dans l'insomnie essentielle, aucun barbiturique ne donne des résultats semblables à ceux que l'on obtient avec le somnifène que l'on a pu appeler le plus maniable des hypnotiques et qui, sous forme de gouttes, permet de donner à chacun sa dose, de l'augmenter ou de la diminuer à volonté.

Lorsqu'il s'agit d'une insomnie moyenne, d'une petite anxiété, il est préférable d'ordonner un hypnotique non barbiturique. A ce point de vue, l'allylisopropylacétylcarbamide ou sédormid donne toute satisfaction à la dose d'un à trois comprimés le soir au coucher. C'est un hypnogène doux et progressif, et pour ainsi dire inoffensif. Enfin, chez les enfants, lorsqu'on craint de donner un barbiturique trop puissant ou même un uréide comme le sédormid, qui, cependant, est très bien supporté par les petites malades, on peut recommander le sédobrol, tablettes d'extrait de bouillon végétal, concentré, achloruré et bromuré, qui, même chez les nourrissons, à la dose d'une demi-tablette ou même plus, le soir, procure un sommeil calme et tranquille. D'ailleurs, le sédobrol est le meilleur moyen d'administrer le bromure, car il est toujours admirablement supporté et accepté, même par les malades les plus délicats et les plus difficiles : enfin, il n'est aucunement toxique, ce qui est un avantage très appréciable, non seulement chez les enfants, mais aussi chez les adultes.

(1) *Concours médical*, n° 38, Paris, sept. 1932.

RENSEIGNEMENTS

JEUNE FEMME, 30 ans, dactyl., connaiss. en comptabilité, assur., contrib., patentes; habituée à clientèle et corresp.; connaiss. en allemand; cherche sit. auprès chirurgien, médecin, dentiste ou clinique. Réf. 1er ordre. — Ecr. bur. du Journ.

A la suite d'un accord passé avec la Ligue nationale des gazés et blessés du poumon, le **SANATORIUM DES PINS**, à Lamotte-Beuvron, transformé et remis à neuf, recevra, à partir du 15 octobre, les malades hommes pensionnés, assurés sociaux ou assistés médicaux, au prix uniforme de 31 fr. 50 par jour.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit à l'administration du sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), soit à la Ligue des gazés et blessés du poumon, 55, faubourg Montmartre, à Paris.

La direction du **SANATORIUM DES ESCALDES** (Pyrénées Orientales) rappelle aux membres du Corps médical qu'elle a créé récemment une section réservée aux femmes assurées sociales, assistées médicales ou pensionnaires libres, atteintes d'affections tuberculeuses pulmonaires ou osseuses, au prix de 31 fr. 50 par jour.

Indépendamment de cette section, les Escaldes restent ouvertes aux malades privés hommes et femmes pour un prix de pension journalier variant de 40 à 70 fr.

Les traitements de la syphilis, par R.-J. WEISSENBACH, médecin de l'hôpital Broca, et G. BASCH, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-16 de 150 pages. — Prix : 18 fr. — Paris, Gaston Doin et Cie.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES

De **1** à **2** ampoules par jour ou tous les **2** jours. Séries de **15** à **20** injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction — Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance - Agit vite - Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE | PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHENYLQUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

REVUE GENERALE

LE NOYAU ROUGE

ANATOMIE. PHYSIOLOGIE. PHYSIOPATHOLOGIE

Par MM. J.-O. TRELLES et J. AJURIAGUERRA,
Internes des Asiles de la Seine.

Parmi les différents problèmes neurologiques qui captivent l'attention des anatomistes, physiologistes et cliniciens, il en est peu d'aussi obscurs et malaisés à préciser que celui de la physiologie et de la physiopathologie du Noyau Rouge. Pourtant son importance est considérable. Nous le trouvons au centre de questions de toute actualité telles que la régulation du tonus musculaire, de l'équilibre statique, du système dit extra-pyramidal, pour ne citer que les principales. Nous avons donc cru utile d'essayer de donner ici un court aperçu — forcément incomplet — de la physiologie et physiopathologie du Noyau Rouge.

Phylogénèse. — Avant d'en étudier l'anatomie et sa signification fonctionnelle, il est intéressant de rappeler la différence qui existe entre le Noyau Rouge de l'homme et celui des animaux, même des Mammifères supérieurs. L'*évolution phylogénétique* nous permet de bien la saisir. Chez les Mammifères inférieurs, le noyau de Stilling est entièrement formé de grandes cellules (noyau magno-cellulaire) dont naît le puissant faisceau de projection rubro-spinal ou faisceau de Von Monakow. A mesure que l'on s'élève dans l'échelle ce noyau magno-cellulaire devient caudal et diminue d'importance au profit du noyau parvo-cellulaire (à petites cellules) qui se développe dans le pôle oral. Chez l'homme, le noyau magno-cellulaire est presque inexistant et le faisceau rubro-spinal de Monakow est de volume réduit, en tout cas mal individualisé (fig. 1). De même, chez les animaux inférieurs, le Noyau Rouge est un des rares centres supra-segmentaires et possède peu de connexions. *Chez l'homme, s'il perd comme niveau supérieur, il gagne en connexions, au point d'apparaître comme un des rouages essentiels des voies de projection.* Ces connexions se font sous l'influence du développement du cerveau et du diencéphale, et viennent s'ajouter à l'ancien ensemble spino-mésencéphalique.

Anatomie. — Le Noyau Rouge, situé au niveau des régions mésencéphalique et diencéphalique, développé au voisinage de la coudure qui sépare le cerveau intermédiaire du cerveau antérieur, chevauche sur ces deux régions. Arrondi, à grand axe antéro-postérieur, ce noyau est divisé en deux parties par le faisceau rétro-réflexe de Meynert qui relie l'habenula à la région inter-pédonculaire : l'une, antéro-supérieure ou sous-optique ; l'autre, postéro-inférieure ou pédonculaire.

Cette topographie nous oblige à l'étudier par des coupes faites à différentes hauteurs et à directions variées.

Sur des *coupes horizontales* passant par la partie moyenne du pédoncule, ce noyau est situé en pleine calotte pédonculaire, au voisinage de la ligne médiane qui le sépare de celui du côté opposé. Il entre en rapport avec le Ruban de Reil, les voies acoustiques et vestibulaires, spino-thalamiques (Falap, qui, pour Déjerine, monterait séparément jusqu'au thalamus). Ces voies forment un croissant à concavité interne, qui tend à s'éparpiller à mesure qu'on monte. En réalité, les rapports les plus proches se font avec le Ruban de Reil qui est situé en dehors et en avant de lui, et duquel il est séparé par le pédoncule du tubercule mamil-

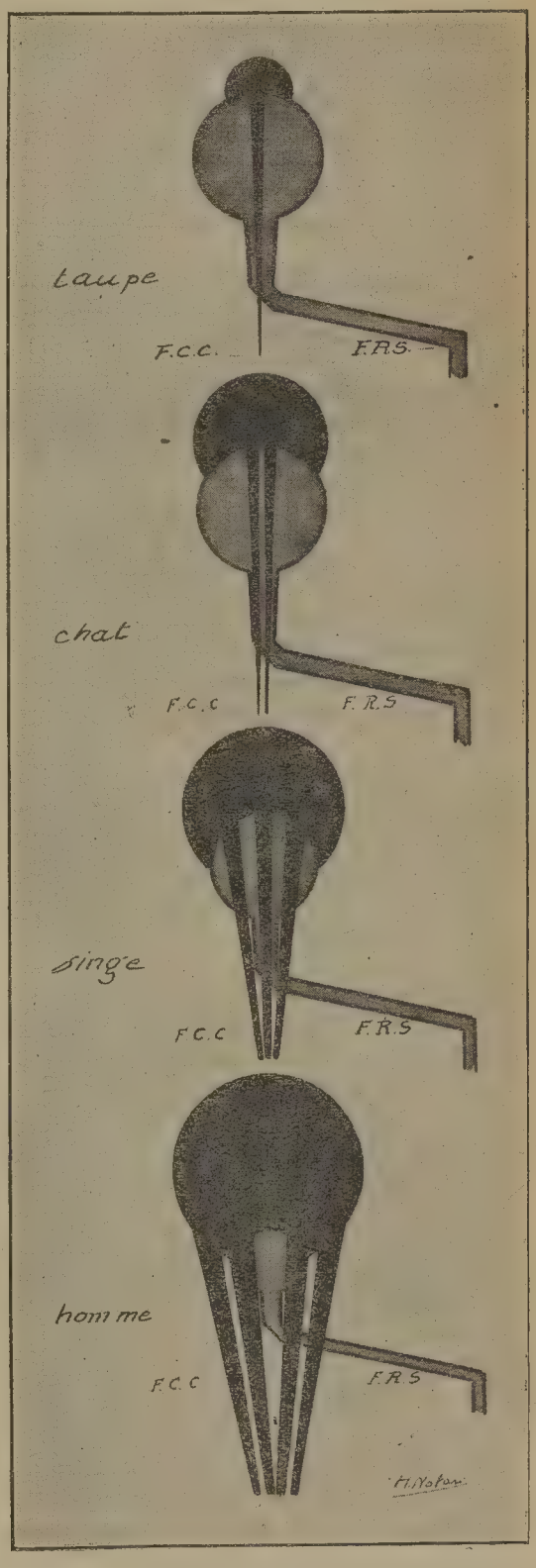


FIG. 1. — *Schéma de l'évolution phylogénétique du Noyau Rouge :* Le noyau magno-cellulaire (paléo-rubrum) en gris et le faisceau rubro-spinal diminuent d'importance au profit du noyau parvo-cellulaire (néo-rubrum) en noir et de ses voies de connexion.

laire latéral. En arrière, il entre en rapport avec les noyaux du III, situés au niveau de la substance grise péri-épendymaire ; avec la bandelette longitudinale postérieure et, en dehors de celle-ci, avec le faisceau central de la calotte.

Il est séparé du pied du pédoncule par le Locus Niger. A sa partie interne, on note deux entrecroisements superposés que nous aurons l'occasion d'étudier plus tard : l'un supérieur, décussation en fontaine de Meynert ; l'autre, plus bas situé, décussation de Forel. Les fibres de sortie du III compliquent encore cette région. Une coupe horizontale passant par le pôle inférieur du pédoncule, ne nous montre plus le Noyau Rouge, mais une masse arrondie correspondant à la coupe du pédoncule cérébelleux supérieur, le noyau blanc de Stilling.

Il n'est pas nécessaire de décrire une coupe horizontale haute, les rapports avec la région sous-optique étant plus faciles à comprendre dans les coupes vertico-frontales et sagittales.

Sur une *coupe vertico-frontale*, il apparaît au-dessus du Locus Niger, et au-dessous du thalamus (noyau interne, noyau médian de Luys), dont il est séparé par la région sous-thalamique. En dehors de lui, la zona incerta et le Corps de Luys. En dedans le troisième ventricule.

Sur une *coupe sagittale paramédiane*, il est séparé en deux parties par le faisceau rétro-réflexe de Meynert et contracte des rapports en avant avec le corps mamillaire, le pilier antérieur du trigone et le champ de Forel. En arrière, avec le courant longitudinal dorsal (Foix et Nicolesco) ; plus loin : la substance grise juxta-épendymaire. En bas, il entre en rapport avec le locus niger et les fibres du noyau du III.

Structure. — Grâce aux recherches classiques de Von Monakow, de Cajal et celles plus récentes de Foix et Nicolesco, pour ne citer que les principales, on est parvenu à fixer d'assez près les particularités structurales aussi bien cytologiques que myéliniques, du noyau qui nous occupe :

1) **Cyto-architectonie.** — Il est intéressant d'étudier la structure cellulaire qui, comme nous l'avons vu, est très variable dans l'échelle animale. L'élément principal est formé de cellules peu serrées, de dimensions moyennes, tripolaires, à corps cellulaire relativement peu volumineux. Leur protoplasma semé de granulations fines, est pigmenté chez l'adulte. Les dendrites sont volumineuses et enchevêtrées. Entre ces éléments on trouve d'autres cellules plus petites qui ne se différencient des précédentes que par leur taille.

Foix et Nicolesco rattachent au Noyau Rouge la « formation grise cupuliforme péri-rubrique ». Constellation cellulaire, dense au niveau de la région ventrale, formée de cellules bi-polaires à grand axe parallèle à la capsule du Noyau Rouge, constituant par l'union avec celles du côté opposé un groupe cellulaire paramédian. Plus rares, éparpillées sur la face dorsale et externe, elles forment un amas de cellules à pigment noir qui engaine le noyau central comme la « cupule d'un gland de chêne ». Un nombre important de grandes cellules, non pigmentées, est situé à la partie postéro-inférieure et correspond au noyau magno-cellulaire proprement dit.

Telle est, schématiquement, la description de Foix et Nicolesco. Celle de Von Monakow, reprise par Winkler, est plus complexe. Ces auteurs séparent nettement la portion néo-rubrale (magno-cellulaire) de la paléo-rubrale (parvo-cellulaire) tout en considérant qu'il y a des zones de passage. Au niveau du Noyau principal (néo-rubral) ils séparent le noyau central, à petites et moyennes cellules, le noyau latéro-ventral gélatineux, le noyau dorso-médial qui s'unit en partie au précédent. Quant à la formation phylogénétique, plus ancienne (paléo-rubrale), elle serait constituée par la « pars cellularis » : petit groupe de cellules situées à la partie dorsale du pédoncule cérébelleux supérieur ; par la corne latérale : amas de cellules petites et moyennes situées en dehors du Noyau Blanc.

2) **Myélo-architectonie.** — L'étude du système myélinique du Noyau de Stilling est très importante. L'examen des coupes colorées au Weigert nous montre, en effet, un feutrage extrêmement riche formé par des groupements de fibres s'entrecroisant dans tous les sens. Schématiquement on distingue deux parties : l'une, centrale ; l'autre périphérique, qui n'est autre que la capsule du Noyau Rouge. Le pédoncule cérébelleux supérieur et les radiations de la calotte la forment presque essentiellement. Mais d'autres éléments qui arrivent ou qui en partent contribuent à la renforcer.

Mais pour importante que soit l'étude de la texture myélinique, elle a, à nos yeux, moins d'intérêt que celle plus physiologique des connexions réunissant le Noyau Rouge aux étages supérieurs et inférieurs du Névraxe (fig. 2).

3) **Connexions.** — Pour la clarté de l'exposé, il faut étudier séparément les voies afférentes et les voies efférentes, en insistant sur les plus importantes.

A. VOIES AFFÉRENTES. — Trois grandes voies, trois systèmes plutôt, viennent faire synapse au niveau du Noyau de Stilling :

Cérébello-rubrique, strio-rubrique, cortico-rubrique.

La voie cérébello-rubrique naît du Noyau Dentelé, se dirige par le pédoncule cérébelleux supérieur vers la calotte où il s'entrecroise, formant la commissure en fer à cheval de Wernekink (au niveau du Noyau du IV), pour se terminer au Noyau Rouge du côté opposé. Toutes les fibres ne s'y arrêtent d'ailleurs pas, quelques-unes continuent jusqu'au thalamus. En cours de route, le faisceau cérébello-rubrique peut donner quelques collatérales descendantes (Cajal).

La Voie strio-rubrique est formée par des fibres venues de la région sous-lenticulaire par l'anse lenticulaire. Ce sont surtout les fibres à direction postérieure qui viennent se terminer dans le Noyau Rouge. Quant aux fibres venant du faisceau lenticulaire de Forel et du faisceau pallidal de la pointe, elles sont moins abondantes.

Voie cortico-rubrique. — L'ablation chez l'animal de la région rolandique produit une altération secondaire du Noyau Rouge, localisée à son noyau réticulé principal, le noyau magno-cellulaire restant au contraire intact (Minkowski). Monakow admet aussi des fibres rubro-corticales, qui se termineraient dans la région frontale et centro-operculaire. Pour Porta et Minkowski, l'existence d'une voie rubro-corticale ne paraît pas démontrée. Pour Monakow, chez l'homme, le Noyau Rouge reçoit des fibres provenant de l'opercule rolandique et des circonvolutions F_1 et F_3, ainsi

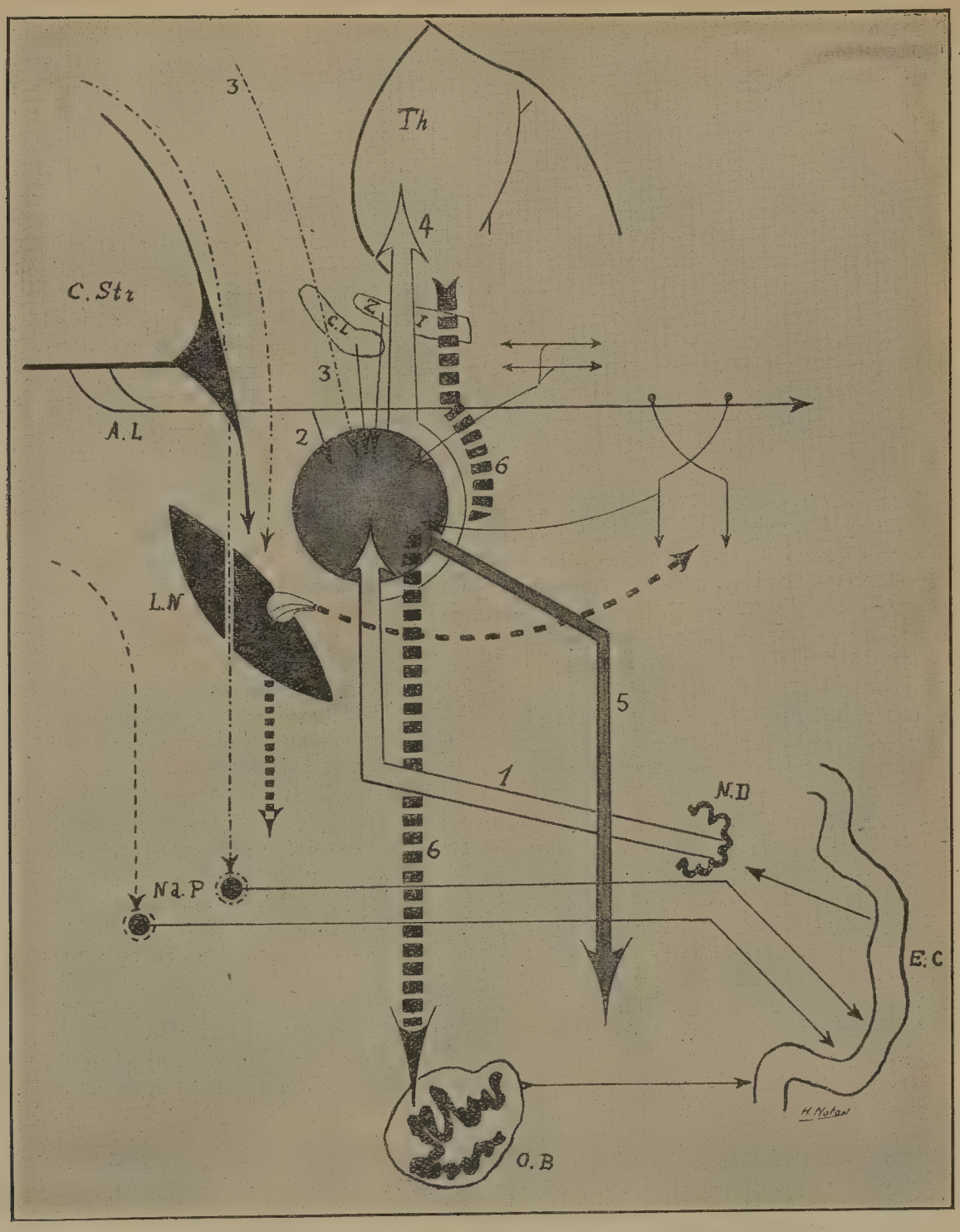


FIG. 2 (1). — *Les Connexions du Noyau Rouge:* AL, Anse lenticulaire; CL, Corps de Luys; CS, Corps strié; EC, Ecorce cérébelleuse; LN, Locus Niger; ND, Noyau dentelé; Nd P, Noyaux du Pont; OB, Olive bulbaire; Th, Thalamus; ZI, Zona Incerta.
1. Voie cérébello-rubrique (pédoncule cérébelleux supérieur); 2. Voie strio-rubrique; 3. Voie cortico-rubrique; 4. Voie rubro-thalamique (radiations de la calotte); 5. Faisceau rubro-spinal; 6. Faisceau central de la calotte.

que de la région préfrontale. Les fibres venant du lobe pariétal et temporal, admises par Dejerine et Winkler, sont discutées par d'autres auteurs.

B. VOIES EFFÉRENTES. — Trois principales : Radiations de la calotte, faisceau rubro-spinal, faisceau central de la calotte.

Les radiations de la calotte partent de la région antéro-externe du Noyau Rouge et vont se terminer à la partie ventrale et postérieure du noyau externe du thalamus, quelques fibres allant jusqu'au noyau semi-lunaire de Flechsig. Pour quelques auteurs, les radiations de la calotte contiennent des fibres descendantes qui viendraient finir au Noyau Rouge, constituant un faisceau thalamo-rubrique.

Faisceau rubro-spinal. — Nous avons vu que chez les animaux inférieurs, il forme un faisceau puissant,

(1) Nous devons ce schéma à l'obligeance de notre collègue et ami P. Masquin.

dont le trajet est facile à suivre. Chez l'homme l'étude anatomo-clinique n'est pas arrivée à nous donner de précisions. On admet pourtant qu'après son origine il se dirige en dedans et passe du côté opposé par la décussation de Forel, puis viendrait se placer dans la calotte, à une certaine distance de la ligne médiane, dans la partie externe du faisceau central de la calotte. Au delà, le faisceau rubro-spinal n'avait pu être suivi. Winkler et d'autres anatomistes, se basant sur des données uniquement phylogénétiques, décrivent le passage de ce faisceau au niveau de la protubérance. Récemment pourtant, Dimitri a montré, dans un cas de lésion du Noyau Rouge, une dégénérescence nette du faisceau rubro-spinal au niveau de la région rétro-olivaire du côté opposé. Au niveau de la moelle on le trouve, comme chez le lapin, au-devant du faisceau pyramidal croisé (Fibres pré-pyramidales d'André-Thomas).

Le faisceau central de la calotte descend directement à travers le tronc cérébral, pour finir au niveau de l'olive bulbaire (quelques fibres pourraient se continuer jusqu'à la moelle par le F. d'Helweg). Ses origines supérieures sont beaucoup plus discutées. Pour la plupart des auteurs, il naît au-dessus du Noyau Rouge et presque sûrement du thalamus (Bechterew) et du corps strié (Rhein, Winckler, Guillain et Bertrand). En descendant il entre en rapport avec le Noyau Rouge, dont il reçoit un contingent important de fibres. On le retrouve au niveau de la protubérance, en arrière du Ruban de Reil. A son arrivée dans le bulbe, il se latéralise pour se terminer dans la convexité de l'olive bulbaire.

D'autres connexions moins importantes le relient avec les faisceaux et formations voisines : décussation de Meynert, bandelette longitudinale postérieure, f. rétro-réflexe de Meynert, corps de Luys, zona incerta. Deux connexions croisées particulières : l'une avec l'hypothalamus du côté opposé, passant par la commissure sous-optique, l'autre avec son homologue par la commissure postérieure.

Vascularisation. — Le Noyau Rouge est irrigué par l'artère cérébrale postérieure ; trois branches sont à considérer : l'une, antérieure, thalamo-perforée (Ch. Foix et Hillemand) irrigue la région thalamo-sous-thalamique et la partie supérieure du Noyau Rouge ; l'autre, artère pédonculaire médiane, irrigue le Noyau Rouge et le noyau du IV, enfin une branche postérieure irrigue le pédoncule cérébelleux supérieur, le noyau blanc de Stilling et le noyau du III. Elle n'irrigue pas directement le Noyau Rouge.

***

Physiologie. — La phylogenèse du Noyau Rouge peut expliquer dans une certaine mesure les discordances entre l'expérimentation et l'anatomo-clinique. Ainsi que nous l'avons vu (fig. 1), chez les Mammifères inférieures, le Noyau Rouge est formé de grosses cellules (Noyau magno-cellulaire) dont naît le faisceau rubro-spinal. A mesure qu'on s'élève dans l'échelle animale, ce noyau ainsi que le faisceau de Von Monakow diminuent d'importance aux dépens d'une nouvelle formation, le noyau parvo-cellulaire, qui se développe dans le pôle oral. Il n'est donc pas indifférent de faire cette discrimination pour pouvoir appliquer les résultats expérimentaux à l'homme.

1) **Les Sections.** — Sherrington, en 1897, à la suite de la section, chez l'animal, de l'axe nerveux (allant des tubercules quadrijumeaux antérieurs aux tubercules mamillaires), observa un état de contracture qu'il désigna sous le nom de rigidité décérébrée. Rigidité particulièrement développée au niveau des muscles extenseurs des membres, si bien que l'animal est capable de se maintenir debout en état de « standing reflex ». Comme on le voit, le réflexe tonique est uniquement réalisé, et cela d'une façon excessive, au niveau des muscles extenseurs ou muscles antigravidiques qui luttent contre la force de la pesanteur.

Suivant Sherrington la section passe au-dessus du Noyau Rouge. En réalité les travaux si intéressants de Magnus et Klein, de Rademaker, entre autres, par la méthode des transsections étagées du névraxe de différents animaux (1) (cobayes, lapins, chats et chiens) font conclure à ces auteurs : que la rigidité décérébrée ne s'installe que si le cerveau moyen, et particulièrement le Noyau Rouge, a été isolé des portions sous-jacentes du tronc cérébral et de la moelle. Après ces études, de nombreuses autres arrivèrent aux mêmes conclusions. Besta, sectionnant verticalement, au niveau de la ligne médiane, le mésencéphale (du chien et du chat), de façon à couper le faisceau rubro-spinal, est arrivé, écrit-il, à produire une rigidité typique qui diminue progressivement par la suite.

La lésion du Noyau Rouge produit-elle toujours de la rigidité décérébrée ? Bien que la question ne soit pas résolue de façon précise, le consensus général tend à l'admettre. Cependant, pour certains auteurs, les résultats seraient variables. Chez l'animal de Bazett et Penfield, la rigidité n'était pas fixe, il présentait des variations du tonus. Mussen, opérant chez le chat, montre que la destruction bilatérale du noyau magno-cellulaire produit des troubles transitoires de la marche, tandis que la destruction unilatérale du noyau parvo-cellulaire détermine l'hypotonie du côté opposé du corps de l'animal.

***

Quel est donc le centre qui conditionne la rigidité décérébrée et comment agit-il ?

Si la plupart des auteurs place le centre de cette rigidité dans le Noyau Rouge, son mode d'action est plus discuté. Expérimentalement, Ken Kure, chez le chien, trouve une rigidité maxima quand la lésion passe au milieu du Noyau Rouge, il admet avec Weed qu'il s'agit là d'un phénomène d'excitation.

Sherrington, Magnus et Klein, Rademaker considèrent, au contraire, qu'il s'agit d'un phénomène de libération « Release phenomenon ». Mais tandis que pour le premier il s'agit d'une libération du Noyau Rouge par suppression du contrôle des centres corticaux, pour Magnus et Klein, Rademaker, c'est la lésion du Noyau Rouge qui libérerait des centres tonigè-

(1) POLLOK et DAVIS obtiennent les mêmes résultats par la suppression de l'irrigation artérielle au-dessus du Pont de Varole, à la faveur de quelques ligatures.

nes inférieurs. Ces auteurs pensent donc que dans le Noyau Rouge existent plusieurs centres qui influencent d'une manière négative les centres toniques plus bas situés. Le Noyau Rouge ne serait donc pas un centre tonique (dans le sens qu'il augmenterait ou renforcerait le tonus) mais bien plutôt un centre de distribution tonique.

L'existence des centres inférieurs a été démontrée expérimentalement. Une section du bulbe, au-dessous des noyaux de la VIIIe paire, ou bien la section du nerf vestibulaire, fait disparaître la rigidité décérébrée. Mais elle persiste après l'ablation du néo-cerebellum. Aussi certains auteurs (Thiele, entre autres.) considèrent-ils qu'il faut l'intégrité du Noyau de Deiters et des voies vestibulaires pour que la rigidité se produise. Sherrington montre d'ailleurs que l'excitation électrique du bulbe augmente la rigidité décérébrée. Mme N. Zand pense que le centre tonigène inhibé par le Noyau Rouge n'est autre que l'Olive bulbaire. Pour étayer cette hypothèse, Mme N. Zand se base sur un cas de rigidité décérébrée sans lésion du Noyau Rouge. Cet auteur, en outre, pense que le centre de la station verticale serait encore localisé au niveau des olives bulbaires. Elle s'appuie pour la démonstration de ce centre sur des preuves phylogénétiques et expérimentales. Les premières étaient fondées sur le fait que l'olive bulbaire des animaux ayant des aptitudes à la station verticale est très développée. Ces preuves sont contestées par Mareschal, à qui l'on doit un travail récent, très documenté, sur la question. Quant aux preuves expérimentales, elles sont encore plus discutables. Mme Zand sectionne avec une sonde mousse le pédoncule cérébral, obtenant une rigidité décérébrée ; après quoi, par destruction du noyau olivaire, elle obtiendrait une chute brusque du tonus du côté opposé à celui de l'olive lésée. Ces expériences n'ont pas été confirmées par Besta, ni par Luthy, ni par Miscolckz. Très judicieusement, Mareschal conclut dans son importante monographie que « le support nerveux d'une telle fonction (la station verticale) semble devoir dépendre d'un vaste système étagé, dans lequel l'olive peut jouer un rôle, mais qui n'est certainement pas de premier plan ».

2) **Excitation du Noyau Rouge.** — Les données fournies par l'excitation électrique du Noyau Rouge chez l'animal ne permettent pas de trancher les discussions sur le centre de la tonicité, mais elles nous apportent des notions nouvelles et intéressantes. Ranson, en excitant la zone du Noyau Rouge chez le chat décérébré, a produit des réactions de flexion, d'incurvation de la colonne vertébrale à concavité dirigée du côté excité ; ces attitudes s'accompagnent de flexion de la patte homolatérale et d'extension de la patte contro-latérale. Ces mouvements que Ranson considère comme les éléments les plus rudimentaires de la station et de la marche se produisent également par excitation de la partie postéro-inférieure du thalamus et du tegmum mésencéphalo-pontique.

Graham Brown, par excitation faradique du Noyau Rouge, détermine chez le chimpanzé des attitudes posturales très nettes qui persistent quelque temps ; la flexion du tronc est parfois si violente que la hanche vient toucher la tête ; enfin, l'excitation de deux Noyaux Rouges provoque des mouvements complexes du corps et des attitudes cinétiques rappelant la lutte contre un obstacle.

Ranson et Ingram rapprochent les effets produits par l'injection de bulbocapnine de ceux des phénomènes qui suivent la destruction.

L'injection d'une dose de bulbocapnine, incapable de produire des troubles nets chez un animal normal peut produire des phénomènes de catalepsie chez un animal dont le Noyau Rouge est lésé.

***

Physiopathologie. — Du court exposé physiologique que nous venons de faire, il ressort que l'analyse des fonctions du Noyau Rouge chez l'animal est loin d'avoir donné des résultats assez précis pour être applicables à l'homme. Force est donc de se rapporter, ici comme ailleurs, à la méthode anatomoclinique à laquelle on doit le plus clair des connaissances sur la physiologie et la physio-pathologie du Noyau Rouge.

1. *Les Anencéphalies.*— Bien que l'étude des monstres anencéphales ait une portée bien plus générale, on peut en tirer quelques données applicables au Noyau Rouge humain. On sait en quoi consistent les anencéphalies, ces curieuses malformations qui mutilent le système nerveux télencéphalique, à différents niveaux, réalisant ainsi chez l'homme de véritables dissections expérimentales. Aussi a-t-on pu dire que « l'anencéphalie fait le passage entre l'expérimentation et la clinique ». Certains anencéphales sont des « décérébrés sous-thalamiques, qui se comportent au point de vue moteur comme un animal mésencéphalique. Tel l'anencéphale étudié par Gamper : véritable monstre privé de cortex, thalamus, globus pallidus et striatum et dont le cervelet et les voies pyramidales étaient en grande partie détruites. Or, chez cet enfant, durant les 3 mois de sa vie, la tension des muscles fut conservée dans un état normal. Donc, chez lui, comme chez l'animal thalamique (Magnus, Klein, Rademacker), le tonus resta constamment normal.

Les syndromes anatomo-cliniques.— Plus fréquents sont les syndromes dus à des lésions des Noyaux Rouges produits par ramollissements, tumeurs, etc. Classiquement on décrivait deux grands syndromes : l'un, supérieur, sans paralysie du moteur oculaire commun et caractérisé par des troubles moteurs contro-latéraux, soit sous forme de tremblement intentionnel (forme hémiasynergique), soit sous forme de mouvements tremoro-choréo-athétosiques. L'autre, syndrome inférieur, ou syndrome de Claude, caractérisé par une paralysie du III du côté de la lésion, et par une hémi-asynergie, ou hémi-ataxie du côté opposé.

Cependant, en 1889, Moritz Benedikt avait décrit un type clinique particulier caractérisé par une paralysie du III, avec hémi-parésie croisée, associées à un tremblement particulier des membres paralysés. L'hémi-parésie et l'hémi-tremblement étaient considérés comme l'expression d'une lésion du faisceau pyramidal. Il s'agissait, en somme, d'un syndrome de Weber auquel viendraient s'adjoindre des mouvements anormaux.

MM. Souques, Crouzon, I. Bertrand, dans un mémoire récent, ont repris le problème des syndromes du Noyau Rouge et sont arrivés à des conclusions différentes. D'après ces auteurs, en effet, qu'il s'agisse de syndrome alterne ou de syndrome contro-latéral, les troubles moteurs se présentent sous deux formes différentes : soit des mouvements involontaires (choréo-athétoïdes ou tremblés), soit d'hémo-asynergie sans mouvements involontaires, ce qui leur permet de décrire :

1° Un *syndrome contro-latéral : a*) avec mouvements involontaires spontanés ; *b*) avec hémi-asynergie, c'est-à-dire sans mouvements involontaires spontanés ;

2° De même, un syndrome alterne du Noyau Rouge: *a*) avec hémi-asynergie, qui correspond au syndrome de Claude ; *b*) avec mouvements involontaires spontanés, tremblés ou choréo-athétosiques et hypertonie qui correspond au syndrome de Benedikt. Le syndrome de Benedikt s'intègre ainsi naturellement parmi les syndromes du Noyau Rouge.

Le cas de Souques, Crouzon et Bertrand se présentait cliniquement comme un syndrome de Benedikt typique : paralysie de la IIIe paire du côté droit, mouvements involontaires spontanés, choréo-athétoïdes, hémiplégie et hémi-contracture du côté gauche du corps. L'examen anatomique montra l'existence d'un vieux foyer de ramollissement unique du Noyau Rouge droit. L'étude de la voie pyramidale montra, en outre, l'intégrité absolue de ce faisceau. S'appuyant sur ce fait si démonstratif, les auteurs font la critique des cas précédemment publiés et considèrent comme un fait acquis que le syndrome de Benedikt n'est pas dû à une lésion de la voie pyramidale mais bien à une lésion du Noyau Rouge.

L'étude de ces syndromes a engagé de nombreux auteurs à établir les rapports qui existent entre les symptômes et les localisations lésionnelles anatomiques. Pour Jeliffe, les mouvements athétoïdes seraient dus à l'interruption des fibres rubro-thalamiques et thalamo-rubriques ; le tremblement serait propre aux lésions des fibres rubro-corticales et cortico-rubriques; quant aux mouvements choréiformes et choréo-athétosiques, ils seraient en rapport avec les lésions du pédoncule cérébelleux supérieur. Ces vues, purement théoriques, ne sont point admises par Souques, Crouzon et I. Bertrand. Pour ces auteurs « l'état de nos connaissances ne permet pas encore d'indiquer avec certitude le siège de la lésion correspondant à tel ou tel symptôme ».

Les lésions du Noyau Rouge produisent-elles de l'hypertonie ? C'est, il nous semble, une question plus intéressante et d'ailleurs beaucoup plus débattue. En 1929, Giacomo étudiant cette question répondait par la négative. Pour cet auteur, les Noyaux Rouges de l'animal et de l'homme étant différents comme constitution, on ne doit pas appliquer les données expérimentales de l'étude de l'animal à la pathologie humaine, à moins, dit-il, qu'on ne tienne compte du siège lésionnel. Il rappelle à ce propos les expériences de Mussen, qui produit des lésions bien localisées soit au noyau magno-cellulaire, soit au noyau parvo-cellulaire. A son avis, il reste insuffisamment démontré qu'une lésion, localisée à la partie caudale du Noyau Rouge, ou au Noyau Rouge tout entier, produise chez l'homme de l'hypertonie évidente.

Souques, Crouzon et I. Bertrand, dans le mémoire cité, considèrent l'hypertonie comme la conséquence de la lésion rubrale. Ils rappellent à ce propos les travaux de Magnus et Klein, Rademaker et ajoutent : « assurément, il faut être très prudent quand on veut appliquer à l'homme les résultats obtenus chez l'animal. Il n'en est pas moins vrai que notre cas concorde avec les recherches de l'école hollandaise ».

Van Gehuchten a repris dernièrement la question. Il n'est pas du même avis que les auteurs précédents. Tout en admettant que le Noyau Rouge est un centre régulateur important du tonus (1), il n'accepte pas la notion que l'hypertonie soit due à une lésion exclusivement rubrale. La lésion déborde presque toujours largement la région du Noyau Rouge : locus niger, faisceau central de la calotte, contingents pallido-olivaire, pallido-tegmentaire, etc., ce qui fausse la notion de localisation. D'ailleurs, dit-il, il y a dans la littérature de nombreux cas d'altération de ce noyau sans hypertonie ou avec hypotonie (cas de Ramez, Kraft-Ebing, Raymond et Cestan, Claude et Loyez, Chiray, Foix et Nicolesco) ; observations cliniques de syndrome hémi-asynergique de L. Van Bogaert, Gauthier et Lereboullet, Baudoin et Lereboullet, Giacomo. Le dernier cas de MM. Van Bogaert et Bertrand lui semble assez caractéristique : il s'agit d'un syndrome alterne du Noyau Rouge avec hypotonie contro-latérale et dans lequel l'examen anatomique a montré une atrophie de ce Noyau. Pour étayer ses conclusions, Van Gehuchten s'appuie sur un cas qui ne paraît pas démonstratif : chez un malade présentant une paralysie du III, une hémi-ataxie cérébelleuse du côté opposé et l'hypotonie des 4 membres, l'examen anatomique montra deux tubercules : l'un protubérantiel, l'autre au niveau du Noyau Rouge. Si les ramollissements et les atrophies du Noyau Rouge peuvent avoir une valeur physiopathologique importante, il n'en va pas de même pour ce qui est des lésions tumorales qui, au contraire, produisent des troubles à distance. D'autre part, dans ce cas, l'existence d'un gros tubercule protubérantiel lui enlève la valeur démonstrative que veut lui attribuer l'auteur.

Quant au rôle du Noyau Rouge dans la régulation du tonus musculaire, P. Van Gehuchten considère d'abord un système excito-tonique, dont le centre le plus élevé serait le Noyau Rouge, complété par d'autres centres, moins importants, dans la substance réticulée de la protubérance et du bulbe, par les noyaux vestibulaires. Sur ce système agiraient les influences inhibitrices, soit pyramidales, soit striées... Quant aux noyaux cérébelleux, ils seraient des centres importants où se concentrent et se régularisent les influences toniques diverses.

Cette systématisation expliquerait les cas d'hyper- ou d'hypotonie qui sont la conséquence de lésions du

(1) P. VAN GEHUCHTEN reprenant l'hypothèse émise par son père en 1900 considère le Noyau Rouge comme un centre important de régulation des réflexes tendineux. Il exercerait avec d'autres formations une action excitatrice opposée à l'action inhibitrice du f. pyramidal. Dans les lésions du Noyau Rouge on trouverait donc une abolition de la réflectivité tendineuse.

Noyau de Stilling. Une lésion de ce noyau, surajoutée ou non à une lésion du système excito-tonique, produit de l'hypotonie. Mais si la lésion est plus diffuse (touchant le faisceau pyramidal, substance noire, etc.) malgré la lésion du Noyau Rouge, il apparaît une hypertonie. Celle-ci est due à la libération des centres toniques bulbo-protubérantiels.

*
* *

Malgré les nombreux points obscurs quelques conclusions générales se détachent de cette étude :

Au point de vue anatomique, le Noyau Rouge n'est pas un centre, au sens habituel du mot (le nombre de cellules qu'on y trouve est peu considérable), mais bien plutôt un nœud où viennent s'entrecroiser de grandes voies provenant du cortex, du corps strié, du thalamus, du cervelet, pour gagner les centres inférieurs.

Au point de vue physiologique l'expérimentation montre qu'il est en relation avec le système de régulation tonique d'une part ; avec le système d'intégration motrice, de l'autre.

Au point de vue physio-pathologique, les syndromes auxquels il donne naissance, sont caractérisés par des troubles moteurs : ataxie, asynergie, tremblement, choréo-athétose ; toniques : hypertonie ou hypotonie. Quant à savoir dans quelles conditions apparaissent ces symptômes, s'ils sont bien dus au Noyau Rouge ou s'ils sont d'emprunt, ce sont là des questions discutées, où les hypothèses peuvent se donner libre cours. D'ailleurs, on peut dire en schématisant à outrance, que toute la symptômatologie du Noyau Rouge est d'emprunt, car il ne s'agit pas là d'un centre, mais d'un entrecroisement de voies appartenant à des systèmes bien définis.

En dernière analyse, le Noyau Rouge apparaît donc comme un niveau d'intégration motrice élémentaire, et surtout comme un dispositif de régulation, de distribution tonique. *On ne doit point le considérer isolé, mais bien comme une pièce importante d'un vaste appareil cérébello-rubro-spinal et strio-rubro-spinal,*

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE, EXTRAIT DE JUSQUIAME, INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MEDITERRANÉE

DE DÉLICIEUX DIMANCHES A BON COMPTE EN FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — La beauté de la forêt de Fontainebleau varie suivant les sites et vous n'en connaîtrez véritablement tout le charme que si vous en visitez à diverses reprises, les multiples cantons.

Vous pouvez le faire sans grands frais puisque les billets d'aller et retour à prix réduits du dimanche sont délivrés de Paris pour toutes les gares comprises entre Bois-le-Roi et Moret d'une part, Livry et Vernou-sur-Seine d'autre part.

Le prix d'un billet d'aller et retour 3e classe est toujours fixé à 10 fr., sauf pour Champagne-sur-Seine et Moret (11 fr.) et Vernou-sur-Seine (12 fr.), moitié de ces prix pour les enfants. En outre, vous avez la facilité d'utiliser votre billet à destination ou au départ d'une quelconque des gares désignées ci-dessus. Par exemple, vous pouvez, au retour, partir d'une gare de la rive droite avec le coupon de retour d'un billet délivré par une gare de la rive gauche.

Dans votre intérêt, renseignez-vous aux gares ou bureaux P.-L.-M.

dont l'intégrité est indispensable pour assurer la régulation de l'activité motrice et du tonus musculaire.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BREMER. Le tonus musculaire et le mécanisme réflexe de la station debout, *Rev. Univ. de Bruxelles*, 1928-29.

CAJAL. Anatomie du système nerveux, Paris, 1900.

CLAUDE Henri. Syndrome pédonculaire du Noyau Rouge, *Rev. Neurol.*, février 1912.

J. et A. DÉJERINE. Anatomie des centres nerveux.

DIMITRI. Consideraciones anatomo-clinicas sobre la via rubro spinal, *Rev. Med. Lat. Americ.*, junio 1932.

Ch. FOIX et NICOLESCO. *Noyaux gris centraux et région mésencéphalo-sous-optique*, 1 vol. Masson 1925.

FROMENT. Le tonus musculaire de l'homme, *Journ. Méd. Lyon*, juin 1932.

GARCIN. Les ataxies. Rapport au *Congrès des Alién. et Neur.*, Rabat 1933.

GIACOMO UMBERTO. Fisiopatölogia del nucleo rosso. Atti dei *VII Congresso della Societa Italiana di Neurologia*, Napoli, 1929.

INGRAM et S. W. RANSON. The place of the red nucleus in the postural complexe, *J. Physiol.* (II 466-475 1932) ; — *Arch. of Neurol. and Psych.*, p. 987, 1934.

LANDAU. Tonischer Lagrereflex b. sangling, *Klini. Woch*, 1923, N° 27.

LHERMITTE et TRELLES. Physiologie et Physiopathologie des noyaux gris centraux, *Encéphale*, 1932.

LUTHY. Les rapports de l'olive inférieure avec le cervelet. *C. R. du Congrès Int. de Neurol. de Berne*, 1931.

MARESCHAL. *L'olive bulbaire*, 1 vol. Doin, Paris 1934.

MINKOWSKI. Etude sur les connexions anatomiques des circonvolutions rolandiques, pariétales et frontales, *Arch. Suisses de Neurol. et Psych.*, 1924.

V. MONAKOW. Der rote Kern, die Haube und die Regio subthalamica bei einigen saugetrerent und beine meschen. *Art. aus d. Hirnach. Inst. in Zurich*, 3 et 4, 1909 ; — Centres de projection et d'association, *Congrès Int. de Neurol.*, Paris 1900.

RADEMAKER. Die Bedeutung des rote Kernes und des ubrigens Mittelhirus zur Muskeltonus, Berlin 1926 ; — *Das Stehen. Julius Springer*, Berlin, 1931.

ROUQUIER. Les divers types cliniques de contracture ou de rigidité musculaire, *Gaz. des Hôpit.*, 27 mai 1933.

SOUQUES, CROUZON. I. BERTRAND. Revision du syndrome de Benedikt. A propos de l'autopsie d'un cas de ce syndrome. Forme tremo-choréo-athétoïde et hypertonique du syndrome du Noyau Rouge, *Rev. Neurol.*, octobre 1930.

SPINDLER. Réflexes statiques de l'animal et de l'homme, *Thèse de Lyon*, 1933.

TRELLES. Le système moteur extra-pyramidal, *Gaz. des Hôpit.*, 14 nov. 1931.

VAN BOGAERT et I. BERTRAND. *Rev. Neurol.*, février 1932.

VAN GEHUCHTEN (P.). L'abolition des réflexes tendineux dans les tumeurs du IV ventricule, contribution à l'étude du mécanisme de réflexes, *Journ. de Neur. et Psych.*, 1930 ; — Tubercule de la protubérance et du Noyau Rouge. Discussion des symptômes oculaires et des troubles du tonus, *Rev. Neurol.*, février 1932.

WINKLER. *Manuel de Neurologie-Anatomie du système nerveux*, Opera Omnia, vol. III et IV.

N. ZAND. Base anatomique de la rigidité décérébrée, *Rev. Neurol.*, 1925, p. 998 ; — Les olives inférieures centres du tonus musculaire des muscles antigravidiques, *Rev. Neurol.*, p. 375, 1932.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1934)

Fracture vertébrale et luxation méconnue des deux hanches. — M. COURTY.

Les métastases du cancer de l'œsophage. — M. BERNARD. Le cancer œsophagien peut se propager par continuité : pharynx, estomac, — par contiguïté : plèvres, poumon, colonne vertébrale, — ou à distance, dans les os et dans tous les viscères.

L'auteur rapporte deux exemples de métastases, l'une dans le foie, l'autre dans le quadriceps gauche et les muscles de la paroi abdominale.

Ces métastases sont rares, mais importantes à connaître pour deux raisons :

1° Elles peuvent être la première manifestation du cancer de l'œsophage ;

2° Elles peuvent être la source d'erreurs de diagnostic.

Comme le noyau métastatique reproduit le même type histologique que le néoplasme primitif, la biopsie, lorsqu'elle est possible, permet d'établir la nature et l'origine de la métastase.

Réflexions sur le dolichocôlon. — MM. BERNARD et DE TAYRAC. On connaît ce syndrome sur la nature duquel on discute encore. Les auteurs constatent d'après leurs observations que la musculature intestinale a une importance primordiale dans l'apparition des troubles pathologiques du dolichocôlon. Ils concluent : le dolichocôlon est une entité anatomo-clinique : c'est une malformation anatomique qui, par suite de troubles de la motricité intestinale, se manifeste par un syndrome clinique et des complications particulières ; aérocolie, stase prolongée, subocclusion, volvulus.

Action des sécrétions thyroïdiennes sur la chronaxie du système nerveux périphérique. — MM. LE GRAND, AUJOULAT et GAMELIN. Les auteurs rapportent les résultats de nombreuses expériences, qui ont porté sur le chat, le chien et la grenouille. Ils s'en tiennent uniquement aux résultats obtenus chez la grenouille. Leurs conclusions sont les suivantes :

1° L'extrait thyroïdien et la thyroxine augmentent le degré d'excitabilité du système nerveux périphérique ;

2° Inversement, la suppression de la fonction thyroïdienne entraîne une diminution du degré d'excitabilité ;

3° La vagotonine augmente — plus encore que les extraits — l'excitabilité des nerfs périphériques, mais son action est indirecte, elle s'exerce par activation de la sécrétion thyroïdienne ;

4° L'ésérine agit de la même façon ;

5° L'excitation des nerfs vagues augmente aussi l'excitabilité, mais, à condition que l'appareil thyroïdien soit intact : elle agit donc en augmentant la sécrétion thyroïdienne.

Résection de la prostate par les voies naturelles. — M. LEPOUTRE. On a cherché, depuis longtemps, à détruire, par les voies naturelles, les obstacles prostatiques. On y réussit aujourd'hui d'une manière aussi efficace qu'élégante, grâce aux courants coupants (bistouri électrique) et surtout par l'emploi simultané des courants coupants et coagulants.

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ
ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS — LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS-15e

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R.C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

L'auteur discute les avantages et les inconvénients de cette méthode, ses indications et contre-indications. L'opération par les voies naturelles comporte des difficultés et des dangers : elle est entre des mains exercées une ressource excellente dans des cas bien déterminés.

L'auteur présente quelques instruments permettant cette intervention.

Erythème noueux et tuberculose. — M. Dommesent. L'auteur rapporte deux cas d'érythème noueux survenus chez deux sœurs en avril 1929 et en janvier 1933 et suivis l'un et l'autre de péritonite tuberculeuse, la première à forme ascitique, guérie après laparotomie, la seconde à forme fibro-caséeuse, traitée médicalement avec succès.

L'auteur conclut à la nécessité de surveiller tous les sujets porteurs d'érythème noueux, en raison des manifestations bacillaires ultérieurement possibles.

De la possibilité d'éclairer les coins sombres par le soleil. — M. d'Halluin. Au moyen de miroirs ou de lentilles, il est facile de faire pénétrer le soleil dans les coins les plus sombres, même par une ouverture étroite ; grâce à la diffusion réalisée par le plafond, on peut éclairer les locaux de façon remarquable.

Mais il faut suivre le soleil dans sa course. L'auteur décrit l'héliostat automatique d'Arthuys et Bayle, merveille d'ingéniosité, dont les déplacements sont constamment réglés par le mouvement du soleil. Le type domestique comporte un miroir de 50×50, le modèle destiné aux grands immeubles, un miroir de 4 mètres placé sur le toit : le faisceau est reçu par un miroir fixe qui le réfléchit le long de la façade et l'on prélève à chaque étage la lumière nécessaire. On peut aussi éclairer de façon très satisfaisante environ 800 à 1.500 mètres carrés de plafond.

Apophysite tibiale antérieure. — M. Lamorh.

Pyopneumothorax médiastinal, au cours d'un cancer de l'œsophage. — MM. Langeron, Danès et Senellart. Présentation de radiographies.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de zoologie et biologie générale. III. Les invertébrés (coelentérés et vers) (1), par Georges Bohn.

On pourrait croire que le sujet n'ait d'intérêt que pour le spécialiste. Il n'en est rien. En parcourant ce nouveau fascicule, que de données intéressantes y avons-nous trouvées !

Données concernant l'*histoire générale de la science*, et relatives aux classifications, depuis le « Catalogue pratique » proposé par Linné, en 1753, dans son *Systema naturae*, et par lui fondé sur certains caractères, dont G. Bohn ne craint pas d'écrire qu'ils ont été très mal choisis, jusqu'à ceux de Cuvier, distinguant les caractères dominateurs et les caractères subordonnés, et « dont les idées ont terriblement vieilli », pour finir par Edmond Perrier, disciple lointain de Lamarck, « imagination brillante, mais qui n'est plus suivi par les zoologistes contemporains, dont beaucoup ne sont plus guère Lamarckiens ».

Données relatives à la *physiologie générale*. Ici, nous n'avons que l'embarras du choix : importance des gènes, qui, doués de vitesses différentes, déterminent, non seulement les caractères, mais encore le moment d'apparition de ceux-ci : pour de Beer, la néoténie, autrement dit la maturité sexuelle constatée chez des animaux ayant encore des caractères juvéniles, est due à une perturbation dans la vitesse relative de l'évolution du soma et du germe, que celui-ci soit accéléré ou que celui-là soit retardé, — particularités caractéristiques des Hydres d'eau douce, déjà signalées, pour la plupart, au XVIIIe siècle, par Trembley : absence de mésoderme, contrastant avec une différenciation cellulaire poussée très loin, faculté de régénérer les parties amputées de leur corps, existence d'une polarité manifeste (G. Bohn et Drzewina), facilités des soudures expérimentales aboutissant, par des remaniements, à une Hydre normale ; — détails ayant trait aux Méduses, dont certaines se reproduisent par le mécanisme si curieux de la strobilation, aux bancs Coralliens, « merveilleux jardins dépassant la « beauté des jardins enchantés des Hespérides » (Haeckel) ; — dissociation cellulaire et reconstitution du corps chez les Eponges (Wilson, 1907), dont les larves ciliées offrent cette anomalie que l'ectoderme s'invagine dans l'endoderme, constatation qui bat en brèche la fameuse théorie de la spécificité des feuillets embryonnaires ; — perfectionnements organiques dont bénéficie l'Annélide, avec son appareil circulatoire clos, son système nerveux en échelle, ses néphridies et ses « crises sexuelles » ; — danses nuptiales des Heteroneireis ; — dimorphisme sexuel de la Bonellia ; — parthénogénèse des Rotifères ; — réactions alimentaires des Planaires qui, privées de leur tête, n'en mangent que plus facilement, etc.

Données *intéressant directement le médecin*, qu'il s'agisse de l'anaphylaxie découverte chez les Coelentérés, en 1902, par MM. Ch. Richet et Portier, du rôle que jouent les Vers de terre dans la propagation du charbon, des maladies exotiques causées par des Trématodes : bilharziose, due à une sorte de douve dioïque vivant dans les veines abdominales où le Dr Bilharz l'a découverte, fréquente chez les baigneurs et même chez tout homme marchant dans l'eau, ses larves perforant, en dix minutes, la peau pour passer dans le sang ; distomatose pulmonaire, due au Paragonimus, qui provoque de graves hémoptysies, et qui provient de ce que les indigènes mangent crus des crabes d'eau douce où sont venus s'enkyster des Cercaires ; infections dues aux Cestodes, qu'on ait affaire au Bothriocéphale, passant par trois hôtes successifs : Crustacé Copépode, Poisson d'eau douce, Homme, de Dipylidium et d'Hymenolepis, chez lesquels le premier hôte est un Crustacé ou un Insecte, le second un Mammifère ou un Oiseau, ou des Toenias, pour qui les deux hôtes sont des Mammifères, et auxquels appartiennent le Coenure et l'Echinocoque ; anémies dues à l'Ankylostome duodénal ; — rôle de l'oxyurose dans la production de l'appendicite et de la fièvre typhoïde (Guiart) ; trichinoses ; filarioses, etc.

Données d'*ordre philosophique* : peu de valeur des classifications, surtout quand elles sont exclusivement fondées sur la morphologie, importance de plus en plus grande accordée aux phénomènes physico-chimiques, pauvreté des conceptions finalistes, relations, établies par la nature elle-même, entre la fécondation et la parthénogénèse naturelle, etc.

On retrouvera, dans le fascicule qui vient de publier M. Bohn, les qualités qui ont assuré le succès de son enseignement oral, et que nous avons eu la joie de louer en faisant l'analyse des précédents : la clarté de l'exposition, la connaissance approfondie du sujet, le goût de la discussion scientifique, le talent de convaincre et de séduire. De belles figures, dont beaucoup originales, ajoutent encore à l'intérêt du texte.

L. Babonneix.

(1) In-8 de 102 pages. — Paris 1934.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 26 SEPTEMBRE 1934. — N° 77.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Tuberculose (sous la direction de M. André Lemierre), par M. P. Adida.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Scènes de la vie future, par M. A. Herpin.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
LIVRES NOUVEAUX
CONGRÈS
NOTES POUR L'INTERNAT
Formes cliniques du cancer de l'estomac (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Le concours de l'internat en médecine dont les épreuves écrites ont été fixées aux 11, 12 et 13 octobre prochain aura lieu au Parc des Expositions de la Porte de Versailles au stand 50 et non au stand 60, comme il avait été primitivement indiqué sur les affiches du concours.

Le stand 50 est situé au-dessus du restaurant du Parc des Expositions. (Y accéder par l'entrée principale du Parc des Expositions, Porte de Versailles, et prendre dans l'allée centrale, à gauche, les grands escaliers situés immédiatement après le restaurant.)

Principaux moyens de communication : Porte de Versailles : Nord-Sud ; tramway 89 (Hôtel-de-Ville-Clamart) ; autobus CD/26 (Porte de Vincennes-Porte de Versailles) ; autobus V (Gare du Nord-Porte de Versailles) ; autobus AG (Bourse-Porte de Versailles).

Porte de la Plaine : autobus CR (Châtelet-Porte de la Plaine).

Le tirage au sort du jury du concours de l'internat en médecine aura lieu le 25 septembre 1934, à 11 h. 30, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, dans les conditions prévues par l'article 191 du règlement général sur le Service de santé.

Le réseau d'Etat français de radiodiffusion donnera au cours de l'émission de midi du mardi 25 septembre la liste des membres du jury du concours de l'internat.

Cette liste sera diffusée, à nouveau, au cours d'autres émissions de la même journée.

GUERRE. — M. le médecin général Morvan, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, membre consultant du Comité consultatif de santé, est nommé, pour l'année 1934, membre titulaire dudit Comité, en remplacement de M. le médecin général Lahaussois, placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

M. le médecin-colonel Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est nommé, pour l'année 1934, membre consultant militaire du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin général Morvan, nommé membre titulaire.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Mlle le docteur Deschamps, reçue 5e au concours de médecin des asiles de 1934, est nommée médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Rodez (Aveyron), en remplacement de M. le docteur Fenayrou, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

CONFÉRENCES DE PSYCHIATRIE. — Le docteur Henri Ey, ancien chef de clinique, médecin des Asiles, reprendra ses conférences à partir du 15 octobre. Elles n'auront lieu qu'une fois par semaine. Les examens de malades se pratiqueront à l'amphithéâtre de la Clinique du professeur Claude l'après-midi du même jour. L'enseignement consiste dans l'examen des principales questions de la médecine mentale sous leur aspect actuel et dans leur application à la clinique. — Pour les inscriptions et le programme, s'adresser au docteur

HÉMORROÏDES
ANUSOL MIALHE
POMMADE — SUPPOSITOIRES

Sivadon, à la Clinique du professeur Claude, Asile Sainte-Anne, Paris (XIVe).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — *Stage et cours de perfectionnement*, du 1er au 27 octobre, sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Levant, Vignes, Cleisz, Portes, Desnoyers, Ravina, Lacomme, Digonnet, Sureau, accoucheurs des hôpitaux; MM. Aurousseau, Powilewicz, Seguy et Mme Anchel-Bach, anciens chefs de clinique; Mlle Fayot, chef de clinique; Mme Grand, MM. Lepage et Bonnet, anciens internes.

Droit d'inscription : 300 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1367.*)

CONGRÈS

L'union internationale contre la tuberculose. — *La Conférence de Varsovie.* — La IXe Conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose qui s'est ouverte à Varsovie, sous la présidence de M. Mosciki, président de la République polonaise, en présence de nombreux délégués représentant 43 pays, vient de clôturer ses travaux. Les principaux rapports discutés au cours de cette conférence ont été consacrés aux « variations biologiques du virus tuberculeux » (rapporteur général : M. le professeur Karwacki (Pologne) ; aux « formes médicales et chirurgicales des tuberculoses osseuse et articulaire et à leur traitement » (rapporteur général : M. le professeur Putti (Italie) ; et à l'importante question sociale de « l'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux » (rapporteur général : M. le professeur Léon Bernard (France) récemment décédé et remplacé par M. le professeur Bezançon). Ce rapport et la discussion générale qui l'a suivi ont clairement démontré le rôle essentiellement *prophylactique* du dispensaire ; c'est pourquoi l'application de la thérapeutique prophylactique (pneumothorax artificiel) s'en trouverait justifiée. Dans certaines conditions, c'est après accord avec les groupements professionnels intéressés, une organisation à établir qui déterminera, pour la thérapeutique du pneumothorax, le rayon des dispensaires les plus proches.

Au cours de sa première séance, l'Union internationale contre la tuberculose avait constitué de la façon suivante le bureau de son comité exécutif, dont le siège permanent est à Paris : Président : M. le docteur Piestrzynski (Pologne) ; secrétaire général : M. le professeur Bezançon (France), élu secrétaire général à l'unanimité en remplacement du regretté professeur Léon Bernard ; secrétaire générale adjointe : Mme le docteur Skokowska-Rudolf (Pologne) ; trésorier : M. Eugène Mirabaud.

A l'assemblée inaugurale présidée par le Président de la République polonaise, le professeur Bezançon rendit un vibrant hommage à la mémoire de Calmette et de Léon Bernard, champions, dans la lutte antituberculeuse, aussi bien de l'organisation médico-sociale de cette lutte, que des acquisitions et des progrès accomplis dans le domaine scientifique. Enfin, dans une allocution, brillamment pensée et sentie, le professeur Bezançon montra les liens étroits qui unissent, sur ces terres de la science, la France et la Pologne.

Une importante délégation française comprenant 70 membres, a participé aux travaux de la Conférence. Elle avait à sa tête M. André Honnorat, sénateur, ancien ministre, président du Comité national de défense contre la tuberculose, conseiller de l'Union internationale, et M. le professeur Bezançon, de l'Académie de médecine, également conseiller de l'Union.

De superbes réceptions ont été données en l'honneur des membres de la Conférence, par le président de la République polonaise, le président du Conseil des Ministres et le président du Conseil municipal de Varsovie.

La Xe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose aura lieu en 1936, à Lisbonne.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SCÈNES DE LA VIE FUTURE

Dans une circulaire du 10 août dernier, M. le Ministre du Travail dit textuellement ceci :

« Avant de procéder à une augmentation (du tarif de responsabilité à l'hôpital), les caisses qui ont passé des conventions auront avantage à demander aux établissements hospitaliers un tarif plus bas ou *des garanties particulières, telles que l'institution d'un contrôle technique sur les assurés hospitalisés.* »

Sans vouloir pousser trop loin l'indiscrétion, nous serions bien aise de savoir par qui M. le Ministre du Travail compte faire exercer le contrôle technique.

Il ne peut ignorer, en effet, que, dans les hôpitaux, les soins sont donnés par des médecins qui ont été nommés à la suite de concours qui offrent des difficultés telles qu'ils exigent des candidats une préparation toujours longue et une science médicale consommée. Il ne peut ignorer que les professeurs des Ecoles et Facultés de médecine font également partie du corps médical hospitalier.

Il ne peut davantage ignorer que jusqu'à présent tout au moins, il est un usage en médecine qui ne s'accorde guère avec son projet : dans les cas graves ou délicats, on procède à ce qu'on appelle une consultation, et précisément il est d'usage, le plus souvent, de demander cette consultation à des médecins des hôpitaux.

Il est hors de doute que si, d'aventure, M. le Ministre du Travail se trouvait dans un de ces cas difficiles, il ne manquerait pas de recourir à cette méthode ; car s'il la considère officiellement comme désuète, puisqu'il veut instituer un contrôle technique des consultants, il lui trouverait pour son compte personnel, des avantages qu'il ne négligerait certainement pas.

Outre donc l'injure gratuite qui est faite ainsi, par M. le Ministre du Travail, à un corps de praticiens qui a toujours été l'honneur de la Médecine française, on ne voit pas bien par quel procédé, ne heurtant pas la logique et le bon sens, cette idée singulière pourrait être réalisée.

Il n'espère pas, au moins nous le supposons, trouver parmi les membres du corps hospitalier, des médecins qui consentiraient à aller ainsi exercer un contrôle dans le service d'un de leurs collègues.

Alors qui pourrait bien en être chargé ?

Nous ne doutons pas que les groupements des médecins des hôpitaux sauront répondre comme il convient à une initiative peut-être osée, sûrement impertinente, en tout cas irréfléchie et qui n'apparaît guère que comme une anticipation bien prématurée des scènes de la vie future.

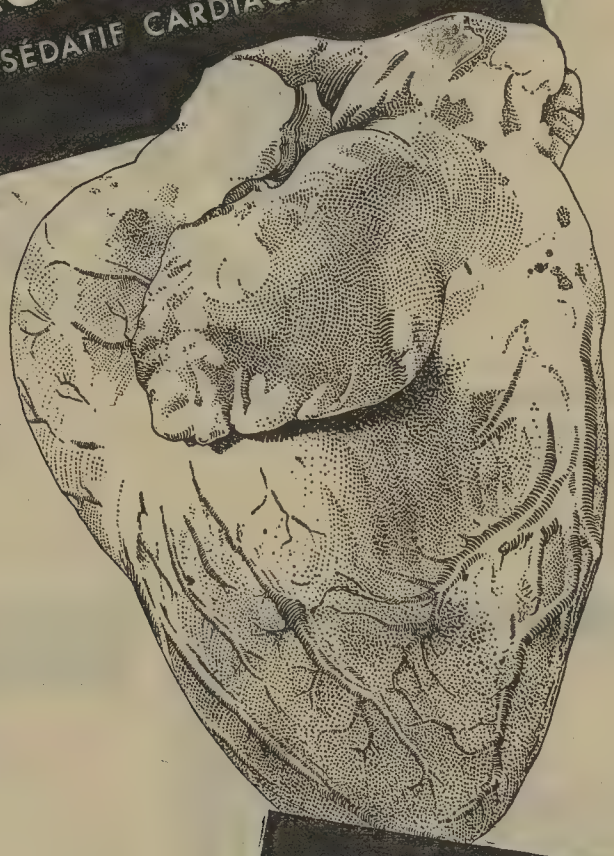
A. HERPIN.

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULe PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE



DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

TRAVERSANT L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

L'ALUNOZAL

salicylate aluminique basique

SE DÉDOUBLE sous l'influence de l'alcalinité intestinale en

ALUMINÉ GÉLATINEUSE ASTRINGENT ABSORBANT

SALICYLATE ALCALIN ANTISEPTIQUE ANALGÉSIQUE

DIARRHÉES SAISONNIÈRES
DIARRHÉES DES NOURRISSONS
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX

COMPRIMÉS à 0,50 TUBE de 20

GRANULÉS à 25% FLACON de 90 grs

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON
Briançon • *Autocars*: GRENOBLE / MARSEILLE

Médecins Résidents: Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par P. ADIDA,

ASSISTANT DU CENTRE DE TRIAGE DE L'HOPITAL BEAUJON

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement des dilatations des bronches. (Léon-Kindberg. *La Pratique médicale française*, avril 1933.) — Pour Léon-Kindberg, il n'existe aucun traitement médical de la dilatation des bronches, et la collapsothérapie n'a que de rares indications. L'exérèse progressive fait courir au malade des risques excessifs, et la lobectomie, qui reste une opération quelque peu théorique, ne pourra être réalisée que dans des cas exceptionnels.

Les méthodes bronchoscopiques constitueront presque toujours le traitement de choix. Thérapeutique palliative dans la plupart des cas, elles pourraient, appliquées de façon précoce, entraîner sans risques des guérisons définitives.

Il conviendrait sans doute de les mettre en œuvre préventivement dans les suites d'abcès pulmonaire chez l'adulte, de certaines broncho-pneumonies chez l'enfant.

Les dilatations des bronches. (Michel Léon-Kindberg. Masson et Cie, 1934.) — Dans cet ouvrage, qui fait partie de la collection « Médecine et chirurgie pratique », la question des dilatations bronchiques est mise au point avec beaucoup de clarté.

Après un court historique, l'auteur étudie les dilatations bronchiques de l'enfance, leurs symptômes, leur évolution, leurs formes cliniques.

Passant aux dilatations de l'adulte, il s'étend assez longuement sur la clinique puis, en un paragraphe relativement court mais très fouillé, agrémenté de planches, il étudie l'anatomie pathologique, dont l'importance en une pareille question est primordiale.

L'étiologie et la pathogénie font l'objet ensuite d'une discussion serrée, d'où il ressort que la gangrène et les abcès pulmonaires, les corps étrangers, la tuberculose, la syphilis, certaines broncho-pneumonies sont les causes essentielles des bronchectasies.

Précédé de 12 clichés radiographiques très démonstratifs, le diagnostic est abordé, tant chez l'enfant que chez l'adulte, du point de vue clinique et surtout radiologique (lipiodo-diagnostic) et bronchoscopique.

Le traitement médical, les différents modes de collapsothérapie sont envisagés enfin, de même que les interventions directes (lobectomie réglée, exérèse progressive), et les méthodes bronchoscopiques, dont les indications respectives sont clairement exposées, ainsi que les résultats qu'elles sont susceptibles de donner.

Cet intéressant ouvrage se termine par un index bibliographique groupant de nombreuses références tant françaises qu'étrangères.

Contribution à l'étude de l'évolution spontanée des abcès du poumon. (Papazoglou. *Th. de Paris*, 1932.)

Les abcès du poumon dans l'enfance. (E.-P. Nicolas. *Th. de Paris*, 1932, Arnette, édit.). — Les abcès du poumon dans l'enfance seraient soit primitifs, soit secondaires à un épisode aigu broncho-pneumonique.

Généralement aigu, monomicrobien, uniquement suppuré et guérissant spontanément et intégralement ; plus rarement subaigu, polymicrobien, à la fois suppuré et nécrotique, fétide et présentant alors une tendance nette aux récidives ou à la chronicité.

Au point de vue thérapeutique, toute intervention opératoire, doit chez l'enfant être retardée le plus possible, souvent même au delà de deux mois. L'expectative sera peut-être encore plus patiente chez lui que chez l'adulte.

Dans les cas subaigus, avant de parler de guérison, il est nécessaire de posséder des clichés radiographiques sans ombre pathologique d'aucune sorte.

La thérapeutique chirurgicale semble surtout réservée aux cas de coexistence d'abcès du poumon et de pleurésie purulente.

Le diagnostic s'avère encore plus difficile chez les sujets jeunes que chez l'adulte. Mais un cas spécial, presque particulier à l'enfance, doit y faire songer systématiquement, c'est l'abcès par corps étrangers intra-bronchiques. Dans ce cas, la bronchoscopie constitue un traitement presque constamment et radicalement libérateur.

Cet ouvrage est complété par une bibliographie française et étrangère et de nombreux clichés radiographiques.

Chirurgia della Tuberculosi pulmonaire. (Antonio de Castro. Volume de 230 pages avec 69 illustrations dans le texte. Ubrico Hoepli, éditeur, Milan, 1933.) — Dans cet ouvrage, de Castro s'est efforcé d'exposer d'une façon minutieuse et claire les différents procédés chirurgicaux que l'on peut utiliser comme thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire. Il fait non seulement un exposé didactique, mais encore un exposé critique. Toutes les techniques chirurgicales sont envisagées et les différentes méthodes connues sont étudiées tant au point de vue réalisation pratique qu'au point de vue indications et contre-indications. De nombreuses illustrations aident à la compréhension du texte.

L'auteur, dans cet important ouvrage, montre tout l'intérêt d'une collaboration étroite entre la thérapeutique médicale et la thérapeutique chirurgicale. Pas de traitement standard. A chaque cas, qui représente une individualité clinique, doit répondre également une individualité thérapeutique.

Parmi les nombreux hypnotiques de la pharmacologie actuelle, le **Dial** se classe au premier rang. Sans action nocive à dose normale, sur le cœur, le foie ou le rein, il permet la rééducation du sommeil. A procure à la plupart des insomniques et agités un repos calme et réparateur.

1 à 2 comprimés par jour

DIAL

Laboratoires Ciba O. Rolland.
109-113, Boul.d de la Part-Dieu à Lyon

Enfin, notons que cet ouvrage se termine par une bibliographie extrêmement complète.

Les lavages de plèvre. (P. Weiller. Masson et Cie, 1934.) — Dans ce livre, qui a paru dans la Bibliothèque de Phtisiologie du professeur Léon Bernard, Weiller étudie la question des lavages de plèvre dans le traitement des pleurésies tuberculeuses.

Après un court historique, l'auteur aborde le chapitre de la technique, qui est exposée avec beaucoup de détails et illustrée de quelques schémas qui en facilitent la compréhension.

Les accidents, pratiquement inexistants, et les incidents rares et toujours bénins, sont exposés ensuite, de même que la question assez controversée des traitements à associer aux lavages.

La conduite de la cure, essentiellement basée sur l'observation clinique, radiologique et bactériologique ; puis l'influence des lavages au point de vue purement symptomatique, sont envisagées ensuite.

Enfin les indications des lavages, souvent discutées et jamais encore nettement résolues, font l'objet d'une importante étude. L'auteur les divise en indications formelles (pleurésies septiques, malignes, bactériologiquement infectées ou compliquées de perforation pariétale), relatives (abcès froids pleuraux, empyèmes largement fistulisés dans les bronches, pleurésies opérées par pleurotomie), et exceptionnelles (pleurésies putrides, cloisonnées et sérofibrineuses récidivantes).

Des conclusions, étayées sur 33 observations personnelles relatées avec des courbes thermiques, terminent ce livre, que complètent une préface du docteur Léon-Kindberg, médecin de l'Hôpital Beaujon, et une bilbiographie très complète.

De la chrysothérapie par voie pleurale. (L. Daïen. *Th. de Paris*, 1934. L. Rodstein, éditeur.) — Des observations étudiées par Daïen, il ressort que :

Le sel d'or injecté dans une collection pleurale tuberculeuse ralentit généralement la sécrétion de l'épanchement, accélère sa résorption et augmente sa fluidité. Parfois il diminue sa richesse en bacilles de Koch. Il peut exercer une action sclérogène sur le parenchyme pulmonaire sous-pleural. Il résulte que la rigidité du moignon augmente et que les insufflations ultérieures parviennent à collaber des cavernes jusqu'ici restées béantes. D'où l'indication de la méthode dans le pneumothorax inopérant avant de pratiquer des interventions telles que la section des brides, la thoracoplastie ou l'apicolyse.

La conduite du traitement consiste : dans l'injection, après chaque insufflation, de 0,05 de crisalbine, dont la solution doit être diluée au 1/200 afin d'éviter toute réaction pleurale. On augmente progressivement les doses, allant jusqu'à 0,30.

Le Myoral (suspension huileuse) paraît mieux toléré, en donnant d'aussi bons résultats.

Contribution à l'étude de la chrysothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Un sel d'or insoluble. (Guy Autran. *Th. de Paris*, 1934. Le François, édit.)

Utilisation thérapeutique du climat de Pau. (L. Cornet. Opuscule de 12 pages, éditeurs Lelon-Desmottes, Pau.) — Communication faite à la Société médicale de Pau, le 8 décembre 1932.

Pour l'auteur, l'indication première est la tuberculose pulmonaire chronique, active ou évolutive, avec tendance aux congestions, à la fièvre et aux hémoptysies.

Cornet indique brièvement les moyens de concilier le souci de la salubrité publique, de la santé des enfants, avec le maintien de la conception traditionnelle de la bienfaisance du climat pour les tuberculeux pulmonaires.

CLINIQUE

Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières. (E. Rist et Mlle Marie Simon. *Presse Méd.*, n° 83, 18 oct. 1933, p. 1601.) — Les auteurs rapportent les observations de 12 infirmières occupées dans leurs laboratoires entre 1918 et 1932, à la recherche des bacilles tuberculeux dans les expectorations.

Sur les douze infirmières, huit sont devenues tuberculeuses et deux d'entre elles ont succombé. Sur les six qui ont survécu, trois ont fait des formes constamment bénignes, et trois autres ont vu leurs lésions, longtemps torpides, s'aggraver soudainement, prendre l'aspect lobaire et nécessiter l'institution d'un pneumothorax.

Ces quelques observations seraient, pour les auteurs, un appoint qu'on ne saurait négliger à la doctrine si imprudemment battue en brèche de nos jours de la réinfection exogène de l'adulte. Il serait puéril de la tenir pour commune, et de passer sous silence la réinfection endogène, vraisemblablement plus fréquente. Mais il faut tout le parti pris de l'incompétence pour nier que la tuberculose puisse se transmettre d'adulte à adulte et pour décourager systématiquement les efforts concertés en vue de diminuer les chances de cette transmission.

L'infiltrat tuberculeux précoce. (Meyer-Boistel. *Med. Klin.*, n° 13, 24 mars 1933, 1442.) — Le « Frühinfiltrat » est beaucoup plus fréquent qu'on ne le dit généralement, et la tuberculose pulmonaire chez l'adulte se développe souvent à partir de lui ; l'auteur a observé 55 infiltrats précoces, en 3 ans ; 10 seulement ont été reconnus d'emblée comme manifestations tuberculeuses ; 20 ont été attribués à de la grippe, des bronchites fébriles ou pleurésies grippales ; enfin, dans les 25 derniers cas, l'infiltrat était une découverte radiologique.

Donc, pour Meyer-Boistel, c'est le « Frühinfiltrat » et non la tuberculose apicale qui marque le début de la tuberculose chez l'adulte.

Le diagnostic précoce est ici comme toujours, et plus encore que dans les autres manifestations de la tuberculose, le point essentiel ; car les résultats du penumothorax sont dans ces cas extraordinairement favorables.

Les bilatéralisations précoces au cours du pneumothorax artificiel. (Ch. Garin, Treppoz et Bouquin. *Presse Méd.*, n° 73, 13 sept. 1933, p. 1422.) — Pour les auteurs, la fréquence de la bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel est grande : en moyenne 25 p. 100.

Le pronostic éloigné de ces lésions ainsi constituées est sombre et l'issue fatale est de règle.

Dans les cas envisagés par les auteurs, le pneumothorax leur a paru plutôt inefficace que nuisible. Il s'agit en général de formes qui, par leur nature même, ont une grande tendance à l'essaimage et à la dissémination. Avec Dumarest, ils pensent combien il est difficile, même sur de bons films, d'affirmer l'unilatéralité, et les lésions du type broncho-pneumonique du côté opposé subissent un coup de fouet sous l'action du collapsus pulmonaire.

La conduite pratique à tenir :

Dans les formes nodulaires, il faut se montrer plus difficile vis-à-vis de l'unilatéralité et se méfier plus spécialement de lésions granulaires au niveau du hile opposé.

En cas de bilatéralisation, ne pas se hâter : cure d'air, crysothérapie. Le pneumothorax bilatéral serait, pour les auteurs, un désastre dans les lésions nodulaires ; il doit être réservé aux formes caséifiantes localisées et aux cas où

NÉVROSES INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

la bilatéralisation se traduit par l'apparition d'une image cavitaire isolée.

Septicémie et tuberculose miliaire après interruption artificielle de la grossesse. (B. Walthard. *Arch. f. Gyn.*, t. CLIII, n° 1. 14 mars 1933. in *Presse Méd.*, n° 73, 13 sept. 1933, p. 155.)

Le diagnostic de tuberculose chez l'enfant. (Grosser. *Med. Klin.*, n° 14, 31 mars 1933, p. 473.) — Le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant présente de grandes difficultés.

Pour Grosser, il faut être très prudent dans l'interprétation des images radiologiques ; au contraire, les réactions cutanées et percutanées suffisent, après huit jours, pour un diagnostic ; la réaction intra-cutanée peut être abandonnée, car elle n'a pas de valeur. L'érythème noueux et les phlyctènes sont des signes de grande probabilité, mais non des signes de certitude en faveur d'une tuberculose.

En général, au point de vue clinique, ce ne sont pas les constatations du moment, mais l'évolution, qui importent surtout pour le diagnostic.

Abcès du poumon et tuberculose. (M. Léon-Kindberg. Avril 1933, p. 229.) — Léon-Kindberg distingue les différentes catégories suivantes.

Simple surinfection des parois d'une vieille caverne ; déclenchement d'une tuberculose subaiguë ; développement d'une tuberculose secondaire à échéance plus ou moins rapide. Les cas de cet ordre — les plus fréquents et les plus intéressants, peuvent se manifester sous les aspects les plus variés.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur conseille une surveillance particulièrement sévère dans la convalescence des suppurations broncho-pulmonaires.

Les fausses images cavitaires chez les jeunes tuberculeux. (G. Dreyfus-Sée. Avril 1934, p. 211.) — Le pronostic des formes excavées, chez l'enfant, est grave ; la pneumonie tuberculeuse à tendance caséifiante et excavante commanderait impérativement l'institution du pneumo-thorax thérapeutique. Aussi, pour l'auteur, il est capital de pouvoir affirmer la présence de petites cavités, dont le pronostic et le traitement sont essentiellement différents.

Dreyfus-Sée rapporte un certain nombre d'observations qui montrent avec quelle prudence il faut interpréter les résultats thérapeutiques antituberculeux chez l'enfant jeune. En ce qui concerne l'interprétation radiologique et le pronostic, pour l'auteur, il faut tenir compte d'un certain nombre de faits. Une radiographie isolée, prise sous une incidence quelconque, ne peut servir de base à un pronostic, ni à une décision thérapeutique. Il faut, pour interpréter un film, vérifier, à la radioscopie, les variations déterminées par les diverses incidences de l'ampoule, par la position de l'enfant, par son cri.

Si la radioscopie est insuffisamment démonstrative, la comparaison des épreuves successives radiographiques est nécessaire, radiographies de face complétées si besoin est par des épreuves de profil.

Il faut également tenir compte d'une observation clinique prolongée dans de bonnes conditions d'hygiène et d'aération, et enfin de la recherche répétée des B. K, dans l'estomac, les selles et l'exsudat pharyngé.

S'il existe un parallélisme entre l'apparition de signes cavitaires radiologiques et les signes généraux et de laboratoire, l'indication collapsothérapique sera formelle.

Au contraire, la contradiction entre les résultats de ces renseignements devra faire prolonger la période d'observation, afin d'éviter l'institution d'un pneumothorax à de jeunes enfants justiciables seulement de la cure sanatoriale surveillée.

La tuberculose pulmonaire chez les anciens pleurétiques. (Ch. et E. Kudelski. Avril 1934, p. 221.). — Pour Ch. et E. Kudelski, l'âge du sujet est un facteur important dans la fréquence de la tuberculose pulmonaire, chez les anciens pleurétiques en particulier, gravité de la pleurésie chez des gens âgés.

La gravité de l'évolution tuberculeuse est conditionnée encore par la date d'apparition de la localisation parenchymateuse : celle-ci étant d'autant plus grave qu'elle est précoce.

Enfin la tuberculose pulmonaire est surtout à redouter dans les cinq premières années après la pleurésie et longtemps l'ancien pleurétique devra rester sous surveillance médicale.

Les auteurs insistent particulièrement sur ce dernier point, en raison de l'importance qu'il prend au point de vue social : autorisation d'un mariage, assurances sur la vie, et enfin assurances sociales.

THERAPEUTIQUE

Contribution à l'étude de la formation, de l'évolution et du traitement des adhérences pleurales au cours du pneumothorax artificiel. (G. Derscheid et P. Toussaint. *Rev. Tub.*, n° 1, t. I, janv. 1933, p. 5.) — Pour G. Derscheid et P. Toussaint, deux sortes d'adhérences : les adhérences néoformées, qui empruntent leur substance au matériel pathologique exsudé dans la plèvre. Les adhérences métaformées, qui la trouvent dans les organes connectés, plèvres et poumon.

Pour chacune de ces adhérences, deux types ; pour les premières, les témoins et les mécaniques ; pour les secondes, les viscérales et les déshabitées.

L'évolution des adhérences néoformées est subordonnée à deux facteurs dont les influences peuvent être isolées ou conjuguées, simultanées ou successives. Le facteur biologique (évolution de la lésion pulmonaire de voisinage) domine les adhérences témoins, tandis que le facteur dynamo-mécanique domine les adhérences mécaniques. Le passage de l'étape témoin à l'étape mécanique s'opère par la mise en tension qui coïncide fréquemment avec l'affaissement résolutif du moignon malade. Les adhérences néoformées sont passibles d'involution, et cette dernière est conditionnée par la déchéance des facteurs précités : évolution lésionnelle et mouvement.

L'évolution des adhérences métaformées s'opère par l'expulsion du parenchyme, densification et fibrose des vestiges. Cette évolution transforme l'adhérence viscérale en adhérence déshabitée, dont la structure se confond souvent avec celle des adhérences mécaniques ; en cas de tuberculisation du parenchyme enclavé, on peut assister à la fistulisation ou la tunnellisation cavitaire de l'adhérence.

Comme conclusion thérapeutique, les auteurs conseillent un traitement dirigé vers l'élément causal, et qui doit viser à l'extinction de la lésion pulmonaire influente ou à la suppression des mouvements locaux et ceci par substitution d'une tension statique homogène aux alternances de la dynamique respiratoire.

Les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Accidents graves avec le Solganal B. (Albert Giraud. *Presse Méd.*, n° 75, sept. 1933, p. 1456.) — Pour Giraud, si l'on admet que les sels d'or en suspension huileuse sont mieux tolérés par l'organisme du fait d'un « double barrage » huileux et musculaire, la valeur de ce barrage semble prêter à discussion et mérite, en tout cas, d'être revisée. Il convient donc de n'appliquer les

tonique "roche"

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

toni-stimulant complet

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie — 10, Rue Crillon — PARIS

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

sels d'or, fussent-ils en suspension huileuse, qu'avec la plus extrême prudence, lorsqu'on se trouve en présence de malades affaiblis et sensibles aux composés auriques. L'abstention pure et simple paraît à l'auteur plus raisonnable, la moindre toxicité des sels d'or en suspension huileuse n'étant pas démontrée d'une façon péremptoire.

Cures d'engraissement et d'amaigrissement au cours de la tuberculose pulmonaire. (H. BODMER et P. KALLOS. *Med. Klin.*, n° 14, 31 mars 1933.) — Les auteurs discutent la pathogénie de l'amaigrissement (dysfonctionnement thyroïdien, intoxication, dysfonctionnement hépatique), et envisagent les bases théoriques et la valeur pratique des traitements endocrinien et insulinique dans l'amaigrissement des tuberculeux ; un traitement thyroïdien prudent peut quelquefois être essayé. Dans les cas d'engraissement exagéré des tuberculeux, les auteurs pensent que la thyroïdothérapie est indiquée, mais le régime doit rester au premier plan.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'antigène méthylique. (B. BLANKOFF. *Rev. Tub.*, n° 3, mars 1933, p. 268.) — L'antigénothérapie a des indications précises, fonctions non seulement de la localisation, mais de la gravité de la lésion et de l'intensité de l'affection.

L'antigénothérapie ne fait rien ou fait très peu dans les lésions profondes : coxalgies, maux de Pott. Elle est très efficace dans les adénites et les lésions facilement accessibles telles que le spina-ventosa.

L'hypersuppuration est un phénomène constant et favorable, et il y a lieu de cesser le traitement si elle ne se manifeste pas.

Il faut absolument surveiller étroitement les malades auxquels on l'administre, quelques phénomènes sérieux : réactions générales d'hyperthermie, céphalée, anorexie, insomnie, pouvant se produire.

L'auteur n'a jamais observé de réactivation au niveau du foyer malade. Il conseille de traiter surtout les enfants, dont le comportement en matière de tuberculose est différent de celui de l'adulte.

Il faut adjoindre à la méthode un traitement par les ultraviolets alternés. Les malades choisis et traités par Blankoff sont ceux chez qui les autres méthodes de traitement avaient échoué et qui avaient déjà retiré tout le bénéfice de la cure hélio-marine. Donc l'auteur pense que les guérisons, améliorations ou insuccès constatés sont attribuables à l'antigène. Il est bien entendu que l'emploi de l'antigène n'a pas pour but de substituer cette médication au traitement orthopédique. Celui-ci devra toujours être poursuivi avec la même rigueur qu'antérieurement.

Pour Blankoff, la divergence des résultats obtenus par un certain nombre d'auteurs tiendrait à ce que le diagnostic de tuberculose n'a pas toujours été posé avec toutes précisions désirables.

En tout cas, depuis 5 ans que l'auteur a commencé le traitement des tuberculoses externes par l'antigène méthylique, il a constaté en lui une arme thérapeutique incontestable.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire. (M. LÉON-KINDBERG. *Semaine des Hôpit.*, avril 1934, p. 277.) — Dans cette conférence, donnée à l'Association d'Enseignement des Hôpitaux de Paris, l'auteur a envisagé les différentes thérapeutiques actuellement en usage.

Il nous a donné des directives nettes et précises, et à l'appui de ses idées nous a présenté toute une série d'observations personnelles avec projections radiographiques.

Pour Léon-Kindberg, les innombrables recherches de ces dernières années n'ont pas apporté « le remède » de la tuberculose ; un seul médicament a fait ses preuves : les sels d'or ; mais quelque fréquent que puisse être son emploi, il ne saurait être qu'un auxiliaire.

La cure diététo-hygiénique, la cure type sanatoriale, reste fondamentale ; mais le plus souvent elle est irréalisable, et trop souvent aussi elle est loin d'avoir l'efficacité nécessaire. A elle seule, elle est singulièrement décevante.

Pour l'auteur, la collapsothérapie, si on ne la réserve pas aux seuls cas rebelles, permettra d'autres succès. En particulier, Léon-Kindberg obtient 8 à 9 guérisons sur 10 cas, lorsque l'intervention est pratiquée précocement, et dans ces cas les chances de guérison, de guérison pratique, peuvent s'obtenir sans qu'on se heurte à des obstacles insurmontables ou à des sacrifices impossibles. La collapsothérapie précoce, pneumothorax artificiel et les interventions qui le suppléent ou le complètent, permet seule de faire entrer la cure sanatoriale dans le domaine des réalités agissantes, d'en faire un traitement curateur.

L'auteur termine en montrant la gravité de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. Il insiste sur ce fait que, immédiatement, tout doit être mis en œuvre pour en faire une maladie guérissable, et c'est dans ces conditions que le pronostic de la phtisie peut être aujourd'hui transformé.

Technique des lavages pleuraux. (P. WEILLER, *Revue de Phtisiologie médico-sociale*, mars 1934.)

LABORATOIRE

Bacillémie tuberculeuse dans les affections nerveuses. (E. LŒVENSTEIN. *Wien. Klin. Woch.*, t. XLVI, n° 8, 24 févr. 1933.) — L'auteur fait tout d'abord un résumé de l'ensemble de ses travaux sur la bacillémie tuberculeuse. Pour lui, la tuberculose est avant tout une maladie vasculaire dont le diagnostic ne peut être fait que par l'examen des organes et les cultures. La tuberculose est une maladie générale dont l'existence est mise en évidence par la bacillémie.

Lœwenstein a eu des résultats positifs dans des affections sûrement tuberculeuses et aussi dans une série d'autres affections : lupus érythémateux, érythème noueux, érythème induré de Bazin, choroïdite, ophtalmie sympathique, polyarthrite aiguë, chorée, sclérose multiple et névrite rétrobulbaire, démence précoce.

L'auteur aurait également retrouvé les germes dans les foyers de choroïdite, d'ophtalmie sympathique, de névrite rétrobulbaire et des articulations.

Eléments filtrables du bacille tuberculeux et B C G. (T. DE SANCTIS MONALDI, *Revue Tub.*, t. I, n° 1, janv. 1933, p. 38.) — L'auteur a entrepris, depuis 1928, des expériences pour vérifier l'influence possible du B C G sur le retour à la virulence des formes acido-résistantes provenant des éléments filtrables du bacille tuberculeux, et il en tire les conclusions suivantes :

1° Les cobayes nés de mères tuberculeuses supportent parfaitement la vaccination *per os* avec de fortes doses de B C G sans présenter le moindre trouble.

2° Les cobayes femelles saines, inoculées avec des filtrats de produits tuberculeux, par voie intraganglionnaire ou péritonéale pendant la grossesse, donnent naissance à des jeunes qui supportent la vaccination per os au B C G comme les jeunes cobayes nés de mères normales.

Les jeunes cobayes inoculés avec du virus tuberculeux filtrable dans les ganglions cervicaux, et réinoculés *in loco* avec des doses variées de B C G, ne présentent pas de lésions locales ni générales qui puissent être attribuées à une exaltation de virulence des formes acido-résistantes issues de virus filtrable, ni à une augmentation de virulence du B C G.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

La Spartéine "Houdé"

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;

c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

4° L'inoculation de virus filtrable dans les testicules de jeunes cobayes et la réinoculation *in loco* de B C G ne déterminent pas de réactions différentes de celles que le seul B C G est capable de provoquer. Ces réactions restent limitées, non progressives, et se montrent rapidement curables.

5° L'inoculation sous-cutanée ou dans le péritoine de quantités importantes de filtrat de produit tuberculeux, et l'inoculation ultérieure de fortes doses de B C G par voie sous-cutanée, pendant la période optimum où les formes acido-résistantes issues des éléments filtrables sont présentes, n'a jamais donné lieu, chez les animaux en expérience, à des tuméfactions ganglionnaires plus marquées que les adénopathies consécutives à l'inoculation du seul B C G ou de virus filtrable.

6° En présence d'une tuméfaction ganglionnaire bien marquée ou de lésions parenchymateuses, lorsqu'on autopsie des cobayes inoculés avec le B C G, il convient de penser à la présence possible d'un autre germe infectant et de mettre en œuvre toutes les ressources techniques nécessaires pour sa mise en évidence.

7° Les animaux imprégnés de virus filtrable par infection transplacentaire ou par infection expérimentale (nouveaunés, adultes), se comportent comme les animaux normaux à l'égard du B C G.

8° Comme conclusion générale, l'auteur affirme que le B C G est inoffensif pour les enfants de mères tuberculeuses. La vaccination B C G constitue l'unique moyen (en dehors de l'isolement et des mesures hygiéniques) pour la protection des jeunes enfants trop souvent exposés à l'infection tuberculeuse virulente.

Sur la présence du virus tuberculeux dans le sang des malades démontrée par la culture dans ce sang même. (S. Ninni et J. Bretey. *Soc. Biol.*, t. CXIII, n° 25, juillet 1933, t. 986.) — Le virus tuberculeux se multiplie dans le sang des tuberculeux conservé à l'étuve à 37°, après dilution avec 2 ou 3 parties de Sauton ; il peut être mis directement en évidence en observant le culot de centrifugation entre le 22e et le 28e jour. L'auteur a obtenu 9 résultats positifs sur 28 sangs examinés. Cette méthode lui a donné les mêmes résultats que l'inoculation au cobaye suivie de la culture des organes. Les types de lésions anatomo-pathologiques, et qui sont exceptionnellement nodulaires (1 fois sur 28), sont les mêmes pour chaque sang du 1er au 28e jour, mais les résultats sont plus sûrement positifs au 28e jour.

L'infection tuberculeuse spontanée du cobaye et du lapin. (A. Calmette. *Rev. Tub.*, t. I, n° 2, févr. 1933, p. 113.) — De l'étude faite par Calmette, il ressort que les infections spontanées du cobaye et du lapin sont fréquentes, et si elles passent inaperçues presque toujours, c'est parce que, chez les rongeurs de laboratoire et chez les autres espèces animales sensibles, comme dans l'espèce humaine, elles ne manifestent leurs effets qu'après un délai beaucoup plus grand que ne le comporte d'ordinaire la conservation des animaux inoculés, et qu'elles peuvent également, comme dans l'espèce humaine, déterminer soit des formes de tuberculose évolutive, soit des états d'allergie générateurs d'immunité ou de résistance aux surinfections.

Tout cela explique que, lorsque des cobayes ou des lapins neufs sont placés dans une même cage, en contact avec un animal atteint de tuberculose ouverte ou fermée, les uns s'immunisent, tandis que d'autres s'infectent plus ou moins gravement. C'est exactement ce qui s'observe dans la contagion familiale, qui frappe certains membres de la famille d'un tuberculeux, alors que d'autres, qui ont eu le temps de s'immuniser, restent indéfiniment indemnes.

Pour Calmette, contrairement à l'hypothèse émise par A. Lumière (de Lyon), il n'y a donc aucune différence fondamentale entre le cobaye, le lapin, les autres animaux sensibles et l'homme, vis-à-vis de la contagion bacillaire. Tous sont « spontanément tuberculisables » lorsque, n'étant pas déjà rendus résistants aux surinfections par une légère infection antérieure — ou par la prémunition conférée par le B C G — ils se trouvent exposés à des contaminations.

Résultats comparatifs de l'intradermo-réaction tuberculinique et du test d'Aldrich, chez des malades atteints d'affections chroniques. (J. Troisier, M. Bariéty et P. Nico. *Soc. Biol.*, t. CXIV, n° 35, nov. 1933, p. 900.) — Pour les auteurs, il n'y a pas de rapport constant entre le temps de résorption de la boule d'œdème expérimentale et les réponses de l'intra-dermo-réaction à la tuberculine. La réaction de Mantoux n'est pas en rapport avec des anomalies de la résorption de la boule d'œdème (Aldrich-McClure).

Variations du pouvoir bactéricide des sels d'or sur le bacille de Koch « in vitro » suivant la composition et le nombre des bacilles ensemencés. (P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat. *Soc. Biol.*, t. CXIV, n° 29, juin 1933, p. 48.)

Rapport entre l'action bactéricide des sels d'or « in vitro » et leur action bactéricide « in vivo » vis-à-vis du bacille de Koch. (P. Courmont, H. Gardère et P. Pichat. *Soc. Biol.*, t. CXIV, n° 29, juin 1933, p. 50.) — Pour les auteurs, il semble vraisemblable, quoique paradoxal, que le pouvoir bactéricide spontané des sérums des tuberculeux, et le pouvoir bactéricide, plus élevé, des mêmes sujets, après injection d'or, est de même nature, et que l'action de l'or ou du sel d'or ait une action indirecte (sur l'organisme) et non directe (comme antiseptique).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 10 septembre 1934)

L'anaphylaxie en thérapeutique. — M. Charles Richet. Les médecins et les physiologistes n'ont jusqu'à présent jamais traité de l'anaphylaxie que pour analyser les effets *toxiques de l'injection déchaînante.*

Or les actions *médicamenteuses et thérapeutiques doivent être assimilées à des actions toxiques, dont elles ne sont que le premier degré.* Il était donc vraisemblable qu'une dose première très faible (ayant un effet thérapeutique nul) aurait, si on la répétait au bout d'un certain temps, un notable effet thérapeutique.

Quelques observations ont semblé prouver à M. Charles Richet, qu'il en était ainsi. La répétition d'une dose primitivement inactive la rendait thérapeutiquement efficace.

En indiquant ce fait, sur lequel il se propose de revenir, M. Charles Richet engage les cliniciens à étudier cette nouvelle conséquence de l'anaphylaxie et son rôle en thérapeutique.

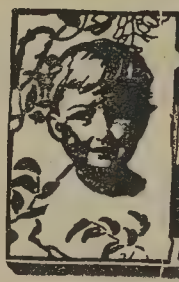
Longévité. — M. le Président ouvre un pli cacheté de feu M. Francis Laur, accepté dans la séance du 16 mai 1927. Ce pli contient une lettre annonçant la découverte d'une méthode de longévité.

On sait que M. Francis Laur, grâce à sa méthode, se proposait d'arriver à l'âge de 90 ans. Il a été tué au cours d'un accident d'automobile trois mois avant ses 90 ans.

Nous n'avons pas de renseignements sur la méthode qu'il préconisait.

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

A. GUERBET & Cie PHARmaciens
THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE
LIPIODOL
LAFAY
Huile iodée à 40 %
0. gr. 54 d'iode par cm. 3
22, Rue du Landy - St-Ouen, près Paris
R. C., 225.781 B


USAGE ENFANTS
DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF
CHAPOTOT
Echant.: 56, Boul[e] Ornano PARIS

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* du CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934

Doctorat d'Etat. — 24. Alexandre. — Contribution à l'étude des ulcères simples du gros intestin.

9. Béal. — Angine strepto-diphtérique et sérum de Vincent.

12. Berlemont. — Le granulome annulaire.

40. Bridoux. — Des ruptures tendineuses du membre supérieur et de leurs conséquences médico-légales.

22. Catel-Béghin (Mme). — Du traitement médical des pleurésies purulentes à pneumocoques chez l'enfant. Le taurocholate de soude (méthode de Cocchi).

28. Crétal. — Syndrome pseudo-péritonéal dans les traumatismes rachidiens.

29. Delarra. — Contribution à l'étude de la vaccine oculaire.

2. Déprez. — Les réactions sériques dans la diphtérie.

19. Deremetz. — Le traitement des cirrhoses par la diathermie.

6. Desquène. — Contribution à l'étude radiologique du cancer de l'œsophage.

25. Dulongcourty. — Un cas de sarcome cutané consécutif à la radiothérapie.

20. Duval. — Tumeurs fibromateuses cutanées à dégénérescence hyaline.

7. Filippi. — Sur le mécanisme de la mort dans la gangrène pulmonaire.

8. Garraud. — Les parotides post-opératoires.

18. Hecquet. — Les abcès méningés otogènes.

14. Heem. — Le liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crâne.

38. Herrmann. — L'atélectasie pulmonaire.

3. Houplain. — L'infection colibacillaire de l'appareil génital de l'homme.

21. Labisse. — Le pneumothorax spontané au cours des pneumopathies aiguës chez l'adulte.

34. Lecouffe. — De l'emploi du chlorure de calcium en thérapeutique, spécialement en gynécologie et obstétrique. Revue générale.

39. Lequesne. — Epithelioma primitif de la trompe de Fallope.

33. Leroy. — L'étude des fractures chez les syphilitiques.

4. L'Herminé. — Contribution à l'étude de l'artériographie dans les affections artérielles des membres.

32. Noguier. — Contribution à l'étude de l'origine infectieuse des psychoses.

15. Pallut. — Les abcès du poumon chez l'enfant.

37. Parmentier. — Contribution à l'étude de la maladie du col de la vessie.

16. Pélabon. — Anémie pernicieuse.

5. Pluchart. — Contribution à l'étude radiographique du thorax chez l'adulte en position de profil.

17. Ramez. — Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet.

35. Robert. — Les méningites consécutives à des traumatismes fermés du crâne.

10. Roidot. — Etude radiologique du pneumothorax artificiel dans la position de profil.

31. Roy. — Sur les pneumonies prolongées.

36. Swynghedauw. — Contribution à l'étude de la rétractilité et de l'expansibilité lobaires au cours du pneumothorax artificiel. Etude clinique, radiologique et radio-kymographique.

13. Tanchon. — Les troubles gastriques consécutifs à la phrénicectomie gauche.

27. Théry. — Les signes physiques dans le délire hallucinatoire chronique.

30. Thibaut. — L'hypertension artérielle chez l'enfant.

41. Turlur. — La lambliase dans le Nord de la France.

1. Verhaeghe. — A propos d'un cas de déviation trachéale avec cornage.

26. Vincart. — L'hémiplégie diphtérique.

11. Willems. — La péritonite chronique encapsulante.

23. Willoquet. — Les intoxications aiguës par les barbituriques.

LIVRES NOUVEAUX

Les traitements médicaux du goitre exophtalmique, (1) par le Dr Sainton, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Quelle que soit la médication employée, la guérison absolue est difficile à obtenir ; il existe des cas où il est impossible de soupçonner que le malade a eu un goitre exophtalmique et où la guérison est totale, mais il existe souvent un reliquat soit thyroïdien, soit sympathique de cet état pathologique, comme s'il mettait sur l'organisme de l'individu une empreinte ineffaçable.

La guérison clinique, celle qui permet au malade de mener une existence normale, d'exercer sa profession, est la règle. Les stigmates qui persistent sont, tantôt une émotivité anormale, tantôt une tendance à la tachycardie qui fait du malade un palpitant, tantôt un léger tremblement, tantôt une exophtalmie ne s'atténuant qu'avec une très grande lenteur, désespoir du sujet parce qu'elle attire l'attention. Le syndrome décrit par Marcel Labbé sous le nom de syndrome parabasedowien est le plus souvent le reliquat d'un goitre exophtalmique antérieur, plus ou moins en régression.

Les méthodes de traitement du goitre exophtalmique doivent donc varier suivant les malades et ne peuvent être systématiques. Il y a des malades iodo-résistants. C'est chez eux qu'il faut combiner les différents traitements et ne pas se lasser si un premier essai est infructueux.

L. G.

INFORMATIONS

(suite)

Ecole de perfectionnement des médecins de réserve de la Région de Paris. (Année scolaire 1934-1935). — Programme des conférences, exercices pratiques et sujets des travaux écrits proposés. — Programme des conférences.

19 novembre 1934 : M. le Dr Godlewski. — Les épidémies de grippe dans les armées en campagne. Leur prophylaxie.

17 décembre 1934: M. le médecin commandant de réserve Huber, médecin des hôpitaux. — Comment soigner les ictères dans les armées en campagne.

21 janvier 1935 : M. le médecin capitaine de réserve Robert Monod, chirurgien des hôpitaux. — Comment pratiquer l'anesthésie opératoire aux armées. Technique et organisation.

18 février 1935 : M. le médecin colonel de réserve G. Lardennois, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — Comment traiter les blessés shockés.

(1) « Collection Les Thérapeutiques nouvelles. » In-8 de 50 pages — Prix : 6 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

18 mars 1935 : M. le médecin commandant de réserve Clovis Vincent, médecin des hôpitaux. — Les principes qui commandent le traitement des plaies de guerre du crâne.

8 avril 1935 : M. le médecin capitaine de réserve J. Leveuf, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux. — Comment prévenir et comment traiter les ostéomyélites des membres consécutives au traumatisme osseux par projectiles de guerre.

(Ces conférences ont lieu à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, à 21 heures, le troisième lundi de chaque mois, à l'exception de la conférence N° 6.)

Programme des exercices pratiques. — Nota. — Les officiers sont répartis en équipes d'environ 35. — I. — Médecins officiers supérieurs (équipes 1-2-3). — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre école pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 h. : les 3 équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre d'aile), par M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 5 novembre 1934, à 21 h. : les 3 équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre en retraite), par M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 12 novembre 1934, à 21 h. : les 3 équipes.

La médecine légale aux armées, par M. le médecin lieutenant-colonel de réserve Duvoir, et M. le médecin capitaine de réserve Piédelièvre, professeurs agrégés, amphithéâtre de l'Institut médico-légal, place Mazas, 14 novembre 1934, à 21 h. : les 3 équipes.

1° Conditions de séjour en milieu confiné avec applications pratiques aux abris sanitaires, postes de secours mobiles et relais sanitaires ; 2° aménagement, équipement et visite d'un poste installé, par M. le pharmacien colonel Bruère, 6, boulevard des Invalides, 18 novembre 1934, à 9 heures, équipe n° 1 et les officiers de l'équipe n° 2, dont les noms commencent par les lettres A B C D. ; à 10 h. 15, équipe n° 2 de la lettre E à Z et équipe n° 3.

Appareillage de traitement des fractures de guerre du membre supérieur et du membre inférieur, par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, vendredi 1er fécrier 1935, à 21 heures, équipe n° 1 et les officiers de l'équipe n° 2, dont les noms commencent par les lettres A B C D. ; vendredi 8 février 1935, à 21 h., officiers de l'équipe n° 2 de la lettre E à Z et équipe n° 3.

Le médecin « Z ». — Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, dimanche 5 mai 1935, à 10 h. : les 3 équipes.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 h. : les 3 équipes.

La guerre de mines : l'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 h : les 3 équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 3 juin 1935, à 21 h. : les 3 équipes.

II. — *Médecins capitaines* (équipes 4-5-6-7-8). — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 h. : les 5 équipes.

Transfusion et thérapeutique d'urgence des états hémorragiques. Démonstration d'appareils, par M. le médecin capitaine de réserve Tzanck, médecin des hôpitaux et ses assistants, salle de cours de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, 20 novembre 1934, à 21 h. : équipes 4-56 ; 23 novembre 1934, à 21 h. : équipes 7-8.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre d'aile), M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 3 décembre 1934, à 21 h. : les 5 équipes.

Fonctionnement du service de santé dans la guerre de mouvement (manœuvre de retraite), M. le médecin colonel Schneider, Ecole supérieure de guerre, 10 décembre 1934, 21 h. : les 5 équipes.

Traitement de l'asphyxie. Emploi des masques et appareils inhalateurs, par M. le médecin-chef du régiment des sapeurs-pompiers assisté des médecins en sous-ordre, caserne du Vieux-Colombier, 11, rue du Vieux-Colombier, 14 janvier 1935, à 21 h. : équipes 4-5-6 ; 28 janvier 1935, à 21 h. : équipes 7-8.

Présentation d'appareils techniques du service de santé, par M. le lieutenant-colonel d'administration Durand, gestionnaire (E. C. O. A. T.) et les officiers d'administration de l'établissement, à l'établissement central des organes et appareils techniques du service de santé au fort de Vanves, 31 mars 1935, à 9 h. : les 5 équipes.

Visite de la pharmacie centrale de l'armée. Démonstrations pratiques à l'atelier des thermomètres et à l'atelier de radiologie, sous la direction du pharmacien colonel Vannier, pharmacien en chef, et des pharmaciens militaires du service, à la pharmacie centrale du fort de Vanves, à Malakoff, 7 avril 1935, à 9 h. : équipes 4-5 ; à 10 h. 15 : équipes 6-7-8.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 h. : les 5 équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 13 mai 1935, à 21 h. : les 5 équipes.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 h. : les 5 équipes.

La guerre de mines. L'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 h. : les 5 équipes.

III. — *Médecins lieutenants et médecins sous-lieutenants* (sont répartis en deux séries de douze équipes). — Première série : équipes numérotées de 9 à 20 inclus. — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 h. : les 12 équipes.

L'examen médical des candidats à l'aviation. Démonstration des appareils, sous la direction du Dr Garsaux, assisté des docteurs Fombeure, Rouget, Tribout, Behague, centre examen médical de l'aéronautique, à : Pavillon Paul-Bert, port aérien du Bourget, 21 octobre 1934, à 9 h. : équipes 9-10-11 ; à 10 h. : équipes 12-13-14. — 28 octobre 1934, à 9 heures : équipes 15-16-17 ; à 10 h. : équipes 18-19-20. —

1° Conditions de séjour en milieu confiné avec applications pratiques aux abris sanitaires : P. S. mobiles et relais de secours ; 2° aménagement, équipement et visite d'un poste installé, par M. le pharmacien colonel Bruère, 6,

boulevard des Invalides, 25 novembre 1934, à 9 h. : équipes 9-10 ; à 10 h. : équipes 11-12. — 2 décembre 1934, à 9 h. : équipes 13-14 ; à 10 h. : équipes 15-16. — 9 décembre 1934 : à 9 h. : équipes 17-18 ; à 10 h. : équipes 19-20.

Fonctionnement d'un poste de secours divisionnaire, par M. le médecin commandant Petit, Ecole supérieure de guerre, 7 janvier 1935, à 21 h. : équipes 9-10-11-12-13-14.

Fonctionnement du service de santé dans un train sanitaire, par M. le médecin commandant Petit, Ecole supérieure de guerre, 14 janvier 1935, à 21 h. : équipes 15-16-17-18-19-20.

Installation du service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 28 janvier 1935, à 21 h. : équipes 9-10-11-12.

Fonctionnement du service de santé régimentaire au cours d'une marche, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 4 février 1935, à 21 h. : équipes 9-10-11-12-13-14.

Fonctionnement du service de santé régimentaire d'un dépôt à la mobilisation, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 11 février 1935, à 21 heures : équipes 15-16-17-18-19-20.

Appareillage d'urgence et de transport des fractures de guerre (membres supérieurs et membres inférieurs), par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 15 février 1935, à 21 h. : équipes 9-10-11 .— 22 février 1935, à 21 h. : équipe 20.

Quelques appareillages d'urgence et de traitement des fractures de guerre, par M. le médcin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 1er mars 1935, à 21 h. : équipes 12-13-14-15. — 8 mars 1935, à 21 h. : équipes 16-17-18-19.

Visite de la pharmacie centrale de l'armée : démonstrations pratiques à l'atelier des thermomètres et à l'atelier de radiologie, sous la direction du pharmacien colonel Vannier, pharmacien en chef et des pharmaciens militaires du service, à la pharmacie centrale du fort de Vanves, 17 mars 1935, à 9 h. : équipes 9-10-11 ; à 10 h. : équipes 12-17-18. — 24 mars 1935, à 9 h. : équipes 13-14-15 ; à 10 h. : équipes 16-19-20.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 25 mars 1935, à 21 h. : équipes 13-14-15-16.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz,, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 h. : toutes les équipes.

Equipement sanitaire d'une armée, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 6 mai 1935, à 21 h. : équipes 17-18-19-20.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 h. : les 12 équipes.

Deuxième série : équipes numérotées de 21 à 32. — Le service de santé dans la guerre de montagne, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 15 octobre 1934, à 21 h. : les 12 équipes.

Service de santé régimentaire et divisionnaire au cours du mouvement d'une D. I. par voie de terre, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 22 octobre 1934, à 21 h. : équipes 26-28-31-32.

Transfusion et thérapeutique d'urgence des états hémorragiques. Démonstrations d'appareils, par M. le médecin capitaine de réserve Tzanck, médecin des hôpitaux, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 6 novembre 1934, à 21 h. : équipes 21-22-23. — 9 novembre 1934, à 21 h. : équipes 24-25-26. — 13 novembre 1934, à 21 h. : équipes 27-28-29. — 16 novembre 1934, à 21 h. : équipes 30-31-32.

Installation du service de santé d'une D. I. dans un secteur défensif, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 26 novembre 1934, à 21 h. : équipes 21-23-24-25.

Appareillage d'urgence et de transport des fractures de guerre (membres supérieurs et membres inférieurs), par M. le médecin commandant Clavelin, un des amphithéâtres du Val-de-Grâce, 22 février 1935, à 21 h. : équipes 31-32.

Repli d'une division, par M. le médecin commandant Bouissou, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 25 février 1935, à 21 h. : équipes 22-27-29-30.

Le service de santé régimentaire au combat. I. Infanterie, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 4 mars 1935, à 21 h. : équipes 21-22-23-24-25-26. — 11 mars 1935, à 21 h. : équipes 27-28-29-30-31-32.

Le service de santé régimentaire au combat. II. Artillerie, cavalerie, par M. le médecin commandant Martinet, Ecole supérieure de guerre, 1er avril 1935, à 21 h. : équipes 21-22-23-24-25-26. — 5 avril 1935, à 21 h. : équipes 27-28-29-30-31-32.

Le médecin « Z ». Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz,, par M. le médecin capitaine Moynier, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 5 mai 1935, à 10 h. : toutes les équipes.

Présentation du matériel du service de santé : 1° le matériel régimentaire ; 2° le matériel du groupe sanitaire divisionnaire d'une D. I., par M. le médecin capitaine Sarroste, au dépôt régional de matériel du service de santé, 7, rue Larmeroux, à Vanves, 19 mai 1935, à 9 h. : équipes 21-22-23-24-25-26 ; à 10 h. 15 : équipes 27-28-29-30-31 et 32.

Le service de santé dans les unités motorisées, par M. le médecin colonel Schickele, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 20 mai 1935, à 21 h. : toutes les équipes.

1° Présentation de moyens de transport du service de santé ; 2° présentation d'un poste de secours régimentaire déployé dans la poterne Ouest du Fort, par un médecin de l'Ecole supérieure de guerre, établissement central des organes et appareils techniques du service de santé, fort de Vanves, 26 mai 1935, à 9 h. : équipes 27-28-29-30-31-32 ; à 10 h. 15 : équipes 21-22-23-24-25-26.

La guerre de mines. L'oxyde de carbone : détection et protection, par M. le lieutenant-colonel de réserve du génie Dinoire, docteur en médecine, amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, 27 mai 1935, à 21 h : toutes les équipes.

Travaux écrits. — Trois travaux écrits obligatoires sur les matières traitées au programme des conférences et exercices pratiques, dont un sur les gaz de combat, devront parvenir au directeur de l'école de perfectionnement du service de santé, Hôtel des Invalides, avant le 10 juin 1935.

1° *Médecins officiers supérieurs.* — Sujets obligatoires : Le médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Les évacuations sanitaires de la zone des armées dans la guerre de mouvement : 1° voie routière ; 2° voie ferrée ; 3° voie fluviale ; 4° voie aérienne. — Corps d'armée : plan d'hospitalisation et d'évacuation du 10e corps d'armée. — Armée : com-

position et rôle de l'H. O. E.[1] et des formations adjacentes fonctionnant au profit du 10° C. A. Fonctionnement au cours d'une journée active (900 pertes santé dont 300 gazés). — H. O. E. secondaire : composition et rôle d'un H. O. E.[2] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (5 trains mixtes, dont 2 de gazés).

2° *Médecins Capitaines.* — Sujets obligatonres : Le Médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Les évacuations sanitaires de la zone des armées dans la guerre de mouvement : 1° Voie routière ; 2° Voie ferrée ; 3° Voie fluviale ; 4° Voie aérienne — Corps d'armée : Plan d'hospitalisation et d'évacuation du X° C. A. — — Armée : Composition et rôle de l'H. O. E.[1] et des formations adjacentes fonctionnant au profit du X° C. A. Fonctionnement au cours d'une journée active (900 pertes santé dont 300 gazés). — H. O. E. secondaire : Composition et rôle d'un H. O. E.[2] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (5 trains mixtes dont 2 de gazés).

3° *Médecins lieutenant et sous-lieutenant.* — Première série (équipes 9 à 20). — Sujets obligatoires : Le Médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Fonctionnement d'un poste de secours divisionnaire. — Organisation du Service de Santé d'un régiment d'infanterie allant effectuer une marche. — Service de Santé d'une D. I. dans un secteur défensif. Exposé des dispositions à prendre sur intervention de l'ennemi (incidents indiqués au cours de l'exercice pratique). — Composition et rôle d'un H. O. E.[2] à Rouen. Fonctionnement au cours d'une journée active (5 trains mixtes dont 2 de gazés). — Le Service de Santé régimentaire d'un Dépôt à la mobilisation. — Le Service de Santé dans un train sanitaire. — Le service de santé dans la guerre de montagne. — Le Service de Santé dans les unités motorisées.

Deuxième série (équipes 21 à 32). — Sujets obligatoires : Le Médecin « Z » : Rôle aux armées et à l'intérieur. Etude d'un cas concret d'attaque par gaz. — Organisation du Service de Santé d'un régiment d'infanterie en vue d'un combat offensif. — Organisation du Service de Santé d'un régiment de cavalerie au combat. — Proposition au Colonel sur les mesures à prendre pendant la marche. Campement. Collaboration médicale à la discipline de marche. Mesures sanitaires au départ du cantonnement. — Ordre de mouvement du G. S. D. Campement. Tournée de ramassage. Renfort de voitures aux corps de troupe. Postes de recueil. Evacuations. — Le Service de Santé d'une D. I. dans un secteur défensif. Exposé des dispositions à prendre sur intervention de l'ennemi (incidents indiqués au cours de l'exercice pratique). — Suivant le rôle distribué au cours de l'exercice : Groupe de reconnaissance : Conduite à tenir en face d'un incident indiqué au cours de l'exercice pratique ; Autres corps de trope : Description et calque de l'organisation sanitaire de la position défensive intermédiaire ; Groupe sanitaire divisionnaire : Installation d'un P. S. D. réduit derrière la position intermédiaire, dispositions à prévoir pour le repli du P. S. D.

Renseignements importants. — Carte de surclassement : en application des instructions ministérielles n°s 15.541-1/7 du 28 octobre 1931 et 6.106-3/11-4 du 20 mai 1932, les conditions exigées pour l'obtention de la carte de surclassement sont fixées comme suit : Assiduité à un minimum de 12 séances d'instruction comprenant au moins huit exercices pratiques ; Production de 3 travaux écrits effectués à domicile, choisis parmi les sujets proposés et témoignant d'un effort réel de la part de leurs auteurs.

Carte de surclassement des Officiers de réserve rayés des cadres. — En exécution de la dépêche ministérielle n° 5515-3/11-4, du 23 juin 1990, un officier de réserve, atteint par la limite d'âge et rayé des cadres dans le cours d'une annnée scolaire donnée, conserve, jusqu'à l'expiration de sa validité, la carte de surclassement obtenue par son assiduité à l'école de perfectionnement des officiers de réserve dans l'année qui précède sa radiation.

Cet officier ne peut prétendre, à aucun titre, à la carte dont la validité commence au 1er octobre qui suit la date de la limite d'âge.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DU CANCER DE L'ESTOMAC[1]

EVOLUTION. — a) *Traité.* — L'évolution dépend de la date de l'intervention, de la résistance du malade, de l'intervention que l'on a pu pratiquer.

Il faut savoir que des récidives locales, ou que des métastases possibles doivent faire réserver toujours le pronostic.

b) *Non traité.* — Les complications vont apparaître :

1. *Les métastases.* — a) *Au foie.* — C'est la métastase la plus fréquente, pouvant réaliser une véritable *forme hépatique* du cancer de l'estomac avec ascite et ictère.

b) Au péritoine ;

c) *A l'intestin :*

— Métastase à la paroi antérieure du rectum.

— Fistules gastro-coliques avec leur pronostic.

d) A la plèvre ;

e) *Aux os :* fémur, rachis ;

f) A la peau, à l'ombilic.

2° *Les propagations locales,* réalisant des compressions diverses par l'intermédiaire des ganglions atteints :

— Plexus solaire (douleur) ;

— Capsules surrénales (addisonisme) ;

— Pédicule hépatique (ascite, ictère) ;

— Veine cave inférieure (œdème membres inf.).

3° *L'infection* peut venir modifier l'aspect du cancer gastrique en donnant naissance :

— A de la périgastrite suppurée, des péritonites localisées, des ascites séro-purulentes, des abcès phlegmoneux ou gangréneux avec fistules gastro-cutanées.

— Des pyléphlébites adhésives ou suppurées peuvent apparaître.

— Le cancer infecté peut prendre une *allure fébrile* simulant une suppuration profonde ou le paludisme, ou revêtir une *forme pyohémique* avec apparition d'arthrites, pleurésie purulente, endocardite, et surtout abcès du foie qui peut réaliser à lui seul une *forme hépato-gangréneuse* du cancer de l'estomac.

— Quant à la *phlébite des membres inférieurs,* c'est encore la complication infectieuse la plus fréquente, parfois révélatrice.

4° Mais le plus souvent, toutes ces complications n'ont pas le temps d'apparaître, la mort survient en un an ou dix-huit mois dans la cachexie avec teint jaune paille et dans un état infectieux et toxique complexe (intoxication cancéreuse et hépato-rénale) hâtée parfois par une *tuberculose pulmonaire* rapidement évolutive, ou une *broncho-pneumonie terminale.*

Forme d'après la localisation. — A) CANCER DU PYLORE. a) Dans *sa forme sténosante,* le cancer du pylore représente la forme la plus fréquente des cancers de l'estomac.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 73, p. 1302; n° 75, p. 1334.

L'apparition d'un syndrome de *sténose pylorique* permet souvent de le reconnaître plus précocement et de faire une gastro-pylorectomie. Cette particularité permet de l'opposer au cancer des faces, dont nous avons vu la difficulté de diagnostic.

A tous les symptômes que nous avons étudiés précédemment, se surajoute ce syndrome pylorique auquel on ne saurait attacher trop de valeur.

1) *Les douleurs* sont tardives et surviennent trois ou quatre heures après les repas ;

— Sont peu violentes ;

— Sont rebelles à toute thérapeutique et calmées uniquement par :

2° *Les vomissements*, qui, d'abord irréguliers, vont terminer bientôt toutes les crises douloureuses.

Ils sont le plus souvent alimentaires.

Douleurs et vomissements font penser à la sténose, chez un homme qui présente des signes fonctionnels et généraux que nous avons étudiés ; il ne peut s'agir que d'une sténose cancéreuse.

3) *Le tubage à jeun*, ramenant du liquide de stase avec des aliments plus ou moins reconnaissables, confirme le diagnostic de sténose.

4° *La radio* extériorisera successivement :

— *Des signes de sténose*, avec retard de l'évacuation.

— Et *des signes de cancer :* image lacunaire amputant le pylore dans les cas les plus typiques.

Ces signes de sténose et ces signes de cancer peuvent s'observer à tous les degrés. Nous ne pouvons nous étendre sur tous les aspects radiologiques, mais nous insisterons sur leur association, dont on connaît la grande valeur symptomatique.

b) Le cancer sténosant du pylore est le plus souvent primitif, mais il peut s'agir aussi d'un cancer secondairement pylorique propagé des faces ou de la petite courbure.

c) A l'opposé, il existe des formes avec insuffisance pylorique. A la radio, le pylore est rigide, la bouillie passe extrêmement vite. Cette incontinence ne peut être due qu'à une *limite du pylore*.

B) Cancers juxta-cardiaques. — Ces cancers se traduisent *par des signes surtout œsophagiens.*

Leur symptomatologie relève de trois ordres de faits :

a) Il existe des cancers des faces, ou même du pylore s'accompagnant d'un *syndrome cardio-œsophagien.*

b) *Le cancer sous-cardiaque de Bard* est proche du cardia, mais ne l'atteint jamais.

c) *Le cancer du cardia vrai* crée rapidement un obstacle mécanique et définitif. C'est une forme grave avec dénutrition rapide. L'œsophagoscopie pourra donner des renseignements utiles.

C) *Cancer médio-gastrique.* — C'est une forme peu fréquente, *sténosante*, se présentant comme un cancer pylorique, ou comme un cancer juxta-cardiaque.

La palpation peut déceler exceptionnellement une tumeur plus médiane que dans le cancer pylorique.

La radio découvrira *une sténose axiale, à canal long*, rigide et non contractile.

Formes d'après la prédominance de certains symptômes. — A) *Dans la forme anémique*, la maladie se présente comme une anémie simple, ou parfois comme une anémie pernicieuse impossible à différencier des autres formes d'anémie. On conçoit toute la valeur qu'il faut attribuer à la recherche *des hémorragies occultes.*

B) *La forme œdémateuse* peut s'observer à l'état pur sans phlébite, ni néphrite, ni anémie.

Elle peut évoluer avec des *rémissions*, jusqu'à l'apparition de l'anasarque définitif.

Des signes de cancer peuvent ne pas apparaître.

C) *La forme cachectique* et latente se signale par son amaigrissement extrême et son anémie.

D) *Les formes gastralgiques et les formes dyspeptiques* douloureuses signalent certainement les cancers avec métastase postérieure (plexus solaire) et les ulcéro-cancers.

E) Il existe enfin des *formes fébriles.*

Formes d'après la prédominance d'une complication. — Nous signalerons sans nous y étendre les formes : ascitique, ictérique, hépatique, intestinale, vertébrale, thoracique, ganglionnaire.

Formes d'après l'âge et le sexe. — A) On peut observer dans l'enfance et l'adolescence des cancers graves à marche rapide.

B) La femme enceinte peut présenter un cancer gastrique dont les vomissements sont rapportés à la grossesse.

Ce cancer donne des métastases ovariennes bilatérales, connues sous le nom de *tumeur de Krukenberg.*

Formes d'après la nature de la lésion. — A) Les états ulcéro-cancéreux. — a) *Ulcéro-cancer.* — L'ulcéro-cancer occupe une place prépondérante.

Il faut se méfier toujours d'un ulcéreux qui maigrit, perd l'appétit, n'engraisse pas après ses périodes douloureuses et présente un certain état de dyspepsie entre les crises. Il faudra étudier les modifications des symptômes qui, généralement, gagnent en ténacité ce qu'ils perdent en acuité.

— Dans d'autres cas, c'est un ulcus que l'on opère. L'examen histologique montre déjà la transformation néoplasique.

— Dans d'autres cas enfin, c'est un ulcéreux que l'on a traité par une gastro-entérostomie. L'ulcère avait paru typique. Mais quelques mois après, les symptômes de cancer apparaissent avec envahissement de la bouche de gastro-entérostomie.

b) Nous signalerons *le cancer ulcériforme.*

B) Cancer a type de linite plastique. — Il s'agit de cancer à évolution lente, peu ou tardivement cachectisante.

Il y a diminution de la capacité stomacale, due au rétrécissement progressif. La radio montre un estomac petit et rétracté. Cependant, la propagation de cette linite aux orifices change le tableau clinique.

Nous avons vu que la linite pylorique ajoutait à un léger degré de sténose une grosse insuffisance due à la rigidité des parois. Il y a diarrhée, dénutrition rapide. Il peut y avoir de même propagation au cardia.

Exceptionnellement, cette linite est uniquement médio-gastrique.

Elle peut s'étendre enfin à d'autres segments du tube digestif.

C) Le sarcome de l'estomac est peu fréquent, mais mérite d'être signalé.

Telles sont toutes les formes du cancer de l'estomac. Elles sont extrêmement variées et souvent trompeuses. Nous ne reviendrons pas sur la nécessité de leur diagnostic précoce qui peut seul modifier leur pronostic fatal à brève échéance. Mais nous insisterons encore sur la valeur des signes fonctionnels et généraux et des images radiologiques, opposée à la pauvreté des renseignements tirés de l'examen physique. La nécessité d'un traitement précoce rendra toujours légitime la laparotomie exploratrice.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

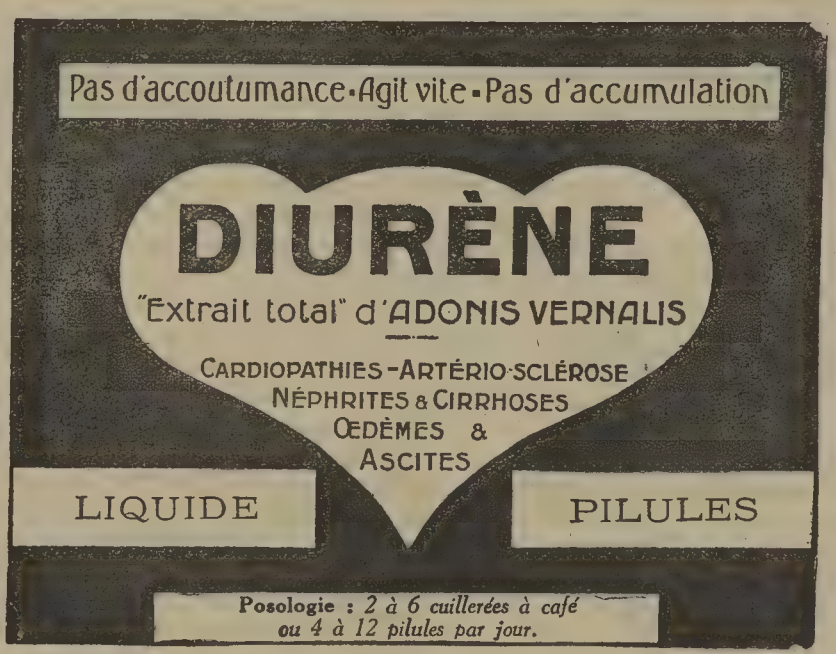
tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1934. — N° 78.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La péritonite encapsulante, par M. R.-J. Chevallier.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Scènes de la vie passée, par M. A. Herpin.
NÉCROLOGIE
Le docteur Auguste Marie, par M. Raoul Blondel.
CHRONIQUE
Comment on traversait le Sahara au siècle dernier, par F. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Levesque, Huard, Lantuéjoul, Donzelot, Laederich, Richet, Touraine, Jacob, Grenet, Martin, de Gaudart d'Allaines, Mondor, Labey, Okinczyc, Bergeret.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — Un décret autorise le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte, la donation d'une somme de 10.000 fr. que M. le professeur Paul Delmas a faite audit établissement, pour ladite somme être affectée aux frais d'entretien des collections d'art et d'archéologie du musée de la Faculté donataire. (*J. O.*, 11 août 1934.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens s'ouvrira le lundi 8 avril 1935 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord) est vacant par suite du départ de M. Briche, admis à faire valoir ses droits à la retraite à dater du 1er octobre 1934.

GUERRE. — Le *Journal officiel* du 25 septembre publie une longue liste de mutations parmi les officiers de réserve du Service de santé.

MARINE. — Les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été nommés élèves du Service de santé de la marine à la suite du concours de 1934 :

Candidats à 4 inscriptions : MM. Vellieux, Puech, Perron, Monet, Turpaud, Robert, Lorrain, Ardorino, Labail, Laporte, Raoul, Delalande, Palis, Duchet-Suchaux, Pouliquen, Combescot de Marsaguet, Bellidenty, Langeard, Lotte, Destombes, Morichau-Beauchant, Courau, Augey, Nun, Moretti, Thomazi, Kervern, Bremond, Peltier, Sorriaux, Borjeix, Ropars, Gerin-Jean, Loison, Coquelin, Lamendour, Le Coroller, Marchalant, Chassagnette, Rouergue, Berthelot, Bonnet, Bruel, Clairefond, Aubaile, Laborit, Monaque.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin adjoint au sanatorium de Villiers-sur-Marne, par Charly (Aisne).

Adresser les demandes à M. le médecin inspecteur à la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris, qui répondra aux demandes de renseignements.

Le traitement varie pour les médecins adjoints de 30.000 à 48.000 fr. suivant la classe, et pour les titulaires de 48.000 à 65.000 fr., avec les avantages ordinaires attachés aux postes de médecin des sanatoriums publics.

Le registre d'inscriptions sera clos le 20 octobre.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. (Hôpital Saint-

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Louis. Professeur : M. GOUGEROT.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Une série de travaux pratiques de laboratoire appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie aura lieu au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire, le 9 octobre.

Les séances auront lieu les mardis et samedis, de 17 à 19 h.

Les élèves font les manipulations individuellement. Ils peuvent emporter les préparations, les coupes et les cultures. — Un certificat leur est remis à la fin de la série des travaux pratiques. — Prix du cours : 400 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Pour tous renseignements, s'adresser à Mlle le docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, les mardis et vendredis, de 10 à 11 h.

CONGRÈS. — Les prochaines Journées médicales de Bruxelles auront lieu en 1935; elles seront consacrées à la physiopathologie des glandes endocrines.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Degrave (de Meux, Belgique), Louis François (de Pecq, Belgique).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SCÈNES DE LA VIE PASSÉE

Les Assurances sociales, comme toutes les choses mal conçues et mal construites, sont d'application difficile et nécessitent ainsi un contrôle permanent de tout et de tous. Il y avait déjà le contrôle administratif des Caisses, le contrôle technique des Syndicats médicaux, il y avait également, pour régler les cas exceptionnels, un super-contrôle qui était exercé par des médecins des hôpitaux. Cela n'a pas paru suffisant, comme nous l'avons indiqué dans une note précédente, à M. le Ministre du Travail qui a trouvé que les super-contrôleurs devaient être à leur tour contrôlés.

Ce faisant, il a voulu certainement nous donner un aperçu de ce que pourrait être une Société future, dans laquelle les dispositions législatives seraient telles qu'il faudrait pour les appliquer, tant de contrôleurs qu'il ne pourrait plus rester de contrôlés.

M. le Ministre du Travail montre ainsi un esprit hardi qui ne se laisse pas arrêter par les conceptions les plus osées ou les plus nouvelles. En même temps que la circulaire à laquelle nous faisons allusion, il en lançait une le 8 août dans laquelle il émettait la prétention de fixer les honoraires médicaux pour les assurés sociaux. Ces honoraires devraient, en principe, être ramenés, pour la consultation, dans les villes de plus de 500.000 habitants à 18 francs ; dans celles de 100.000 à 500.000, à 15 francs et dans les autres, à 12 francs

Mais, de telles dispositions ne se rapportent pas au futur, comme les précédentes, mais bien au passé et même à un passé lointain. Nous ne doutons pas que M. le Ministre du Travail, en législateur avisé, ne connaisse dans ses moindres détails, une des constitutions les plus célèbres de l'antiquité, celle d'Hammourabi. Aussi n'est-ce point pour lui que nous rappellerons que ce roi de Babylone qui vivait au vingt-deuxième siècle avant J.-C., avait déjà fixé les honoraires médicaux et même, comme M. le Ministre du Travail 42 siècles plus tard, avait établi lui aussi trois catégories.

Cette concordance de vues est évidemment à l'avantage de l'un et de l'autre. Cependant nous nous permettrons de faire remarquer à l'imitateur d'Hammourabi que le système probablement inauguré par ce dernier, n'a pas dû donner des résultats bien heureux, car la sagesse des nations, depuis 42 siècles, après l'avoir supprimé, n'a pas, à notre connaissance, jugé à propos de le rétablir.

Quoi qu'il en soit de cette incursion de M. le Ministre du Travail dans des constitutions antiques, il n'en reste pas moins qu'il ne paraît pas s'être pénétré de leur esprit. Au temps de ce roi de Babylone, les ministres respectaient certainement les dispositions législatives, tandis que, aujourd'hui, M. le Ministre du Travail s'efforce de violer la loi qu'il est chargé d'appliquer.

Le paragraphe 4 de l'article 4 de la loi sur les Assurances sociales, dit textuellement ceci :

« La part contributive garantie par les Caisses, ...dans le prix de l'acte médical, est établie par les Caisses compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région. » Or, M. le Ministre du Travail, dans la circulaire précitée, dit exactement le contraire : liant les tarifs médicaux aux tarifs de responsabilité, il prétend, en somme, que les tarifs syndicaux minima doivent être établis compte tenu des tarifs de responsabilité.

Cette erreur est trop grossière pour que nous la considérions comme très grave en soi, car les Tribunaux administratifs, le Conseil d'Etat ne sauraient l'entériner. Mais elle n'en présente pas moins des inconvénients très sérieux dans la pratique. Elle incite les Caisses à des marchandages qui risquent fort de compromettre l'harmonie générale actuelle entre ces caisses et le Corps médical. Ce dernier ne peut évidemment accepter d'être traité aussi brutalement, ni de se trouver la seule catégorie de citoyens libres dont les émoluments seraient fixés par un ukase ministériel ; d'autant que les prix fixés représentent pour les tarifs syndicaux minima à Paris, une diminution qui est tout simplement de 28 % !

Il paraît bien certain que si M. le Ministre du Travail avait eu en face de lui un Corps médical organisé, non pour la politique de collaboration et de concessions, mais pour la résistance et pour la défense de ses droits les plus légitimes, toutes ces fantaisies n'auraient pu être envisagées.

A. HERPIN.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

De Trouette-Perret

l' **Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline**
(Guaco)
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

15, Rue des Immeubles-Industriels -:- PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

o gramme 15
et à
o gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16., Seine.

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes

Cure de 5 iours consécutifs à renouveler après 8 iours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

REVUE GENERALE

LA PÉRITONITE ENCAPSULANTE

Par M. Roger-Jean CHEVALLIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — Le terme de péritonite chronique encapsulante a été proposé par Wilmoth et Patel dans un travail qui a attiré l'attention des chirurgiens français sur cette curieuse et rare affection. On en retrouve avant eux quelques cas dans la littérature étrangère, surtout chez les auteurs allemands. Mais depuis 1931, de nouvelles observations, tant françaises qu'étrangères, ont été la source de nombreuses discussions sur la péritonite encapsulante. Il semble, d'après Guiseppe Pistouhi, que Virchow a, le premier, attiré l'attention sur cet aspect si spécial de péritonite. Gutmann (Greefswald) y a consacré une thèse (1900) et Praxin, au Congrès des Chirurgiens Russes de 1901 a nettement individualisé les lésions. Toujours est-il qu'on en relève 30 cas antérieurs à 1931 ; Pistouhi, à la même époque, signale qu'il y en avait 58. Depuis lors, il faut citer au moins 39 observations nouvelles rapportées sous ce nom dans les Sociétés françaises ou étrangères.

Définition et Anatomie pathologique. — La péritonite encapsulante est appelée par les auteurs allemands « Zuckergussdarm » (intestin glacé) par analogie des lésions trouvées avec celles de la rate, du foie glacé. Plus exactement, l'aspect macroscopique des lésions réalise une membrane blanche, nacrée, qui forme une coque englobant tout ou partie de l'intestin grêle et pouvant même recouvrir des segments du gros intestin.

Dans un premier ordre de faits, qui réalisent un aspect typique de la péritonite encapsulante, on découvre, sitôt qu'on a ouvert l'abdomen, une fausse membrane blanche, lisse, laiteuse ou brillante porcelainée; elle peut présenter à sa surface des formations kystiques (Wilmoth et Patel), ou des végétations papillaires (Bertrand et Colson). De cette capsule, la forme et les limites sont des plus variables. Elle masque les anses grêles à tel point que l'opérateur a pu avoir l'impression d'un abdomen vide d'intestin. Dans certains cas, elle prend l'aspect d'une sorte de kyste de l'ovaire, ovoïde ou sphéroïde ; dans d'autres cas elle réalise soit une tumeur cylindrique allongée et contournée en S italique (Bergeret), soit de gros tubes accolés l'un à l'autre et faisant penser à de « grosses saucisses blanchâtres (Esau, fig. in *Journal de Chirurgie*, mars 1931). Cette coque peut contenir tout ou partie des anses grêles ; on y voit s'engager à sa partie supérieure le jéjunum plus ou moins loin de l'angle duodéno-jéjunal, et émerger, de sa partie inférieure, le termino-grêle, plus ou moins loin de l'angle iléo-cæcal. Parfois, la membrane va englober le cæcum, l'appendice (Antonopoulos), les côlons et même recouvrir les organes du petit bassin. La membrane est d'épaisseur variable (entre 2 et 8 mm.) ; son épaisseur n'est pas semblable en tous les points ; la coque peut être fenêtrée et laisser voir, en certains endroits, les anses sous-jacentes.

La capsule n'adhère pas au péritoine pariétal antérieur ; dans quelques cas cependant, on a pu voir des adhérences très lâches se rompant facilement. Ce péritoine pariétal est normal, non épaissi et lors de son ouverture, on a pu constater une petite quantité d'ascite.

La membrane n'adhère pas à l'intestin sous-jacent; là encore cependant, il peut exister des adhérences lâches, faciles à lever (Toole. Wilmoth. Bergeret. Vernejoul). Elle envoie des prolongements qui rejoignent le mésentère et qui vont cloisonner le sac, emprisonnent les anses dans des sortes d'aréoles secondaires. L'adhérence de la membrane au mésentère est surtout marquée au niveau des pôles d'entrée et de sortie de l'intestin dans sa coque.

Les anses intestinales ont une séreuse normale ; elles n'adhèrent pas ou très faiblement les unes aux autres, elles sont tassées, plus ou moins hypermiées, aplaties et reprennent, dès leur libération, leur forme, leur teinte, leur calibre habituels. Le mésentère est normal le plus souvent ; cependant, dans quelques observations, on a signalé une rétraction des mésos (Pistouhi). Les lésions de l'épiploon ont donné lieu à discussion. Le plus souvent, on ne mentionne pas son état dans les observations ; dans d'autres cas, il est rétracté, œdémateux, tantôt libre, tantôt formant le sac (d'Allaines et Jomain).

Mais il s'en faut que les lésions aient toujours cette netteté et cette simplicité ; de nombreuses observations rapportent des aspects relativement différents. Le péritoine pariétal peut être très épaissi (Bertrand et Colson. Vernejoul. Tavernier). Il peut être œdémateux (Bloch et Blondin). L'ascite est en quantité plus ou moins abondante, plus ou moins louche d'aspect. La membrane a été décrite mate et tomenteuse ; elle peut adhérer fortement au péritoine pariétal (Madier, Soekarjo), au grand épiploon (Pizzagalli). Le sac peut contenir un peu de liquide.

L'adhérence du sac à l'intestin sous-jacent a été très diversement appréciée selon les auteurs ; nombre d'entre eux ont même pu déclarer l'entérolyse impossible, soit par place (Bergeret. Morel et Fabre), soit en totalité (Hardouin. Bortolani).

Ainsi, si on considère la péritonite encapsulante comme une entité nosologique définie par la présence d'un sac n'adhérant pas à l'intestin sous-jacent, ne contractant avec lui que des rapports de contiguïté, il existe bien peu d'observations typiques. Mais un certain nombre d'auteurs ont pensé que les variations des lésions ne tenaient qu'à des stades différents de la péritonite encapsulante qui apparaîtrait, ainsi, comme une affection évolutive.

L'examen histologique (Wilmoth, Delval et Patel) de prélèvements faits en différents points de la même membrane montre deux aspects différents : d'une part, *coque constituée* formée de tissu conjonctif hyalin à structure lamelleuse, plus ou moins compact, et pauvre en cellules ; d'autre part, *coque en évolution* où se distinguent deux zones, l'une de fibrine disposée en couches stratifiées avec de petits nodules inflammatoires (infiltration leucocytaire discrète, néo-capil-

laires), la seconde est conjonctive hyaline, pauvre en cellules et de même aspect que celui de la coque constituée. Ces deux zones se superposent sans aucune transition ; il y a substitution instantanée du tissu conjonctif à la fibrine.

A ce processus de péritonite fibro-plastique que l'on retrouve décrit dans tous les comptes rendus se surajoutent fréquemment des signes de réaction inflammatoire banale ou spécifique (Wilmoth (examen de Lecène). Souppault. Bloch et Blondin).

Etiologie et pathogénie. — L'anatomie pathologique de la péritonite encapsulante semble donc assez nettement fixée ; il n'en est pas de même de son étiologie et de sa pathogénie. Eliminant, parce que non appuyée sur des faits, l'hypothèse considérant la péritonite encapsulante comme une affection congénitale ou comme une conséquence de l'insuffisance de la valvule iléo-cæcale, il faut séparer les hypothèses en trois groupes : origine traumatique, origine infectieuse et irritation chronique.

C'est Josa qui a invoqué le traumatisme opératoire dans une péritonite encapsulante qu'il avait constatée, en réopérant pour occlusion aiguë au 15e jour, une de ses appendicectomisées. Faut-il encore savoir si l'affection n'était pas antérieure et si les troubles rapportés à l'appendice n'étaient pas dus simplement à la péritonite encapsulante passée inaperçue lors de la première intervention. Plus récemment, furent rapportés deux cas de péritonite encapsulante à la suite de contusion abdominale nettement caractérisée (Madier. Tourneux).

L'étiologie infectieuse est beaucoup plus importante. L'hypothèse d'une infection aiguë péritonéale (grippe, gonococcie, typhoïde) laissant comme séquelle une péritonite encapsulante semble mal justifiée par les faits et il est beaucoup plus fréquent de retrouver des facteurs d'infection atténuée ou d'irritation chronique. On a incriminé la syphilis (Letulle), le cancer (Bertrand et Colson) ; on a rendu responsables des infections à point de départ génital, vésiculaire, colique, appendiculaire (Lecœur) et intestinale ; hypothèses basées sur les apparences, semble-t-il, car la plupart du temps, les viscères sous-jacents sont sains, en particulier dans l'observation d'Antonopoulos.

Mais la place donnée à la tuberculose par de nombreux auteurs mérite d'attirer l'attention. Cliniquement, on relève dans beaucoup d'observations des antécédents tuberculeux pulmonaires, pleuraux ou péritonéaux. Macroscopiquement, lors de la laparotomie, certains opérateurs ont constaté la présence de granulations tuberculeuses sur le péritoine pariétal et sur les anses et même un ganglion intra-péritonéal caséifié (Lehrnbecher). Histologiquement surtout, l'examen de la membrane a montré dans de nombreux cas des lésions tuberculeuses avec follicules typiques, cellules épithéliales.

Peut-on considérer la péritonite encapsulante comme étant toujours de nature tuberculeuse ? Certains y voient une tuberculose inflammatoire, non folliculaire (Huguenin). D'autres la considèrent comme une conséquence éloignée d'une péritonite tuberculeuse à grand épanchement, qui, en se résorbant, aurait laissé des dépôts de fibrine s'organisant secondairement (Villard). Ainsi s'expliqueraient les stades successifs d'évolution de la péritonite encapsulante.

En fait, il semble que la tuberculose réalise, et cela assez fréquemment, la péritonite encapsulante ; mais d'autres facteurs d'irritation chronique peuvent entraîner les mêmes lésions qu'on a pu considérer comme une pachypéritonite (Souppault).

Le mode de constitution de la membrane est aussi très discuté. Certains auteurs incriminent la mésentérite rétractile qui, par gêne de la circulation lymphatique, amène une transsudation sérofibrineuse ; mais cette mésentérite rétractile est loin d'être constante. Wilmoth y voit l'organisation progressive d'un dépôt de fibrine contemporain de l'atteinte péritonéale première. Villard rapproche le processus qui aboutit à la formation de la péritonite encapsulante de celui qui réalise les hygromas et les synovites à grains riziformes ; la péritonite encapsulante serait un « hygroma géant du péritoine ». Enfin, Bazy a soulevé l'hypothèse d'un processus d'épiplooite rétractile ; d'Allaines et Jomain ont apporté une observation justifiant cette idée ; mais, si dans de nombreux cas, il n'est pas fait mention de l'état du grand épiploon, certains auteurs ont trouvé que le grand épiploon ne participait pas aux lésions de la péritonite encapsulante.

Clinique. — De toutes les observations publiées de la péritonite encapsulante, il est impossible de dégager un tableau clinique net de l'affection. Néanmoins, de nombreux auteurs ont signalé une histoire de subobstruction intestinale en même temps que l'examen révélait la présence d'une tumeur abdominale. Il ne semble pas qu'on ait rapproché ces deux éléments, ce qui explique l'absence de diagnostic posé avant l'intervention. Les troubles digestifs sont souvent très flous, quelques douleurs à type de coliques accompagnées de ballonnement de l'abdomen et tout rentre bientôt dans l'ordre. Ils peuvent être progressifs, amenant au bout d'un temps plus ou moins long, le malade à consulter. Parfois, ils prennent le caractère de crises de subocclusion qui cèdent spontanément. Dans certains cas, ils réalisent un véritable syndrome de Koenig et sont assez nets pour qu'on ait pu faire le diagnostic d'invagination chronique, de sténose du grêle ou d'hernie interne du grêle. La constipation est habituelle ; les vomissements accompagnent les crises de subocclusion.

La présence de la tumeur abdominale est le signe qui a engendré le plus d'erreurs de diagnostic. Son siège est des plus variables, tantôt péri-ombilicale, tantôt dans les fosses iliaques ou dans la région hypogastrique. Sa consistance est ferme et certains auteurs mentionnent qu'elle donne l'impression de liquide sous tension. Parfois mate, parfois sonore, elle est plus ou moins sensible et mobile : elle est indépendante de la paroi. Ceci explique la multitude des diagnostics posés en sa présence ; accompagnée de troubles génitaux, elle a fait penser à un fibrome intracavitaire, à un utérus fibromateux, plus fréquemment à un kyste de l'ovaire, que l'on supposait tordu à

cause des douleurs. Dans d'autres cas on a fait le diagnostic de tumeur du grêle, de kyste du mésentère ou de kyste du pancréas.

L'état général est touché ; l'amaigrissement est fréquent et dans les cas où il existe de la température, le diagnostic fait sur l'association des troubles de l'état général, des troubles digestifs, de signes abdominaux au palper était celui de péritonite tuberculeuse enkystée ou fibro-adhésive. Parfois c'est une longue histoire d'ascite, ponctionnée à plusieurs reprises et qu'en désespoir de cause on opère : on trouve une péritonite encapsulante. Enfin dans un certain nombre de cas, un tableau d'occlusion aiguë de l'intervention et l'on découvre une péritonite.

La radioscopie a pu confirmer le diagnostic de troubles du transit intestinal, mais n'a pas permis de préciser celui de péritonite encapsulante. Dans certains cas cependant on a pu voir une ombre arrondie périombilicale (Soeckarjo) ; une image en tuyaux du grêle (Vernejoul) ; une masse refoulant en haut l'estomac et le côlon transverse (signes disparus après l'intervention, Carnot, Bergeret et Caroli).

En résumé le diagnostic de la péritonite encapsulante n'a jamais été posé et l'affection a toujours été une découverte opératoire. Le diagnostic est donc un diagnostic d'intervention ; lors de la laparotomie, il faut distinguer la péritonite encapsulante de la péritonite membraneuse lamelleuse à topographie strictement cæco-colique : des[e] péritonites plastiques qui n'ont ni l'étendue ni l'aspect des lésions qui nous occupent ; de la péritonite chronique adhésive idiopathique dont les fausses membranes brillantes, friables ne forment pas un revêtement continu et qui récidivent après toute intervention.

Traitement. — « Le traitement consiste dans l'ex-« tirpation aussi complète que possible de la mem-« brane fibreuse encapsulante : c'est évidemment une « épreuve de patience et de minutie » (Wilmoth). Bonneau a essayé de préciser le rôle de la chirurgie dans la péritonite encapsulante. Il ressort de nombreuses observations que l'entérolyse est le plus souvent très difficile à exécuter complètement.

Tout dépend des conditions dans lesquelles se présente le malade. S'il est en état d'occlusion aiguë, on est naturellement amené à tout tenter pour rétablir la perméabilité intestinale ; le pronostic reste des plus graves ; il tient à l'adhérence plus ou moins grande de la capsule aux anses intestinales. Des blessures du grêle, du mésentère ont nécessité des résections, des anatomoses intestinales ; elles furent faites avec grande difficulté de par l'impossibilité d'extérioriser l'anse lésée ; et toutes furent suivies de mort par occlusion secondaire, par péritonite ou par phlegmon pyo-stercoral. Si ce ne sont pas des accidents aigus qui amènent le malade, l'étude des observations montre que l'entérolyse n'a pas été pratiquée systématiquement. Certains opérateurs ont refermé l'abdomen avec ou sans drainage ; d'autres ont fait un essai prudent de libération restée incomplète et il en est bien peu qui aient réussi une entérolyse de bout en bout (Bergeret).

La guérison s'est maintenue longtemps après l'intervention : la péritonite encapsulante ne récidive pas; Wilmoth la considère comme un processus éteint, dernier stade évolutif d'une maladie de la séreuse. Il apporte la statistique des 30 cas qu'il a relevés : 5 morts immédiates et 25 guérisons ; après lui, sur 15 observations où les suites opératoires sont mentionnées on compte 7 morts immédiates et 8 guérisons. Deux observations sont à retenir : celle de Bérard et celle de Hardouin ; tous deux furent amenés à réopérer des malades chez qui ils avaient trouvé une péritonite encapsulante et où ils n'avaient tenté aucune extirpation de la coque. Lors de la deuxième intervention, ils ont constaté la disparition de la membrane. Ces faits doivent entrer en ligne de compte dans la décision thérapeutique.

Conclusions. — La péritonite encapsulante est une forme rare de péritonite chronique dont le diagnostic n'a jamais été fait qu'à l'intervention. La présence d'un sac membraneux englobant les anses intestinales caractérise cette lésion. La tuberculose est relevée fréquemment dans l'étiologie de l'affection. L'adhérence plus ou moins marquée de la coque à l'intestin sous-jacent tient le traitement sous sa dépendance. L'idéal opératoire est l'entérolyse complète, mais il est rare qu'on puisse la réaliser. Aussi, terminerons-nous en citant Souppault : « la prudence excessive vaut mieux « que trop de hardiesse ; en effet, les accidents causés « par la lésion, parfois alarmants, sont rarement gra-« ves, tandis que certains résultats opératoires ont été « désastreux ».

Bibliographie

Aubertin. *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 mars 1933.
D'Allaines et Jomain. *Soc. de Chir.*, 14 fév. 1934.
Arnaud. *Soc. de Chir. de Marseille*, 5 mars 1934.
L. Bazy. Rapport à la *Soc. de Chir.*, 19 oct. 1932.
Bérard. *Soc. de Chir. de Lyon*, 9 mars 1933.
Bergeret. *Soc. de Chir.*, 9 nov. et 8 juin 1932.
Bertrand et Colson. *Soc. de Chir. de Lyon*, 23 fév. 1933.
Bonneau. *Revue de Chirur.*, oct. 1933 ; *Soc. de Path. comp.* 14 nov. 1933.
Bortolani (Vérone). *Journ. méd. dell'Alto Adige*, août 1932.
Carnot, Bergeret et Caroli. *Soc. de Gastr.-Entérol. de Paris*, 13 fév. 1933.
Devaux. *Th. de Paris*, 1932.
F.-V. Goussef. *Médecine clinique*, t. XI, N° 3-4, Moscou, 1933.
Hardouin. *Soc. de Chirur.*, 14 mars 1934.
Hochmiller. *Zentralblatt für Chirur.*, t. 58, N° 51, 19 déc. 1931.
Lagoutte. *Soc. de Chirur. de Lyon*, 14 avril 1932.
Lenormant. Rapport à la *Soc. de Chirur.*, 25 mai 1932.
Madier. *Soc. de Chirur.*, 26 oct. 1932.
Guiseppe Pistoiii. *Archives italiennes de chirurgie*, vol. 29, fasc. 5, juill. 1931.
Poulin et Fernet. *Gaz. Méd. de Picardie*, oct. 1931.
Rouhier et Lecœur. *Soc. de Chirur.*, 22 juin 1932.
Soekarjo (Batavia). *Zentralbl. f. Chir.*, t. 58, n° 34, 22 août 1931.
Souppault. *Revue méd. franç.*, nov. 1933.
De Vernejoul. *Soc. de Chir. de Marseille*, 26 février 1934.
Villard. *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 mai 1932.
Wilmoth et Patel. *Journ. de Chir.*, mars 1931 (contient toute la bibliographie antérieure).
Wilmoth, Patel et Delcal. *Presse méd.*, 27 avril 1932.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 40. ALEXANDRE. — Les manifestations du zona en oto-rhino-laryngologie.

20. APPY. — Contribution à l'étude de l'anesthésie de base au tribro-moethanol.

29. ARNAL (Pierre). — Contribution à l'étude du traitement de la coxalgie par l'enchevillement.

34. ARNAL (Mme Pierre), née Boulle. — Contribution à l'étude du diagnostic des chorio-épithéliomes utérins.

55. ARNAUD. — Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou par la ponction.

6. AUFFRET. — Causes des douleurs concassantes dans l'appendicite aiguë.

5. BADEL (Mme), née Fosse. — Les tumeurs cérébrales chez l'enfant.

13. BESSET. — A propos d'un cas complexe de dérangement interne du genou (association de lésion méniscale et d'ostéochondrite disséquante).

36. BÉTOULIÈRES. — Contribution radiologique à l'étude de l'œsophage normal.

31. BOURGUET. — Les nerfs du testicule et de l'ovaire. Déductions médico-chirurgicales.

33. BOUSQUET (A.). — Le gambusia holbrooki dans la lutte contre le moustique.

47. BOUSQUET (Fernand). — Contribution à l'étude de la technique de l'effacement permanent des épaules dans le traitement des fractures de la clavicule.

49. BRUGUIÈRE. — Le traitement des cirrhoses ascitogènes. Valeur respective des récentes acquisitions thérapeutiques (opothérapie hépatique, diurétiques mercuriels, diathermie).

50. CAIREL (Marcel). — Etude de six cas de diabète évoluant chez des enfants traités par l'insuline.

51. CAIREL (Mme Marcel), née Barot. — A propos des urémies sans azotémie avec hyperpolypeptidémie.

27. CAUCANAS. — Contribution au traitement de l'uricémie par l'uroclase.

43. CAUSSÉ. — Les tumeurs osseuses dysgénétiques ou ostéomes du sinus frontal.

44. CAYLA. — Recherches sur les orthophosphates minéraux des humeurs (phosphore inorganique). Dosage, répartition, évolution.

46. COSTE. — Contribution à l'étude des séquelles de la pleurésie séro-fibrineuse aiguë primitive dite « à frigore ».

12. COUDERC. — Le test thermique dans l'actinothérapie.

17. DAVEAU. — Les centres nerveux intra-axiaux de la vie végétative. Etude anatomique, physiologique et physico-pathologique.

18. DECOULAND-COURNAUD. — Traitement du cancer inopérable du col de l'utérus par les radiations. Etude statistique des années 1924 à 1928.

48. DÉPOIRE. — Essai sur le rôle de l'acide oxalique dans l'immunité antituberculeuse. (Contribution à l'étude du virus tuberculeux en pathologie générale.)

52. DULCY. — L'acide lactique dans le sang et les humeurs. Son taux. Ses variations. Son rôle dans la glycolyse normale et pathologique.

30. EDWARDS. — Contribution à l'étude des accidents cutanés de la chrysothérapie.

42. GAUTSCHI (Mlle). — Recherches des éléments pronostiques tirés de l'étude biologique du sang et de l'exsudat et plus particulièrement du degré et des variations quantitatives de la leucocytose pleurale.

26. GIBELIN. — La vaccination préventive contre la tuberculose par le B. C. G. à Montpellier.

45. GOSSE. — Etude anatomique du nerf honteux interne. Déductions physiologiques et physiopathologiques. Applications médico-chirurgicales.

37. GOURDIAT. — L'anesthésie générale à l'évipan sodique (chirurgie de la tête et du cou et chirurgie infantile).

19. GRANAL. — L'électro-aimant en thérapeutique oculaire.

25. GRANIER. — Contribution à l'étude des hernies transmésocoliques.

10. GRAVIER (E.). — De quelques cas d'endoscopie pleurale et de sections d'adhérences dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel.

11. GRAVIER (Mme). — Contribution à l'étude du pneumothorax controlatéral primitif.

23. JOURDAN. — Contribution à l'étude des cellules de Kultschitzky.

1. KONQUI. — Fibrome et cancer du col.

35. LAFON. — Angiodynamique des membres et lésions du système nerveux de la vie de relation. Essai de classification clinique et de systématisation anatomique.

4. LAFONT. — Traitement des cataractes secondaires par l'extraction complétée systématiquement par le recouvrement conjonctival.

9. MARIACCI. — Contribution à l'étude des accidents cardiaques d'origine hépatique. La forme angineuse de la colique hépatique.

32. MARTIN. — Mal de Pott mélitococcique.

53. MENDEL. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus prolabé.

41. MICHEL. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'invagination intestinale. Extériorisation de l'appendice (trois observations).

8. MICHEL-MARGUERIT. — Contribution au traitement non sanglant des fractures de la malléole tibiale postérieure isolées ou associées. La flexion extrême par fraction axiale en décubitus ventral déclive, figée dans le plâtre.

15. NICOLINI. — Contribuution à l'étude anatomo-clinique du cancer thyroïdien latent.

2. ORIOL. — Libre pratique utérine avec l'aide de la rachi-analgésie et procédé de P. Delmas.

56. PEYRON. — Zona et varicelle.

39. PICARD (Mlle). — Contribution à l'étude des infections typhoïdes dues à l'absorption des coquillages. Essai de prophylaxie.

54. ROUGER. — Tumeurs intra-oculaires méconnues. Glaucomes et décollements de la rétine symptomatiques.

24. SOLAS. — Où en est la question des délires systématisés secondaires.

16. STOERR. — Le sentiment de l'éthique chez l'alcoolique. Etude psychologique.

28. STOLZENBERG. — Les ruptures sous-cutanées du tendon d'Achille. Considérations sur leur traitement dans le cas de syphilis.

7. TABAR-NOUVAL. — La lutte antilépreuse à la Guadeloupe. La léproserie de La Désirade.

14. THOMAS. — Leucémie aiguë à monocytes chez l'enfant.

22. TOYE. — Contribution à l'étude physio-pathologique de la démence précoce.

38. VARÉ. — Contribution à l'étude du chlorhydrate de lobeline.

21. VIEU. — Contribution à l'étude de l'hyperlaxité cutanée et de l'hyperélasticité articulaire (syndrome de Danlos).

3. YELDA. — Recherches sur la pathogénie de l'acidose

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367.

d'origine rénale. Influence de l'hypoprotéidémie et de la répartition globulo-plasmatique du chlore.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ (*Mention « médecine »*). — 1. ANTONIADÈS. — Contribution à l'étude du traitement des fractures de cuisse par traction sur le squelette à l'aide du fil rigide.

15. ARCHONTIDÈS. — Contribution à l'étude du traitement des brûlures sans pansements.

22. ARNAOUDOFF. — Contribution à l'étude de la maladie de Madelung et de son pronostic fonctionnel.

2. ARON PIK. — Considérations sur le traitement de l'ulcus gastro-duodénal par l'hormone para-thyroïdienne.

23. BONILLA Y SOLORZANO. — Centre complet d'élevage surveillé des hospices de Montpellier (œuvre préventive d'abandon).

30. CHABOWIECKI. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale.

25. EL KASSSAR ABDUL MAJID. — Le syndrome sympathique cervical postérieur de Barré et Lieou (clinique, interprétation pathogénique et radonthérapie).

28. GOLDBERG. — Contribution à l'étude de l'ulcère peptique post-opératoire.

12. HARALANOFF. — Des rétrécissements de l'urètre chez la femme.

20. HERZBERG (Mlle). — Contribution à l'étude de l'écoulement sanglant par le mamelon symptomatique d'une tumeur au sein.

21. KAMEL. — Contribution à l'étude du radiodiagnostic différentiel entre l'ostéomyélite chronique d'emblée et l'ostéosarcome périostique. Image radiographique anormale (faux sarcome périostique) dans un cas d'ostéomyélite chronique de l'humérus).

6. KENIG. — Etude d'un cas d'exophtalmie pulsatile traumatique traité par la ligature de la carotide primitive.

31. KHAMINSKY. — Les anesthésies régionales et les paralysies temporaires en ophtalmologie.

4. LIPSZYC. — La phrénicectomie. Son mode d'action et ses indications dans la tuberculose pulmonaire.

16. MARRERO. — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-musculaires de sels de chaux (gluconate).

17. MOUSKHELICHVILI. — Considérations générales sur le traitement du trachome.

5. PETROFF. — Les indications et contre-indications des sels d'or dans la tuberculose pulmonaire.

11. POLYMÉROPOULOS. — Tension artérielle moyenne et chiffre α. Etude comparative.

27. POPOFF. — Contribution à l'étude des parotides post-opératoires et de leurs complications.

26. RAKOTOMIHAMINA. — Le pian à Madagascar.

24. RANDRIAMAMPIANINA. — Considérations sur les syndromes parkinsoniens consécutifs à un traumatisme du crâne.

29. RAZAFITSIFERA. — Contribution à l'étude de l'ankylostomiase à Madagascar.

8. SHAPIRA. — Le mouvement sioniste et son influence sur le jeune sujet de race juive.

18. STANTCHEFF-STAVREFF. — Recherche d'un test permettant d'apprécier la perméabilité nasale. Son importance pour le contrôle de l'éducation respiratoire.

3. STATELOFF. — A propos d'un cas de pyo-pneumothorax spontané suffocant d'origine tuberculeuse chez un nourrisson de 10 mois.

9. STEFANESCO. — Discussion sur le traitement des avortements des quatre premiers mois.

10. STEFANESCO (Mme), née Peucoff. — La tuberculose du col utérin.

19. STOYANOFF. — Contribution à l'étude des fausses hernies étranglées.

14. VERTSMAN (Mlle). — L'anesthésie rachidienne à la percaïne en chirurgie gastrique.

7. WAJSWOL. — Le traitement des corps étrangers intra-oculaires métalliques et magnétiques.

13. ZAVITZIANOS. — Les troubles mentaux associés aux crises oculogyres dans les syndromes Parkinsonniens post-encéphalitiques.

PRATIQUE MÉDICALE

LE DINITROPHÉNOL (1)

Par M. H. RIVOIRL.

Le dinitrophénol, récemment introduit en thérapeutique, s'annonce comme une intéressante acquisition, issue des travaux de Mayer, Magne et Plantefol, poursuivis pendant quinze ans au Collège de France, et condensés en 1931 dans un numéro spécial des « Annales de Physiologie ».

Ces travaux ont été portés sur le plan de la clinique, aux Etats-Unis d'abord, où une large expérimentation fut entreprise par Cutting, Mehrtens et Tainter, à qui le dinitrophénol parut un excellent remède de l'obésité.

Le dinitrophénol est un toxique : administré à la dose de 10 centigrammes par kilo, il détermine chez le chien une polypnée croissante et une élévation de température pouvant atteindre 45°. Cette hyperthermie est liée à une augmentation des oxydations cellulaires : l'oxygène brûlé passe de 100 cc. à 1 litre par minute, l'émission calorique passe de 2 calories 5 à 30 calories par heure et par kilo.

Avec une dose 10 fois plus faible, la polypnée disparaît, mais l'hyperthermie subsiste. Avec une dose encore trois fois plus faible (3 milligr. par kilo), plus d'hyperthermie, mais la mesure des échanges gazeux montre une hausse de 30 à 50 p. 100 du métabolisme basal.

Fait remarquable : plusieurs petites doses mithridatisent en quelques jours contre des doses plusieurs fois égales à la dose mortelle, sans que le dinitrophénol ait perdu de son action sur le métabolisme basal.

Les travaux du prof. Mayer ont montré le mécanisme de l'action du dinitrophénol : l'hyperthermie est d'origine tissulaire, et non liée à une altération du système thermo-régulateur ; elle n'est pas due non plus à un travail musculaire (tétanisation). La stimulation du métabolisme se localise surtout dans les muscles. On constate une forte diminution du glycogène musculaire, indiquant une oxydation intense des glucides. Les lipides sont également brûlés, et, dans une proportion moindre, les protides. Mais le dinitrophéol ne modifie que l'intensité de ces oxydations, et non le processus, qui reste normal.

Parmi les dinitrophénols, seuls sont actifs ceux qui possèdent un groupement NO^2 en para : ce groupement azoté en para se retrouve dans plusieurs composés organiques oxydo-stimulants, dont la thyroxine.

L'action du dinitrophénol est la même chez l'homme que chez l'animal : à la dose de 3 à 5 milligr. par kilo, il élève le métabolisme basal de 20 à 40 p. 100 sans modifier la température, le pouls ni la respiration, même après deux mois de traitement, et sans provoquer de troubles sympathiques comme la thyroxine.

Au-dessus de 5 milligr. par kilo apparaissent des sueurs copieuses, au-dessus de 10 milligr. survient l'hyperthermie. Des cures régulières déterminent un amaigrissement d'un kilo par semaine environ.

(1) *Presse méd.*, 12 mai 1934.

La meilleure technique d'administration du médicament semble être de commencer par 75 milligr. par jour, et d'augmenter progressivement jusqu'à la dose donnant un résultat suffisant. Des doses relativement fortes « ne semblent pas très toxiques, puisqu'une malade a pu absorber 54 grammes de dinitrophénol en 125 jours, sans autre incident qu'un amaigrissement de 22 kilos ».

Le dinitrophénol semble donner des résultats très constants : sur 113 obèses, 10 p. 100 n'ont obtenu que des résultats insuffisants. Les autres perdirent de 4 à 22 kilos, sans aucune restriction alimentaire.

Dans 6 p. 100 des cas, des incidents interrompent le traitement : le plus fréquent est une éruption urticarienne de nature allergique, sans gravité. Plus rare est une curieuse altération du sens gustatif, qui fait perdre temporairement la distinction du salé et du sucré. Plus rare encore une légère coloration jaune des téguments, nullement liée à une atteinte hépatique.

Il ne semble pas y avoir de contre-indications formelles au dinitrophénol. Les auteurs américains n'ont pas constaté d'intolérance chez les albuminuriques et les hypertendus. La prudence s'impose chez les diabétiques.

Le danger le plus sérieux réside dans les erreurs de dosage : tel ce médecin de San Francisco qui absorba 5 grammes de dinitrophénol au lieu de 5 grains, et mourut en quelques heures.

Le dinotrophénol a sur la thyroxine l'avantage d'être moins coûteux, et de stimuler le métabolisme, sans déterminer aucun trouble d'hyperexcitation sympathique. Si donc le dinitrophénol est préférable à la thyroxine dans les obésités non thyroïdiennes, celle-ci garde son avantage dans les obésités à insuffisance thyroïdienne. D'autre part, sa toxicité rend le contrôle médical indispensable. Enfin, le dinitrophénol est un médicament trop récent pour qu'on puisse déterminer exactement dans quelles limites il peut supplanter la thyroxine.

D'autres corps, de la même famille chimique, actuellement à l'étude, permettront sans doute de réaliser des progrès dans cette nouvelle voie.

Le Dr Auguste MARIE

Le Dr Auguste Marie était né le 16 février 1865, à Voiron (Isère). Médecin des asiles, il avait pris sa retraite en 1930 comme médecin-chef de l'Asile Sainte-Anne. Il est décédé presque subitement, le 29 juillet dernier, au cours d'une villégiature dans la banlieue de Paris.

Il mena parallèlement, à Grenoble, ses études de médecine et ses études de droit. Interne des hôpitaux de cette ville, licencié en droit, et inscrit au barreau de Grenoble, il s'orienta de bonne heure vers l'étude des maladies mentales, vint à Paris, fut reçu au concours de l'internat des asiles (1887) et passa sa thèse en 1890. La même année il était nommé médecin des asiles. Après un séjour de deux ans en province, il fut chargé d'une mission en Ecosse, puis nommé directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. De là, il passa à Villejuif, enfin à Sainte-Anne. Il fut directeur du laboratoire de psychologie pathologique de l'Ecole des Hautes-Etudes, expert des tribunaux, et directeur de la *Revue de Neurologie*.

Savant modeste et laborieux, il a joué dans la psychiatrie française un rôle de premier plan auquel vient de rendre hommage, à Vienne, un bel article récent de Wagner-Jauregg. Son nom restera attaché, tout particulièrement, à l'histoire de la paralysie générale. Il fut, en effet, le premier, avec Levaditi, à introduire dans la syphilis la notion du virus neurotrope, et à appliquer, en France, dès 1923, dans son Service de Sainte-Anne, la malariathérapie au traitement de la P. G. Sa première communication à l'Académie de médecine, sur ce sujet, date de mai 1923, et a été suivie de beaucoup d'autres dans les revues spéciales et les sociétés savantes.

Ses travaux furent, en effet, très nombreux. Il a dirigé, chez Alcan, la publication du grand *Traité international de Psychiatrie*. Il a publié un livre sur la *Psychanalyse*, d'autres, dans la Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie, sur l'*Audition morbide*, sur les *Dégénérescences auditives*. Citons encore les *Délires systématisés*, la *Psychologie collective*, *Mysticisme et Folie*, *Spiritisme et Folie*, les *Vagabonds*, la *Pellagre*, la *Démence*, les *Aliénés en Russie*, etc. Il remplit à l'étranger de nombreuses missions pour l'étude de l'assistance aux aliénés dans les différents pays. On lui doit d'importantes études sur l'*Art chez les fous*. L'exposition qu'il fit, il y a quelques années, à Montparnasse, de dessins et de peintures d'aliénés, recueillis dans son service de Sainte-Anne, fit grand bruit dans les milieux artistiques et souleva, parmi les critiques d'art, les plus curieuses controverses.

Il s'occupa activement des œuvres sociales touchant les aliénés : colonies familiales du Cher, assistance aux aliénés guéris après leur sortie de l'asile, etc. Maire de la commune d'Orly, conseiller général de la Seine pour le canton d'Ivry, il obtint pour celui-ci, à l'Hôtel de Ville, la création de dispensaires antituberculeux, de consultations de nourrissons, d'écoles d'infirmières.

Il savait aussi payer de sa personne. Engagé dès le début de la grande guerre, il commanda un groupe de brancardiers divisionnaires et fut grièvement blessé. Il était décoré de la Croix de guerre et Commandeur de la Légion d'honneur.

Il laisse la mémoire d'un travailleur infatigable, aux vues les plus larges, en même temps que réalisateur de grand mérite. C'était, en outre, un homme simple et bon, d'une obligeance à toute épreuve, et dont le souvenir ne périra pas chez tous ceux qui ont pu le connaître et apprécier la fidélité de son amitié.

RAOUL BLONDEL.

CHRONIQUE

COMMENT ON TRAVERSAIT LE SAHARA AU SIÈCLE DERNIER

Notre excellent confrère, le Dr HALLER, directeur des Etablissements thermaux de Vichy, est l'un des derniers survivants de l'épopée saharienne. Avec la mission Foureau-Lamy qui comprenait parmi ses membres le regretté Dr Fournial, depuis médecin général, le Dr Haller traversa le Sahara en 1898. C'était alors une tentative périlleuse dans laquelle des hommes courageux et audacieux comme le colonel Flatters et le marquis de Morès avaient succombé.

Les touristes qui se rendent maintenant d'Algérie au Niger avec une simple dix chevaux ne peuvent se faire une idée des difficultés rencontrées en 1898 par la mission Foureau-Lamy qui eut à vaincre l'hostilité des habitants, l'hostilité du pays et aussi à se garer de la faim et de la soif.

Ce sont ces souvenirs glorieux que le Dr Haller rappelait récemment au Congrès des Sociétés de Géographie (1).

La mission quitta Blida le 20 septembre 1898. Elle comprenait 200 hommes et 1.200 chameaux.

(1) 26 juillet 1934. — Imprimerie Wallon, Vichy.

A cette époque, en effet, « le chameau permettait seul l'aventure saharienne. Mais il ne faudrait pas croire que ce vaisseau du désert, comme on disait alors, est ce qu'un vain peuple en pense. Il est bien en possession d'un organe formidable qui lui permet d'emmagasiner une assez grande quantité d'eau, d'aucuns peuvent avaler jusqu'à 100 litres; mais il faut qu'il mange, et qu'il mange tous les jours, en dépit d'une sobriété légendaire ; il est somme toute d'une résistance très relative, on peut même parler sans exagérer de sa délicatesse, c'est le type de la nonchalance parfaite. Si vraiment il n'avait pas l'air si bête, on pourrait dire qu'il s'avance avec majesté. Pour qu'il marche longtemps, il faut qu'il marche lentement, qu'il broute de-ci, de-là, sans être poussé et qu'il soit conduit par des gens qui aient assez de patience, assez de nonchalance eux-mêmes pour se laisser conduire par leurs animaux. Mais même ainsi conduits, ménagés comme la prunelle des yeux, les 1.200 chameaux de notre convoi ne tardèrent pas à maigrir, à devenir encore, si possible, plus nonchalants et à mourir avec une rapidité inquiétante... »

Et cette lourde caravane traverse successivement la grande dune de sable, puis la *hamada* et ses cailloux qui blessent les pieds des hommes et des chameaux, enfin, c'est la montagne, le tassili des Azdjers, haut plateau de 1.000 à 1.200 m., où les chameaux font des chutes mortelles dans des ravins, où le froid intense fait souffrir la colonne. La nourriture devient rare, les hommes n'ont plus qu'une poignée de couscous et quelques dattes, les chameaux ne trouvent plus d'herbe et tombent comme des mouches. Les Touareg, mis en émoi par la marche de la mission, attaquent ou restent menaçants. On ne trouve plus de guide. On finit par arriver à Agadez, puis, après bien des efforts et des souffrances, c'est Zinder, où on rallie la mission Gentil partie du Congo.

Ensuite se déroule la campagne du Bornou, au cours de laquelle le commandant Lamy meurt en héros.

La mission Foureau-Lamy avait mis quinze mois pour traverser le Sahara, au prix de quels sacrifices !

On doit remercier notre confrère Haller d'avoir rappelé ces glorieux souvenirs. Ce sont les hommes de sa trempe qui ont donné à la France l'empire nord-africain. On ne leur marquera jamais assez de gratitude.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Leçons de zoologie et biologie générale. V. : Associations fonctionnelles et milieu intérieur (1), par G. Bohn.

Ce volume commence par rappeler les *principales différences entre Invertébrés et Vertébrés.*

Chez ceux-ci, contrairement à ceux-là, prédominance de certains organes, existence d'un axe dorsal et de plissements pharyngiens, formant des centres d'attraction pour les substances squelettogènes, aux dépens desquelles se constituent colonne vertébrale et squelette viscéral, milieu interne relativement indépendant du milieu extérieur, circulation dans un système fermé, présence dans le sang d'hormones, sécrétées par les glandes endocrines, régulation par le foie des substances nutritives, importance du cœur, prépondérance des actions hormonales sur les actions nerveuses, dualité de structure et de fonctions de nombreux viscères, apparition d'un système uro-génital, fréquence des dysharmonies.

Vient ensuite un chapitre intitulé *Polarité, régénération, tropismes.*

Propriété fondamentale des êtres vivants, la polarité est manifeste pour tous les œufs, pour la plupart des embryons et des larves ; elle est de nature chimique (G. Bohn et Mme Drzewina), ou, plutôt, électro-chimique, les différences chimiques correspondant à des différences dans l'état électrique.

Vient-on à couper une planaire en morceaux, chaque fragment se polarise : son bord antérieur régénère une tête, son bord postérieur, une queue. Vient-on à associer la greffe à la régénération, le sort des deux greffons dépend, avant tout, de l'activité physiologique des régions du corps: celle où on l'a inséré, celle où on l'avait prélevé.

Ces phénomènes de régénération sont-ils sous la dépendance exclusive du système nerveux ? L'expérience célèbre de Mlle Locatelli l'avait fait croire. En réalité, la nature de l'organe formé est déterminée, avant tout, par la potentialité du territoire où le nerf a provoqué sa formation (Guyénot).

Quant aux tropismes, ils sont soumis à deux règles : rotations différentielles, parallélogramme des forces, et subissent l'influence de facteurs divers : agents chimiques, maturité des glandes sexuelles, hormones, actions de polarité ; dans leur déterminisme, on fait intervenir, avec Loeb, l'action photochimique de la lumière et la structure symétrique de l'animal.

Comment se fait la *formation du squelette ?*

Chez les Invertébrés, il est surtout à base de carbonate tricalcique.

Chez les Vertébrés, il est constitué par du cartilage et de l'os.

Celui-là est caractérisé par des cellules encapsulées, les chondroblastes et par une matière intestitielle riche, selon les cas, en fibres élastiques ou conjonctives, mais avasculaires, les matériaux nutritifs y pénétrant par diffusion. Sa vitalité est faible, sa richesse en sodium, considérable. Il est composé de quatre substances : collagène, acide chondroïtino-sulfurique, chondromucoïde, albuminoïde.

Celui-ci est formé : 1° de cellules (ostéoblastes), logées dans des cavités (ostéoplastes) communiquant entre elles par de fins canalicules ; 2° d'une substance collagène, l'osséine ; 3° d'une charpente calcaire. On oppose les os dermiques, ou de membrane, aux os de cartilage : tandis que, pour les premiers, le « passage » à l'os est direct, les seconds sont précédés d'un « modèle » cartilagineux, dans lequel l'os se constitue par transformation : 1° du cartilage de conjugaison (ossification enchondrale) ; 2° du périchondre en périoste, son développement étant assuré en longueur, par celui-là, en largeur, par celui-ci. Les processus de résorption, dus aux ostéoclastes, lui donnent son aspect définitif. Ajoutons que l'ossification est sous la dépendance de causes diverses : facteurs mécaniques, variation de l'équilibre acide-base, intervention de Ca, devant à son passage par les muscles le pouvoir d'être fixé par les os, vitamine B, hormones.

Le *sang* peut être défini, du point de vue physiologique, le milieu intérieur où vivent nos cellules et nos organes (Cl. Bernard), du point de vue morphologique, un tissu conjonctif fluide, où les éléments figurés sont plongés dans une substance liquide, le plasma, dont la composition chimique rappelle celle de l'eau de mer. Quant aux éléments figurés, ils sont représentés par :

1° Des leucocytes, qu'on a divisés en deux catégories, selon qu'ils appartiennent à la série myéloïde ou à la série lymphoïde, sans prendre garde que chez les Poissons, où la moelle osseuse fait défaut, les leucocytes granuleux n'en existent pas moins ;

2° Des hématies, nucléées chez tous les Vertébrés, sauf chez les Mammifères, et qui sont chargées d'hémoglobine, corps quaternaire azoté, contenant une quantité variable de S et une proportion déterminée de Fe, auquel elle doit son affinité pour l'oxygène.

(1) In-8 de 89 pages. — Paris 1934, Hermann, édit.

Comment s'effectue la coagulation ? Toute une série de substances entrent en jeu : substance précipitée, ou fibrinogène, d'origine hépatique ; calcium, en l'absence duquel la coagulation est impossible ; substance précipitante, ou thrombine, composée d'un lipoïde, la cytozyme, d'une céphaline, qui provient du cerveau et vient se fixer sur la globuline, et d'un protide dit sérozyme. Cette thrombine, qui ne préexiste pas dans le sang, se forme dans le sérum au-dessus du caillot, par auto-catalyse, c'est-à-dire qu'elle accélère sa propre formation. Son action est exaltée par des kinases, d'origine tissulaire, et entravée par l'antithrombine, formée dans le foie.

Les *fonctions du foie* ne se réduisent pas à « fabriquer » du fibrinogène ou de l'antithrombine. Il a encore pour rôle de détruire les poisons de la digestion, de fixer ceux introduits accidentellement dans l'organisme, d'intervenir dans la mise en réserve des amylacés (Cl. Bernard, 1853), comme dans la régulation des graisses, des amino-acides et du fer.

La *physiologie du cœur* constitue l'un des chapitres les plus passionnants de la physiologie contemporaine. Entre le myocarde et l'endocarde se trouve, par place, un tissu musculaire demeuré à l'état embryonnaire, le tissu nodal, avec ses différentes parties : nœuds de Keith et de Tawara, réseau de Purkinje, dont les sécrétions règlent les mouvements rythmiques du cœur (Demoor et Rijlant). A chacun des nœuds correspond une sécrétion particulière déterminant la fréquence du rythme : le nœud de Keith tient sous sa dépendance les contractions les plus rapides, le réseau de Purkinje, les contractions les plus lentes, le nœud de Tawara, les contractions de rythme intermédiaire entre celles-ci et celles-là. Ces sécrétions-automatines de Zwardemaker, capables d'agir sur les mouvements rythmiques, dérivent de substances mères dites automatinogènes, qui proviennent des aliments, qu'on trouve dans les muscles du squelette et auxquelles il suffit, pour le transformer, de subir l'influence d'un mouvement corpusculaire (potassium et autres corps radio-actifs). Le potassium, indispensable à la production des mouvements cardiaques, a un antagoniste, le calcium, d'où l'importance, physiologique et pathologique, du rapport $\frac{K}{Ca}$.

On sait, depuis Claude Bernard, que le cœur est soumis à deux influences opposées : une modératrice et une accélératrice, exercées, celle-ci, par le sympathique, celle-là, par le pneumogastrique. C'est par action chimique que le pneumogastrique agit sur le cœur, l'excitation de ce nerf mettant sans doute en liberté, à la jonction du filet nerveux et du muscle, de l'acétylcholine (Zwardemaker). De même, l'excitation du grand sympathique donne lieu à la production d'adrénaline.

La plupart des glandes de l'économie sécrètent des substances qui passent dans la circulation et vont, par son intermédiaire, exercer une action sur tel ou tel organe. Entrevus par Claude Bernard, bien étudiés par Brown-Séquard, ces « messagers chimiques » ont été dénommés hormones par Starling dès 1905. Quelques exemples de cette *régulation hormonale* ?

Les cellules du thymus, une fois dans le sang, dégénèrent et libèrent des nucléo-protéides au profit des tissus en voie d'édification (Dustin).

L'ablation de la thyroïde, chez les animaux jeunes, les rend myxœdémateux (Schiff, 1884) : l'administration, à ces animaux ou à des crétins, d'extrait thyroïdien, les guérit. La sécrétion thyroïdienne agit donc sur le cerveau. Par quelles substances ? Nous en connaissons déjà trois ; la diiodothyrosine, la diiodothyronine et la thyroxine, la seconde, vingt-cinq fois plus active que la première, la troisième, vingt fois plus que la seconde. Il semble y avoir un certain antagonisme entre la thyroxine, qui augmente le métabolisme et la diiodothyrosine, qui la diminue chez l'hyperthyroïdien. Il se ferait, à l'état normal, un équilibre entre ces deux principes. La thyroïde aurait pour rôle d'extraire du sang l'iode contenu dans les aliments, de la concentrer et de l'intégrer dans des nucléo-protéides à propriétés opposées.

La parathyroïde sécrète une hormone qui favorise l'utilisation de Ca par les cellules et neutralise certains déchets azotés toxiques comme la guanidine. Sa déficience provoque la tétanie.

L'hypophyse comprend trois parties de structure différente : un lobe antérieur ou glandulaire, un intermédiaire, un postérieur ou nerveux. Le premier est le plus important. Ses lésions produisent, chez l'homme, des symptômes complexes : acromégalie, adiposité, gigantisme, infantilisme sexuel, nanisme. C'est qu'il commande l'activité des autres glandes endocrines : gonades, surrénales, thyroïde. Il semble élaborer plusieurs hormones : hormone de croissance, prolan A et B, hormone thyréotrope, etc., dont la quantité se trouve considérablement accrue chez les sujets atteints de tumeurs malignes et chez les femmes enceintes. La partie intermédiaire sécrète un autre hormone, l'intermédine, qui, chez les Poissons, provoque l'apparition de la robe de noces, et, chez l'homme, paraît agir sur la pigmentation cutanée. Parmi les hormones du lobe postérieur, on distingue l'oxytocine, qui agit sur les contractions de l'utérus, et la vasopressine, qui stimule les fibres lisses.

Dans la surrénale, deux parties : l'écorce, d'origine coelomique, qui élabore des lipoïdes, à savoir : des éthers de la cholestérine, qui joue un rôle important dans la défense de l'organisme, et aussi des lécithines, des phosphatides ; la substance médullaire, d'origine sympathique, dont les cellules, dites chromaffines à cause de leur affinité pour le chrome, sécrètent l'adrénaline, sorte de pyrocatéchine substituée, qui élève la tension artérielle, renforce et accélère les contractions cardiaques, par excitation du sympathique et exerce aussi une section sur le métabolisme des sucres.

Non moins intéressante, la *régulation nerveuse*, assurée par des éléments nerveux proprement dits et par des éléments névrogliques, dont on distingue trois types : astrocytes, en relation, par leur pied, avec un capillaire où ils versent divers produits de sécrétion et d'où ils retirent les substances indispensables à leur vie ; oligodendrocytes (Del Rio Hortega), véritables cellules satellites, homologues des cellules de la gaine de Schwann (Roussy, Lhermitte et Oberling) ; microglie, doué de pouvoir migrateur et phagocytaire.

La question de la *contraction musculaire* s'est entièrement renouvelée, dans ces dernières années, grâce aux efforts combinés des physiologistes, des physiciens et des chimistes.

Les transformations du glycogène et des sucres y jouent le rôle capital, l'excitation ayant pour résultat la décomposition d'une molécule de glucose en deux d'acide lactique, avec dégagement de chaleur (réaction 1) ; aussitôt après, retransformation de l'acide lactique en sucre (réaction inverse, réaction 2) (Meyerhof). Mais d'autres corps interviennent aussi : les acides créatine-phosphorique, hexomonophosphorique et adénylphosphorique. Le premier, ou phosphagène, se trouve dans les muscles striés des Vertébrés ; très labile, il se scinde, dès le début de l'excitation, en deux molécules : créatine et acide phosphorique, avec dégagement de chaleur : il y a là une force d'énergie suffisante pour permettre la contraction musculaire ; à cette période de clivage fait suite, comme pour le glucose, un travail de synthèse qui, elle aussi, n'est complète qu'en présence de l'oxygène. Quant à l'acide adénylphosphorique, il fonctionne comme un co-ferment.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMÉS

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT — DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

La variation négative, qui rentre encore dans le groupe des polarisations et dépolarisations cellulaires dont nous parlions plus haut, correspond à la période latente de la contraction.

L'excitation électrique des muscles a conduit M. Lapicque à la notion de la chronaxie, temps minimum pendant lequel il faut faire passer un courant dont l'intensité est double de l'intensité la plus faible nécessaire pour provoquer une contraction, ou rhéobase. La détermination de cette chronaxie, qui semble en rapport avec la teneur du muscle en phosphagène, a permis à M. Bourguignon d'établir une classification fonctionnelle des muscles de l'Homme, et de rechercher ses variations dans divers états pathologiques.

Quelques considérations, pour terminer, sur le *système uro-génital des Vertébrés*. Chez tous les Vertébrés, « le tube urinaire est une néphridie qui commence au corpuscule de Malpighi, qui comporte deux segments larges séparés par un tube grêle, et qui se jette dans un canal collecteur-excréteur » (P. Bouin). Le glomérule est une sorte de cœur périphérique ; ses battements poussent le liquide urinaire et favorisent son cheminement dans le tube dont la partie la plus importante est le tube contourné, avec ses cellules présentant, dans leur zone basale, des filaments dits bâtonnets d'Heidenhain, qui sont, vraisemblablement, des chondrioconles.

Chez l'Homme, nombreuses sont les fonctions du rein : fonction glandulaire, le tube urinaire extrayant du sang certaines substances, et leur faisant subir, soit une concentration, soit une déconcentration ; fabrication d'ammoniaque (H. Roger), en rapport avec le pH, l'ammoniaque contribuant, en neutralisant les acides, au maintien de l'équilibre acide-base du sang ; action oxydante, exercée par les catalases, les oxydases et peroxydases, et réductrice ; dislocation de molécules complexes sous l'influence des ferments digestifs les plus divers ; formation de divers produits, dont l'acide hippurique, par un travail de synthèse.

Il y a, dans ce volume, encore bien d'autres données, trop peu connues du médecin et sur lesquelles il aurait avantage à méditer, si vraiment, comme l'a dit Ch. Richet, c'est aux confins des sciences que se font les découvertes. Une fois encore, remercions le professeur Bohn de les avoir mises à notre portée, grâce à son incomparable érudition, à son talent d'exposition, à l'aisance souveraine qu'il met à discuter les problèmes les plus ardus de la biologie.

L. BABONNEIX.

Glandes endocrines. Métabolisme de l'eau et diurèse. Les œdèmes endocriniens. Etude clinique et expérimentale par Léon LANGERON, professeur de Clinique médicale à la Faculté libre de Médecine de Lille ; Marcel PAGET, professeur de Chimie biologique à la Faculté libre de Médecine de Lille, et Jean LEDIEU, interne des Hôpitaux.

Sous ce titre, les auteurs exposent les notions, cliniques et expérimentales, que nous possédons, des rapports entre glandes endocrines d'une part, composition du sang, diurèse et œdèmes d'autre part ; dans ces glandes la thyroïde reste le « chef de file », on peut lui associer le foie comme doué de la même action diurétique et lui opposer l'hypophyse et le pancréas, ceci étant évidemment un peu schématique. Les auteurs dégagent quelques types d'œdèmes endocriniens, et abordent les questions de la néphrose lipoïdique, de l'éclampsie et des œdèmes vaso-moteurs au point de vue pathogénie endocrinienne.

En dehors de cette mise au point, ils apportent les résultats de leur expérimentation clinique et de leurs observations thérapeutiques, qui, tout en restant conformes aux idées classiques, les complètent sur certains points ; et notamment ils montrent l'action surtout interstitielle d'enrichissement du sang en éléments liquides par un mécanisme de « plasmhémiase » suivant leur néologisme, que possèdent les extraits, thyroïdien et hépatique, en opposant cette action à celle purement rénale et diurétique comme la théobromine et ils soulignent l'intérêt qu'on a pratiquement à associer ces deux mécanismes.

Il persiste naturellement beaucoup d'inconnues dans cette question et les auteurs concluent à la nécessité de nouvelles recherches ; mais leur ouvrage constitue comme un « bilan » actuel, qui comme tel se recommande aux physiologistes aussi bien qu'aux cliniciens. Une abondante bibliographie termine le livre. L. G.

Hygiène et régimes des obèses (1), par GILBERT-DREYFUS, Médecin des Hôpitaux.

L'obésité n'est pas seulement une disgrâce physique. C'est la source de mille maux, et la cause — directe ou indirecte — de complications viscérales graves dont, au premier chef, l'hypertension artérielle et la néphrite chronique.

Certes les hommes ne sont pas tous égaux devant l'obésité : il est des prédisposés et des réfractaires. Mais, quelle que soit la cause de son infirmité, tout obèse, s'il en a le désir, peut et doit maigrir. C'est ce que s'efforce de démontrer Gilbert-Dreyfus dans cette monographie d'inspiration essentiellement pratique.

L'obèse, en règle générale, est un suralimenté ; mangerait-il relativement peu, il mange encore relativement trop ; et c'est en se soumettant à un régime restrictif mais rationnel qu'il perdra le surplus de graisse dont il est infiltré.

L'étude des régimes alimentaires fait l'objet d'un chapitre particulièrement détaillé : l'auteur donne la préférence au régime mixte pesé ; il en explique les raisons et en donne le mode d'application.

Puis il passe en revue l'hygiène générale des obèses et expose les indications de la physio et de la kinésithérapie, auxiliaires précieux du régime.

Il insiste sur le fait qu'il n'est pas de médicament de l'obésité, dénonce les méfaits d'une opothérapie prescrite à l'aveugle, réduit à sa juste mesure le cadre des obésités endocriniennes, met en garde le malade contre les pratiques irrationnelles et dangereuses de certains charlatans.

L'obésité simple doit être traitée de façon lente, progressive mais complète. L'obésité des vieillards, les obésités compliquées nécessitent des cures prudentes, une surveillance minutieuse, la mise en œuvre de médications adjuvantes.

Un dernier chapitre est consacré aux « vacances de l'obèse » et aux stations thermales qui lui sont recommandables.

Au total : une monographie très complète malgré son volume modeste, et qui n'a pas la prétention de supplanter le médecin auprès de son malade, mais qui pourra être lue avec profit et par le praticien et par l'obèse lui-même.

L. G.

(1) In-8 de 280 pages avec tableaux dans le texte. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

(1) In-8 de 90 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Au service de la personne humaine, conférences de déontologie médicale données à Lyon, aux infirmières et aux travailleuses sociales, par le Dr René BIOT. — Un volume broché : 13 fr. — Editions Vulliez, à Joigny (Yonne).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA

BULGARINE THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

OLÉTHYLE-BENZYLE

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 3 OCTOBRE 1934. — N° 79.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La sédimentation sanguine. Phénomène colloïdal. Une nouvelle théorie du mécanisme de la sédimentation sanguine, par M. Av. Iv. Raponsky

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La farine de froment. Son emploi chez le nourrisson (avec 1 fig.), par M. L. Babonneix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'équipement sanitaire, par M. A. Herpin.

Une nouvelle attaque contre la médecine libre. (Communiqué de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.)

NOTES POUR L'INTERNAT

Diagnostic des angines aiguës.

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — MM. Achard et J.-L. Faure, anciens professeurs à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires.

— Montpellier. — M. Galavielle, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, est nommé professeur honoraire.

— Nancy. — M. Grélot, ancien professeur de pharmacie galénique et hydrologie à la Faculté de pharmacie de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 27 septembre publie un décret relatif à la liquidation du régime d'autonomie conféré à l'Institut d'hydrologie et de climatologie. Cet Institut est rattaché au ministère de la Santé publique.

L'Institut d'hydrologie avec ses cinq laboratoires continuera à fonctionner sous le nom d'Institut d'hydrologie et de climatologie dans les locaux du Collège de France.

— Un décret prononce de même la liquidation du régime d'autonomie conféré à l'Office national d'hygiène sociale qui est également rattaché au ministère de la Santé publique.

LE 85e ANNIVERSAIRE DE PAVLOV. — On vient de célébrer le 85e anniversaire du célèbre physiologiste russe Pavlov, qui continue malgré son grand âge à diriger la station biologique de Koltouchi, près de Léningrad.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. — La réunion annuelle de la Société française d'orthopédie aura lieu le vendredi 12 octobre, à 9 h. du matin et à 2 h. 30 de l'après-midi, à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian.

Les membres désireux de faire une communication particulière ou de prendre part aux discussions des rapports voudront bien se faire inscrire chez le professeur Rocher, 91, rue Judaïque, à Bordeaux, le plus rapidement possible.

Le banquet se tiendra chez Drouant, place Gaillon, à 8 h. précises, le 12 octobre; les dames sont conviées. Prière d'en informer à l'avance le docteur Roederer, 10, rue de Pétrograd, à Paris (VIIIe). Nombre de places limité.

MUSÉE D'HYGIÈNE (57, boulevard Sébastopol). — Des conférences sur l'hygiène auront lieu les dimanches à 17 h., du 7 octobre au 21 juin.

Le musée d'hygiène est ouvert au public les dimanches, mardis, mercredis et vendredis, de 12 à 17 h., les jours de fêtes exceptés.

ÉCOLE MUNICIPALE D'HYGIÈNE. — Les cours gratuits ont lieu à partir du mardi 2 octobre les mardis et vendredis, à 20 h. 30, au musée d'hygiène, 57, boulevard Sébastopol : hygiène générale, hygiène alimentaire, hygiène infantile et scolaire, maladies infectieuses, hygiène sociale, hygiène mentale, hygiène chirurgicale, maladies professionnelles, hygiène de la construction.

Solution de DIGITALINE Cristée PETIT-MIALHE

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE RADIOLOGIE CLINIQUE. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le mercredi 10 octobre, à 18 h., à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine, et continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des *Notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique.*

Ces leçons seront accompagnées de projections et, à la suite de chacune d'elles, les élèves seront exercés à la lecture et à l'interprétation des clichés.

Cet enseignement est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine désireux d'acquérir des notions pratiques d'interprétation des images radiologiques et de posséder les éléments indispensables du radiodiagnostic clinique basé sur l'emploi des techniques les plus récentes.

— TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de pharmacologie aura lieu à partir du 10 octobre, de 1 h 45 à 4 h., à la salle d'expérimentation des travaux pratiques de pharmacologie.

A cette série pourront s'inscrire :

1° Les étudiants dont les travaux pratiques réglementaires n'ont pu être validés pour une raison quelconque;

2° Dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en pharmacologie, avant la session d'examens du mois de novembre.

Les élèves inscrits devront verser un droit de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons appris avec émotion la mort subite, à l'âge de 79 ans, de notre éminent confrère Henry de Varigny, docteur en médecine, docteur ès sciences, membre de la Société de biologie, président d'honneur de la Presse de l'Institut, officier de la Légion d'honneur.

Henry de Varigny était depuis de longues années le collaborateur scientifique du *Journal des Débats*. On lui doit de remarquables articles de vulgarisation et de nombreux ouvrages fort estimés, parmi lesquels nous rappellerons des volumes sur *Darwin*, sur les *Curiosités de l'histoire naturelle* et des *Essais sur la mort.*

Par sa vaste érudition et son exquise courtoisie, Henry de Varigny se montrait bien digne des grandes traditions de son journal. Tous ses confrères qui lui portaient la plus respectueuse affection garderont fidèlement son souvenir.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ÉQUIPEMENT SANITAIRE (1)

Un rapport récent, à la Commission de l'équipement sanitaire, laissait entendre que la création des centres de diagnostic serait réclamée par la Confédération elle-même.

Les arguments, tout le monde les connaît : ils sont parfaitement spécieux et fort peu solides.

Ce fut heureusement dit et démontré au cours de la séance. Dans les conditions de large utilisation des procédés modernes de recherches, on ne comprend pas comment de tels arguments peuvent être mis en avant, arguments qui feraient douter de la valeur professionnelle du Corps médical.

Si bien que le Ministre de la Santé publique, se basant sur les enquêtes de ses services, sur les lettres de médecins reçues de tous les coins de France, prit vigoureusement la défense du Corps médical : le nombre de centres de diagnostic dont la création était proposée — environ un par arrondissement dans toute la France — lui parut beaucoup trop élevé et il proposa que ce nombre fût sensiblement abaissé ; il le réduisit même finalement à peu de chose, en spécifiant que la création de ces centres ne serait pas systématique, mais réalisée seulement dans les chefs-lieux de département qui ne posséderaient pas un hôpital déjà suffisamment organisé pour en tenir lieu.

On nous avait cependant affirmé que ces créations étaient vivement désirées en haut lieu !

A. HERPIN.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 25 juillet 1934.

UNE NOUVELLE ATTAQUE CONTRE LA MÉDECINE LIBRE

Paris, le 29 septembre 1934.

Le Ministre du Travail a fait paraître le 8 août dernier une circulaire dont voici la dernière phrase (1) :

« J'ajoute que si l'abaissement des tarifs syndicaux minima ne se trouvait pas en fait adopté par la majorité des praticiens, il y aurait lieu d'envisager la résiliation des conventions conclues conformément aux dispositions de l'article 9 du projet-type publié au *Journal officiel* du 8 août 1930. »

Il y a là une mise en demeure brutale en même temps qu'une tentative de chantage également inadmissible et inacceptable.

C'est en somme l'abolition de l'entente directe et l'avilissement des honoraires.

Aussi, la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine a-t-elle voté à l'unanimité dans la séance de son Conseil d'administration, le 27 septembre 1934, l'ordre du jour suivant, qui a été transmis à la Confédération des Syndicats médicaux français :

« Le Conseil d'Administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, réuni le 27 septembre 1934,

Ayant pris connaissance de la circulaire du ministre du travail en date du 8 août 1934, et ayant constaté son illégalité flagrante,

Espère que le Ministre, mieux informé, annulera la susdite circulaire, rédigée par des bureaux mal documentés.

Dans le cas où le ministre se refuserait à reconnaître publiquement l'erreur commise par ses bureaux, ou bien dans le cas où, dans un département quelconque, des caisses groupant un nombre important d'assurés, s'appuieraient sur cette circulaire illégale pour refuser de renouveler les conventions en cours ou dénoncer celles existantes,

Le Conseil d'Administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine estime qu'une assemblée générale extraordinaire de la Confédération des Syndicats médicaux français devrait être convoquée d'urgence pour prendre une décision en vue de la cessation éventuelle de toute collaboration du corps médical français à la loi du 30 avril 1930. » — (*Communiqué de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine.*)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 79, p. 1374.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Millord, Paris (18e)

Traitement du **Parasitisme intestinal**
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

PERLES
GOUTTES

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÈPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.
Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : LABORATOIRES CARTERET, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le
SPARTO-CAMPHRE
CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM
TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE
Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.
FORMES :
Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)
Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le
SPARTOVAL
ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE
CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF
Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.
Traitement des arythmies.
Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)

CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit
} d'origine hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et

SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE
CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE
LA FIÈVRE DE MALTE

LA SÉDIMENTATION SANGUINE
PHÉNOMÈNE COLLOIDAL

CINQUIÈME MÉMOIRE (*)

UNE NOUVELLE THÉORIE DU MÉCANISME DE LA SÉDIMENTATION SANGUINE

Par M. Av. Iv. RAPONSKY.

Observer les choses et les phénomènes, les décrire, les classer, les expliquer et les mettre au service de la vie dans le sens le plus étendu et le plus profond du mot, telle est la raison d'être et le but de la science.

Etudier les formes, la constitution et les fonctions des êtres vivants, tel est l'objet des sciences biologiques. A un degré plus élevé, la biologie a pour but d'expliquer *le comment* et le *pourquoi* de ces formes, de cette constitution et de ces fonctions.

Toute science, biologique ou autre, dans son évolution lente et progressive, comporte plusieurs étapes; il faut d'abord, à l'aide d'une méthode rigoureuse, qui ne puisse laisser place à aucune fausse interprétation, ni égarer le chercheur, décrire les choses et les faits, puis déterminer les facteurs dont dépendent les phénomènes observés, et enfin essayer de dégager leur déterminisme et les lois qui les régissent. Ces étapes sont d'autant plus difficiles à franchir, les errements d'autant plus grands que la science est plus nouvelle, qu'elle doit étudier des phénomènes encore inconnus, ou mal connus, avec des méthodes de recherches imprécises et nombreuses, entre lesquelles il est difficile de faire un choix.

Fixer le déterminisme d'un phénomène, c'est le dernier et le plus difficile des problèmes que pose toute matière, le but ultime de la science. Cela présuppose une étude approfondie des phénomènes et des facteurs dont ils dépendent.

On ne peut, on n'a pas le droit, pour l'explication d'un phénomène, de présenter une théorie, si séduisante soit-elle, avant d'avoir *d'abord* étudié sérieusement, méthodiquement et vraiment scientifiquement tous les facteurs essentiels susceptibles d'apporter une modification quelconque dans l'évolution de ce phénomène.

* * *

Phénomène biologique très complexe, la sédimentation sanguine n'a pas échappé à cette règle générale : *Le mécanisme de la sédimentation sanguine reste aujourd'hui presque totalement inconnu.* Le problème reste entièrement posé.

C'est que l'étude de la chute des hématies n'en est encore qu'à son premier stade : nous commençons à peine à comprendre quelque chose à ce qui se passe dans un tube à essai rempli de sang incoagulable et laissé au repos.

L'étude des facteurs dont dépend la vitesse de la sédimentation est à peine effleurée ; beaucoup de ces facteurs n'ont même pas encore été abordés. Nous avons essayé de combler cette lacune dans un ouvrage récent (1). Or, nous savons maintenant très bien qu'il ne peut y avoir une explication valable du mécanisme sans qu'elle soit précédée par une étude aussi complète qu'approfondie des facteurs modifiant la vitesse de la sédimentation sanguine.

Cependant, les théories les plus séduisantes ou simplistes n'ont pas manqué, comme toujours, dans un terrain quasi vierge, d'être proposées pour l'explication du mécanisme de la chute des hématies.

Suivant que l'auteur a étudié tel ou tel facteur, il émet une théorie découlant de cette étude ; de sorte que l'on en connaît aujourd'hui, pour l'explication du mécanisme de la sédimentation, un nombre respectable. On pense bien que, étant donnée cette *unilatéralité* de l'étude des facteurs, aucune de ces théories n'est capable d'expliquer à elle seule ce phénomène si complexe de la sédimentation sanguine.

Il serait bien long et fastidieux d'exposer toutes ces hypothèses.

Malgré leur multiplicité et leur diversité, nous pouvons les ramener à quelques points essentiels que voici :

1) *L'accélération de la vitesse de sédimentation est favorisée ou dominée* par le nombre et le volume des hématies (Biernacki (2), Frisch (3), Starlinger (4), Rieux, Gram (5), Wieschmann (6), Schurmeyer) ; par le cholestérol (Kürten (7) ; par la teneur du plasma en fibrinogène (Hunter (8), Beltz et Kaufmann (9), Adler et Peters, Bircher, Petschacher, Bezançon, Weil et Guillaumin, Zaruski (10), Murakani et Yamagu-

(*) Les indications des quatre mémoires précédents sont :

1° *Av. Iv. Raponsky.* La Sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. (PREMIER MÉMOIRE.) Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine, *Lyon Médical.* LXVIe année, t. CLIII, n° 26, 1er juillet 1934, pp. 757-767 et t. CLIV, n° 27, 8 juillet 1934, pp. 1-18, et n° 32, 12 août 1934, p. 147; Société de Biologie de Sofia, 1934; *Naché Slovo*, Xe année, nos 480, 484 et 485 des 7 juillet, 4 août et 11 août 1934.

2° *Av. Iv. Raponsky.* La Sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. (DEUXIÈME MÉMOIRE.) Influence des facteurs météorologiques, géographiques et climatiques sur la vitesse de sédimentation sanguine. *Lyon Médical*, LXVIe année, t. CLIV, n° 32. 12 août 1934, pp. 137-147.

3° *Av. Iv. Raponsky.* Contribution à l'étude de la Sédimentation sanguine. (TROISIÈME MÉMOIRE.) Influence de la longueur, du calibre, de la forme et de la position du sédimentimètre sur la vitesse de la sédimentation sanguine. *Lyon Médical*, LXVIe année, t. CLIV, nos 38, 39 et 40, des 23 sept., 30 sept. et 7 octobre 1934.

4° *Av. Iv. Raponsky.* La Sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. (QUATRIÈME MÉMOIRE.) Méthodes de sédimentation sanguine. *Paris Médical* (sous presse), 1934.

(1) Dr Av. Iv. RAPONSKY. *La Sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine.* — Léon Sézanne, éditeur, in-8°, 284 pages, Lyon, 1934.

(2) BIERNACKI. *Deut. Med. Woch.*, nos 48 et 53, 1898.

(3) FRISCH. *Med. Klin.*, Bd 42, 1921, p. 42.

(4) STARLINGER. *Biochem. Zeit.*, Bd 114, 1921.

(5) GRAM. *Arch. Intern. Med.*, Chicago, 1921.

(6) WIESCHMANN. *Klin. Woch.*, n° 13, 1923, p. 60.

(7) KÜRTEN. *Pflügers Archiv. f. die ges. Physiol.*, 1920, 185, p. 249.

(8) HUNTER. *Vers. u. d. Bl. Ent. u. Sw., Leipzig*, 1797, t. II.

(9) BELTZ et KAUFMANN. *Zeit. f. Tuberkulose*, 1925, t. XLI.

(10) ADLER et ZARUSKI. *Schweiz. Med. Woch.*, n° 31, pp. 709-712.

chi (11), Gram (12), Frisch (13) ou en globuline (Adler (14), Petschacher (15), Sakae et Tsutumi, Vorschütz (16), Achard, Codounis et Hadjigeorges (17) ; par la viscosité plasmatique (Fahraeus (18), Lœhr (19) et Riner) ; par les intoxications médicamenteuses (morphine) ou accidentelles (véronal) (Claude, Lévy-Valensi) (20).

2) *La vitesse de la sédimentation est gênée ou ralentie* par le volume (Runstrœm (21), Rane (22), Parvanoff (23) ; ou par la charge électrique (Höber et Mond (24), Runstrœm (21) Rane) (25) des hématies ; par la richesse du plasma en sérine (Adler 14), Peters, Bircher, Petschacher, Frisch, Achard, Codounis et Hadjigeorges) (17).

3) *La vitesse de sédimentation est peu ou pas du tout influencée* par le nombre et le volume des hématies (W. Racine (26), Cordier, Chaix et Paufique (27), Achard, Codounis et Hadjigeorges) (28) ; par l'hémoglobine (Ed. Peyre (29), Cordier, Chaix et Paufique (27) ; par la charge électrique des hématies (Berzeller et Wastl (30), Starlinger (31) ; par la richesse du plasma en cholestérol (Salomon, de Potter et Valtis (32), Joltrain et Woltron (33) ; en urée et sucre (Cordier, Chaix et Paufique) (27) ; en globuline (Musa (34); par la densité (Mossinger et Grimaud) et la viscosité (Cordier, Chaix et Paufique) plasmatique ; par la tension superficielle (Hahn) (35) ; par le sédimentimètre Cordier, Chaix et Paufique) (27).

Si, cherchant à dégager une notion essentielle, on examine de plus près l'ensemble de tous ces travaux, on arrive à la conclusion que *la vitesse de la sédimentation est influencée par un très grand nombre de facteurs dont on ne connaît que quelques-uns et que le problème du mécanisme de la chute des hématies reste entièrement posé*, comme nous le disons au commencement du chapitre.

Néanmoins, quelques points sont déjà acquis, et nous pouvons les résumer comme suit :

1. La sédimentation sanguine est un phénomène d'ordre plasmatique, c'est-à-dire que *son mécanisme intime siège au sein du plasma.* En effet, les globules lavés, mis en suspension dans l'eau salée, sédimentent beaucoup plus lentement que dans le plasma (Linzenmeyer et Bücher), et dans un temps sensiblement égal, quelle que soit leur origine (Maccabruni).

2. La vitesse de sédimentation s'accélère avec l'augmentation de la viscosité plasmatique, avec l'abaissement du taux globulaire, de la sérine, avec l'augmentation de la globuline et du fibrinogène (Adler) et l'inversion du coefficient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ (Deutsch (36).

Ainsi donc, de l'ensemble des travaux cités, nous tirons la conclusion capitale suivante : D'ordre plasmatique, *le phénomène de la sédimentation sanguine est dû à un déséquilibre dans la répartition des matières protidiques.*

*
* *

Nous venons de résumer en quelques lignes les principaux travaux qui ont trait au mécanisme de la sédimentation sanguine.

C'est bien la lecture de ces travaux et les réflexions qu'ils nous ont suggérées qui nous ont amené à entreprendre l'étude sérieuse, méthodique et scientifique des facteurs essentiels susceptibles d'apporter une modification quelconque dans la sédimentation sanguine. Cette étude est la condition préalable, la base même de toute explication du mécanisme de la chute des hématies ; cette explication doit être en quelque sorte la *conclusion* de l'étude des variations de la vitesse de sédimentation.

Avant de passer à l'étude du mécanisme de la sédimentation sanguine, il nous semble donc indispensable d'examiner les facteurs endogènes et exogènes susceptibles de modifier l'allure et la vitesse de chute des hématies. Cette étude étant longuement développée dans un ouvrage que nous venons de faire paraître, nous serons très bref ici ; nous n'en exposerons que les conclusions, renvoyant le lecteur à ce livre, pour les détails (37).

VARIATIONS DE LA SEDIMENTATION SANGUINE

L'étude des variations de la vitesse de sédimentation sanguine conduit à leur classification en trois grands groupes : variations expérimentales, physio-

(11) MURAKAMI, TARASHI et YAMAGUCHI. *Ann. de Méd.*, av. 1924, p. 297.
(12) *Loc. cit.*, note 5.
(13) *Loc. cit.*, note 3.
(14) *Loc. cit.*, note 10.
(15) PETSCHACHER. *Zeit. f. die ges. experim. Med.*, t. XXXVI, fasc. 1.
(16) VORSCHÜTZ. *Med. ges. K.*, n° 9, 1923.
(17) ACHARD, CODOUNIS et HADJIGEORGES. Recherches sur le mécanisme de la sédimentation globulaire. Etude comparative de l'influence des éléments figurés du sang, des colloïdes, de certains cristalloïdes et de la réserve alcaline. *Arch. des Mal. du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, nov. 1931, n° 11.
(18) FAHRAEUS. Congrès Chirurgical et Gynéc. de Stockholm, décembre 1917. *Hygiae*, n° 7, 1918; — Sur la cause de moindre stabilité de suspension des globules rouges pendant la grossesse, *Presse Méd.*, 21 mai 1921.
(19) LŒHR. *Deut. Med. Woch.*, 1922, p. 338.
(20) LÉVY-VALENSI. *Soc. de Psych.* et *Presse Méd.*, 12 février 1927, p. 200.
(21) RUNSTROEM. *Bioch. Zeitsch.*, Bd 123, 1921, S. 1.
(22) RANE. *Arch. f. exp. Path. u. Parm.*, Bd 9, 1924.
(23) PARVANOFF. *Th. de Lyon*, 1933.
(24) HOBER et MOND. *Klin. Woch.*, n° 49, 1922, p. 2412.
(25) *Loc. cit.*, note 22.
(26) W. RACINE. *Revue méd. de la Suisse Romande*, t. XLV, 1925, p. 556.
(27) CORDIER, CHAIX et PAUFIQUE. Nouvelles recherches sur la sédimentation sanguine. *Soc. des méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 3 mars 1925. *Lyon Médical*, 12 juillet 1925, p. 48.
(28) *Loc. cit.*, note 17.
(29) Ed. PEYRE. *C. R. de la Soc. de Biol.*, 16 octobre 1924.
(30) BERZELLER et WASTL. *Biol. Zeit.*, Bd 140, 1923.
(31) *Loc. cit.*, note 4.
(32) SALOMON, DE POTTER et VALTIS. *C. R. de la Soc. de Biol.* t. XCII, 23 mai 1925, p. 1410.
(33) JOLTRAIN et WOLTRON. *Revue de Méd.*, févr. 1930, p. 143.
(34) MUSA. *Zeit. f. Tuberkulose*, Bd 39, 4, 1924.
(35) V. HAHN. *Bioch. Zeit.*, Bd 215, 1925, p. 215.
(36) DEUTSCH. *Deut. Med. Woch.*, n° 6, 6 févr. 1925, p. 229.
(37) Dr AV. IV. RAPONSKY. *La Sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine.* — Léon Sézanne, éditeur, 75, rue de la Buire, Lyon, 1934, 284 p.

logiques et pathologiques. Nous allons les étudier successivement.

A. **Variations expérimentales de la sédimentation sanguine.** — I. — *Les sédimentimètres.* De tous les facteurs expérimentaux susceptibles de modifier l'allure et la vitesse de la sédimentation, le *calibre* et surtout la *hauteur*, la *forme* et la *position* dans l'espace du récipient où s'effectue la sédimentation sanguine, tiennent sans aucun doute la place d'honneur.

En effet, *contrairement à l'opinion généralement admise*, nos multiples expériences nous ont constamment montré de très grandes variations de la vitesse de chute des hématies, dues uniquement aux modifications apportées au calibre et surtout à la hauteur, à la forme et à la position du sédimentimètre (38).

a) Le retardement de la vitesse de sédimentation est plus grand pour les petits tubes que pour les grands et d'autant plus grand que le tube est plus petit.

b) La vitesse de sédimentation est plus grande dans le grand sédimentimètre que dans le petit et d'autant plus grande que le tube est plus grand.

c) Le pourcentage de la vitesse de sédimentation est plus petit pour les grands tubes que pour les petits et d'autant plus petit que le tube est plus grand.

d) Les sédimentimètres à petit calibre (1,5 mm. par exemple) donnent, toutes proportions gardées, une vitesse de sédimentation sanguine légèrement plus élevée.

e) Toute modification dans la forme (tube aminci, tordu, renflé, etc.) et dans la position verticale des sédimentimètres accélère la vitesse de la sédimentation. Cette accélération est d'autant plus grande que la modification est plus sensible.

En somme, *d'une façon générale, toute modification apportée soit dans le calibre du tube, soit dans la hauteur de la colonne de sang à sédimenter, soit dans la forme, la capacité et la position verticale du tube, en un mot toute modification du sédimentimètre détermine un changement dans la vitesse de la sédimentation sanguine.*

Il semble résulter de nos expériences que l'on doive d'ores et déjà *rejeter tout sédimentimètre de hauteur inférieure à* 110 *ou* 100 *mm.*

II. — *Les anticoagulants.* — Le choix de l'anticoagulant, la concentration de sa solution et de sa dilution dans le sang, jouent naturellement un certain rôle dans le déterminisme du volume du sédiment (39) et de la rapidité de sa formation.

a) Le citrate trisodique en solution à 30 % et dilution 1/10 avec le sang paraît donner les meilleurs rtsultats. L'étude comparative faite avec l'oxalate de soude à 5 et 10 %, le novarsénobenzol à 10 % et les sels d'or — Allochrysine — en solution à 10 %, montre que ces derniers donneraient peut-être des résultats encore meilleurs. Des expériences en cours nous permettront d'apporter des conclusions plus précises (39).

III. — *Substances qui modifient la sédimentation sanguine.* — Les substances susceptibles de modifier la vitesse de la sédimentation sanguine sont pratiquement très nombreuses. Nous nous sommes limité à l'étude de quelques-unes seulement, et nous ne traiterons ici que des substances qui sont en rapport avec le mécanisme de la sédimentation sanguine.

a) D'une façon générale, la vitesse de sédimentation est ralentie par l'adjonction de la *tuberculine in vitro* dans le sang citraté ; elle est aussi ralentie après les scarifications in vivo avec la tuberculine (dermovaccin Lumière). Dans ce dernier cas, ce ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine coïncide avec l'amélioration de l'état général du malade.

b) La vitesse de la sédimentation sanguine semble être ralentie par une grande rétention des sels biliaires dans un état général grave.

c) L'action des médicaments sur la sédimentation est subordonnée à leur action sur l'état pathologique lui-même, accélératrice là où l'action est néfaste, ralentissante là où cette action améliore ou guérit l'affection.

d) L'adjonction d'une quantité minime d'eau distillée dans le sang rendu incoagulable accélère la vitesse de sédimentation. Cette action nous paraît double : ralentissement par augmentation du volume des éléments figurés, action dominante, et accélération par labilisation de l'état colloïdal, action dominée.

IV. — *Les facteurs météorologiques, géographiques et climatiques.* — Très nombreux sont ces facteurs. Leur étude n'est guère abordée. Nos recherches ne portent que sur l'altitude et la température (40).

a) Il semble résulter de nos expériences que la vitesse de la sédimentation sanguine est plus petite à la montagne que dans la plaine, et plus petite dans la plaine qu'à la mer.

b) Tout procédé ou facteur qui provoque in vivo ou in vitro une modification de la température du sang est également modificateur de la sédimentation sanguine ; celle-ci est accélérée avec l'hyperthermie (sauf pour les substances jouant le rôle d'antichocs), et paralysée par l'hypothermie.

c) Les injections intramusculaires d'huile soufrée chez l'homme accélèrent la vitesse de la sédimentation ; de même les radiations par les ondes courtes.

d) Les temps nécessaires pour une hyperthermie maxima et pour le retour à la température normale, l'hyperthermie elle-même et la durée de la précipitation de la chute des hématies sont proportionnés à la concentration de l'huile soufrée en soufre.

e) *L'hyperthermie hyposulfhydrique, lors de la piqûre, n'est pas accompagnée d'une accélération de la*

(38) Nous appelons sédimentimètre, le récipient où s'effectue la sédimentation sanguine; c'est pratiquement un tube de verre cylindrique plus ou moins large et long (150/1,5 mm. dans notre méthode).

(39) Av. Iv. Raponsky. Incoagulabilité sanguine *in vitro* par les sels d'or. *Gaz. des Hôp.*, 107e *année*, n° 59, 25 juill. 1934, pp. 1071-1072.

(40) Av. Iv. Raponsky. La sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Influence des facteurs météorologiques, géographiques et climatiques sur la vitesse de la sédimentation sanguine (deuxième mémoire). *Lyon Méd.*, LXVIe année, t. CLIV, n° 32, 12 août 1934, pp. 137-147.

sédimentation sanguine. Nous verrons que, *l'hyposulfite étant un antichoc de premier ordre, l'action sur la vitesse de la sédimentation de l'hyperthermie que ce corps engendre est contre-balancée par l'action favorable qu'exerce cette dernière substance sur la stabilité de l'état colloïdal des protides de l'organisme.*

B. **Variations physiologiques et pathologiques de la sédimentation sanguine.** — Les variations physiologiques et pathologiques de la vitesse de sédimentation sont les modifications que subit celle-ci suivant les différents états physiologiques et pathologiques du sujet qui fournit le sang, et suivant l'espèce et le sexe du sujet.

La chute des hématies étant le phénomène biologique qui traduit un état humoral déterminé, d'une part, l'état physiologique de l'individu, son espèce et son sexe agissant sur les propriétés du sang, d'autre part, on conçoit bien que la sédimentation puisse être modifiée suivant tous ces facteurs. Le contraire eût été paradoxal.

En fait, la vitesse de sédimentation subit bien une modification — le plus souvent dans le sens de l'accélération — variant avec l'un ou l'autre facteur ou par suite de l'association de plusieurs d'entre eux.

Nous pouvons classer ces facteurs dans deux groupes différents au point de vue de la sédimentation sanguine : facteurs liés indirectement à l'état du sang et facteurs inhérents au sang lui-même. Résumons d'abord les premiers.

I. FACTEURS EXOGÈNES. — 1. *Espèce animale.* — En faisant un rapprochement entre la sédimentation sanguine chez l'homme et chez le cheval d'une part, chez l'homme et les bovidés d'autre part, nous remarquons :

a) La vitesse de sédimentation est beaucoup plus grande chez le cheval que chez l'homme et d'autant plus que celui-là est de race moins pure.

b) Il est frappant de voir que la sédimentation horaire est 8 ou 10 fois plus grande chez le cheval que chez l'homme : elle est de 40 % au lieu de 4 % pour un sédimentimètre à colonne 150 mm. et diamètre 1,5 mm.

c) Cette grande différence pendant les premières heures de la chute des hématies tend à diminuer petit à petit pour donner un coefficient de 1,5 environ pour la sédimentation totale au lieu de 8 à 10 pour la sédimentation horaire. Ce phénomène est dû sans doute au poids spécifique et à la réductibilité plus grande des globules sanguins du sang de cheval, comparé au sang humain.

d) Chez les bovidés, au contraire, la vitesse de la sédimentation sanguine est plus petite que chez l'homme. La sédimentation n'est complète qu'au bout de 50 heures au moins (avec sédimentimètre 150/1,5 mm.). Ainsi dans les expériences que nous avons effectuées sur le sang de 5 vaches et 2 bœufs tous bien portants, nous avons trouvé en moyenne une sédimentation horaire de 1 % et une sédimentation totale de 15 %.

2. *Sexe et âge.* — La vitesse de la sédimentation varie avec le sexe et l'âge du sujet ; elle est plus grande chez la femme que chez l'homme et moins accélérée chez l'enfant qu'à l'âge adulte. Cette différence est très petite et cliniquement négligeable.

3. *Sang artériel et sang veineux.* — Presque toujours le sang veineux sédimente plus rapidement que le sang artériel, mais ce dernier donne une sédimentation plus régulière, permettant une meilleure surveillance de l'évolution de l'affection du malade. C'est là un des avantages des méthodes de microsédimentation sanguine.

4. *Période digestive. — Régimes alimentaires.*

a) Il semble résulter de nos recherches et des recherches antérieures aux nôtres que la sédimentation est accélérée par la digestion. Insignifiante chez les sujets bien portants, cette accélération est notable dans les états pathologiques, notamment chez les hépatiques et les bacillaires.

b) La vitesse de la sédimentation sanguine est influencée par le régime alimentaire. Elle est accélérée par une alimentation intempestive prolongée et ralentie par un régime approprié.

5. *Influence du repos et de la fatigue sur la vitesse de la sédimentation sanguine.*

a) La vitesse de sédimentation est accélérée par le travail physique. Cette accélération se manifeste de très bonne heure : après une heure et demie de travail dans nos expériences.

b) L'accélération est surtout sensible dans le travail exagéré, sans entraînement préalable du sujet. Ceci montre le rôle capital de l'adaptation à l'effort, chez les enfants et les sportifs en particulier.

6. *Différentes époques de la vie sexuelle.* — Il est fort possible que, dans toutes les époques de la vie sexuelle, la vitesse de la sédimentation subisse certaines fluctuations ; elle est accélérée notamment pendant les périodes menstruelles ou gravidiques et d'autant plus que l'état de santé de la femme est ébranlé et l'état pathologique plus mauvais.

II. FACTEURS ENDOGÈNES. — Nous résumerons ici le rôle des éléments figurés et du plasma.

Rôle des éléments figurés du sang. — 1. *Forme, volume et poids spécifique des éléments figurés.* — Le petit volume, le grand poids spécifique et la forme arrondie des globules sanguins accélèrent la vitesse de sédimentation, tandis que le grand volume, le petit poids spécifique et les formes irrégulières plus ou moins anguleuses ralentissent la précipitation des éléments figurés.

2. *Nombre des globules sanguins et leur richesse en hémoglobine.* Il semble qu'il n'y ait qu'un rapport minime et inconstant entre le nombre des hématies (relativement au volume du plasma), des leucocytes et le taux de l'hémoglobine, d'une part, et la vitesse de sédimentation, d'autre part.

3. *Charge électrique des globules sanguins.* Toute décharge électrique des éléments figurés provoquée par divers facteurs physiologiques ou pathologiques entraîne une accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine.

Rôle du plasma sanguin. — *Le mécanisme intime de la sédimentation sanguine siège au sein du plasma,* nous l'avons démontré plus haut.

Nous allons résumer ici la part des différents éléments du plasma, susceptibles de modifier la vitesse de la sédimentation sanguine, à savoir : les protides, la densité et la viscosité plasmatiques, la tension superficielle, les cristalloïdes, etc...

1° Les protides plasmatiques. — *L'influence de la stabilité ou de la labilité colloïdales des protides plasmatiques et de leurs points iso-électriques respectifs est capitale et dominante dans le déterminisme de la vitesse de la sédimentation sanguine.*

a) D'après nos propres recherches et d'après les expériences antérieures, il y a, chez l'homme à l'état normal, une stabilité remarquable de la répartition des différentes protides dans le plasma, et des points iso-électriques de ces dernières.

Cette stabilité protidique et iso-électrique est traduite par une petite vitesse de la sédimentation sanguine, qui est pour l'homme adulte, d'après notre *méthode de micro-sédimentation sanguine* (41) de 1 à 5 % en une heure et de 30 à 50 % en 24 heures et plus (sédimentation totale).

b) Par contre, il y a un trouble dans la répartition des différentes albuminoïdes plasmatiques à l'état pathologique, et d'autant plus que cet état pathologique du malade est plus grave. Ce trouble humoral correspond à une labilisation de leur colloïdité (état colloïdal) et par l'instabilité remarquable des points iso-électriques (Vlès, Coulon, Rossier, Gex, Reiss, Achard, Paviot, Florence) ; il se traduit par une vitesse de la sédimentation sanguine d'autant plus accélérée que cette instabilité est plus grande.

c) En effet, on trouve chez l'homme les chiffres suivants, consignés dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU I

montrant le parallélisme entre la répartition des protides plasmatiques et la vitesse de la sédimentation sanguine : à la stabilité plasmatique et iso-électrique correspond une faible vitesse de la sédimentation sanguine et inversement.

	Protides totales par litre.	Sérine par litre.	Globuline par litre.	Quotient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$	Points iso-électriques. Cataphorèses en pH.				Sédimentation sanguine pour cent. Sédimentimètre 150-1,5.	
					α	γ	β	Δ	Horaire.	Totale.
Sujets normaux....	75 à 82	40 à 55	30 à 37	1,20 à 1,80	5,5 stabilité.	entre 9 et 12,5	<4	<11	1 à 5	30 à 55
Sujets malades.....	Le plus souvent augmentation.	Abaissement notable.	Augmentation notable.	Abaissement notable : inversion.	Déplacement dans l'échelle des pH; élévation vers les pH alcalins.				6 à 70	55 à 90

(En partie d'après Achard, Paviot et Florence.)

2° *La densité plasmatique* paraît jouer un rôle tout à fait secondaire dans la sédimentation sanguine. Plus grande chez l'homme que chez la femme (1,061 chez l'homme et 1,058 chez la femme en bonne santé), la vitesse de la chute des hématies varie en raison inverse de la densité plasmatique.

3° De même que pour la densité la viscosité plasmatique ne paraît pas jouer un grand rôle dans la chute des hématies. Cependant, elle est *régulièrement* augmentée chez les malades à vitesse de la sédimentation augmentée (oscillant autour de 1,85 au lieu de 1,68, chiffre moyen).

4° Quant à la *tension superficielle,* son abaissement semble aller de pair avec une accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine.

5° *Les cristalloïdes.* — On sait qu'à côté des protides, le sérum sanguin renferme certains éléments cristalloïdes définis : les chlorures et l'urée. Les variations de la vitesse de sédimentation sanguine sont-elles en rapport avec le taux de ces derniers ?

D'après les recherches d'un certain nombre d'auteurs, les sels ne paraissent exercer qu'une faible influence sur la chute des hématies (42). La raison paraît être dans leur quantité minime dans le plasma, par rapport à celle des albuminoïdes (8 à 9 grammes de cristalloïdes libres pour 75 à 80 grammes par litre de matière protéique) (Chevallier) d'une part, et d'autre part, dans leur stabilité remarquable dans les états pathologiques (Paviot, Florence) (43).

C. **Variation de la vitesse de la sédimentation sanguine dans les différents états pathologiques : les maladies.** — La vitesse de la sédimentation, expression d'un état humoral troublé, de l'état pathologique d'un organisme continuellement agressé et constamment en lutte pour redresser son équilibre végétatif

(41) Av. Iv. Raponsky. La sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine (premier mémoire). *Lyon Méd.*, LXVIe année, tome CLIII, n° 26, 1er juillet 1934, pp. 757-767, et tome CLIV, n° 27, 8 juillet 1934, pp. 1-17 ; n° 32, 12 août 1934, p. 147. *Soc. de Biol. de Sofia*, 1934. *Naché Slovo*, Xe année, nos 480, 484 et 485 des 7 juillet 1934 et 4 et 11 août 1934.

(42) *Loc. cit.*, note 17.

(43) Paviot, G. Florence, H. et L. Jarricot. Contribution physico-chimique à l'étude de l'état d'allergie. Le point iso-électrique du sérum dans les cellules. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 janv. 1934, pp. 65-77.

si facilement perturbé et modelé par une tuberculose pulmonaire ou osseuse, un cancer, une maladie fébrile infectieuse ou autre, une syphilis, un rhumatisme, une adénopathie, une maladie de la nutrition comme le diabète, l'obésité ou la goutte, etc..., est régulièrement accélérée dans tous les états pathologiques et elle l'est d'autant plus que l'évolution de ces affections est plus rapide, les lésions plus profondes et plus étendues, l'état général plus touché. En d'autres termes, la vitesse de sédimentation sanguine traduit l'importance du trouble humoral de l'organisme ; parallèle à la gravité de l'état de l'individu, elle paraît liée surtout au facteur évolutif et extensif de l'affection ; s'accélérant avec l'évolution et l'extension des lésions, l'échec d'une thérapeutique et l'aggravation de l'état général du malade, au contraire la vitesse de la sédimentation se ralentit avec la thérapeutique efficace, la réparation des lésions et l'amélioration de cet état général (43 *bis*).

En somme, tous les états pathologiques provoquant une perturbation de l'état humoral de l'organisme déficient, en particulier le bouleversement quantitatif et qualitatif de la répartition des protides plasmatiques, bouleversement qui entraîne une labilisation de leur colloïdité et l'instabilité de leurs points iso-électriques, tous les états pathologiques, disons-nous, suivant l'importance du déséquilibre végétatif et plasmatique qu'ils engendrent, entraînent comme nous allons le voir dans un instant la destruction par la floculation de l'état colloïdal, destruction qui se traduit avec le test de la sédimentation sanguine par une accélération de la vitesse de cette dernière.

Notons en passant que, réglant la plupart des facteurs exogènes, réduisant leur influence au minimum en se plaçant dans les meilleures conditions préalablement étudiées, et par le choix d'une bonne méthode de recherche de la sédimentation sanguine que nous avons précisé dans nos publications antérieures, le praticien trouve dans l'étude de la chute des hématies une réaction de très grande valeur clinique et d'appréciation thérapeutique. Grâce aux variations que lui impriment les différentes affections, nous avons la possibilité de suivre de près leur évolution et de juger grandement du pronostic, parfois même du diagnostic de l'affection et d'apprécier l'opportunité d'une thérapeutique.

*
* *

Nous venons de donner un très bref résumé des variations expérimentales, physiologiques et pathologiques de la sédimentation sanguine et des principaux facteurs qui les engendrent.

Cette étude nous montre abondamment combien est vaste et complexe le problème de la chute des hématies, et combien sont nombreux ces facteurs.

Certains de ces modificateurs sont insignifiants, d'autres sont de second plan, d'autres enfin sont capitaux tels le sédimentimètre, le milieu ambiant, les protides plasmatiques et l'état pathologique du sujet qui fournit le sang à examiner.

Mais ce ne sont en définitive, que *des constatations de faits et non pas l'explication du mécanisme du phénomène qui se cache derrière ces faits.* Il s'agit donc d'essayer de voir au delà des faits, de pénétrer dans leur intimité pour tenter de découvrir le mécanisme du phénomène de la sédimentation sanguine.

Ceci posé, voici comment nous concevons le mécanisme de ce phénomène. (*A suivre.*)

(43 *bis*) Pour plus de détails, voir notre ouvrage sur *La Sédimentation sanguine* (note 1).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA FARINE DE FROMENT SON EMPLOI CHEZ LE NOURRISSON

Par M. L. BABONNEIX.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher)

La farine de froment joue un tel rôle dans l'alimentation du nourrisson qu'elle mérite d'être étudiée avec quelques détails.

Notions botaniques (1). — Le blé ou froment est une graminée du genre *Triticum*. On en connaît d'innombrables variétés, parmi lesquelles les plus intéressantes pour le médecin sont :

Les *blés durs*, à grain lourd, cassant, de gros rendement, dont la farine grisâtre, riche en gluten, est recherchée pour la fabrication des pâtes ;

Les blés *demi-durs*, qui fournissent une farine blanche ;

Les blés *tendres*, à grain plus léger, plus tendre, moins riche en gluten, et dont la farine, très blanche, est moins nutritive.

Structure du grain de blé. — C'est un caryopse (fruit sec déhiscent dans lequel les enveloppes sont intimement soudées à l'amande), et qui comprend trois parties : une externe, dure, de couleur jaune : les *enveloppes ;* — une interne, l'*amande farineuse* ou *albumen ;* — le *germe.*

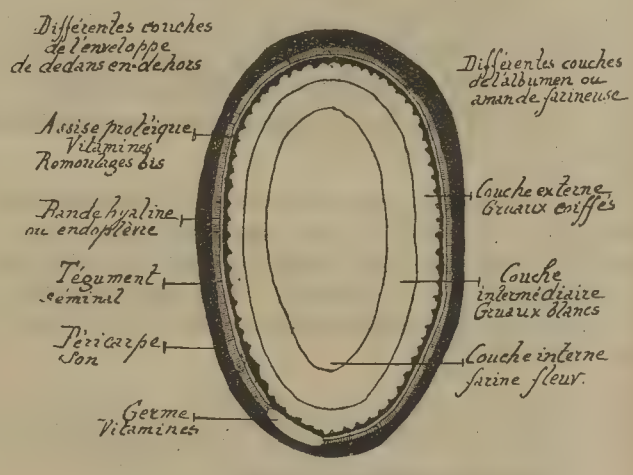


FIG. 1. — Structure du grain de blé.
(D'après M. A. THIROUX.)

Les ENVELOPPES (syn. : *écorce*) se divisent elles-mêmes en deux couches :

Une externe, le *péricarpe;*

(1) Nous avons beaucoup emprunté à l'excellent article de M. A. Thiroux : Vitamines et avitaminoses, *Biologie médicale*, mars 1934, p. 119-123.

Une interne, ou *périsperme*, qui se subdivise en trois couches, qui sont, du dehors au dedans :

Une externe, intimement soudée au péricarpe, le tégument, le *tégument séminal;*

Une moyenne, dite *bande hyaline* ou *endoplèvre*, soudée à l'assise protéique ;

Une interne, *assise protéique* ou *couche à aleurone*, la plus importante ; sa surface interne, irrégulière, entoure les cellules superficielles de l'albumen, comme, dans la grenade, l'écorce coiffe les graines.

Quant à l'AMANDE FARINEUSE OU ALBUMEN, elle comprend trois zones, qui sont, de dehors en dedans :

Une périphérique, externe, contenant de petits grains d'amidon circulaires, discoïdes, à bords réguliers, et une quantité importante de protéines gluténogènes : zone des *gruaux bis* ou *coiffés* (v. plus loin) ;

Une moyenne, ou intermédiaire, où les grains d'amidon augmentent de volume, tandis que les protéines et le gluten diminuent : c'est la *zone des gruaux blancs;*

Une centrale, où les cellules ne contiennent plus que de gros grains d'amidon : *zone des farines blanches*, dites *fleur.*

Le GERME OU EMBRYON, occupe l'extrémité postérieure élargie ; il est entouré d'une enveloppe ou *scutellum* et comporte un cotylédon, radicule et gemmule.

Composition chimique. — La farine de froment est riche en glucides et en protides, pauvre en lipides. Elle contient, en effet, p. 100 (J. Alquier), 11,29 de protides, 1,11 de lipides, 74,98 de glucides et dégage 352 calories par 100 grammes.

Les *glucides* sont représentés par :

De l'amidon, produit de condensation d'un anhydride du glucose ; il donne, par hydrolyse, divers produits : dextrines, maltose ;

Des dextrines ;

Des lévulosanes ;

Des sucres ; glucose, lévulose, saccharose ;

De la cellulose (2,4 %).

Les *lipides*, ramassés dans l'embryon, et qui sont constitués par un peu d'huile formée aux dépens de glycérides non saturés ; quelques stérides.

Parmi les *protides*, il faut citer surtout l'aleurone ou gluten, localisée dans l'assise protéique et qui, elle-même, est formée par deux albumines : glutéine et gliadine ; sa valeur alimentaire est considérable et son rôle, essentiel dans la panification.

Elle contient, en plus :

Des *sels minéraux* (phosphore, silicium, etc.) ;

Des *diastases :* hydrolases, oxydases (tyrosinase), etc., très abondantes dans l'embryon ;

Des *vitamines.*

Etudions maintenant la *localisation* des principes de ces produits.

Dans l'assise protéique on trouve la presque totalité des protides, des lipides, des amino-acides, des sels (phosphates), des diastases et des vitamines, d'où le nom de *couche merveilleuse* qu'on lui donnait jadis.

Parmi les protides, il faut citer surtout l'aleurone ou gluten.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Des diastases, la plus importante est la tyrosinase, qui agit sur une matière soluble contenue dans toutes les parties de l'écorce et la transforme en un produit de couleur noire. C'est cette matière qui donne la couleur bise au pain fait avec la farine dans laquelle se trouvent des parties issues du broyage de l'assise protéique (*remoulages bis*).

Parmi les vitamines, signalons les vitamines A, B et E, à l'exclusion des vitamines C et D.

Le germe est riche en :

Substances phosphorées (lécithines);
Protides;
Sels minéraux : cobalt, fer, manganèse, nickel;
Diastases;
Huile sirupeuse, dont il contient 12 % de son poids; à parfum de noisette lorsqu'elle est fraîche, elle se résinifie par oxydation et prend alors une odeur de rance;
Vitamines.

L'albumen contient :

Dans ses couches externe et intermédiaire : 1° des grains d'amidon; 2° du gluten et des sels;
Dans sa couche interne : de l'amidon pur.

Le péricarpe est constitué par de la *cellulose* (son), peu nutritive, mais qui, à petites doses, peut agir comme substance de lest.

Préparation de la farine de froment. — Elle est l'aboutissant de plusieurs opérations successives :

1° *Opérations préalables* : brossage, lavage, triage et, parfois, torréfaction, cette dernière rendant la farine plus aisée à manier et plus digestible;

2° *Mouture*, qui broie la graine et qui emploie deux procédés principaux :

Par meules (mouture *basse*). — Elle réalise un *écrasement total*, d'où présence, dans le produit de mouture, non seulement de la farine, mais encore de tous les éléments vivants contenus dans l'assise protéique et dans le germe. Il n'y a d'éliminé, par blutage (v. plus loin), que le gros son.

A cette méthode, deux objections :

D'une part, elle ne parvient pas à dissocier gruaux et farine, ceux-là étant d'une valeur commerciale très supérieure à celle-ci;

De l'autre, en n'éliminant pas le germe, elle expose la farine au rancissement, inconvénient léger jadis, alors que le moulin local travaillait au jour le jour, très fâcheux aujourd'hui que les Grands Moulins expédient une farine qui peut être stockée depuis un certain temps, puis transportée, en petite vitesse, dans des wagons parfois surchauffés. Aussi est-elle actuellement délaissée au profit de la suivante.

Par cylindres (mouture *haute*). — Le germe étant au préalable éliminé, le grain est travaillé par aplatissements successifs. Complétée par diverses opérations : *blutage*, ou passage au travers des tamis (syn. : bluteaux, plansichers), *sassage*, ou triage par densité, dans un courant d'air, *désagrégeage*, elle permet d'obtenir séparément :

Une *farine très blanche*, de belle apparence, mais qui, provenant de la couche interne de l'amande, est dépourvue d'éléments vitaux (amino-acides, diastases, sels minéraux, vitamines), qui ne contient pas de gluten et qui est constituée exclusivement par de l'amidon;

Les *gruaux*, provenant :

Les uns, de la couche externe de l'albumen : ils sont de couleur bise, de densité élevée; à leur surface adhèrent encore des fragments de l'assise protéique (*gruaux bis*, *coiffés*);

Les autres, de la couche moyenne : de densité moindre, ils sont d'une couleur blanche caractéristique (*gruaux blancs*);

Une farine de plus en plus bise (*remoulages bis*), de moins belle apparence que la précédente et qui ne se conserve pas aussi bien qu'elle : provenant de l'assise protéique, elle renferme tous les éléments qui manquent à la précédente; en l'état actuel de la législation, elle doit être réservée aux animaux;

Les *petit et gros sons* provenant du péricarpe, et dont nous avons déjà dit la faible valeur nutritive.

Pour des raisons économiques et sociales, et aussi parce qu'elle permet un travail beaucoup plus ménagé, la mouture par cylindres a partout supplanté l'autre. On peut toutefois lui reprocher d'éliminer de la farine enveloppe et germe (*issues*), si riches, l'un et l'autre, en principes vivants. Aussi de grandes maisons de meunerie françaises ont-elles cherché à préparer, soit des farines contenant ces principes, soit de la farine de germe, en ayant soin de le débarrasser au préalable de sa matière grasse, soit de la farine de blé vert récolté avant maturité complète.

Un point capital, c'est la détermination du *taux d'extraction*, c'est-à-dire de la quantité de farine obtenue en partant de 100 kilogr. de grain. Trop hautement blutée, la farine ne contient plus que de l'amidon, et expose à des accidents d'avitaminose. Insuffisamment blutée, elle laisse passer le son.

Préparation des bouillies.

On peut employer :

Soit les *gruaux;*
Soit la *fleur;*
Soit le *blé vert*, récolté avant maturité complète, et doué, par là même, de remarquables propriétés nutritives.

Délayez une cuillerée à café de froment séché au four dans une petite quantité d'eau froide. Versez le tout dans 100 gr. de lait précédemment chauffé, faire bouillir le tout à petit feu un quart d'heure, sans cesser de remuer; ajouter une pincée de sel et un morceau de sucre (MARFAN).

On augmentera peu à peu la concentration de cette bouillie, sans dépasser une cuillerée à soupe de farine ni 200 gr. de lait. Elle dégage, en brûlant dans l'économie, 225 calories.

Se trouve-t-on dans l'obligation de substituer au lait frais du lait condensé ou du lait sec, on aura soin de n'ajouter ces produits qu'à la fin, une fois la cuisson achevée.

Date à laquelle on peut les administrer. — On peut en commencer l'usage *vers le sixième mois* si l'enfant est bien portant. Nombre de pédiatres contemporains les donnent même beaucoup plus tôt. En tout cas, on aura soin de les substituer à une tétée ou à un biberon, et de n'en autoriser une seconde qu'au bout d'un mois environ, si la première a été bien tolérée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1934)

M. S. RÉVÉLIS demande l'ouverture d'un pli cacheté accepté dans la séance du 9 juillet 1934. Ce pli, ouvert en séance par M. le Président, contient une note concernant le *bacille du cancer*.

La note a été renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

Annuaire médical belge (Vichy, 37e édition.) — Contenant la liste des médecins classés méthodiquement : pharmaciens, dentistes, cliniques de la Belgique et du Grand-Duché du Luxembourg. — Volume cartonné de 500 pages. — Prix : 40 *francs belges*. — Reste quelques exemplaires en vente chez l'éditeur : 9, avenue Fonsny, à Bruxelles.

TROUBLES DU CYCLE OVARIEN
Puberté
Ménopause

OESTROBROL
"ROCHE"
(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.
Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur
des dysovaries

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon PARIS (IVe)

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL
VICARIO
PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE
VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES AIGUES

Les angines aiguës constituent des affections d'une fréquence considérable. Elles donnent lieu à des problèmes diagnostiques multiples de difficultés très inégales et *les travaux récents ont montré l'intérêt des études hématologiques* dans certains cas.

Les angines aiguës peuvent être :

1° Secondaires ;

2° Primitives.

I. **Examen clinique d'un malade atteint d'angine aiguë.** — Se baser :

a) Sur les *signes généraux, d'infection aiguë* : frissons, *fièvre*, malaise général, céphalée, *asthénie*, troubles digestifs ;

b) Sur les *signes fonctionnels* : 1° *Fétidité de l'haleine* plus ou moins marquée ; 2° *Dyspnée naso-pharyngée* dans les cas intenses ; 3° *Sécheresse* de la gorge ou *salivation* abondante ; 4° *Douleur* spontanée à l'angle de la mâchoire, *otalgie* ; 5° *Dysphagie*.

c) Sur les *signes physiques*. — α) Signes cliniques A) *l'examen clinique de la gorge* constitue le temps essentiel du diagnostic ; faire un examen minutieux, dans de *bonnes conditions d'éclairage*.

Apprécier : 1° l'intensité ; 2° l'étendue des lésions.

1° L'intensité : 1. *rougeur* diffuse allant du rouge foncé au rouge carmin, soit rougeur uniforme, soit rougeur avec *piqueté hémorragique*.

2. *Congestion* de la muqueuse plus ou moins intense.

3. *Exsudat pultacé* : au niveau des cryptes amygdaliennes, disposé en plusieurs *points séparés*, d'aspect crémeux, puriforme, ni adhérent, *ni cohérent*, se désagrégeant dans l'eau.

4. *Fausse membrane* se présentant sous forme d'*îlots* arrondis, de coloration blanchâtre, parfois nacrée, parfois brunâtre ; adhère plus ou moins à la muqueuse sous-jacente, se détache tout d'*une pièce et ne se dissocie pas dans l'eau*.

5. *Ulcéro-membraneuse* : où les fausses membranes recouvrent une ulcération parfois cratériforme.

6. *Ulcération nécrotique* : on note dans ces cas une ulcération assez arrondie, ovalaire, géométrique, de taille variable, à fonds plus ou moins putrilagineux, à bords sanieux.

L'intensité des troubles fonctionnels n'est pas en rapport avec l'intensité des lésions.

2° L'étendue des lésions : ne pas se contenter de faire un diagnostic anatomo-pathologique, faire le bilan des lésions bucco-pharyngées.

Noter l'*étendue* des lésions : amygdales, piliers, voile, luette, face interne des joues, triangle rétromolaire, gencives, langue ;

L'*évolution*, *l'extension* des lésions ;

Le *syndrome d'accompagnement* : *rhinite*, *adénopathies satellites*.

Le *caractère des adénopathies* satellites est *important* à considérer : parfois adénopathie minime, parfois adénopathie dure, bien spéciale, parfois adénopathie avec périadénite...

B) Toujours faire, en présence d'un malade atteint d'angine aiguë, un examen clinique minutieux ; *deux préceptes à ne pas oublier* :

Rechercher une éruption,

Rechercher l'albuminurie.

Faire préciser au malade le mode de début, les notions de contage, la durée, etc...

Rechercher *une éruption* (penser aux fièvres éruptives, avant tout à la *scarlatine*, penser à la *syphilis*).

L'état des *autres muqueuses* (génitales, etc.).

L'existence d'un syndrome ganglionnaire ou *spléno-ganglionnaire*.

Y a-t-il des *arthralgies* ?

Et, dans l'examen systématique du malade, ne jamais négliger l'examen des urines et la recherche de l'albuminurie.

β) *Examens spéciaux*. — 1. Dans *quelques cas* il sera bon d'envoyer le malade au spécialiste (oto-rhinologie).

2. Dans de *nombreux cas*, rechercher le germe causal :

a) Soit par *prélèvement* avec fil de platine : faire un frottis sur lame (*association fuso-spirillaire*), des ensemencements sur milieux divers, surtout sur sérum de bœuf coagulé (*bacilles diphtériques*).

b) Soit par *ensemencement direct* en faisant tousser le malade devant une boîte de Pétri contenant de la gélose au sang (*streptocoques*).

c) Soit par prélèvement et examen à l'*ultra-microscope* dans une goutte de sérum physiologique (*tréponèmes*).

Comme on le voit, c'est l'*allure clinique* de l'angine aiguë qui *guide* souvent les examen spéciaux.

3. En 1922, Werner Schultz et Baader précisèrent la formule des angines aiguës et les notions hématologiques.

L'étude hématologique permet de classer les angines aiguës en plusieurs catégories :

1° Les angines aiguës avec *polynucléose* ;

2° Les angines aiguës avec *mononucléose* ;

3° Les angines des *leucémies* ;

4° Les angines de l'*agranulocytose*.

4. L'hémoculture, la réaction de Wassermann dans le sang peuvent donner, dans certaines angines aiguës, d'utiles renseignements.

Ainsi conduit, l'examen d'un malade atteint d'angine aiguë permet de faire faire le diagnostic de la variété d'angine et d'en découvrir la cause.

II. **Diagnostic différentiel et étiologique.** — On doit considérer :

1° Diagnostic des ANGINES ROUGES, avec : A) angines secondaires ; B) angines primitives.

2° Diagnostic des ANGINES BLANCHES, avec : A) angines pultacées, B, angines *pseudo-membraneuses*.

3° Diagnostic des ANGINES NÉCROTIQUES.

1° DIAGNOSTIC DES ANGINES ROUGES. — A) Angines secondaires :

1. Avant tout, *penser à la scarlatine*, se baser sur les signes cliniques : angine à début brutal avec frissons, malaise intense, *température à 40°* ; *tachycardie* ; troubles gastro-intestinaux avec *vomissements* ;

Rougeur diffuse, intense et foncée des amygdales, du voile et des piliers avec quelquefois pointillé très fin ; langue pointue, rouge sur les bords et à la pointe, saburrale au milieu ;

Le lendemain ou le surlendemain, apparition d'un exanthème au-devant du thorax, aux plis de flexion ;

Voir la notion de contage, d'épidémie ;

Recherche du streptocoque dans le pharynx (directement et par culture).

2. Au début des *autres fièvres éruptives*. — Dans la rougeole, la rougeur marquée surtout au niveau des piliers postérieurs est accessoire à côté du Köplick, du catarrhe oculo-nasal.

Les angines de la variole, de la varicelle, de la rubéole ont peu d'importance clinique. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars :* GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

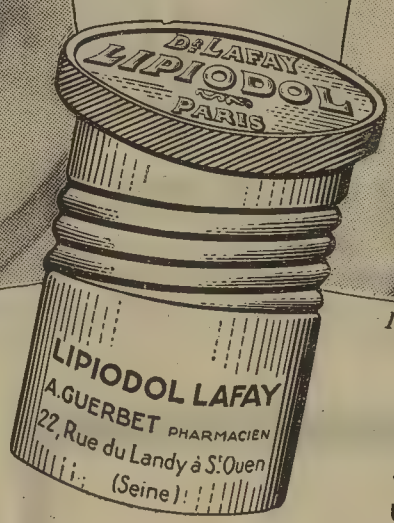
LIPIODOL LAFAY

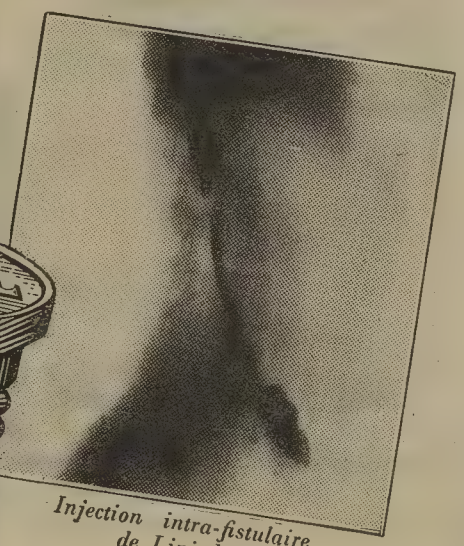
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube

Injection intra-utérine de Lipiodol





Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule
1 cuiller à café d'émulsion } = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie

Pharmacien

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

22, Rue du Landy

St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRE

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 6 OCTOBRE 1934. - N° 80.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Les fractures de la base du premier métacarpien (avec 5 fig.), par M. Lefebvre.

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE. (Compte rendu.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine.

PRATIQUE MÉDICALE

CONGRÈS

LIVRES NOUVEAUX

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nimes. — Un concours pour la nomination d'un pharmacien chef des laboratoires de chimie biologique aura lieu dans la deuxième quinzaine de février 1935.

Renseignements et inscriptions au secrétariat de la Commission des hospices, à Nîmes (Gard).

COMITÉ MÉDICAL FRANCO-JAPONAIS. — Un Comité médical franco-japonais vient de se fonder. La première réunion de ce Comité a eu lieu à la Faculté de médecine sous la présidence de M. Nastake Sato, ambassadeur du Japon à Paris. Ce Comité comprend parmi les Français les professeurs Achard, Hartmann, Roussy, Terrien, Sergent, Lemaître, Mesnil, Ramon, Burnet et M. Bassot, représentant le ministre de la Santé publique ; du côté japonais, le professeur Tsurumi et M. Suzuki, secrétaire d'ambassade.

L'objet du Comité est limité, pour le moment, aux publications réciproques dans le domaine de la science médicale et au patronage d'étudiants. Il sera rédigé respectivement chaque année un sommaire des communications importantes dans toutes les sections de la science médicale des deux pays. Le siège du Comité est à la maison du Japon, à la Cité universitaire de Paris.

BOURSE MUSSOLINI. — La bourse Mussolini permettant chaque année à un médecin français de faire un stage comme assistant à l'Institut de la tuberculose de Rome a été décernée le 3 septembre dernier par le Comité exécutif de l'Union internationale contre la tuberculose, réuni à Varsovie.

M. Etienne Berthet, interne des hôpitaux de Grenoble, prosecteur à l'Ecole de médecine, a été désigné pour la France.

PROCHAINS CONGRÈS A PARIS. — *8 octobre.* — XLIIIe Congrès français de chirurgie. Président : M. Cunéo (Paris); vice-président : M. Michel (Nancy).

Chirurgie des glandes surrénales (MM. Leibovici et Stricker). — *Pathogénie et traitement des rectites sténosantes et hypertrophiantes* (MM. Weiss et Gatellier).

8 octobre. — Congrès français d'urologie. Président : M. Heitz-Boyer (Paris) ; vice président : M. Thévenot (Lyon).

Orchi-épididymites en dehors de la syphilis et de la tuberculose.

12 octobre. — XVIe Congrès français d'orthopédie.

Traitement chirurgical du thorax en entonnoir (M. Garnier). — *Traitement orthopédique et chirurgical des paraplégies spasmodiques* (MM. Roudil et Delchef).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — *Cours de chirurgie oculaire.* — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de M. le professeur agrégé Velter et de M. Renard, ophtalmologiste des hôpitaux, de MM. les docteurs Veil, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mme Braun-Vallon, chefs de clinique et de laboratoire, fera un cours de chirurgie oculaire à l'Hôtel-Dieu.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Le cours commencera le vendredi 19 octobre, à 10 h., à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu), et continuera les jours suivants ; il comprendra douze leçons. Les cours théoriques seront complétés par une série d'exercices pratiques : séances opératoires, exercices pratiques à l'Ecole de médecine ; démonstrations, visite à l'Institut du radium, etc.

Des séances opératoires spéciales seront organisées pendant la durée du cours.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit d'inscription est fixé à 300 fr.

Se faire inscrire les lundis, mercredis, vendredis, à partir du 1er septembre, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) ou à l'A. D. R. M., salle Béclard (Faculté de médecine) qui facilitera les formalités d'inscription.

— TRAVAUX PRATIQUES DE PHYSIOLOGIE. — Une série supplémentaire de travaux pratiques de physiologie commencera le lundi 8 octobre, à 14 h.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4.

Droit d'inscription : 200 fr.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot (de Berck) fera le vendredi 12 octobre, de 9 h. 30 à 11 h. 30, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations sur :

1° Le traitement de choix des luxations congénitales de la hanche.

2° Le domaine immense, découvert récemment, des subluxations congénitales. Toutes les hanches étiquetées jusqu'ici arthrites sèches déformantes, rhumatisme local, ostéochondrite, morbus coxœ senilis, sont en réalité des subluxations congénitales méconnues. Diagnostic et traitement des subluxations aux divers âges.

3° Dans les tuberculoses « externes » (adénites, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, orchi-épididymites, etc.), supériorité indiscutable de la méthode conservatrice (avec injections modificatrices et ponctions) sur les opérations sanglantes qui, sur ce terrain particulier de la tuberculose, aggravent souvent et mutilent toujours.

4° Autres affections orthopédiques : pieds bots, torticolis, déviations rachitiques, etc.

CONGRÈS

Congrès international de radiobologie (Venise) (10-15 septembre 1934)

Le premier congrès international de radiologie, qui réunissait un très grand nombre de savants de tous les pays, a été suivi avec une très grande attention par les représentants français.

A la séance d'ouverture, présidée par Marconi et par le ministre d'Etat Volpi, M. Kopaczewski a lu une lettre autographe de M. d'Arsonval, dans laquelle ce dernier salue le congrès et adresse un pieux hommage à la mémoire de Galvani et à celle de Mateucci, ami de la France et élève de J.-B. Dumas, A.-C. Becquerel et Cl. Bernard. Après cette lecture, très chaleureusement applaudie par le congrès, M. Kopaczewski a proposé l'envoi à M. d'Arsonval d'une dépêche exprimant à ce maître l'hommage affectueux du congrès et le souhait « de le voir pour de longues années encore diriger les efforts de ses continuateurs », ce que le Congrès a approuvé avec empressement.

Trois séances (sur huit) du congrès ont été présidées par des Français (MM. de Broglie, Vlès et Kopaczewski) ; primitivement, une seule présidence française avait été prévue.

Au début, les organisateurs du Congrès prévoyaient la traduction des communications, faites en français, en trois autres langues officielles ; mais, au cours des séances présidées par les Français, cette traduction ne fut pas exceptionnellement exigée : les Roumains, les Yougoslaves, les Hongrois et les Hollandais s'exprimaient en français. Ils ont compris que de cette façon, les travaux du congrès pourront être plus facilement menés à bout.

Parmi les nombreux rapports présentés par diverses délégations étrangères, les Français en ont fait 4 : M. Pech, de Montpellier, sur le rôle du potentiel électrique de l'atmosphère et l'alimentation ; M. Vlès, de Strasbourg, sur l'action de ce potentiel sur les divers organes ; M. Kopaczewski sur l'action des rayons ultra-violets et des rayons X sur les biocolloïdes et sur le sérum. Enfin, M. Kopaczewski a donné lecture d'un résumé des travaux de M. d'Arsonval, en rétablissant certains points historiques que certains rapporteurs étrangers ont passés sous silence. Parmi les autres rapports, susceptibles d'intéresser les médecins, citons celui d'Adrian (prix Nobel) sur « l'activité électrique du système nerveux » ; de Castaldi, sur « Les effets des ondes de Hertz » ; de Behnken, sur « Les méthodes dosimétriques des rayons X » ; de Rossi, sur « Les radiations cosmiques » ; de Casagrandi, sur « Les cineus granulaires dans l'air, dans l'eau et dans les eaux minérales », etc...

La séance de clôture, présidée par M. Volpi, a été inaugurée par M. de Broglie, lequel, dans une allocution très goûtée, a évoqué les anciennes gloires italiennes dans le domaine de l'électricité animale. M. Volpi, en s'exprimant en français, a remercié la délégation française du concours qu'elle a apporté aux travaux du Congrès.

Le prochain congrès international de radiobiologie sera également tenu à Venise en 1936.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

DOCTEUR-INTERNE, de 25 à 30 ans, nationalité française, désireux préparer médicat des asiles et ayant déjà été affecté au titre d'interne dans un établissement d'aliénés, est demandé d'urgence à l'asile de Dury-les-Amiens. — Traitement annuel, en espèces : 15.000 à 18.000 fr. ; logement, chauffage, éclairage et divers avantages en nature. — Adresser demande au directeur de l'asile d'aliénés de Dury-les-Amiens avec indications situation de famille, diplômes, titres et liste complète des références.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES

INFECTIONS VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES

DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à 6 DRAGÉES
PAR JOUR

ANA

LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL - PARIS. XIIe

CHOC PUBLICITÉ, FONTENAY s/s BOIS

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'au vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PRATIQUE MÉDICALE

SUR CERTAINES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU SÉDORMID (1)

Par M. le docteur Dillard.

Dans sa thèse sur le traitement des états anxieux névropathiques, l'auteur a déjà signalé l'action constante et bienfaisante du sédormid, tant sur l'inquiétude des malades que sur leur insomnie ; dans un article récemment paru, il a même insisté sur son action conjuguée avec du bromure (sédobrol) dans le traitement de ces affections ; depuis cette époque, M. Dillard a eu l'occasion d'employer le sédormid dans des cas plus graves, notamment dans les encéphalites, dans les méningites, et la dose quotidienne de 3 à 4 comprimés a pu amener un sommeil calme et régulier chez ces malades. Il ressort donc de ce travail, comme des études déjà publiées par de nombreux cliniciens, que le sédormid ou allylisopropylacétylcarbamide est un médicament qui peut rendre les plus grands services au médecin praticien, car son action hypnogène est douce et progressive. De plus, comme ce n'est pas un barbiturique et comme il ne contient aucune substance du tableau B, il peut être ordonné en toute quiétude et en toute sécurité aux enfants, aux vieillards aussi bien qu'aux adultes ; seules les doses varient. Chez l'adulte, la dose est d'un à trois comprimés par jour ; chez le vieillard, un à deux comprimés suffisent ; chez l'enfant, on peut donner un demi à un comprimé à partir de l'âge de 5 ans par exemple : c'est pourquoi ce produit qui possède une action certaine sur les insomnies légères, sur l'anxiété, sur l'angoisse et qui ne présente aucun inconvénient est appelé à juste titre « le grand médicament des petits insomniaques et des petits anxieux ».

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 14, avril 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic clinique, examens et symptômes (2), par le Dr A. Martinet, avec la collaboration de MM. Desfossés, Georges Laurens, Léon Meunier, Lutier, Saint-Cène et Terson. Sixième édition entièrement refondue par les collaborateurs avec le concours du Dr Lutier, secrétaire de la rédaction.

Une 6e édition reparaît de ce livre qui fut durant les quinze dernières années un des plus grands succès de la librairie médicale et dont de nombreuses traductions ont été publiées.

A cette 6e édition ont travaillé les collaborateurs de la première heure, ceux-là mêmes que le Dr Martinet avait choisis pour l'aider dans l'exécution de cet ouvrage.

Si le cadre d'un livre dont l'esprit répondait exactement aux besoins du médecin devait être exactement conservé, des modifications plus ou moins importantes et des apports nouveaux ont enrichi la plupart des chapitres.

Une partie de l'ouvrage a été extrêmement remaniée et en certains points entièrement refaite, c'est celle qui est consacrée à la collation des signes et symptômes par *interrogatoire et examens*. On y trouve décrits les moyens actuels d'investigation clinique.

L'autre partie de l'ouvrage, *Séméiologie ou Symptômes*, présente une mise en œuvre synthétique des éléments recueillis au cours de l'examen clinique ; elle est marquée de la personnalité de Martinet qui excellait à éveiller l'attention du médecin et à lui permettre de passer par un processus mental d'élaboration, de coordination, d'intégration, du symptôme à la maladie. Les collaborateurs de Martinet n'ont eu à apporter que peu de modifications à cette étude des symptômes qui reste aussi vivante que précédemment.

Parmi les questions nouvelles qui ont pris place dans cette nouvelle édition, il convient de signaler les suivantes :

1° *Appareil respiratoire* : Bronchoscopie ; Dilatation des bronches ; Gangrène pulmonaire ; Abcès du poumon ; Syphilis pulmonaire ; Scléroses pulmonaires ; Kyste hydatique du poumon ; Cancer du poumon ; Médiastinites chroniques.

2° *Appareil digestif* : Gastroscopie ; Signes cliniques de l'insuffisance hépatique ; Examen radiologique du foie ; Nouveaux procédés d'examen radiologique de la vésicule biliaire, de la rate ; Epreuve de contractilité de la rate.

3° *Appareil circulatoire* : Exploration de la perméabilité artérielle ; Sédimentation sanguine.

4° Diagnostic biologique de la fièvre de Malte ; de la grossesse ; Anaphylaxie ; Allergie ; Interférométrie ; Equilibre acide-base ; Réserve alcaline ; Acidose ; Alcalose.

D'autre part, un nombre important de questions qui avaient été traitées dans les précédentes éditions ont été remaniées ; elles concernent principalement : L'examen des voies respiratoires intrathoraciques ; Les procédés de diagnostic des affections gastriques ; L'examen fonctionnel de l'intestin, du foie, du pancréas, du cœur ; le développement de l'exploration des vaisseaux et de l'électrocardiographie ; le diagnostic des maladies du sang ; l'examen de l'appareil génito-urinaire ; les procédés de diagnostic de l'insuffisance rénale ; Les procédés d'exploration de la recherche des réflexes, du diagnostic des tumeurs cérébrales et des tumeurs de la moelle ; Le diagnostic biologique des maladies parasitaires ou microbiennes, etc.

L. G.

(2) In-8 de 1.154 pages avec 867 figures et 8 planches en couleurs. — Prix : broché, 120 fr. ; cartonné toile, 145 fr. — Paris, Masson et Cie

Traitement des abcès chauds (1), par Dupuy de Frenelle.

Le traitement de l'infection et des abcès a été l'objet d'importantes modifications en ces dernières années. Actuellement l'incision passe au second plan, elle est le plus souvent remplacée par une ponction et le véritable traitement de l'abcès est constitué par la biothérapie. Celle-ci dispose de trois armes qui sont les vaccins, les anti-virus et les bactériophages. Dupuy de Frenelle a eu l'heureuse idée de réunir dans ce petit volume (148 pages) l'étude des différents abcès, envisagée surtout au point de vue de l'utilisation et de l'application de ce nouveau traitement.

L'auteur, à propos de chaque variété d'abcès, a mis en relief les méthodes nouvelles de traitement, de diagnostic ou les points de pratique généralement peu connus du praticien.

Chaque fois que le médecin se trouvera en présence d'un abcès, il pourra trouver dans ce livre essentiellement pratique les renseignements utiles pour mener à bien le diagnostic et le traitement à la lumière du mode opératoire nouveau.

Les abcès du cerveau, du foie, de la face, du poumon, du sein, les abcès appendiculaires, ischio-rectaux, sous-phréniques, les anthrax sont, dans ce livre, l'objet d'une étude plus approfondie.

L. G.

(1) In-16 jésus de 148 pages avec 11 figures dont 4 en hors texte. — Paris, l'Expansion scientifique française.

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR LES CAPSULES GLUTINISÉES DE PANCRÉPAINE LALEUF

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 RUE DU LAOS
PARIS (XVe)

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHns — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS
ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy PARIS
R. C., 221.839, Se.

REVUE GENERALE

LES FRACTURES DE LA BASE DU PREMIER MÉTACARPIEN [1]

Par M. LEFEBVRE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

Les fractures de la base du premier métacarpien ne sont pas tellement fréquentes qu'une étude nouvelle ne puisse avoir un intérêt appréciable. Certains types d'entre elles, en effet, sont sujets à confusion, fait sur lequel insistait récemment, à juste titre, Küss à la Société Nationale de Chirurgie.

Un cas publié par nous, à la Société de Chirurgie de Toulouse, nous a permis de reprendre cette question.

Les fractures de la base du premier métacarpien sont celles qui occupent, par leur portion principale, le quart supérieur de cet os ; il faut retenir, en effet, que dans certains cas le trait peut descendre verticalement, presque parallèlement au grand axe du métacarpien.

Elles tirent leur intérêt clinique de ce que leur diagnostic n'est pas toujours fait par le médecin appelé à donner ses soins, à ce que probablement, vu le peu de déformation apparente, tous les blessés ne vont pas consulter, soignant eux-mêmes un mal qu'ils prennent pour une contusion simple, enfin qu'une pareille lésion, anatomiquement minime, est suivie assez fréquemment d'une impotence appréciable, entraînant une invalidité pouvant aller parfois jusqu'à 20 %.

La description anatomique des différents types de ces fractures nous donnera une première preuve de la complexité qu'elles peuvent offrir. Les lésions concomitantes des parties molles péri-articulaires, ligamentaires, le déplacement de certains fragments, la luxation du fragment inférieur en l'espèce, vont compléter l'importance des phénomènes fonctionnels tardifs.

Un fait est tout d'abord à mettre en lumière : c'est l'état de l'articulation trapézo-métacarpienne. Le trait s'ouvre-t-il ou non dans la cavité articulaire ? De là, une première division en :

1) Fractures extra-articulaires ;
2) Fractures intra-articulaires.

La division totale ou partielle de l'os est aussi envisagée, mais à notre avis avec un intérêt bien moindre.

A partir de ces données, Tanton énumère ainsi les divers types rencontrés :

1) Fractures extra-articulaires totales ;
2) Fractures articulaires partielles : *a*) type Bennett, *b*) type Rolando en Y ;
3) Disjonctions épiphysaires.

Or, l'étude des clichés a permis à Küss de déceler et d'ajouter trois autres modalités et de dénombrer ainsi qu'il suit les aspects anatomo-pathologiques rencontrés (fig. 1) :

1. — Fractures extra-articulaires totales, complètes, transversales ou obliques en bas et en avant — avec les variantes :

— Engrenées ou non ;

— Type en Y avec 3e fragment détaché de la partie externe de la diaphyse ;

— Quelquefois incomplètes, par infraction (chez les jeunes sujets).

2. — Fractures mixtes extra-articulaires (trait transversal ou oblique, analogue au précédent) et intra-articulaires par fissure, unissant le premier trait à la surface articulaire.

3. — Fractures articulaires partielles type Bennett, fracture de l'apophyse articulaire palmaire de la base du premier métacarpien.

4. — Fractures articulaires partielles type Rolando, en Y, à 3 fragments, formées d'un trait de fracture de Bennett sur lequel se branche un deuxième trait, dirigé en dehors et en haut, avec 2 fragments articulaires et un fragment inférieur, constitué par toute la diaphyse décapitée.

5. — Fracture articulaire partielle en H, non encore décrite, fractures à 4 fragments dont 3 articulaires : l'un apophyso-palmaire (fragment Bennett), un tuberositaire externe et un intermédiaire, type de fracture qui combine, somme toute, la fracture transversale ou oblique extra-articulaire, à la fracture de Bennett et à une fracture de Rolando élargie, intéressant toute la base du premier métacarpien divisée en 3 fragments.

6. — Disjonctions épiphysaires.

7. — Fractures, non encore décrites, « dans lesquelles à une très légère disjonction diaphyso-épiphysaire, se surajoute une fracture de la partie apophysaire, en console, de la diaphyse qui supporte la partie palmaire de l'épiphyse supérieure.

La fréquence relative des divers types de fracture est assez difficile à établir. Sur 12 cas, Bressot trouve 4 fractures de Bennett, 5 transversales extra-articulaires, 1 de Rolando, 2 obliques extra-articulaires. Bernardbeig relève 4 fractures de Bennett sur 9 fractures du premier métacarpien.

Nous voilà donc loin de la banalité d'un simple trait de fracture, et ceci peut d'ores et déjà nous laisser pressentir des difficultés de diagnostic, de thérapeutique et aussi un pronostic réservé.

Que se passe-t-il donc dans ces fractures, et particulièrement dans les fractures partielles, articulaires à 2, 3 ou 4 fragments, du type Bennett simple ou compliqué ?

Le fait primordial est justement l'atteinte du système articulaire. Il y a subluxation en arrière et en haut du grand fragment diaphyso-épiphysaire et assez souvent ouverture de la capsule. C'est-à-dire grave désordre articulaire non pas seulement osseux, mais aussi synovial avec toutes les conséquences immédiates et tardives d'un tel état de choses, l'hémarthrose, l'arthrite plastique, le gonflement précoce et important, les raideurs, l'ankylose.

Le rôle primordial que joue l'articulation trapézo-métacarpienne dans les mouvements du pouce, dans le mouvement le plus important, l'opposition, nous explique le haut degré d'invalidité que peut conditionner un tel ensemble de désordre.

Quant aux fractures extra-articulaires nous sommes dans le cas de toutes les fractures diaphysaires

(1) Manuscrit remis à l'impression le 26 juillet 1934.

juxta-articulaires avec, en cas de déplacement, angulation et déformation en crosse à convexité externe.

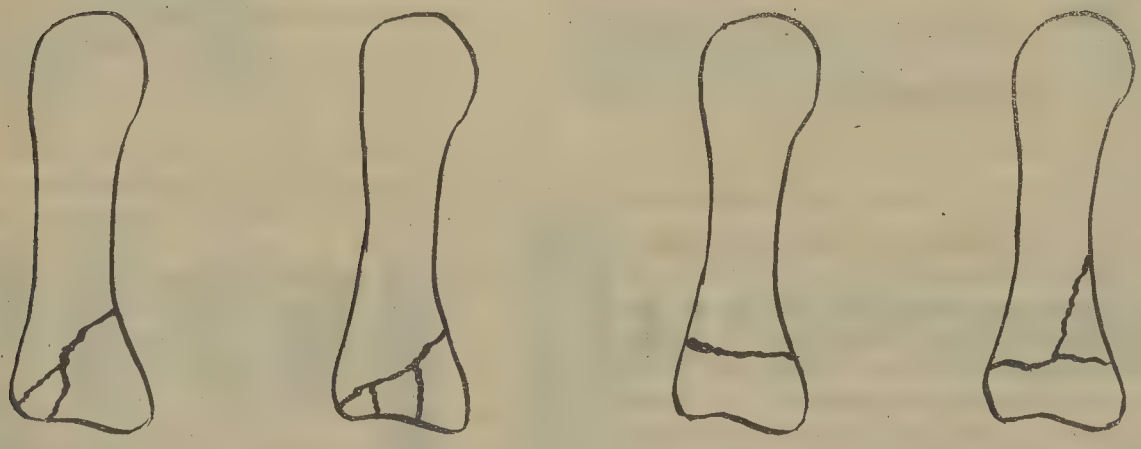
Il faut ajouter qu'assez souvent il y a association avec des fractures des os voisins, trapèze, os du carpe, extrémité inférieure du radius.

La fréquence de ces sortes de fractures est-elle élevée ? — La littérature n'abonde pas de cas de cette espèce, mais peut-être pour la raison signalée plus haut et que ne manque pas de rapporter Küss, ces cas sont-ils sans doute plus fréquents que ce que l'on pense. Bennett lui-même qui les avait étudiés sur des pièces anatomiques du Musée de l'Ecole de Médecine de Dublin, les considérait comme communes. Il est certain qu'une observation plus précise permettra d'en retrouver des exemples relativement fréquents, Bernardbeig dans ses documents cliniques en a retrouvé 9 cas, dont 4 du type Bennett. Est-il besoin de rappeler que dans toute chute les blessés portent d'instinct

Fracture extraarticulaire totale (variante en Y).

Fracture mixte.

Fractures type Bennett.



Fracture en Y de Rolando intraarticulaire à trois fragments.

Fracture en H de Küss intraarticulaire à quatre fragments.

Décollement épiphysaire.

Fracture 7 de Küss avec amorce de Bennett sur la diaphyse.

Fig. 1. — Les divers types de fracture de la base du 1er métacarpien (énumération de Küss).

la main vers le point où les dirige la violence, ou que dans des rixes ou des combats de boxe la main effectue les parades de sauvegarde et sert elle-même de moyen de combat. Aussi, malgré que plus fréquemment la fracture dite des boxeurs siège plus bas, au col du premier métacarpien (fracture de Lenoir), peut-on voir des fractures de la base chez des boxeurs, ainsi que Tanton, Küss et d'autres auteurs le rapportent. L'âge ne joue pas un rôle digne d'être retenu, à part les cas de disjonction diaphysaire survenant chez les jeunes jusqu'à 16-18 ans.

Le sexe jouerait un certain rôle ; en effet, il n'y aurait pour Tourneux que 4 à 5 cas connus de fracture de Bennett chez la femme. Le cas que nous avons apporté à la Société de Chirurgie de Toulouse viendrait s'ajouter à ceux-là.

Cette particularité serait due pour Alglave à ce que chez la femme le rebord articulaire antérieur de la base du métacarpien ferait une saillie moindre que chez l'homme.

Comment les violences sont-elles susceptibles de conditionner de telles solutions de continuité ?

Avant de donner une interprétation des faits, il est utile de se remémorer certains points de la constitution anatomique de la région intéressée.

Le plus saillant est certainement celui-ci, à savoir que l'apophyse palmaire du premier métacarpien représente presque à elle seule toute la partie portante de l'articulation et s'appuie sur la face correspondante du trapèze (fig. 2) ; la portion externe du premier métacarpien débordant la face dorsale du trapèze sus-jacent, toutes conditions qui sont parfaitement visibles sur les clichés radiographiques normaux.

Il est aisé de comprendre que toute puissance s'exerçant sur le premier métacarpien dans le sens de son

grand axe et à partir de son extrémité inférieure, se transmet au trapèze par l'intermédiaire presque exclusif de l'apophyse palmaire de l'os.

A côté de ce premier point nous tenons à rappeler la très grande laxité de la capsule articulaire qui joue aussi le rôle de ligament, sans qu'il en existe de suffisamment distinct. Il est aisé de comprendre l'utilité de cette laxité capsulaire, vu l'étendue des mouvements de toute sorte effectués par l'articulation en question.

La constitution interne du métacarpien, par la direction et l'assemblage des travées osseuses nous explique certaines des fractures dont cet os peut être atteint. Magliulo a étudié avec une extrême minutie la direction des travées osseuses, à l'aide de la radiographie, sur des pièces anatomiques. Nous-même avons pu suivre sur des métacarpiens découpés le trajet de ces travées osseuses. Nos résultats sont en tous points identiques, comme le montre le schéma ci-joint (fig. 3).

On a interprété différemment le mécanisme des fractures de la base du premier métacarpien. A part les fractures totales, transversales ou obliques qui peuvent être produites soit directement, soit indirectement, l'intérêt principal porte sur le mode de production des fractures articulaires.

A priori deux interprétations ont été fournies invoquant l'une l'arrachement, l'autre l'éclatement par transmission directe du choc.

Un blessé tombe sur le pouce en extension ; ce pouce est violemment placé en extension et en abduction forcée. La capsule articulaire, tendue à l'excès,

FIG. 2. — Mode d'appui de la base du 1er métacarpien sur le trapèze.

ou bien se détache, produisant une luxation pure, ou bien arrache l'apophyse palmaire de l'os.

C'est l'interprétation qu'admettent Dorny, Graveline et d'autres auteurs. Imbert et Cottalorda interprètent de cette façon les résultats de leurs expériences. Possible à la rigueur quand le fragment apophysaire détaché est minime, on conçoit difficilement son rôle, quand il s'agit de fragments plus importants, par exemple ceux dont le trait part de la moitié de la surface articulaire du métacarpien et aboutit très haut sur le bord interne de la diaphyse ; à plus forte raison quand on a affaire à des fractures à 3 et 4 fragments. Enfin, la grande laxité articulaire vient aussi infirmer cette théorie.

FIG. 3. — Directions des travées osseuses dans le 1er métacarpien (d'après une pièce anatomique).

Donc le plus souvent il s'agit d'un éclatement par transmission directe du choc qui se transmet le long du grand axe du métacarpien au seul point d'appui sur le trapèze, représenté par l'apophyse palmaire de l'os. C'est la théorie admise par Mauclaire et Jacoulet, Duroux, Tanton, Küss, etc... Nous avons tenu à expérimenter personnellement la manière d'agir des traumatismes en ce qui concerne le mécanisme des fractures de Bennett.

La violence peut atteindre le métacarpien en venant de plusieurs directions, elle peut porter sur sa partie palmaire, sur sa partie dorsale, sur son extrémité inférieure. La position occupée par le métacarpien peut elle-même varier entre l'adduction complète et l'abduction maxima.

Nos expériences nous ont montré que le rôle de l'arrachement était négatif. En effet l'arrachement suppose la mise en tension de l'appareil ligamentaire de l'apophyse palmaire de la base du métacarpien. Tous les traumatismes que nous avons réalisés dans ce sens par choc sur les faces abordables du métacarpien ont entraîné la déchirure de la capsule de l'articulation trapézo-métacarpienne, mais jamais de fracture de Bennett. Par contre en immobilisant la main dans un étau de manière à ce que les ligaments ne puissent être mis en tension et que le choc sur l'extrémité inférieure du métacarpien puisse se transmettre parallèlement au grand axe de l'os, que cet os ait été en abduction, ou en adduction, nous avons obtenu

régulièrement une fracture de Bennett typique. C'est donc l'affirmation que cette fracture se produit par tassement et non par arrachement.

L'importance du fragment apophysaire détaché dépend de la position occupée par le métacarpien au moment de l'accident, comme l'a bien montré Magliulo (fig. 4).

L'histoire clinique de ces sortes de fractures représente en réduction ce qui se passe pour toutes les fractures articulaires. Leur diagnostic n'apparaît pas à la suite d'un examen superficiel ; il demande une certaine application et un examen de détail bien conduit, à partir des notions anatomiques connues.

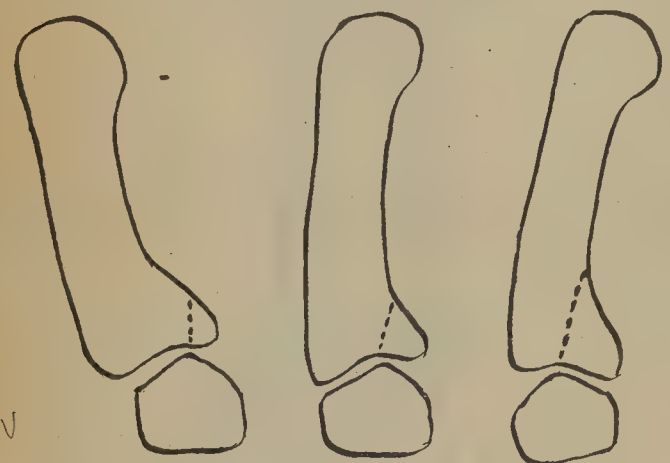


FIG. 4. — Importance du fragment apophysaire dans la fracture de Bennett, par rapport avec la position du métacarpien.

Sur le sujet qui a conservé ou non la notion de sa chute sur la main ouverte ou d'un choc reçu dans les mêmes conditions, il y a très rapidement un gonflement important d'abord limité à la région du premier article carpo-métacarpien ; ce gonflement se propage, en quelques heures, à tout le bord radial de la main, au pouce et à l'index correspondants.

A l'inspection encore, si l'on arrive assez tôt après le traumatisme on peut voir une saillie anormale limitée, visible sur le bord cubital de la main. Cette saillie représente l'angulation des fragments dans le cas de fracture transversale totale sous-articulaire ou bien la saillie du fragment diaphysaire subluxé dans les fractures Bennett et leurs variantes ; dans le second cas, cette saillie est plus haute et plus aiguë que dans les crosses des fractures totales.

La palpation réveille la douleur exquise classique, donne la crépitation osseuse, à moins d'engrènement mais décèle en plus pour les fractures de Bennett avec subluxation du fragment diaphysaire un véritable signe de touche de piano, le déplacement se réduisant très aisément avec crépitation, mais se reproduisant dès la pression relâchée.

Au point de vue fonctionnel le sujet accuse de vives douleurs contribuant à gêner considérablement ou interdire tous les mouvements et surtout ceux d'opposition du pouce intéressé.

L'exiguïté de la région ainsi que celle des déformations anatomiques nous permettent de penser que dans un nombre appréciable de cas le diagnostic n'est pas fait.

Cependant le gonflement rapidement très important est le premier signe qui doit retenir notre attention. Puis l'examen direct effectué, nous demanderons complément ou confirmation à la radiographie (fig. 5).

Les clichés de ces blessés demandent un examen attentif, car en plus du ou des traits de fracture visibles, en plus des déplacements des fragments, il y a un signe capital quand on veut différencier le type que l'on a sous les yeux. Pour cela il est nécessaire d'avoir à sa disposition non seulement les clichés face et profil du côté blessé, mais aussi ceux du côté sain.

Le signe capital à rechercher est « la reconnaissance de l'intégrité de la longueur du dos du premier métacarpien » pour répéter la phrase de Küss qui, à juste titre, réclame toute l'attention sur ce point. Phénomène d'ailleurs difficile à rechercher autrement que sur les clichés radiographiques, vu le gonflement rapide de la main qui empêche d'effectuer la recherche in situ. Si le dos du premier métacarpien mesuré au compas a sa longueur intégralement respectée, le trait de fracture est intra-articulaire et dépend d'une fracture de Bennett ou d'une de ses variantes, à 3

FIG. 5. — Fracture de Bennett.

fragments (fracture en Y de Rolando) ou 4 fragments (en H. de Küss).

Pronostic. — La multiplicité des traits de fractures, le fait d'une articulation réduite en volume, mais d'une fonction des plus importantes, nous laissent entrevoir un pronostic réservé, s'il n'est pas porté remède aux désordres constatés. C'est en effet ce qu'enseignent les statistiques.

Si les invalidités sont assez rares ou d'un degré très réduit dans les fractures totales extra-articulaires, il n'en est pas de même pour les fractures de Bennett. Si les fragments osseux ne sont pas ramenés au contact ils peuvent ne pas se consolider, ou le faire

par un cal seulement fibreux avec tous les caractères des cals vicieux. Les phénomènes d'arthrite se prolongent et aboutissent à l'ankylose plus ou moins serrée. Au phénomène douloureux persistant s'ajoute la limitation des mouvements du pouce et surtout ceux d'opposition dont il n'est pas besoin de rappeler l'importance. Conditionné par le déplacement des fragments, leur consolidation vicieuse, les déformations en crosse de la subluxation non réduite, l'ankylose, le degré d'invalidité peut être porté jusqu'à 20 % dans certains cas. On voit donc l'intérêt de la question dans la médecine des accidents. Mais il n'est pas possible que ce sombre devenir, tenant à une thérapeutique malheureuse, ne puisse être amélioré. Les cas récents laissent entrevoir cette espérance. Basée sur la connaissance exacte des lésions et des modes d'actions efficaces, la thérapeutique actuellement bien conduite a permis de diminuer considérablement le taux d'invalidité et de le ramener, ainsi que le dit Küss, à 0 %.

Traitement. — L'exiguïté des éléments anatomiques de la région, le volume peu important des fragments osseux séparés par le trait de fracture nous laissent deviner à priori des difficultés notables pour la remise en état des lésions. Et cependant il faut de toute nécessité réduire les fragments déplacés. Quels sont les moyens qui ont été utilisés dans ce but ?

Pour les fractures totales extra-articulaires la chose est aisée, il suffit de redresser l'angulation, la crosse et d'immobiliser le pouce en extension et abduction dans un léger plâtre, prenant le bord radial de la main et remontant un peu sur l'avant-bras.

Pour la fracture de Bennett, nous nous trouvons en face d'une plus grande diversité thérapeutique. Dans une première manière de faire on utilise des procédés orthopédiques.

Dans cet ordre d'idée deux méthodes ont été employées.

Dans une première l'on réduit la déformation, ce qui est facile, avons-nous dit, mais il faut éviter la reproduction de la luxation, ce qui ne peut se faire qu'en pressant sur l'extrémité dorsale et externe du fragment luxé. Pour cela une petite gouttière plâtrée est confectionnée, embrassant la partie inférieure de l'avant-bras, de la main et du pouce maintenu en extension et abduction extrême. Pendant la prise du plâtre on comprime la portion de l'appareil placée en regard du foyer de fracture, de façon à maintenir réduite la luxation du métacarpien.

La seconde technique utilise l'extension continue qu'il est très facile de réaliser ici. Une petite planchette étalée en palette à la main, plus large du côté du pouce, et remontant jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras est maintenue à la hauteur de cet avant par quelques tours de bande plâtrée. Des bandelettes d'adhésif sont fixées sur le pouce ; un tube à drain n° 22 ou une sonde de Nélaton fixée à ces bandelettes, d'une part, à un clou planté dans la planchette d'autre part, réalise l'extension.

Ces divers appareils sont maintenus seulement une vingtaine de jours au bout desquels il est de toute nécessité de passer à la mobilisation progressive de l'article.

Dans une seconde manière thérapeutique on s'adresse à des procédés sanglants.

Un premier genre est mixte, car il demande aussi à l'extension continue le maintien de la réduction, mais au lieu d'utiliser la planchette, il a recours soit à la traction par broche (Küss), soit à la traction au fil métallique, à la Vanghetti-Kirschner, ainsi que Pellegrini en a montré un exemple à la Société Nationale de Chirurgie, le 9 novembre 1932.

L'ostéosynthèse représente le procédé sanglant type. Elle peut se pratiquer en utilisant soit le vissage, soit la suture au fil métallique et mieux au crin de Florence. Elle a été étudiée sur le cadavre par Imbert et Cottalorda et exécutée par Cotte et Dechaume.

Sur quel mode thérapeutique maintenant allons-nous porter notre choix ? Il nous paraît à priori que la réduction et le maintien dans un appareil plâtré immédiat ne peut maintenir la réduction d'une manière aussi satisfaisante que l'extension continue. Si on lui donne la préférence, il sera de toute nécessité de contrôler radiologiquement la réduction. Personnellement nous accordons volontiers notre confiance à l'extension continue.

Quant aux interventions sanglantes, que ce soit la traction à la broche ou au fil, soit à l'ostéosynthèse, il est de toute évidence qu'il ne faut pas d'emblée leur refuser droit de cité, mais elles ne sont à appliquer qu'en cas d'échec des procédés orthopédiques. La synthèse au crin paraît tout à fait recommandable comme le pense Küss. Mais il s'en faut qu'elle soit d'exécution toujours aisée quand on a affaire à un petit fragment tuberositaire. Témoin le cas rapporté par J. Giraud où la libération du petit fragment a été très laborieuse et où un premier passage du perforateur a divisé une nouvelle fois le petit fragment.

Enfin il a été publié certains cas où dans une subluxation récidivante du fragment métacarpien il a été pratiqué une arthrotomie avec plicature de la capsule et déplacement de l'insertion du long abducteur, le tout suivi d'un résultat parfait, vérifié un an après (Petrignani).

Dans un autre cas Cotte dut pratiquer l'extirpation de l'apophyse fracturée.

BIBLIOGRAPHIE

Balogh. *Zentralblatt fur Chir.*, n° 11, 12 mars 1932. Luxation dorsale isolée du 1er métacarpien.

Bernardbeig. *Soc. de Chir. de Toulouse*, 25 mai 1934. Bull. de la Soc. *Toulouse Médical* n° 10, 1934. Les fractures du 1er métacarpien. — *Toulouse Médical* n° 17, 1er septembre 1934.

Bonino. *La Chir. degli Organi di mov.*, n° 6 février 1933, Une variété de fracture de la base du 1er métacarpien.

Bouchard. *Gazette méd. du Sud-Ouest*, 15 octobre 1929. Petits arrachements osseux ; petites fractures grosses de conséquences.

Du Bourguet. *Soc. de Méd. militaire française*, 8 déc. 1932, Bull. n° 10, déc. 1932. 3 cas de fracture de Bennett.

Bressot. *Soc. des Chir. de Paris*, Bull. n° 94, 6 juin 1926. Fracture de la base du 1er métacarpien.

Cambresier. *Soc. belge de Chir.*, Annales n° 4, 4 avril 1927. Un cas de fracture de Bennett.

Chastakoff. *Le Sud Méd. et Chir.*, n° 2080, 15 février 1928. Fracture de Bennett.

Coquelet. *Le Scalpel*, n° 17, 25 avril 1931. Fracture de l'extrémité proximale du 1er métacarpien.

COTTALORDA. *Soc. de Chir. de Marseille*, Bull. n° 7, juillet 1929. Fracture de Bennett.

DELAPCHIER et ROEDERER. *Soc. des Chir. de Paris*, 16 décembre 1927. 2 cas de fracture de Bennett.

FRANKE. *Zentrallblatt f. Chir.*, n° 2, 9 janvier 1932. Traitement des fractures et des luxations de la base du 1er métacarpien.

GIRAUD. *Soc. de Chir. de Marseille*, Bull. n° 2, février 1932. Fracture de Bennett ; ostéosynthèse au crin.

GRESSET. *Soc. des Chir. de Paris*, 1er avril 1927, Bull. n° 7, 1927. 1 cas de fracture de Bennett.

HENRARD. *Bull. de la Soc. radiologique médic. de France*, n° 17, 8 avril 1931. Luxation en arrière du 1er métacarpien sur le trapèze.

HUARD. *Bull. de la Soc. de Chir. de Marseille*, n° 3, mars 1930. 2 cas de fracture de Bennett.

IMBERT et COTTALORDA. *Presse Médicale* n° 51, 27 juin 1923. La fracture de la base du 1er métacarpien.

KUSS. *Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chir.*, séance du 17 juin 1931. Rapport sur la présentation de Masini ; à propos de 5 cas de fracture de Bennett.

LEFEBVRE. *Soc. de Chir. de Toulouse*, séance du 27 avril 1934. Bull. de la Soc. Toulouse Médical n° 10, 1934. Un cas de fracture de Bennett.

MAGLIULO. *Arch. di Ortop.*, vol. XLIV, fasc. 3, 1928. Sur l'architecture du 1er métacarpien étudiée radiographiquement.

MAGLIULO. *La Chir. degli Org. di Mov.*, vol. XII, fac. 6, sept. 1928. Les fractures de la base du 1er métacarpien, en particulier du mécanisme de leur production.

MARIQUE. *Arch. Franco-Belges de Chir.*, n° 3, mars 1928. A propos des fractures de la base du 1er métacarpien.

MASINI. *Bull. de la Soc. de Chir. de Marseille*, t. 3, n° 8, oct. 1929. Fracture de Bennett, do t. 4, n° 3, mars 1930.

MASINI. *Bull. de la Soc. nat. de Chir.*, séance du 17 juin 1931. Rapport de Kuss.

MELTZER. *Der Chirurg.*, fasc. 2, janvier 1932, et *Surgery, gynec., obstetric.*, n° 1er juillet 1932. Fracture des phalanges et des métacarpiens. Pell.

PELLEGRINI. *Bull. de la Soc. nat. de Chir.* Séance du 9 nov. 1932. Traitement des fractures des membres par l'achet de forgeron.

PETRIGNANI. Réunion d'orthopédie de Bordeaux, séance du 24 nov. 1932. *Bordeaux Chir.*, n° 4, octobre 1933. Fracture de Bennett.

ROMBACH. *Nederlands Tijdchrifft voor Geneeskunde*, n° 19, 13 nov. 1933. Fracture de la base du 1er métacarpien.

TOURNEUX. *Soc. de Chir. de Toulouse*, 1922, 22 déc. Fracture en Y de la base du 1er métacarpien.

TOURNEUX. *Progrès Médical*, n° 15, 9 avril 1932. La fracture de Bennett.

TRUCHETET. *La Bourgogne Médicale*, n° 3, mars 1932. Appareil à extension continue pour fracture du 1er métacarpien.

Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons (1), par le Dr E. CONTET.

Ce petit précis correspond au programme des *Cours élémentaires d'hygiène, de soins aux malades et de puériculture*, organisés par l'Union des Femmes de France, parallèlement à la préparation au diplôme d'infirmière. Il ne comporte pas d'indications théoriques, mais rien que de la pratique, c'est dire qu'il intéressera également toutes les personnes soucieuses de connaître les soins élémentaires susceptibles d'être appliqués dans n'importe quelles circonstances de la vie courante. L. G.

(1) In-8 de 176 pages avec 72 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 septembre 1934 (1).

Présidents d'honneur : MM. le professeur Achard, le docteur Legry, le professeur H. Vincent ; Président général : M. le professeur Carnot.

Présidents des sections : *Médecine*, M. le professeur Castaigne ; *Chirurgie*, M. Heitz-Boyer ; *Thérapeutique*, M. le professeur Loeper ; *Hydrologie*, M. le professeur Villaret.

Secrétaire général : docteur Balme.

Le congrès de la colibacillose s'est ouvert le 23 septembre dans la belle salle de théâtre de Châtel-Guyon. Près de 600 inscrits avaient répondu à l'appel du comité d'organisation. C'est dire son grand succès.

Sur la scène avaient pris place M. le professeur Levadoux, maire de Châtel-Guyon et président de la Société des Eaux minérales ; M. le professeur Carnot, président général du congrès ; MM. Loeper, Villaret, Heitz-Boyer, Paillard et Baumann.

M. Levadoux prend le premier la parole pour souhaiter la bienvenue aux congressistes, puis M. Paillard apporte les regrets de M. le professeur Castaigne, qui, souffrant, ne peut assister au congrès dont il était l'âme. M. Baumann, au nom de la société médicale, salue à son tour en termes très heureux les congressistes. Enfin le professeur Carnot prononce le discours d'ouverture. M. Balme, l'aimable secrétaire général, apporte enfin quelques renseignements d'ordre pratique qui sont très appréciés.

RAPPORTS

La colibacillose urinaire du nourrisson

MM. R. DEBRÉ et G. SEMELAIGNE

Les auteurs comprennent sous ce nom toute affection dans laquelle on trouve, en abondance, dans les urines du nourrisson, des colibacilles, mélangés ou non à du pus. Ils préfèrent cette appellation intentionnellement vague aux termes souvent employés de pyélonéphrites ou de pyélo-cystites à colibacilles, qui préjugent de notions anatomiques ou pathogéniques qui ne sont pas toujours exactes.

Les auteurs précisent l'importance des soins que l'on doit apporter à l'examen systématique des urines et ils notent la fréquence relative des colibacilloses urinaires (17 pyuries sur 350 urines examinées, Bernheim). La colibacillose est surtout fréquente à partir de 3 ou 4 mois, elle apparaît plus souvent chez les enfants soumis au lait de vache, et plus souvent chez les filles que chez les garçons.

Du point de vue clinique, il faut établir une distinction fondamentale entre la colibacillose urinaire accompagnée d'un faisceau de symptômes caractéristiques et constituant une entité morbide définie, et les colibacilloses secondaires où l'infection des voies urinaires est un épiphénomène silencieux au cours ou dans le décours des processus morbides les plus variés.

Les auteurs notent l'importance d'une période prodromique de troubles digestifs. Ils insistent sur le syndrome clinique connu : fièvre, anorexie, pâleur, signes urinaires, et en décrivent les modalités. Ils discutent ensuite les deux théories de l'infection ascendante et de l'infection descen-

(1) *Association de la Presse médicale française.*

dante et montrent en terminant que la physiopathologie de la colibacillose des nourrissons est loin d'être éclaircie. Les manifestations cliniques par contre sont aujourd'hui bien connues.

Le retentissement hépato-biliaire des infections d'origine intestinale

MM. Marcel BRULÉ et H. GARBAN

Il est surprenant que pendant si longtemps les rapports de causalité qui existent entre les affections chroniques de l'intestin et certains troubles hépatiques ou biliaires soient restés à peu près méconnus, au moins dans leur véritable signification. La coexistence de troubles intestinaux et de troubles hépatiques avait été souvent notée avec des interprétations diverses. Pour Glénard, la lésion du foie était le fait dominant ; pour Gilbert et Lereboullet, les troubles gastro-intestinaux de la cholémie familiale étaient des troubles secondaires.

Bouchard, un des premiers, a entrevu la filiation des troubles morbides.

Les auteurs rappellent les travaux de Loeper, ceux de Pierre Duval et J.-Ch. Roux, et enfin la description qu'ils ont faite eux-mêmes, il y a dix ans, du « syndrome entéro-hépatique », comparable au « syndrome entéro-rénal » de Heitz-Boyer.

Les rapporteurs passent ensuite en revue : les congestions hépatiques, puis les cholécystites ; ils montrent que ces deux manifestations morbides sont souvent associées entre elles et associées aussi à d'autres troubles de même origine intestinale ; ils précisent quelles affections intestinales se compliquent particulièrement de manifestations hépato-biliaires ; ils discutent les éléments du diagnostic de ce syndrome clinique et examinent comment, en particulier, il faut le distinguer de la lithiase biliaire ; ils résument enfin les principales indications thérapeutiques.

L'épreuve thérapeutique aidera souvent à trancher le diagnostic. Traiter seulement les accidents hépatiques, comme on le fait en général, revient à ne s'occuper que des complications d'une maladie et, en négligeant l'affection intestinale, on permet d'apparition de fréquentes récidives.

La thérapeutique du syndrome entéro-hépatique doit évidemment, pour être efficace, s'attaquer surtout aux troubles intestinaux. Un bon régime alimentaire, qui n'est à vrai dire pas sensiblement différent de celui qu'on prescrit à beaucoup d'hépatiques, en reste l'élément essentiel ; mais il importe de savoir qu'un des aliments les plus mal supportés dans ces cas est le lait.

Une grande prudence devra présider au choix des aliments ; on se rappellera que les extraits biliaires, le calomel, les purgatifs salins, même à petite dose, les laxatifs brutaux (et surtout ceux qui contiennent de la phénolphtaléine), les grands lavements, sont tous très mal supportés par ces intestins fragiles. Par contre on utilisera avec avantage les poudres inertes (bismuth ou kaolin), l'huile de paraffine, les mucilages, le soufre pour combattre la stase intestinale ; on aura recours avec profit, pour modifier la flore intestinale, aux ferments lactiques liquides, aux vaccins intestinaux par voie buccale ; comme calmants, les auteurs emploient la belladone, ou même l'atropine, le bromure de sodium, le gardénal, à petites doses réfractées.

Pour traiter la cholécystite chronique, la même prudence sera nécessaire ; les auteurs n'emploient pas le tubage du duodénum, ils redoutent même l'ingestion de préparations contenant du sulfate de magnésie et ont plus volontiers recours à la peptone ou au lacto-sérum pour obtenir un petit drainage de la vésicule ; l'hexaméthylène tétramine, l'oxyquinoléine semblent des antiseptiques utiles et l'huile de Haarlem rend grand service.

Les agents physiques, et particulièrement la diathermie et les ondes courtes, semblent des adjuvants utiles.

Enfin la plupart de ces malades tirent un sérieux bénéfice des cures thermales répétées, telles que celles de Châtel-Guyon, de Plombières, de Vichy, de Brides ; mais ces cures doivent être conduites avec grande prudence chez ces sujets dont l'intestin réagit facilement.

Quant aux indications chirurgicales, elles semblent devoir se restreindre aux cas exceptionnels dans lesquels la radiographie a montré l'existence d'un trouble mécanique de l'évacuation intestinale. Rares aussi sont les cas où une péricholécystite importante, une déformation permanente de la vésicule, gênant son évacuation, devront conduire à la cholécystostomie ou à la cholécystectomie.

L'intoxication d'origine intestinale et ses rapports avec la colibacillose

MM. CHIRAY et LEBON

Les auteurs estiment qu'une toxémie d'origine intestinale nous apparaît comme une entité morbide, bien individualisée et facile à diagnostiquer par le laboratoire et la radiologie.

On ne doit la confondre ni avec les infections entéro-colitiques, ni avec les troubles réflexes, ni avec les déséquilibres primitifs ou secondaires du système vago-sympathique si fréquents dans tous les états colitiques.

Si on les envisage au point de vue de leurs rapports avec la colibacillose, on doit admettre que beaucoup d'états pathologiques classés sous ce nom ne sont que des toxémies. Le terme générique de colibacillose qui tend de plus en plus à englober toutes sortes de manifestations colitiques nous paraît donc un terme impropre qui ne répond pas à la réalité des faits d'observation courante où le colibacille ne joue qu'un rôle secondaire et épisodique.

Si l'on se place au point de vue de la pathogénie des colibacilluries, complication fréquente des colites, il semble indéniable que beaucoup d'entre elles ressortissent à des processus toxémiques et que l'irritation des reins et des voies urinaires par des produits toxiques, excrétés en permanence ou par décharges répétées, soit suffisante pour créer un milieu favorable à la prolifération de saprophytes latents. L'existence du syndrome iléo-typhlo-colique suffit à les situer.

Une autre catégorie de colibacilluries est celles qui compliquent les colites aiguës ou subaiguës, les formes infectieuses des colites ou les formes toxiques comme les colites d'origine amibienne. Leur pathologie est plus discutable, l'essaimage microbien est plus plausible, bien que certains faits semblent l'infirmer. Ici encore, il faut faire la part des rétentions fonctionnelles, de l'élimination intensive des toxines microbiennes, des sensibilisations possibles et des chocs anaphylactiques, ce qui nous ramène près du mécanisme précédent.

Enfin, il est des colibacilluries sur lesquelles le traitement intestinal n'a aucun effet. Ce sont des colibacilluries qui semblent être des infections des voies urinaires, pyélites ou pyélonéphrites d'origines diverses, dilatations du bassinet, coudures des uretères, cystites chroniques, etc., où domine un colibacille semblable à la bactérie pyogène d'Albarran, colibacilluries qui ne semblent avoir aucun point commun avec l'intestin et qui se décèlent facilement par les divers moyens d'examen dont disposent les urologues et par la radiologie.

Il reste enfin les colibacilluries qui sont les véritables colibacilloses. Ce sont des affections graves et relativement rares. Bien que leur pathogénie soit encore obscure, le doute ne semble pas permis quant à l'origine intestinale, surtout lorsqu'on se trouve en présence de colibacillémies consécutives à une infection organique grave qui a pu

annihiler les moyens de défense de la muqueuse, du grêle et du côlon et sidérer la barrière hépatique.

L'indoxylurie au cours des affections intestinales

M. Guy LAROCHE

Le rapporteur fait une étude très complète de l'indoxyluric au point de vue historique, chimique et physiopathologique. Il la complète par les renseignements fournis au cours des cures hydrominérales par les recherches de Paillard et Schneider à Vittel et à Châtel-Guyon.

Ces recherches sont particulièrement intéressantes. « Sans doute, dit M. Guy Laroche, peut-on lutter contre l'indoxylurie dans de nombreux cas par la diététique et les médications variées, mais cela n'est pas toujours aisé, et il y a des cas très rebelles.

Nous sommes convaincus que les cures hydrominérales constituent l'un des moyens les plus puissants pour lutter contre l'ensemble des facteurs qui créent et entretiennent l'hyperindoxylurie. La démonstration paraît être faite pour Châtel-Guyon et les stations vosgiennes.

Cette étude demanderait à être poursuivie dans les stations où sont traités les sujets atteints de troubles digestifs et de maladies de la nutrition. Il est possible qu'on trouve là des indications de cures successives dans des stations à action différente sur le tube digestif.

Nous sommes convaincus — c'était l'opinion de Metchnikoff — que l'intoxication lente de l'organisme par une résorption prolongée de produits toxiques d'origine intestinale est à la base d'un grand nombre de désordres fonctionnels, entraînant secondairement des troubles anatomiques sérieux.

Etudier cet aspect de la question nous entraînerait hors du cadre que nous nous sommes tracé. Nous y faisons allusion seulement pour rappeler l'importance du fait biologique et pour insister sur l'intérêt que les médecins ont à soulever quelques-uns des voiles qui cachent encore l'un des problèmes les plus délicats de la physiologie intestinale. »

Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires

M. R. GOIFFON

De cet excellent rapport, nous extrayons ce chapitre qui résume les étapes d'un diagnostic par les méthodes de laboratoire :

« Quand les signes cliniques ont orienté vers l'hypothèse d'auto-infection ou d'auto-intoxication d'origine intestinale, il est nécessaire de s'appuyer sur des données de laboratoire.

Nous en distinguerons plusieurs étapes.

1° *Ce que le praticien peut faire*, à titre d'orientation provisoire :

a) Faire uriner son malade. — Les urines sont claires ou troubles.

Si elles sont troubles, en acidifier une partie par quelques gouttes d'acide acétique, en alcaliniser une autre par un peu d'ammoniaque. Si le trouble subsiste dans les deux cas, il y a ou microbes, ou cellules.

Filtrer après mélange au talc ; si elles restent troubles, surtout avec ondes moirées par agitation ; il s'agit de microbes (se méfier des leucorrhées). Essayer sur l'urine la réaction des nitrites indiquée plus haut (interprétable seulement si elle est positive).

Sur l'urine claire ou trouble, rechercher l'indoxyle, par HCl et chloroforme.

b) Si le praticien ne peut utiliser le laboratoire, alcaliniser son malade et rechercher sur l'urine fraîche du matin, microbes et nitrites par les procédés exposés plus haut.

c) Poser un papier de tournesol sur les selles ; s'il vire au rouge, il est presque certain qu'il s'agit de fermentations anormales.

2° *Que demander au laboratoire ?*

1er *temps :*

a) *Examen cyto-bactériologique d'urine* (avec sondage chez la femme) pH — dosage de l'indoxyle — Examen frais et par culture, apprécier la quantité de pus.

b) *Examen complet des fèces* (sans régime d'épreuve), l'examen bactériologique est le plus souvent inutile.

2e *temps :*

a) *Analyse d'urine* (de 24 heures) : phénol, indoxyle, scatol. — Urée, acides organiques — Oxalate de chaux — Urobiline et sels biliaires — Albumine — Evaluer la quantité de pus.

b) *Analyse du sang* (accessoire). »

Infections colibacillaires chez l'enfant

M. Georges MOURIQUAND et Mlle Jeanne SCHOEN

La colibacillose est relativement fréquente chez l'enfant, et surtout chez le nourrisson. Elle se traduit par un état scepticémique plus ou moins grave, ou par l'infection de l'appareil urinaire. Cette infection peut se faire par voie sanguine ou par voie ascendante. Elle est favorisée par un terrain déficient, et se voit surtout chez les enfants amaigris, déshydratés, carencés ou à hérédité suspecte (tuberculose ou syphilis). Les symptômes généraux n'ont rien de très caractéristique, et les signes locaux peuvent facilement passer inaperçus. Aussi importe-t-il de pratiquer un examen systématique des urines en présence de toute fièvre inexpliquée. La technique de cet examen doit être très précise, car les causes d'erreur sont nombreuses. L'affection peut évoluer vers la mort dans les formes graves septicémiques ; elle peut guérir rapidement dans les formes aiguës facilement influencées par divers traitements ; mais les formes chroniques, rebelles à tous les traitements, sont fréquentes.

Les thérapeutiques les plus variées ont été opposées à l'infection colibacillaire. Les meilleures peuvent donner des résultats inconstants ou peu durables. En raison de la durée fréquente de l'infection, des troubles dystrophiques qu'elle entraîne, on se préoccupera de maintenir, dans la mesure du possible, l'équilibre nutritif par un régime équilibré (les voies urinaires étant sensibles aux diverses carences), en surveillant la tolérance du tube digestif et en luttant contre ses troubles par les moyens appropriés. Une bonne hygiène générale, un changement climatique, en dehors des poussées aiguës, dans certains cas une cure thermale (type Châtel-Guyon) pourront aider à la guérison.

Dans les formes chroniques, il sera toujours nécessaire de pratiquer une inoculation au cobaye pour voir s'il ne s'agit pas d'une tuberculose rénale « camouflée ». Si cette inoculation est négative, on fera un examen urologique complet pour déceler une malformation des voies urinaires susceptibles d'entraîner la rétention et par suite la chronicité de l'infection.

Les troubles nerveux consécutifs aux maladies gastro-intestinales

MM. LAPORTE, PLANQUE ET LABOUCARIÉ

Les maladies digestives retentissent sur le système nerveux par voie réflexe et par voie humorale.

1° Tous les syndromes ou maladies connus (en particulier ulcères, ptoses, colites, corps étrangers, appendicites chroniques) excitent le système végétatif dans son ensemble.

Les réactions ne sont jamais purement sympathiques ou parasympathiques. Elles sont toujours amphotoniques ;

ces constatations cliniques trouvent un solide appui dans l'anatomie normale et pathologique.

D'ailleurs, il est difficile d'élucider, pour certains retentissements à distances (spasme du pylore, cryesthésie, angoisse en particulier), la part de l'irritation du sympathique ou du parasympathique.

L'*intensité* des réactions végétatives résulte d'une part de la persistance des irritations, de l'autre de l'irritabilité neurovégétative qui est à la base de la constitution émotive.

L'*orientation* des réactions végétatives sur tel organe ou tel système tient à des raisons anatomiques (par exemple irritation directe des branches du vague dans l'ulcère de la petite courbure) ou à des sensibilisations d'organe ou de système. Ces phénomènes de répercussivité sont surtout nets pour l'épilepsie d'origine intestinale.

Ce facteur personnel rend imprévisibles, dans tous les cas, la topographie, la diffusion et l'intensité de la réaction végétative.

2° Le retentissement humoral est différent pour l'estomac ou l'intestin.

Le syndrome neuroanémique paraît lié d'une façon constante à une achylie (congénitale ou acquise) qui entraîne une déchéance hématopoïétique et nerveuse par de vrais phénomènes de carence.

La tétanie gastrique, essentiellement en rapport avec l'intensité des vomissements, paraît consécutive à la déchloruration plasmatique qui entraîne l'alcalose génératrice de spasmophilie.

Ce sont donc là des désordres spécifiques parce qu'ils répondent à une carence définie.

Par contre, les stases intestinales entraînent des troubles nerveux toxiques (syndrome neuropsychasthénique d'où se détache la céphalée — troubles sensoriels) dénués de spécificité. Leur physionomie change peu quel que soit l'étage où siège la stase (duodénum ou angle iliocoecal). Les caractères de cette intoxication, sans cesse entretenue par sa cause, mais sans cesse drainée d'un côté par l'évacuation intestinale, de l'autre par le jeu des émonctoires, est de rester longtemps minime et continue.

3° Il est souvent malaisé d'affirmer l'origine réflexe ou toxique d'un trouble nerveux ou neurocirculatoire.

Certains troubles, par la soudaineté de leur apparition, évoquent indiscutablement un mécanisme réflexe. Par exemple, les signes d'orthostatisme (vertiges, nausées) dans les ptoses, la crise épileptique provoquée par la pression au point appendiculaire.

D'autres troubles, par leur caractère permanent (asthénie), et même progressif (labyrinthotoxies), leur rapport avec la stase, ne font pas douter de leur origine toxique.

Pour d'autres troubles enfin, tels les dyspepsies dites réflexes, tels les phénomènes vasomoteurs (battements épigastriques, crises vasculaires des extrémités), on peut se demander quel est exactement le facteur pathogénique en cause (toxine ou réflexe). Il est fort probable que l'intoxication peut entraîner secondairement des troubles réflexes, — soit que l'intoxication atteigne directement les troncs nerveux à leur connexion avec l'intestin (ainsi le tronc du vague s'imprègne directement, d'après Lœper, des substances issues de la digestion, de substances toxiques introduites dans l'estomac), — soit que l'intoxication, générale cette fois, sensibilise le système nerveux végétatif.

Bactériémies et septicémies colibacillaires

MM. E. VAUCHER et J. KABAKER

Les rapporteurs limitent leur exposé aux points suivants :

1° Conditions dans lesquelles le bacille peut pénétrer dans le sang.

2° Manifestations cliniques de cette pénétration :

Septicémies vraies tout à fait exceptionnelles.

Septicémies ou bactériémies occultes.

1° Les auteurs étudient donc d'abord les conditions dans lesquelles le bacille peut pénétrer dans le sang.

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)
Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contrindication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

INFECTIONS CHRONIQUES
IODASEPTINE CORTIAL
15, Boulevard Pasteur — PARIS —

a) Pénétration du bacille à travers les muqueuses ;

b) Pénétration par les voies lymphatiques ou sanguines ;

c) Autres voies de pénétration sauf l'intestin (suppurations para intestinales, angiocholite et cholécystite suppurées, pyélonéphrite, etc., septicémies puerpérales (Widal et Lemierre), septicémie colibacillaire des grands blessés de guerre (Vincent).

2° Les manifestations cliniques de la pénétration du colibacille sont marquées dans la *septicémie vraie* par des phénomènes généraux graves, par l'apparition de symptômes d'imprégnation toxique, enfin par la présence dans le sang de germes vivants.

Dans les *septicémies associées*, colibacille et autres microbes, le rôle pathogène du colibacille est très discutable.

Le diagnostic de la septicémie à colibacille ne peut se baser sur des constatations cliniques, l'*hémoculture* pratiquée au début de l'accès fébrile peut seule renseigner.

Le pronostic est meilleur que dans les autres septicémies, il est particulièrement bon dans les septicémies consécutives à des gastro-entérites.

Les auteurs terminent par une étude des septicémies occultes qui sont fréquentes. Ils concluent ainsi : il ressort des observations accumulées depuis de nombreuses années que la porte d'entrée des bactériémies et septicémies à colibacille étant intestinale, le traitement préventif de ces infections est au premier chef une thérapeutique intestinale.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

Doctorat d'Etat. — 3. Arbinet. — Etuves improvisées pour la désinfection.

41. Berger. — Contribution à l'étude de l'intoxication au benzol.

46. Bernard. — Recherches sur les perturbations physico-chimiques du sérum sanguin dans le choc opératoire.

31. Bertololy. — Armement thérapeutique contre l'oxyde de carbone dans les établissements industriels.

5. Blumstein. — Etude médico-légale des creux tracés dans le papier par l'écriture au crayon et les caractères de machine à écrire.

27. Borg. — La phrénicectomie. Son mode d'action, ses résultats, ses indications dans la tuberculose pulmonaire.

48. Brill. — Considérations sur les statistiques médicales et leur interprétation.

7. Chaudre. — L'anémie hypochrome chronique dite idiopathique.

49. Crinetz. — Contribution à l'étude médico-légale de l'ostéoporose algique post-traumatique.

50 (de 1933). Dewald. — Un ancien élève de la Faculté de médecine : Villemin. Notice biographique et bibliographique.

32. Fauvé. — Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie.

38. Ferber. — Mort subite de cause pulmonaire chez le nourrisson et le jeune enfant.

42. Feuchter (Mlle). — Contribution à l'étude des pneumoconioses.

23. Fleurent. — Recherches sur la vitesse de la circulation du sang.

39. Gasmann. — Contribution à l'étude de la mécanique respiratoire et des mouvements du diaphragme.

30. Grumbacher. — Investigations médico-légales sur les cas d'incendie volontaire.

19. Grüpper. — Le problème médico-social des aliénés dangereux en liberté.

46 (de 1933). Guéricolas. — Contribution à l'étude de la greffe ankylosante précoce dans le traitement des fractures de la colonne vertébrale sans lésions nerveuses.

6. Haas (Mlle). — Contribution à la localisation des troubles psychiques post-commotionnels (les aphasies, les bradypsychies).

25. Halff (Mlle). — Recherches sur l'ammoniémie. Epreuve de l'ammoniémie provoquée.

4. Hanns. — Une dynastie médicale alsacienne : les Boeckel.

47 (de 1933). Houot. — Etude clinique des inondations péritonéales dans les grossesses extra-utérines.

16. Hubert. — Etude documentaire des ouvrages allemands concernant l'estimation de l'invalidité pour maladie.

40. Israël. — Etude clinique et expérimentale des hémopathies benzoliques et d'une alcucie vraie (absence de globules blancs dans le sang) benzo-staphylococcique.

21 Julien. — Les formes cliniques de l'hydronéphrose à symptomatologie rénale et extra-rénale.

8. Katz. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax bilatéral.

10. Klein (Marc-Moïse). — Le corps jaune de grossesse. Recherches histologiques et physiologiques.

44. Klein (Roger-Auguste). — Contribution à l'étude de la symptomatologie des tumeurs du lobe frontal (apraxie agraphique).

49 (de 1933). Koerber. — Modifications morphologiques et biologiques du sang du receveur après les transfusions sanguines.

52 (de 1933). Leibovici. — Contribution à l'étude de la cholestérine dans les maladies à diathèse « arthritique ». L'intradermo-réaction à la cholestérine.

13. Lévy (Charles). — Contribution à l'étude du traitement des fractures de l'extrémité supérieure du radius.

47. Marx (Jean). — Contribution à l'étude médico-légale et sociale de la contraception.

45. Marx (Martin). — Fernand Widal. Sa vie et son œuvre.

33. Meyer. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du « Missed Abortion ».

44 (de 1933). Moniatte. — De l'utilité des exhumations médico-légales.

43. Ortlieb (Mlle). — Les hypoplasies dentaires. Leur valeur en médecine légale.

34. Piquet. — Asthme et histamine.

36. Rack. — Les questions de survie en médecine légale (survie possible et survie probable).

12. Ranaïvo. — Etudes sur les hyperostoses moniliformes de la colonne dorsale.

14. Ritter. — La radiothérapie des cancers du col utérin. Etude statistique et technique.

18. Rosenzweig. — Contribution à l'étude des paralysies obstétricales des membres inférieurs.

11. Schultz (Mlle). — La transfusion sanguine dans le traitement des broncho-pneumonies du nourrisson.

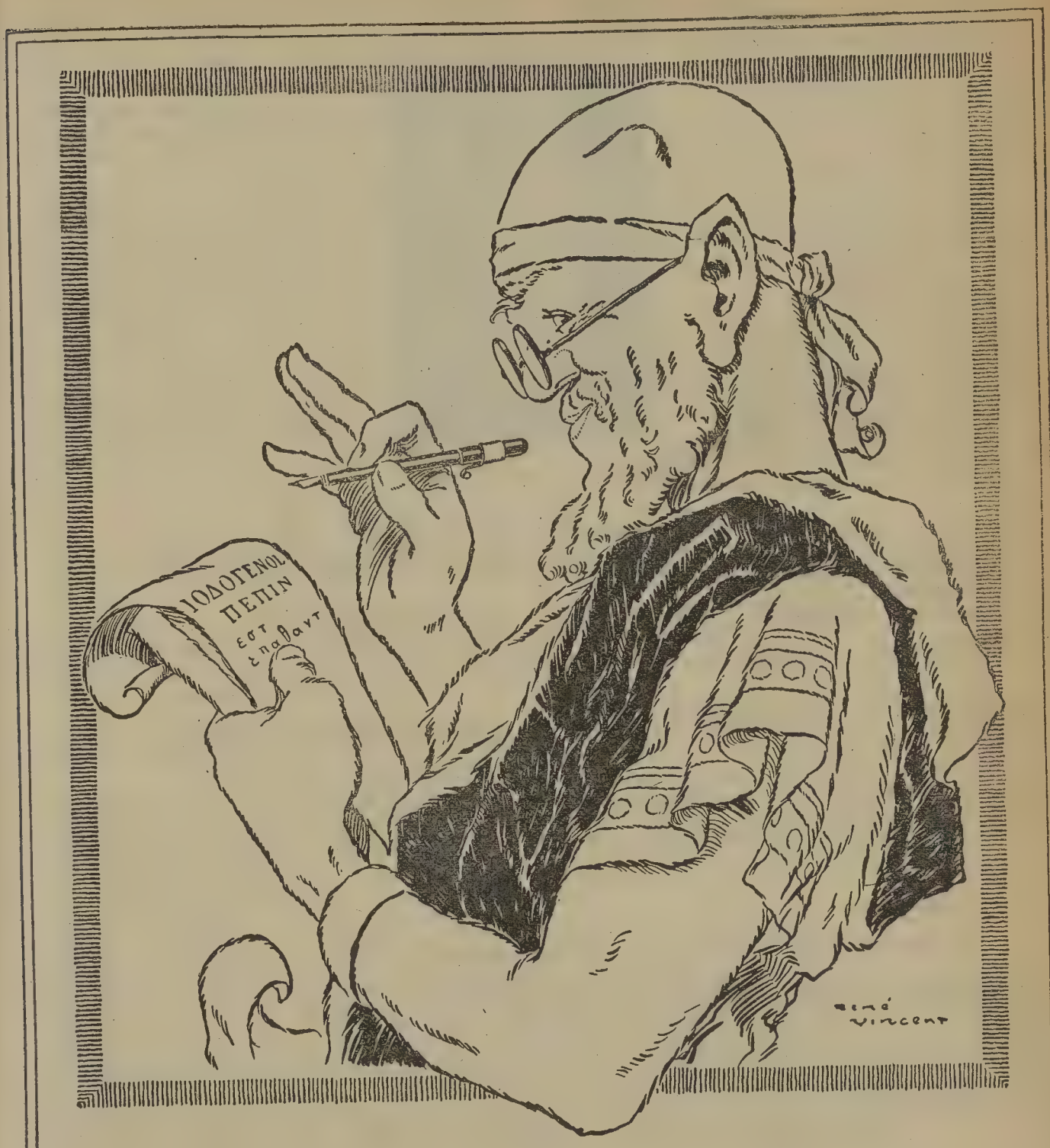
24. Seiter. — L'ionisation en oto-rhino-laryngologie.

1. Spigler. — De la conception pathogénique de l'anémie pernicieuse à la lumière des résultats thérapeutiques récents.

35. Steinmetz. — L'importance de l'invalidité dans les maladies chroniques en médecine sociale.

28. Stoll. — Du métabolisme azoté au cours de l'anurie et de l'urémie par néphrite.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367 ; Montpellier, n° 78, p. 1380.



Iodogénol Pépin

Artério-Sclérose

Lymphatisme

Arthritisme

PÉPIN & LEBOUCQ
30, Rue Armand-Sylvestre
à COURBEVOIE (Seine)

54 (de 1933). THIVOLLE. — Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'anémie secondaire par la transfusion.

51 (de 1933). TUEFFERD. — Contribution à l'étude des ostéoporoses douloureuses post-traumatiques.

20. WALDER. — Contribution à l'étude du mécanisme d'action des médicaments antianémiques.

45 (de 1933). WILD. — Le traitement des hémorragies en oto-rhino-laryngologie.

37. WISSLER. — Contribution à l'étude des troubles psychiques consécutifs aux traumatismes du crâne.

53 (de 1933). ZORN. — Contribution à l'étude de la calcémie dans les troubles du métabolisme du tissu conjonctif dermique.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 17. BASOW. — Contribution à l'étude de l'histogénèse des tumeurs rétiniennes.

22. GOLDBERG. — Plasties du nez après fracture ancienne.

43 (de 1933). KAGAN (Mlle). — De la méthode en neurologie. Considérations générales sur l'œuvre de J. Babinski.

26. ORTIZ. — Contribution à l'étude de la prophylaxie et du traitement des empoisonnements alimentaires.

48 (de 1933). ROUCHDY. — Etude statistique des causes de mort naturelle du nouveau-né. (Considérations médico-légales.)

50. SAVIGNAC. — Contribution à l'étude des greffes de tissus embryonnaires.

9. STREZOVA (Mlle). — Gilles de Rais. Etude médico-légale et psychiatrique.

2. TAI LIEN KIANG. — Contribution à l'étude de la sporotrichose osseuse.

29. TSAI CHÉOU KANG. — L'épidémiologie du choléra en Chine.

15 UNIKOWSKA (Mlle). — Le Service social en clinique ophtalmologique.

51. ZEICHNER. — Le diagnostic des débris cadavériques en médecine légale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1934)

Acide ascorbique (vitamine C) et intoxications. — Mlle EDNA HARDE. — Il semble résulter des observations de l'auteur que l'on peut attribuer à l'acide ascorbique un rôle protecteur dans la résistance contre un certain nombre d'infections et intoxications, surtout celles qui donnent des lésions du cortex surrénal et du tractus gastro-intestinal.

(SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1934)

La vaccination contre la fièvre jaune. — MM. MATHIS, J. LAIGRET et C. DURIEUX envoient une note que présente M. Charles NICOLLE. « La fièvre jaune est vaincue », dit-il en commençant. Il rappelle les étapes successives de la lutte contre la fièvre jaune, et en particulier la constatation, faite par Theiler, que la souris n'est inoculable au virus amaril que si on fait pénétrer celui-ci dans le cerveau de l'animal. Par ce passage, ce virus subit une mutation à la suite de laquelle il ne donne au singe qu'une maladie inapparente, mais ne l'en vaccine pas moins contre l'infection. Partant de ce point de départ, MM. Sellards et Laigret inoculèrent, à Tunis, trois sujets volontaires. Deux d'entre eux présentèrent une réaction sous forme de fièvre jaune très bénigne, et l'on constata par la suite qu'ils étaient immunisés ; le troisième se déroba aux séances ultérieures. Les expériences qui suivirent furent l'œuvre exclusive de M. Laigret, qui parvint, en deux ans, à fixer la technique de la méthode et constata la longue durée de l'immunité qu'elle confère. Cette méthode comporte trois inoculations, à vingt jours d'intervalle, avec des virus vivants atténués. Les vaccins peuvent, étant desséchés dans le vide, être expédiés, moyennant quelques précautions, dans les pays où leur usage est reconnu nécessaire.

Après interventions de M. Mathis, directeur de l'Institut Pasteur de Dakar (vacciné lui-même après M. Laigret), et de M. Nicolle, le gouvernement de l'A. O. F. a chargé M. Laigret d'une mission d'application du vaccin. A la fin de cette mission, trois mille sujets, presque tous de race blanche, étaient vaccinés et immunisés. La vaccination n'a entraîné, en fait, que des troubles insignifiants. L'immunité, prouvée par la constatation des propriétés préventives du sang des vaccinés, est manifeste chez un tiers des sujets après la première inoculation, chez les neuf dixièmes après la deuxième, chez tous après la troisième. Un centre de préparation du vaccin fonctionne à Dakar. Un décret du gouverneur général autorise et, pratiquement, rend obligatoire la vaccination.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1934)

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Léon Bernard, membre titulaire dans la section d'hygiène, et de M. Dinguizli Béchir (de Tunis), correspondant étranger, tous deux décédés pendant les vacances.

Notice. — Il est ensuite donné lecture de deux notices, l'une de M. Portier sur M. Doyon (de Lyon), l'autre de M. Vaquez, sur M. Dinguizli.

Traitement de la lèpre par le bleu de méthylène en injection intraveineuse. — M. MARCHOUX présente une note de M. MONTEL (de Saïgon), qui soigne la lèpre depuis le mois de novembre 1933 par des injections intraveineuses d'une solution de bleu de méthylène médicinal à 1 %. Il fait 18 injections à raison de 3 par semaine de 20, 30 et même 40 cc., sans avoir jamais provoqué d'accidents, puis recommence après 15 ou 20 jours de repos. Les lésions infiltrées se teignent en bleu, alors que les lésions stabilisées restent incolores, mais elles perdent leur coloration au fur et à mesure qu'elles guérissent. M. Montel a soigné 172 lépreux. Il a vu les lépromes s'affaisser, les poussées fébriles s'interrompre, les ulcères se cicatriser, les algies disparaître. La sensibilité est plus lente à revenir. Les bacilles de Hansen se raréfient progressivement dans les rhinites et les biopsies. Aucun autre traitement n'amène une amélioration aussi rapide. Il est sans danger et fait d'une lèpre ouverte une lèpre fermée. Il a un autre avantage, c'est qu'il peut servir à établir le diagnostic.

Vers l'organisation technique du thermo-climatisme social français. — M. MOLINÉRY (de Luchon).

Faut-il ou non combattre la Fièvre ? La Médication antithermique, dans la tuberculose, les fièvres typhoïdes et quelques autres maladies, par le Dr Albert WEIL, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-16 de 100 pages. Prix : 15 fr. Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

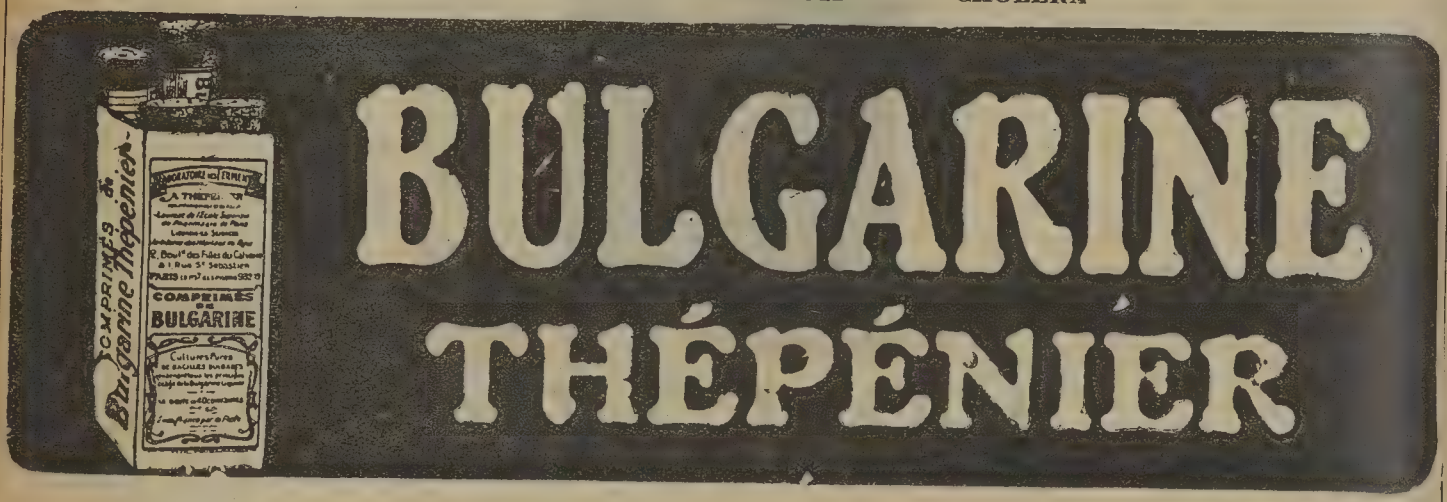
F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



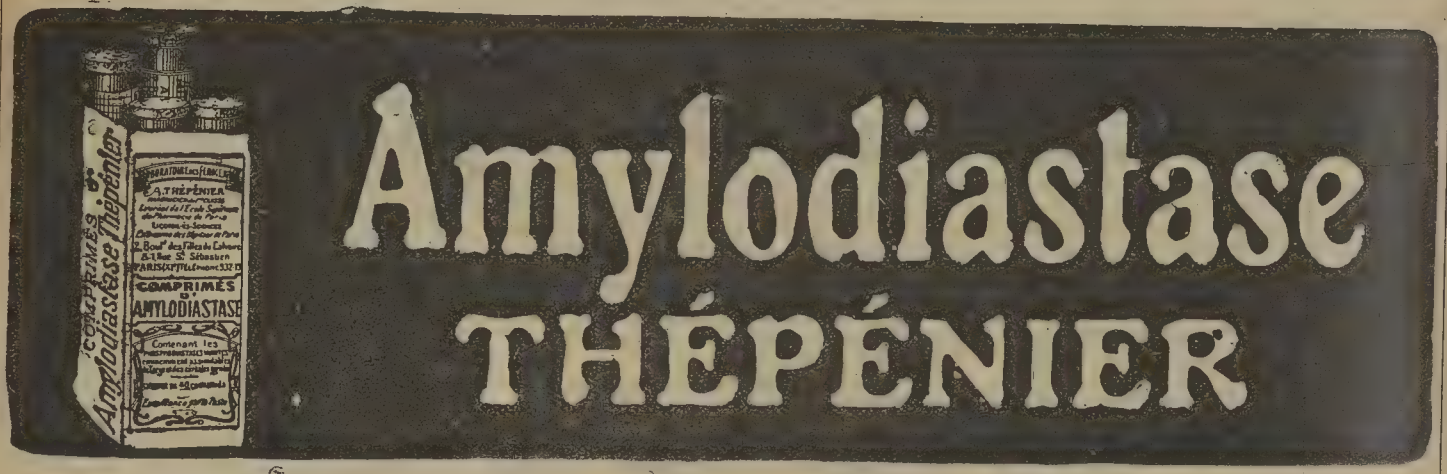
Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 10 OCTOBRE 1934.— N° 81.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

CHIRURGIE ITALIENNE CONTEMPORAINE
A propos de quelques livres récents, par M. le professeur Emile Forgue.

TRAVAUX ORIGINAUX
La sédimentation sanguine. Phénomène colloïdal. Une nouvelle théorie du mécanisme de la sédimentation sanguine (fin) [avec 3 fig.], par M. Av. Iv. Raponsky.

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE. (Compte rendu. Suite.)

CHRONIQUE
Ouverture du XLIIIe Congrès français de chirurgie, par F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des angines aiguës (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Roman, Moindrot, Fumoux, Cros, Magnin (Pierre), Pinet, Didierlaurent, Viallier-Reynard, Vincent, Müller, Boijeau, Ambre, Prost, Chastel, Dumond, Ménéault, Deplante, Doucet-Bon, Mathevon, Gerest, Barut, Leriche, Léger.

Admis à faire des suppléances : MM. Bégule, Galy, Villard, Notter, Favet, Jarricot, Bovier-Lapierre, Chevat, Magnin, Fleix, Blanchard, Godinot, Chavanne (Louis), Lugand, Tardy, Bondet, Delvaux, Coudert, Mougenot, Grandclément, Grumbach, Delbos, Rocher, Dor, Policard, Bonifaci, Bernard, Thory, Massardier.

HOPITAL DE CHANTEUIL. — Le poste de médecin chef de l'hôpital de Chanteuil (Seine-et-Oise) est vacant.

Un concours aura lieu le 22 octobre devant un jury composé de MM. Pruvost, Jacob, Sergent, Milhit, Azerad.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 h. du matin, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — Lundi 22 octobre :

Clinicat médical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 2; — Clinicat thérapeutique médical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1.

Mardi 23 octobre :

Clinicat thérapeutique chirurgical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1.

Mercredi 24 octobre :

Clinicat obstétrical : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 3; — Clinicat gynécologique : titulaire, avec indemnité, 1.

Jeudi 25 octobre :

Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaires, avec indemnité, 1; sans indemnité, 1; — Clinicat chirurgical infantile : titulaire, avec indemnité, 1; adjoint, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de 14 à 16 h., jusqu'au vendredi 19 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine de nationalité française. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Strasbourg. — Un décret en date du 4 octobre rend officielle la nouvelle que nous avons déjà annoncée : M. le docteur Leriche, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, est transféré, à compter du 1er octobre 1934, dans la chaire de clinique chi-

DIGESTION DU LAIT

LAB LACTO FERMENT MIALHE

rurgicale A à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg (chaire vacante : M. le docteur Sorrel, dernier titulaire).

CHRONIQUE

OUVERTURE DU XLIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le 8 octobre a eu lieu avec la solennité habituelle l'ouverture du XLIIIe Congrès français de chirurgie. Ce congrès est présidé cette année par M. le professeur Bernard Cunéo, le vice-président en est M. le professeur Michel (de Nancy).

M. le ministre de la santé publique présidait la séance.

M. Cunéo consacre son discours d'ouverture à *la chirurgie endocrinienne*.

Il fait d'abord un exposé magistral de l'évolution de la chirurgie depuis trente ans. Les principales étapes en sont marquées par les progrès de la technique ; par ceux des moyens d'investigation mis à la disposition de la clinique ; par la confrontation des données anatomo-pathologiques avec la clinique : « Les résultats obtenus avec cette méthode anatomo-clinique sont assez beaux pour qu'il soit utile de la défendre. » Il ne reste pas moins de nombreux problèmes à résoudre.

«.... Dans un travail, modestement intitulé : Quelques objectifs de travail expérimental pour la chirurgie contemporaine, Leriche nous donne en réalité tout un programme de recherches que nous avons tous intérêt à méditer. Il nous montre que nous ignorons presque tout de ce que l'on pourrait appeler la chirurgie des tissus, par opposition à la chirurgie des organes. Cette chirurgie tissulaire domine cependant tous nos actes opératoires puisque ceux-ci se bornent à utiliser les propriétés des tissus et que ce sont les réactions de ces derniers qui déterminent le résultat opératoire, c'est-à-dire la cicatrisation. Voilà précisément un de ces phénomènes que nous trouvons naturels. Cependant, si nous en connaissons parfaitement la morphogénèse, nous ignorons, hormis l'infection, la plupart des facteurs qui peuvent l'influencer et qui font que telle cicatrice sera parfaite, telle autre défectueuse dans sa solidité ou dans son aspect.

« Nous commençons à peine à soupçonner l'action des glandes endocrines sur le tissu conjonctif proprement dit, malgré les données déjà acquises sur le myxœdème thyroïdien et les scléroses parathyroïdiennes. Cette action humorale paraît encore plus active en ce qui concerne ce dérivé du conjonctif qu'est le tissu osseux. Mais, si nous savons que presque toutes les glandes à sécrétion interne sont susceptibles d'agir sur le squelette, nous sommes loin de connaître le mécanisme de cette action. Le rôle des glandes à sécrétion interne dans la pathologie chirurgicale s'accroît d'ailleurs tous les jours. L'origine endocrinienne de certaines arthrites paraît évidente. Il en est de même de certaines altérations vasculaires. L'origine humorale du fibrome utérin est vraisemblable ; celle de l'adénome prostatique à peu près certaine. Je laisse de côté bien d'autres questions comme celle du rajeunissement... »

« .... On sait, d'autre part, les étroites relations du système sympathique et des glandes endocrines. Quelle part faut-il faire dans l'acte opératoire à la résection glandulaire et à la mutilation sympathique qui l'accompagne forcément ?.... »

« Le domaine de la chirurgie s'étendra à mesure que nous connaîtrons mieux la physiologie du sympathique.

« Les interventions sur ce dernier nous fourniront une arme de plus en plus efficace pour agir sur la sensibilité viscérale, les circulations régionales, les fonctions glandulaires et d'une façon plus générale sur la vie intime des tissus et la composition des humeurs.

« Cette chirurgie humorale, nous l'avons inaugurée le jour où nous sommes intervenus sur les glandes endocrines et où nous avons été amenés à examiner les tests pouvant nous renseigner sur les résultats de ces interventions. Une contre-partie indispensable était la recherche des modifications humorales qui pouvaient être simplement le résultat du traumatisme opératoire. Ce traumatisme a été longtemps considéré comme négligeable, abstraction faite des grosses interventions mutilantes susceptibles de produire cet ensemble de phénomènes que l'on désigne sous le nom de shock. Nous savons maintenant que même dans les cas où les suites opératoires n'entraînent aucun trouble clinique appréciable, il n'en existe pas moins des réactions perceptibles à une investigation beaucoup plus fine. La résorption des produits protéiques, dus à la désintégration des tissus, celle des épanchements sanguins ou lymphatiques, des albumines hétérogènes fournies par le matériel de ligature résorbable, déterminent une série de perturbations humorales ou réflexes. Il en est de même de la section ou du simple tiraillement des filets nerveux sans parler de beaucoup d'autres facteurs. Nous connaissons déjà l'hyperazotémie, l'hypochlorémie et même l'hyperglycémie post-opératoires, les modifications de l'oscillométrie, les troubles de la formule hémo-leucocytaire, sans parler des accidents locaux (œdème, troubles vaso-moteurs, etc...).

« Ces notions encore fragmentaires ont besoin d'être complétées. Il faudra dissocier l'effet du traumatisme opératoire de l'action de l'anesthésie, quelle que soit la variété de celle-ci...

« ... Les esprits sont-ils bien préparés à ces nouvelles recherches ? Je n'oserais l'affirmer. »

Cette remarque amène M. Cunéo à envisager l'éducation chirurgicale. Il apparaît à l'orateur qu'un des points essentiels pour l'avenir consiste à élargir les connaissances biologiques du futur chirurgien. L'enseignement de la physiologie doit devenir une des bases de son éducation.

Ainsi se trouve démontrée une fois de plus l'importance de l'expérimentation en chirurgie.

« Nous observons tous en opérant, dit-il, mais en général, nos préoccupations sont orientées dans le sens technique. » M. Cunéo souhaite qu'elles aillent plus loin et il parle de « l'opération, acte expérimental ».

N'est-ce pas une heureuse formule qui trace un vaste programme de recherches pour les centres chirurgicaux ?

En terminant son excellent discours fort applaudi, M. Cunéo adresse un souvenir aux collègues décédés pendant le courant de l'année : Pierre Bazy, Bousquet, Cazin, Delaunay, Denis, Derocque, Dervaux, Desbonnets, Leplat, Meyer, membres titulaires, et Emile Roux, membre d'honneur de l'Association.

Il rappelle aussi les noms des membres étrangers : Alex Blad (de Copenhague), Enrico Burci (de Florence), Coffey (de Portland), Filipowicz (de Varsovie), W. Schaldemose (de Copenhague) et Silberberg (d'Odessa).

Après le compte rendu du secrétaire général, M. Grégoire, le congrès a commencé la discussion des rapports.

F. L. S.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

* *

LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE DE LA CURE THERMALE

uvazine

CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE

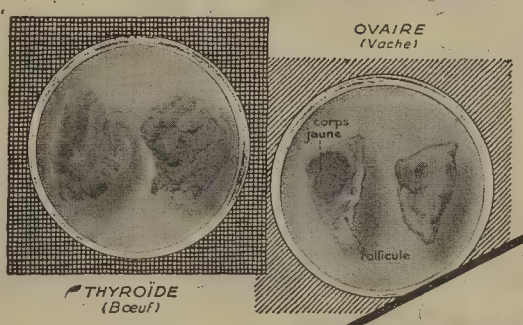
DISSOLVANT DE
L'ACIDE URIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE

GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME

EN TUBES DE
20 COMPRIMÉS
A 0gr,30

EN FLACONS DE
GRANULÉS
EFFERVESCENTS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS_3e



LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) | Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse | Ampoules stérilisées

LABORATOIRES CHOAY _ 48, rue Théophile Gautier _ PARIS (XVIe)

CHIRURGIE ITALIENNE CONTEMPORAINE

A PROPOS DE QUELQUES LIVRES RÉCENTS

Par M. le professeur Emile FORGUE,
Membre correspondant de l'Institut.

On ne saurait, sans parti pris, contester qu'il se produit actuellement, en Italie, pour la chirurgie comme dans tous les domaines, une brillante et importante renaissance. C'est un mouvement de grand progrès, dans les recherches de Laboratoire, dans la précision de la technique opératoire, dans l'équipement et le fonctionnement modernes des services. Il se manifeste par l'apparition actuelle de traités chirurgicaux de premier plan, par un Congrès annuel des chirurgiens où sont présentés des rapports très érudits et judicieusement critiques, par l'activité de réunions chirurgicales régionales dont les sociétés piémontaise et lombarde m'ont paru très laborieuses, par une série de journaux bien composés, qu'alimente une production nationale intense et neuve, très exactement au courant des publications internationales.

Tout cela va de l'avant, animé de cet esprit de jeunesse, de renouvellement, qui est la caractéristique de l'Italie contemporaine. Une connaissance polyglotte très étendue des travaux étrangers, un contact plus direct que chez nous avec les écoles allemandes et américaines, une plus généreuse acquisition par les bibliothèques universitaires, des journaux et livres de toutes langues, et, par-dessus tout, un encouragement plus efficace, venu d'en haut, à l'effort national intensifié : voilà les moteurs de ces progrès.

Je sais bien — et l'âge m'a donné cette expérience — qu'il faut se garder des apparences. Je m'abstiens de tout jugement de fond sur le régime, bien que j'aie beaucoup lu et beaucoup observé en cette matière ; et j'évite sagement de passer, comme certains, de l'injuste dénigrement à l'excès d'admiration. Je me borne à constater que nous voyons ici ce que peuvent produire le rétablissement de l'autorité nécessaire, dans l'Instruction publique dont dépend la formation intellectuelle et morale d'un pays ; la méthode et la continuité des vues concernant l'organisation des grandes Ecoles ; le bon emploi des crédits ; le choix des hommes ; la confiance exaltée dans l'avenir national.

Les livres d'enseignement sont, à cet égard, de précieux indices du niveau et de l'orientation de culture des générations montantes. Dans l'ordre primaire et secondaire, ils sont les bréviaires, par lesquels s'éduque civilement toute la jeunesse d'un pays et dont les leçons peuvent se traduire plus tard, par de considérables événements nationaux ; il y a donc un intérêt majeur à suivre et à comparer ces livres élémentaires de classes. Dans l'enseignement supérieur, ils donnent la mesure des progrès de l'instruction professionnelle, des méthodes de formation intellectuelle, du niveau des études, des objectifs de recherche et de perfectionnement. Les éditeurs sont, à ce point de vue, de puissants diffuseurs de la pensée nationale, des agents très efficaces de propagande ; et il est juste de rendre hommage aux services qu'ont rendus, chez nous, nos grandes maisons d'édition médicale, par la largeur de leurs entreprises, le soin de leur typographie et de leurs illustrations, la qualité artiste de leur forme. Ces mérites du livre français doivent être maintenus et encore accrus ; car, la concurrence étrangère introduit, sur le marché des livres, surtout des livres médicaux, des œuvres magnifiquement présentées.

Voici quelques précis et traités de chirurgie (1), (2) (3), qui viennent de paraître, qui répondent à ce sentiment de production nationale (*fara da se*) et qui font honneur aux Maîtres qui les ont dirigés ou rédigés et aux firmes d'édition italienne qui en ont assuré l'exécution.

A l'occasion de l'anniversaire de la trentième année d'enseignement de notre ami le professeur Alessandri, directeur de la clinique chirurgicale de l'Université de Rome et en dédicace à ce maître, a été rédigé, par une élite de dix-huit chirurgiens italiens, un Manuel de Chirurgie en quatre volumes et six parties. C'est un beau travail d'équipe, enlevé « presto » et avec ensemble. Et la maison éditrice Luigi Pozzi lui a donné une présentation parfaite d'impression, d'illustration, de reliure. Sans doute, comme dans toute rédaction collective, il y a des inégalités, des chapitres plus développés ; mais, la division de la tâche et le choix des collaborateurs ont été si soigneusement observés que l'œuvre garde une unité très satisfaisante ; il faut de la discipline d'esprit pour un résultat semblable.

Le premier volume est consacré à l'anesthésie, aux infections chirurgicales, à la chirurgie des parties molles, des vaisseaux des os, des articulations, aux difformités congénitales des membres, à l'exploration radiologique. A signaler le chapitre écrit par Valdoni, sur la chirurgie osseuse, qui accorde aux dystrophies du squelette et aux tumeurs de l'os, une description, détaillée et actuelle. La partie concernant l'orthopédie est, en général, traitée avec beaucoup de compétence et de précision : on voit que, surtout sous l'influence de Putti, ces questions ont, chez nos voisins, été très exactement étudiées.

Le deuxième volume, dans sa première partie, expose, très convenablement, les maladies de l'oreille, du nez et des sinus de la face, des maxillaires, de la bouche et de la langue, du pharynx, du larynx et de la trachée. La seconde partie, plus intéressante pour la chirurgie générale, contient quatre importants chapitres : thyroïde et parathyroïde ; mamelle ; thorax ; appareil génital. La chirurgie des goitres a été traitée par Ascoli avec clarté et très classiquement. Le chapitre écrit par Paggi sur les parathyroïdes est bref, mais bien à jour. Ascoli expose, nettement, la chirurgie du thorax, du cœur, de l'œsophage, des plèvres : c'est au courant des travaux modernes. La

(1) Alessandri Roberto. *Manuale de chirurgia* en 4 volumes. Dédié au Maître de la Clinique chirurgicale de Rome. Rédacteurs en chef : Baggio, Brancati, Dominici, Gussio. Editeur : Luigi Pozzi, Roma 1934.

(2) Catterina. *L'opération de Bassini*. Traduction française parue chez Alcan, 1934.

(3) Uffreduzzi. *Trattato di patologia chirurgica, generale e speciale*, Torino, 1934.

chirurgie des organes génitaux de la femme est moins largement traitée.

Le tome III contient la *neuro-chirurgie*, qui est l'objet de chapitres bien rédigés, avec développements d'actualité sur la chirurgie des tumeurs cérébrales, de l'hypophyse, de la moelle des nerfs périphériques. Ainsi qu'il convient dans un traité moderne de thérapeutique chirurgicale, la chirurgie du système nerveux végétatif est amplement exposée, en ses diverses applications.

Le quatrième volume est consacré à la chirurgie abdominale. A signaler : un bon chapitre sur les hernies, par le professeur Gussio ; une présentation condensée de la chirurgie du pancréas ; un résumé de chirurgie gastrique par le professeur Baggio, écrit avec sens clinique ; une étude complète et à jour des affections chirurgicales de l'intestin.

Le professeur Uffreduzzi, chirurgien de grande érudition qui a succédé à notre ami Donati dans la direction de la clinique chirurgicale à l'Université de Turin, vient de publier, en deux gros volumes, un traité de pathologie chirurgicale, générale et spéciale. Il a eu, pour objet, comme il le déclare dans sa préface, « de rendre accessible aux étudiants une matière aussi vaste et aussi complexe ». Il ne se dissimule pas la difficulté de l'entreprise et se réserve d'en réviser les lacunes dans les éditions éventuelles. C'est bien dans cet esprit qu'il faut aborder une pareille œuvre ; et c'est la même volonté de perfectionnement successif qui m'a inspiré dans les révisions successives de mon Précis, dont la popularité à l'étranger a été une des plus précieuses récompenses de mon effort d'enseignement. A côté de la quatrième édition italienne de mon Précis, le livre de mon ami Uffreduzzi arrive en concurrence, je préfère dire en action associée ; et je lui souhaite tout le succès que méritent le soin de sa rédaction, la sûreté de ses documents, la qualité clinique de l'œuvre.

Le professeur Catterina, de Gênes, a repris la fameuse monographie de Bassini, sur la technique de la cure radicale de la hernie inguinale. Il vient de publier un livre-atlas, déjà traduit en allemand, et dont les traductions polyglottes anglaise, espagnole et française (celle-ci a paru chez Alcan) vont diffuser, dans le monde entier, la technique exacte, inchangée depuis sa première formule, de l'opération du Maître de Padoue.

Or, si Bassini a eu ce mérite de créer d'emblée le procédé universellement adopté, auquel son nom demeurera à jamais attaché, il est réel, ainsi que l'expose Catterina, dans sa préface, que le texte est insuffisamment illustré, que le détail d'exécution n'est pas assez minutieusement décrit, que les figures surtout anatomiques et schématiques, n'en montrent point toute la précision technique.

C'est cette lacune que vient combler le beau livre, dont le professeur Catterina m'a fait l'honneur, connaissant mon procédé antéfuniculaire, de me demander d'écrire la préface française, de même que Von Eiselsberg et Denk l'ont présenté aux chirurgiens allemands, que Corachon en a écrit l'introduction espagnole et que les frères Mayo en ont préfacé l'édition anglaise.

Seize planches, établies par le docteur Gaigher, de grandeur nature, en couleurs, détaillent et précisent les temps opératoires essentiels du procédé. Ainsi se déroule, devant l'œil du lecteur, un texte qui n'est que la reproduction, développée et commentée par son élève le plus direct (Catterina a été pendant sept ans l'assistant de Bassini) du mémoire fondamental du chirurgien de Padoue. Ainsi l'on est sûr d'opérer selon le rite exact, en donnant à chaque temps sa précision et sa valeur stabilisatrice du résultat de reconstitution des plans. C'est ce que je me suis efforcé de faire pour la méthode antéfuniculaire qui, dans beaucoup de cas, simplifie la technique et peut remplacer le Bassini rétro-funiculaire.

Le nom et l'œuvre de Bassini dominent, comme je le déclarais, il y a deux ans à Turin, à la Société des chirurgiens du Piémont, la contribution italienne à la chirurgie herniaire. Et l'on mesure, par les approbations des plus hautes autorités du Royaume — Roi, Duce, Présidents du Sénat et de la Chambre, — le culte que ce Pays accorde à ses savants et aux bons serviteurs de la Science.

LA SÉDIMENTATION SANGUINE
PHÉNOMÈNE COLLOIDAL

CINQUIÈME MÉMOIRE

UNE NOUVELLE THÉORIE DU MÉCANISME DE LA SÉDIMENTATION SANGUINE [1]

Par M. Av. Iv. RAPONSKY.

Il n'y a pas de théories vraies, il n'y a que des théories fécondes.

BOUTARIC.

La théorie n'est qu'un instrument périssable qui doit être remplacé quand il est usé.

Auguste LUMIÈRE.

La destruction de l'état colloïdal par la floculation détermine la sédimentation et l'accélération de sa vitesse, telle est la conclusion logique de l'ensemble des travaux personnels ou non sur la chute des hématies et des réflexions auxquelles ils nous ont conduit.

Nous considérons que cette nouvelle conception du mécanisme de la sédimentation a une très grande portée, car elle projette sur la réaction un faisceau de lumière qui lui permettra une extension singulièrement favorable à son acceptation par les chercheurs et les cliniciens.

A. **Bref aperçu sur les colloïdes et l'état colloïdal, dans leurs rapports avec la sédimentation sanguine.** — Nous ne saurions prétendre pouvoir traiter en quelques pages cette question si vaste de la colloïdologie. Notre but est beaucoup plus modeste : donner un bref aperçu de l'étude des colloïdes et de l'état colloïdal comme préambule à l'étude du mécanisme de la sédimentation sanguine. Nous ne donnerons que

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 79, p. 1393.

l'exposé des notions essentielles, indispensables à la compréhension de l'hypothèse que nous présentons pour l'explication du phénomène de la chute des hématies.

1° Définition des colloïdes et de l'état colloïdal. — *a)* Les colloïdes sont des matières organiques insolubles (les protides, par exemple) ou inorganiques (le ferrocyanure de cuivre) qui se trouvent *en suspension* dans un liquide moins dense qu'elles-mêmes, grâce à leur état dit *colloïdal*.

b) L'état colloïdal est la propriété de certaines matières, en général organiques, de rester *en suspension* dans un liquide moins dense qu'elles-mêmes grâce à la *répulsion* réciproque due à leur structure spéciale.

c) La structure d'un colloïde peut être schématiquement décrite, d'après la conception d'Auguste Lumière, ainsi qu'il suit :

Un colloïde est « un groupement d'agrégats irréguliers comportant chacun des millions d'éléments moléculaires. Chacun de ces agrégats est porteur d'une charge électrique et se trouve entouré d'une couche extrêmement mince, fixée par un phénomène d'absorption physique, couche qui porte aussi une charge électrique, mais de signe contraire à celle des noyaux granulaires » (44) (voir fig. 1). L'ensemble de ces systèmes constitue ce que Naegeli a appelé des *micelles*.

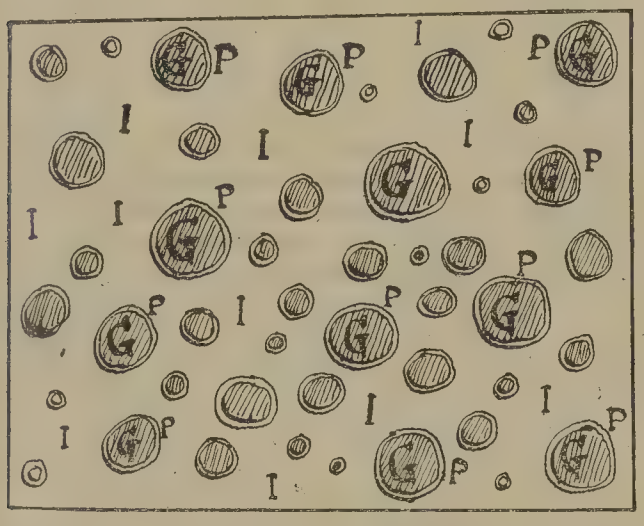


Fig. 1. — *Structure schématique d'un Colloïde micellaire.* — G, granule ; P, couche périgranulaire, dont l'ensemble forme la micelle ; I, liquide intermicellaire. Remarquer l'inégalité de volume des diverses micelles. (En partie d'après A. Lumière.)

Les micelles sont *animées passivement* d'un mouvement que l'on appelle le *mouvement brownien*, par l'agitation continuelle des molécules du liquide dans lequel elles se trouvent en suspension. « Ce mouvement est d'une parfaite irrégularité et l'activité de l'agitation est inversement proportionnelle à la viscosité du liquide intermicellaire et à la dimension des grains. »

« La trajectoire décrite par un granule ainsi ballotté par les molécules liquides présente un enchevêtrement prodigieux dont la fig. 2 ne donne qu'une faible idée » (p. 18).

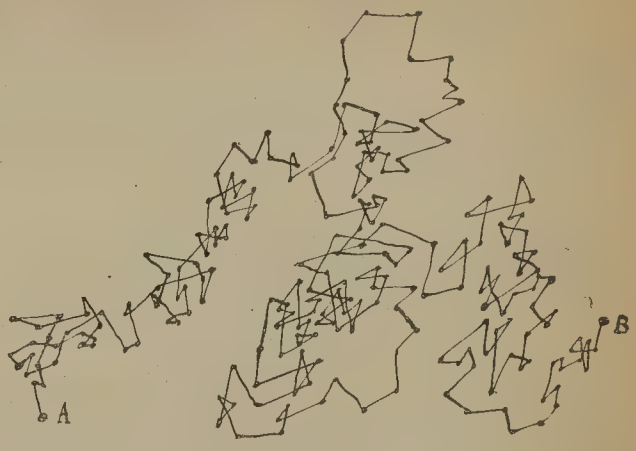


Fig. 2. — *Mouvement brownien.* — Déplacement d'un granule repéré toutes les 30 secondes. (En partie d'après J. Perrin.)

« Dans ce mouvement d'agitation, les micelles sont précipitées les unes contre les autres ; mais dès qu'elles arrivent au voisinage de leur contact, les charges électriques des couches périgranulaires, qui sont toutes de même signe, tendent à écarter les éléments les uns des autres. »

« Ce sont ces phénomènes d'agitation moléculaire et de répulsion électrique qui maintiennent les micelles en suspension permanente dans le liquide, qui les empêchent de se rassembler, qui assurent, en un mot, l'état colloïdal micellaire. »

Tous les phénomènes qui se passent dans le liquide sont liés aux mouvements de ces éléments, aux chocs qu'ils exercent soit contre eux-mêmes, soit contre les parois du récipient, soit contre la surface libre, et aux décharges électriques qui en découlent.

2° Murissement et floculation. — « Lorsque dans l'agitation moléculaire brownienne, le hasard des rencontres veut que deux micelles viennent à être précipitées l'une contre l'autre avec une force suffisante pour contre-balancer l'action répulsive des charges électriques de la couche périgranulaire, les granules parviennent à se rapprocher au point que la cohésion les attache d'une façon définitive : les deux micelles n'en forment plus qu'un avec un noyau granulaire augmenté. »

« C'est par ce processus que les colloïdes abandonnés à eux-mêmes, sans aucun traitement, se transforment d'une façon continuelle, sans pouvoir revenir à leur état antérieur. Les granules grossissent progressivement et on dit que le colloïde mûrit peu à peu, jusqu'au moment où les masses granulaires agglutinées se rassemblent sous forme de flocons. Il y a alors *floculation* et l'état colloïdal est détruit » (p. 23).

L'état colloïdal peut être détruit non seulement par *l'évolution naturelle et irréversible* des colloïdes, mais aussi par l'adjonction de substances en quantité infinitésimale ; il suffit pour cela que ces substances agissent sur la couche périgranulaire en la privant de sa charge électrique. Cette substance étrangère peut être un protide hétérogène, par exemple. Il y a donc une non-proportionnalité des effets aux causes.

(44) Auguste Lumière. *La vie, la maladie et la mort, phénomènes colloïdaux.* — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1928, pp. 16-17.

B. **Floculation humorale. Sédimentation sanguine.** — Au point de vue constitutif, la matière vivante et ses protides sont constituées par des colloïdes micellaires, ou plus exactement se trouvent en état colloïdal.

Comme nous venons de le dire, l'état colloïdal est d'autant plus stable que les micelles qui le constituent sont de petit volume. Plus une micelle est petite, plus grande est la surface relativement à son volume et plus grande est sa force répulsive, c'est-à-dire sa charge électrique. Il y a une tendance des colloïdes vers la floculation d'autant plus grande que prédominent dans le plasma les protides à grosses micelles, c'est-à-dire à petite force répulsive.

On sait, d'autre part, que les micelles des diverses protides ont des dimensions différentes : des trois protides qui entrent dans la composition du plasma, la sérine, la globuline et le fibrinogène, c'est la sérine qui a des micelles du plus petit volume, et par conséquent de haute dispersion. Par contre, les micelles de la globuline et du fibrinogène sont grosses, de faible charge électrique et force de répulsion, donc de basse dispersion.

Il en résulte que la prédominance de la sérine dans le plasma augmente la stabilité colloïdale, tandis que la prédominance de la globuline et du fibrinogène est un facteur de labilisation colloïdale.

Une perturbation de l'état humoral conduisant à un déséquilibre dans la répartition de ces trois protides entraînerait fatalement une instabilité du point iso-électrique, une floculation précipitée des albumines et la destruction de l'état colloïdal.

La vitesse de sédimentation accélérée n'est que l'aboutissement de cette destruction.

***

On sait, depuis les travaux fondamentaux d'Adler (1920) (45), confirmés par un très grand nombre d'auteurs, en particulier par Péters, Bicher, Petschacher, Durand, Frisch, Michels, Deusch, Zaruski, Beltz et Kaufmann, Bringer, von Daranyi, S. Wonsowicz, Achard, Bariety et Codounis (46) et par nous-même qu'il y a un déséquilibre profond de la répartition des protides dans le sérum d'un certain nombre d'affections graves, notamment dans la tuberculose pulmonaire.

Ce trouble est d'autant plus grand que la forme de l'affection est plus grave et l'état général plus atteint.

Le déséquilibre en question est porté, nous l'avons dit, sur l'abaissement du taux de la sérine et l'augmentation de la globuline et du fibrinogène. En d'autres termes, *il y a une inversion du coefficient sérine*

globuline.

Il en résulte une labilisation de l'état colloïdal qui conduit à la floculation. La floculation à son tour entraîne une vitesse de sédimentation accélérée.

Par contre, l'augmentation du taux de la sérine, lors d'une amélioration de la maladie, conduit à un ralentissement de la vitesse de sédimentation sanguine par la stabilisation de l'état colloïdal.

L'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine n'est donc que l'effet de l'instabilité du point iso-électrique des protides et de la destruction de leur état colloïdal par la floculation humorale dans un organisme dont l'équilibre fonctionnel est troublé.

La plupart des facteurs qui influent sur la chute des éléments figurés n'agissent sur celle-ci, croyons-nous, que par l'intermédiaire des colloïdes plasmatiques, par les modifications qu'ils apportent dans la stabilité ou la labilité de leur point iso-électrique et de leur colloïdité. Et ceci nous amène à l'explication de quelques cas particuliers.

C. **Mécanisme de la chute des éléments figurés dans quelques cas particuliers, expliqué par la théorie colloïdale de la sédimentation sanguine.** — Très nombreux sont les cas particuliers de la sédimentation sanguine qui, demeurés antérieurement sans explication plausible, s'expliquent facilement maintenant grâce à la théorie colloïdale sur la chute globulaire : elle nous permet de comprendre certains faits dont nous n'analysons que les principaux. Peu d'auteurs ont songé à étudier ces faits ; en tout cas, personne n'a réussi encore à les expliquer.

1. *Mécanisme de l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine dans les tubes inclinés et déformés.* — Pourquoi, contrairement à toute prévision, la vitesse de la sédimentation sanguine, au lieu de diminuer dans un tube tordu, aminci, ou incliné, s'accélère-t-elle et d'autant plus que ces modifications sont plus accentuées ? On aurait pu penser que la pente produite par les déformations du tube ou son inclinaison devenant un support pour les hématies qui se trouvent immédiatement au-dessus de cette paroi inclinée empêcherait leur libre chute et ralentirait par conséquent leur vitesse ; la chute des hématies obéirait ainsi à la loi physique de Stockes. Or, c'est justement le contraire qui se produit : au lieu d'un ralentissement, l'expérience multipliée et rigoureusement contrôlée nous a constamment montré une accélération de la vitesse de sédimentation.

La théorie colloïdale de la chute globulaire explique facilement ce fait, en apparence paradoxal et incompréhensible.

Nous venons d'établir, en effet, que la rapidité de la floculation et le volume des floculats sont fortement influencés par l'étendue de la paroi du récipient sur laquelle viennent heurter les micelles plasmatiques et les éléments figurés.

Or, c'est précisément cela qui se produit avec la sédimentation sanguine : dans un tube très déformé et incliné, la surface du sédimentimètre étant accrue par rapport au volume du contenu, le mouvement brownien est modifié et accéléré, les chocs entre les micelles et les éléments figurés sont augmentés en nombre et en intensité, par suite de quoi la colloïdité plasmatique est déstabilisée, la décharge électrique accrue, d'où la destruction plus rapide de l'état colloïdal. Cette destruction ou floculation à son tour

(45) *Loc. cit.*, note (10).

(46) Ch. ACHARD, M. BARIETY et A. CODOUNIS. L'équilibre protéinique du sérum dans la tuberculose pulmonaire. Sa valeur pronostic. *Presse Méd.*, n° 93, 20 nov. 1929, p. 1509-1521.

engendre une vitesse accrue de la sédimentation sanguine.

Nous ne nous croyons pas autorisé à prendre cette explication comme définitive : elle n'est évidemment qu'une hypothèse de travail. Il est fort possible qu'il y ait encore d'autres raisons qui interviennent dans le déterminisme de ce phénomène très curieux, et qui nous échappent entièrement pour l'instant. Des expériences sont en cours et doivent être multipliées.

2. *Mécanisme de la modification de la vitesse de la sédimentation sanguine par l'hyperthermie expérimentale et pathologique.* — Inexplicable jusqu'à présent, là encore, l'accélération de la chute globulaire par l'hyperthermie soufrée ou pathologique et son ralentissement par l'hyperthermie hyposulfhydrique trouvent une explication facile dans la théorie colloïdale de la sédimentation sanguine.

a) *Accélération de la vitesse de sédimentation par l'hyperthermie pathologique et expérimentale.* — Au cours de nos recherches sur les variations pathologiques de la vitesse de la sédimentation sanguine, nous avons constamment constaté que, toute proportion gardée : 1° la vitesse de la chute globulaire s'accélère chez les fébricides — la nature et l'intensité de l'affection mises à part — et d'autant plus que l'hyperthermie est plus grande ; 2° l'abaissement naturel ou artificiel de la température chez les malades entraîne un ralentissement de la vitesse de la chute des hématies.

Voici d'ailleurs un exemple qui illustre bien ce fait :

Observation n° 1973. — M. Co..., 40 ans, employé. Tuberculose pulmonaire bilatérale ulcéro-caséeuse, avec très grosse caverne au sommet gauche. Température très oscillante (37°5-39°8). Nombreux B. K. dans les crachats. Légère acrocyanose. Pleurésie séro-fibrineuse en 1913. Etat général déplorable et empirant rapidement.

27 juin 1934. Examiné à jeun, le malade a 39°8 de température. Nous lui faisons une première épreuve de sédimentation sanguine. Immédiatement après le prélèvement du sang, le sujet prend deux comprimés de cryogénine de 0,50 gr. Deux heures après, la température est descendue à 37°9 (le malade étant toujours à jeun, et dans les mêmes conditions par ailleurs). En ce moment, nous lui faisons une deuxième réaction. Voici, consignés dans le tableau ci-dessous, les résultats que nous avons obtenus dans les deux épreuves :

TABLEAU II

montrant le ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine par l'abaissement artificiel de la température pathologique (anticoagulant : Allochrysine à 10 %).

Température du malade.	Dimensions du tube en mm.	Sédimentation sanguine au bout de 15′	30′	45′	60′	1 h. 30	2 h.	4 h.	10 h.	24 h.
39,8	150/1,5	10 %	25 %	47 %	70 %	75 %	80 %	85 %	87 %	90 %
37,9	—	7	18	39	50	60	69	74	80	79

Ce tableau montre que la vitesse de la chute globulaire du malade en pleine hyperthermie pathologique (39°8) est nettement supérieure à celle du même malade dont la température, deux heures après, est devenue presque normale du fait de la prise d'un gramme de l'antithermique cryogénine.

Quant à l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine par l'hyperthermie expérimentale, nous lui avons consacré une étude spéciale (47) que nous avons résumée plus haut. Nous n'y reviendrons pas.

* * *

Comment expliquer cette précipitation si importante de la chute globulaire provoquée par l'hyperthermie expérimentale ou pathologique ?

Pour l'hyperthermie expérimentale notamment, produite par les injections intramusculaires d'huile soufrée, M. A. Lumière et Mlle Sonnery en dissociant l'huile soufrée de la chaleur avaient déjà démontré par des expériences sur le cobaye que *l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine est due à la chaleur et non pas à la substance qui provoque l'hyperthermie* (48). Ce fut un premier point acquis.

Mais comment agit l'hyperthermie pathologique ou expérimentale ? La nouvelle théorie colloïdale sur la chute globulaire nous semble expliquer ce mécanisme.

En effet, par sa température élevée, la chaleur animale déclanche une perturbation humorale, notamment de la répartition des protides plasmatiques et de leur point iso-électrique, qui se traduit par l'abaissement du coefficient $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ et le déplacement des points iso-électriques dans l'échelle des pH.

Ces modifications conduisent à une déstabilisation de l'état colloïdal du plasma d'abord, et à la destruction de cette colloïdité par la floculation humorale ensuite qui se traduit avec l'épreuve de la sédimentation sanguine par l'accélération de la vitesse de la chute des éléments figurés.

A l'appui de cette hypothèse, du reste, nous trouvons un argument dans un travail de Hermann Dold (49). D'après cet auteur, le chauffage à l'étuve à 37°, pendant une demi-heure, accentue les troubles que fait naître le contact des microbes pathogènes avec le sérum de cobaye.

b) *Mécanisme du ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine par l'action in vivo de l'hyposulfite de Magnésium.*— Tandis que le rôle de l'hy-

(47) *Loc. cit.*, note (40).

(48) A. Lumière et Mlle Sonnery. Vitesse de sédimentation et hyperthermie. *C. R. de la Soc. de Biol.*, t. CXII, 1933, p. 1414 et suivantes. *Avenir Méd.*, XXXIe année, n° 4, avril 1934, p. 127.

(49) Hermann Dold. *Arch. f. Hygiène*, Bd 89, 1920, pp. 100-129.

perthermie soufrée est dans la labilisation d'abord, la précipitation de la floculation ensuite de l'état colloïdal, floculation qui engendre une accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine, l'action de l'hyposulfite de magnésium sur l'état humoral de l'organisme est double : hyperthermique et antichoc, destructif par l'hyperthermie et protecteur de l'état colloïdal par ses propriétés d'antichocs (destruction des floculats). Le rôle protecteur étant dominant, il en résulte en fin de compte, un ralentissement de la vitesse de la chute globulaire.

c) *Mécanisme de l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine par la digestion.* — L'accélération de la vitesse de la chute globulaire par la digestion et en particulier par les aliments non tolérés par certains hépatiques, par exemple, doit être expliquée également par la floculation activée par le passage, dans la circulation générale, des protides hétérogènes provoquant en même temps un déséquilibre organique et fonctionnel.

***

De la même façon, peuvent être expliqués, par la théorie colloïdale de la sédimentation sanguine : le ralentissement de la chute globulaire par la tuberculine in vivo et in vitro, par l'action in vitro de l'eau distillée, par le régime alimentaire et la thérapeutique adéquates ; et l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine par le régime alimentaire et la médication intempestifs.

On voit par cette brève énumération combien est aisée l'explication du rôle modificateur d'une foule de facteurs qui agissent sur la sédimentation sanguine, alors que ce rôle ne trouvait jusqu'à présent aucune explication satisfaisante.

En proposant cette nouvelle théorie du mécanisme de la sédimentation sanguine, nous sommes loin de penser qu'elle explique *tous les cas* de modification de la vitesse de la chute globulaire *sans exception aucune*.

Nous savons très bien, et nous croyons l'avoir démontré dans nos publications antérieures, qu'il y a des cas de modification de la vitesse de sédimentation due à des facteurs différents de la floculation humorale. C'est par exemple le moindre ralentissement de la vitesse dans un grand sédimentimètre par rapport à un petit, cas particulier sur lequel nous allons insister, en raison de son importance dans le choix du sédimentimètre.

MÉCANISME DES VARIATIONS DE LA VITESSE DE SÉDIMENTATION AVEC LA LONGUEUR DES TUBES

Par définition même de la notion de sédimentation, il n'y a qu'une seule *cause* de la sédimentation sanguine, c'est le poids spécifique plus grand des éléments figurés du sang par rapport à celui du plasma qui les tient en *suspension*.

Ainsi, la chute des hématies ne fait qu'obéir à la loi que Stockes formula dès 1850 sur la chute des corps sphériques dans un liquide, loi qui est vérifiée expérimentalement (50).

Si le sang ne sédimente pas in vivo à l'état normal, c'est que la colloïdité du sérum tient les éléments figurés en *suspension*. Si cet état d'équilibre colloïdal vient à être rompu, c'est-à-dire détruit, le poids spécifique des éléments figurés vient tout de suite jouer son rôle : plus lourds que le plasma, les globules sanguins tombent au fond du récipient, — à condition naturellement que le sang soit préalablement rendu incoagulable...

Il s'agit ici de savoir pourquoi, dans les mêmes conditions (aussi bien pour les petits que pour les grands tubes) et avec le même sang, la vitesse de la chute des hématies, égale durant les quinze-trente premières minutes de l'évolution de la sédimentation sanguine, se ralentit progressivement dans la suite, et d'autant plus que le tube est plus petit.

Une expérience nous permettra d'éclaircir la question et de préciser, en outre, le rôle exercé par la longueur du tube sur la vitesse de la sédimentation sanguine.

Disons d'abord que l'évolution de la sédimentation peut être divisée, du point de vue qui nous intéresse, en deux phases principales : *phase de suspension* et *phase de superposition des éléments figurés*.

Sous la dénomination *phase de suspension*, comme le terme lui-même l'indique, nous entendons la période de l'évolution de la chute globulaire pendant laquelle les éléments figurés sont suspendus dans le plasma. Durant cette phase, la chute des hématies (plus lourds que le plasma) est libre ; les globules ne sont pas gênés par ceux qui sont au-dessous d'eux. C'est donc la phase de la *libre chute des éléments figurés*.

La deuxième phase de la sédimentation sanguine est caractérisée par la superposition des éléments sanguins tombant vers le fond du récipient. Ceux-ci ne sont plus libres dans leur chute par suite de la gêne que leurs voisins sous-jacents leur font subir.

A priori et par réflexion, il est à supposer que : 1° la vitesse de la sédimentation sanguine est la même dans les grands et les petits tubes pendant la phase de suspension et inégale pendant la phase de superposition ; 2° le volume, la forme et les poids spécifique et global des éléments figurés du sang doivent jouer un rôle important dans le déterminisme de la vitesse avec laquelle tombent les éléments sanguins. Nos multiples expériences confirment cette hypothèse (51).

Ceci dit, prélevons du sang d'un sujet quelconque, rendons-le incoagulable suivant les procédés habi-

(50) Rappelons que la loi de Stockes se résume dans la formule suivante :

$$V = \frac{1}{2} g \frac{D - d}{n} r^2,$$

où g = accélération de la pensanteur ; D = densité des sphères ; d = densité du milieu ; n = constante (frottement intérieur) ; r = rayon des sphères.

(51) Av. Iv. Raponsky. La sédimentation sanguine, phénomène colloïdal. Influence de la longueur, du calibre, de la forme et de la position du sédimentimètre sur la vitesse de la sédimentation sanguine (troisième mémoire). *Lyon Méd.*, LXVIe année, t. CLIV, nos 38, 39 et 40 des 23 et 30 sept. et 8 oct. 1934.

tuels et répartissons-le dans trois tubes de même calibre, mais de *hauteurs différentes*, et suivons l'évolution de la sédimentation.

Pour bien suivre cette évolution de la chute globulaire dans ces trois tubes, il faut envisager successivement ses différentes phases : les éléments sanguins en suspension dans le plasma, les éléments sanguins se rapprochant en tombant d'abord, se superposant ensuite et enfin *se tassant* les uns les autres (V. fig. 3).

1. *Phase de suspension.* — Ne rencontrant qu'un obstacle minime de la part du plasma et obéissant à la loi de la pesanteur, les éléments figurés tomberont librement tant qu'ils ne se rapprocheront pas les uns des autres. La chute globulaire sera par conséquent la même en un temps donné, *tant que les éléments sanguins ne se rejoindront pas.*

Voilà donc pourquoi la vitesse de sédimentation est la même pendant les premières quinze-trente minutes, indépendamment de la longueur du tube où s'effectue la chute des hématies.

2. *Phase de superposition.* — Puis les globules, poursuivant leur mouvement descendant, arrivent à un moment donné (variable suivant une foule de facteurs inhérents ou non au sang lui-même, facteurs que nous avons précisés dans nos publications antérieures) à se *rapprocher*, et ensuite à se *superposer*. Il en résulte un *obstacle à leur libre chute ;* ils vont donc *ralentir* leur mouvement vers le fond du récipient. En d'autres termes, *il en résultera un ralentissement de la vitesse de sédimentation.*

* * *

Jusqu'ici n'intervenait dans la chute des éléments figurés que leur poids spécifique, tout autre facteur touchant la forme et le volume mis à part.

A partir de ce moment, en plus du poids spécifique, par le fait de la superposition des globules, vont entrer en action leur volume, leur forme et leur poids sur chaque globule considéré séparément.

Examinons la figure 3.

Nous sommes à la deuxième phase de la chute des éléments figurés. Cependant, la sédimentation sanguine continue. Les éléments figurés sont superposés et, pour que la chute globulaire ait lieu, deux conditions au moins sont indispensables : capacité d'aplatissement des globules sanguins ou plutôt *réductibilité de leur volume* et *écrasement de leurs aspérités* qui s'émoussent par suite de la compression mutuelle.

Nous devons donc admettre qu'il y a, lors de cette phase, une réduction de volume des éléments figurés, en même temps qu'une adaptation. Il est facile de déduire que cette adaptation des formes est d'autant plus grande que les éléments soumis à la pression sont plus petits et que leurs formes sont plus régulières, plus géométriques.

De sorte que, en définitive, *il y a un ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine.*

Mais si nous faisons intervenir maintenant un quatrième élément, *la longueur du tube*, que se passera-t-il ? Il est évident qu'*une plus grande colonne de sang implique un plus grand poids total des éléments figurés.* Chaque globule sanguin se trouvant au-dessous de ses voisins supporte, en plus de son propre poids spécifique, le poids de ces derniers, de sorte

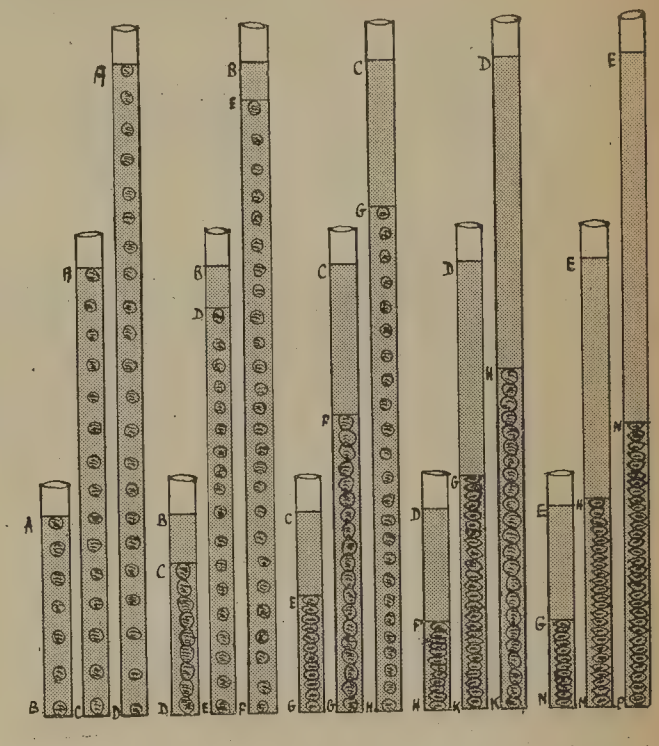


Fig. 3. — *Différentes phases de l'évolution de la sédimentation sanguine s'effectuant dans trois tubes verticaux de même calibre et de longueurs très inégales.* — AB, hauteur de la colonne de sang du premier tube ; AC, hauteur de la colonne de sang du deuxième tube ; AD, du troisième tube. AB<AC<AD... (1). BC=BD=BE... (2) ; CE<CF=CG... (3) ; DF<DG<DH... (4) ; EG<EH<EN... (5), formules montrant respectivement le rapport entre la vitese de la sédimentation sanguine (V.S.S.) à la fin de la 1re, de la 2e, de la 3e et de la 4e phase de la chute des hématies dans les trois tubes.

La formule (1) montre l'inégalité des trois colonnes de sang total du 1er, du 2e et du 3e tubes.

La formule (2) montre l'égalité de la V. S. S. des trois tubes à la fin de la première phase de la chute globulaire, phase de suspension, donc de libre chute pour les trois tubes, d'où cette égalité de la V.S.S.

La formule (3) montre l'inégalité entre la V.S.S. du 1er et du 2e tubes d'une part, et l'égalité entre celles du 2e et du 3e tubes, à la fin de la deuxième phase, phase de superposition pour le premier et de suspension pour le deuxième et le troisième tubes.

La formule (4) montre l'inégalité de la V.S.S. des trois tubes, à la fin de la phase de superposition pour le 1er et le 2e, et de suspension pour le 3e tube.

La formule (5) montre l'inégalité de la V.S.S. des trois tubes à la phase de superposition pour tous les tubes.

La formule DF=EG montre l'égalité de la V.S.S. du 1er tube pris dans les deux dernières phases de l'évolution de la V.S.S. : le tassement des éléments figurés dans ce tube a été fini dès la 3e phase.

Ce schéma montre que :

1. La vitesse de la sédimentation sanguine est la même pour les petits et les grands tubes pendant que les globules sanguins restent en suspension dans le plasma (1re phase).
2. La superposition et la résistance au tassement des éléments figurés étant une gêne pour leur libre chute, agissent dans le sens du ralentissement de la V. S. S. ; la pesanteur et la pression exercée sur chaque globule, la forme géométrique, le petit volume et la capacité de réductibilité des éléments figurés agissent dans le sens contraire. La résultante de ces deux forces opposées est un ralentissement de la V.S.S., ralentissement qui est plus petit dans les grands tubes à cause du plus grand poids global des éléments figurés.

En d'autres termes, *la vitesse de la sédimentation sanguine augmente avec la longueur du sédimentimètre.*

qu'il subit une pression d'autant plus forte que le nombre des éléments superposés est plus grand, — *nombre qui est fonction de la longueur de la colonne de sang.* Par conséquent, *cette réduction de volume et cette adaptation des formes sont d'autant plus grandes que le tube est plus grand. Il en résultera donc, pour les petits tubes, un ralentissement de la vitesse avec laquelle tombent les éléments sanguins, ralentissement d'autant plus grand que les tubes sont plus petits.*

Conclusions sur le rôle de la longueur du sédimentimètre dans les variations de la vitesse de la sédimentation sanguine. — De l'ensemble de l'étude sur le mécanisme du retardement de la vitesse de la sédimentation sanguine plus grand dans les petits tubes que dans les grands, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

L'évolution de la sédimentation sanguine s'effectuant dans un sédimentimètre comporte deux phases:

1. *Phase de suspension des éléments figurés dans le plasma sanguin.* Pendant cette période de libre chute des éléments figurés, la vitesse de la chute globulaire est la même dans tout tube, grand ou petit. Les éléments figurés étant suspendus, la hauteur de la colonne de sang n'intervient pas dans la chute globulaire.

2. *Phase de superposition des éléments figurés dans le plasma sanguin.* Par suite de la capacité de réductibilité volumétrique des éléments sanguins, de leur adaptation par écrasement des aspérités et du poids global des éléments sus-jacents, il se produit un ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine. Ce ralentissement sera d'autant plus petit que la capacité de réduction du volume, l'adaptation des formes et la longueur du sédimentimètre sont plus grandes.

En un mot, le ralentissement de la vitesse de la sédimentation sanguine, égal pendant la phase de suspension, est inégal pendant la phase de superposition; ce ralentissement est d'autant plus grand que le tube est plus petit.

CONCLUSIONS GENERALES SUR LA THEORIE COLLOIDALE DE LA SEDIMENTATION SANGUINE

Pour expliquer *le mécanisme intime* de la sédimentation sanguine, dans l'immense majorité des cas tout au moins, nous proposons *l'hypothèse de travail* suivante :

La sédimentation globulaire se fait avec tous les sangs normaux et pathologiques : elle est intimement liée à l'évolution normale ou précipitée des colloïdes micellaires vers la floculation. La stabilité relative de la sédimentation normale s'explique par l'uniformité des micelles des protides correspondantes, par leurs propriétés générales et, en particulier, par la stabilité relative du point iso-électrique pour chaque protide prise séparément.

L'accélération de la vitesse de sédimentation à l'état physiologique ou pathologique est provoquée par l'instabilité du point iso-électrique, le trouble apporté dans la répartition des protides dans le plasma et par l'évolution précipitée de ces colloïdes micellaires vers la floculation, terme ultime de l'état colloïdal.

En un mot, *la destruction rapide des colloïdes par la floculation est la clef de l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine.*

La plupart des facteurs qui influent sur la chute des éléments figurés n'agissent sur celle-ci que par l'intermédiaire des colloïdes plasmatiques, par les modifications qu'ils apportent dans la stabilité ou la labilité de leur point iso-électrique et de leur colloïdité.

C'est ainsi que les sédimentimètres déformés ou inclinés fournissant aux chocs répétés des colloïdes micellaires une surface de résistance accrue, le soufre et les ondes courtes, par l'hyperthermie qu'ils produisent sur l'organisme, la digestion du lait chez les hépatiques par le passage dans le courant circulatoire des protides hétérogènes, l'émotion, la fatigue, la maladie et ses complications ou aggravations, le tropique par sa chaleur, etc..., déstabilisent le point iso-électrique des protides, labilisent l'état colloïdal et précipitent la floculation humorale qui conduit à l'accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine. Au contraire, les substances antichocs — comme l'hyposulfite de magnésium, — la tuberculine, la thérapeutique efficace, le repos, l'amélioration ou la guérison du malade stabilisent le point iso-électrique et l'état colloïdal et amènent un ralentissement de la chute des éléments figurés.

Telle est l'explication du mécanisme de la sédimentation sanguine qui nous semble découler de l'ensemble des longues recherches personnelles ou non sur le phénomène de la chute des hématies, et des réflexions auxquelles elles nous ont conduit.

C'est la seule théorie qui explique de façon satisfaisante la grande accélération de la vitesse de la sédimentation sanguine, dans certains états pathologiques, tels que la tuberculose, le cancer, la syphilis, le rhumatisme chronique, la maladie de Hodgkin, les affections nerveuses et mentales, les états fébriles, etc... Dans toutes ces affections, l'équilibre protéinique, donc colloïdal, est troublé, surtout dans leurs formes graves, qui correspondent à une vitesse de sédimentation sanguine particulièrement accélérée.

***

Dans l'ensemble de ce travail qui, pour certains, paraîtra un peu long, scrutant pour une dernière fois la part de chaque facteur modificateur de la chute globulaire et synthétisant leur rôle, nous avons cherché à dégager le *mécanisme intime* du phénomène de la sédimentation sanguine.

L'originalité presque intégrale d'une partie du sujet (par exemple, l'influence du sédimentimètre sur la vitesse de la chute des éléments figurés) ne nous a pas permis de le traiter d'emblée d'une façon suffisante et complète ; l'exposé de problèmes aussi nouveaux que vastes et complexes ne peut être à l'origine qu'une ébauche dont les facteurs, tout d'abord vagues et imprécis, acquièrent peu à peu une netteté et une justesse plus grandes.

Bien que les idées exposées dans ce mémoire reposent sur un nombre considérable d'expériences rigoureuses et d'observations accumulées, nous sommes loin de penser que la théorie que nous proposons aujourd'hui sur le mécanisme de la sédimentation sanguine soit définitive. L'étude de la chute des éléments sanguins est si vaste, si complexe et si obscure pour l'instant, que personne ne saurait prétendre, à l'heure actuelle, formuler, quant au mécanisme de la sédimentation, une théorie définitive et immuable.

Cependant, le moment est venu, croyons-nous, de rassembler les faits déjà précisés et de marquer ainsi une nouvelle étape de l'évolution de l'*hémosédimentologie*, évolution si rapide qu'elle exigera forcément encore par la suite des mises au point successives.

Que le lecteur nous permette de terminer ce long exposé par l'admirable phrase de mon Maître, l'éminent biologiste-philosophe lyonnais Auguste Lumière: *« Comme toute œuvre humaine, la vérité scientifique n'est jamais absolue, elle est toujours revisible comme la science elle-même tout entière dont le dynamisme est la raison d'être »*.

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 septembre 1934 (1).

RAPPORTS

L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques

M. P. Desgeorges

Quelques-uns des innombrables colibacilles qui vivent dans l'intestin à l'état d'hôtes habituellement inoffensifs peuvent, chez certains sujets, franchir la muqueuse et par les canaux lymphatiques et le canal thoracique pénétrer dans la grande circulation d'où ils s'éliminеront par les reins et le foie.

C'est cette colibacillémie à point de départ intestinal, plus ou moins intermittente et passagère, mais chroniquement renouvelée, qui constitue véritablement la colibacillose dont il est si souvent question aujourd'hui.

Telle est du moins la conception que depuis 1922 l'auteur s'efforce de faire prévaloir.

La colibacillose relève d'un germe peu virulent, du quasi-saprophyte qu'est le colibacille intestinal. C'est pour cela qu'elle évolue presque toujours à bas bruit, est si rarement décelée par l'hémoculture et a été si longtemps méconnue.

Infection sanguine, réalisée par un germe toujours à pied d'œuvre se poursuivant en de nombreux cas pendant la plus grande partie de l'existence, la colibacillose est susceptible d'affecter à la longue la plupart des organes, des systèmes et des fonctions.

Puissamment hypercholestérinisante, la colibacillose est aussi oxaligène et alcalosante.

Elle joue un rôle prépondérant dans la pathogénie des infections banales de l'appareil urinaire : pyélites, pyélonéphrites, et cystites.

Il ne lui revient pas une moindre part dans la genèse des affections biliaires. Elle est cause commune d'hépatite et est à l'origine de la plupart des cas de cholécystite tant lithiasique que non lithiasique.

Son rôle est considérable en gynécologie.

Il est immense en endocrino-sympathologie. Toute une série de troubles endocrino-sympathiques généralement considérés comme primitifs sont en réalité la conséquence de la colibacillémie à point de départ intestinal.

La colibacillose est facteur fréquent d'hypotension artérielle, de nervosisme et de dépression, de lumbago, de céphalée et de migraine. Elle est susceptible de réaliser dans tous ses détails le syndrome neurasthénique.

Elle est facteur possible d'asthme et de phlébite. Elle commande la pathogénie de la cellule.

La colibacillose est cause fréquente de fièvre : ascensions thermiques brusques et passagères, états fébriles légers et interminables.

Bien des états morbides soi-disant primitifs, bien des affections que l'on a l'habitude de considérer comme autonomes ne représentent en réalité qu'une des étapes, un des aboutissements de la colibacillose.

La colibacillose est la plus répandue des maladies.

Elle constitue une des infections les plus importantes de la pathologie.

Les localisations génitales du colibacille chez l'homme

MM. E. Chauvin et Jean Piéri

Les rapporteurs n'envisagent que les localisations primitives du colibacille sur l'appareil génital. Ils laissent de côté, en particulier : 1° toutes les infections à colibacilles consécutives à la blennorragie et dans lesquelles ce microorganisme n'intervient qu'au titre d'infection secondaire ; 2° les complications génitales des infections vésico-rénales évidentes, telles que les orchites des urinaires.

Après avoir fait une étude d'ensemble sur les atteintes colibacillaires de l'appareil génital chez l'homme, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

I. Leur fréquence et leur importance sont beaucoup plus grandes qu'il n'était classique de l'admettre il y a quelques années à peine.

II. Leur origine pourrait être externe, et l'on pourrait voir quelques urétrites primitives par contagion ; exceptionnelles en tous cas, et mises en doute par bien des auteurs.

III. Elles sont ordinairement endogènes, à point de départ le plus souvent intestinal. La propagation à l'appareil génital peut se faire, soit par la voie sanguine, soit par la voie urinaire descendante. L'importance respective de ces deux voies, encore discutée, paraît être différente suivant l'organe considéré.

IV. A part quelques atteintes testiculaires et quelques rares urétrites, il semble que la lésion initiale siège ordinairement dans la prostate ou dans les vésicules séminales qui paraissent constituer, entre la colibacillémie ou la colibacillurie d'une part, et l'infection des organes génitaux, un relais presque indispensable selon l'opinion de Rowsing.

V. La prostato-vésiculite devient donc la lésion essentielle de la colibacillose génitale.

Elle est à la base des épididymites et surtout de leurs formes récidivantes.

Elle est le point de départ des écoulements urétraux dans la plupart de leurs formes chroniques ou à rechute.

Elle est peut-être la cause de certains troubles généraux parfois tenaces et graves qui peuvent simuler la tuberculose, ou de troubles digestifs chroniques.

Son importance pathologique s'avère chaque jour plus grande.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 80, p. 1416.

VI. C'est donc la lésion prostato-vésiculaire qu'il faut soigner essentiellement dans les formes rebelles. La destruction diathermique des diverticules intra-prostatiques et le lavage des vésicules, nous apportent pour ces traitements toujours délicats, difficiles et longs, des moyens nouveaux qui nous ont paru efficaces, et dont l'usage nous dira, seul, la valeur réelle.

Colibacillose et gynécologie

M. André GUILLEMIN

En dehors de la grossesse, la notion de colibacillose a acquis droit de cité en gynécologie depuis quelques années. L'auteur rappelle que dès 1920, son maître, le professeur Vautrin groupait les affections génitales à point de départ intestinal en un syndrome qu'il dénommait « entéro-génital ».

Rappelant brièvement les notions pathogéniques connues, l'auteur montre que toutes modifications dans le transit intestinal, soit par ralentissement et constipation atonique ou spasmodique, colopathie spasmodique muco-membraneuse (Dumont) ou coudures — ou par excès de contraction ou diarrhée — entérite aiguë ou chronique, — sont susceptibles de favoriser le développement du colibacille et de l'entérocoque qui peuvent alors devenir pathogènes.

Après avoir examiné les voies d'infection : lymphatique, directe, ascendante, sanguine, l'auteur fait remarquer qu'il ne suffit pas que le colibacille ou l'entérocoque parviennent aux organes génitaux pour déterminer une réaction de leur part. Il est nécessaire qu'ils y pullulent, qu'ils deviennent pathogènes. Or nous savons que l'un comme l'autre cultivent mal en milieu acide.

Si nous acceptons, ajoute-t-il, les données fournies par Cotte, nous voyons que le milieu tubaire est alcalin ; au niveau du corps utérin, les sécrétions sont alcalines ainsi que celles du col ; les liquides vaginaux normaux sont acides, ceux de la région vestibulaire aussi. Donc dans tout l'appareil génital, les secrétions vaginales et vestibulaires sont seules acides.

Nous pouvons donc déduire que les infections génitales colibacillaires se porteront surtout sur la partie supérieure du tractus génital : col et corps utérin, trompes, dont les secrétions sont normalement alcalines.

Notons encore que le maximum de fréquence de la colibacillose se rencontre vers le milieu de la période menstruelle.

Les manifestations cliniques provoquées par la colibacillose ne constituent pas une entité bien définie : leucorrhée, lassitude, chez des constipées chroniques, etc. Les malades sont aussi souvent des ptosiques, des désanglées du ventre.

Les malades viennent consulter pour de la leucorrhée, de la vulvovaginite, on observe aussi des cervicites et des endométrites à colibacilles, des salpingites, des péri et paramétrites, des cellulites pelviennes.

Dans les formes aiguës rentrent des pelvipéritonites avec collection dans le Douglas, des abcès pelviens.

Les directives thérapeutiques doivent être orientées vers les trois buts suivants : désinfecter l'intestin, atteindre les lésions génitales, tonifier l'état du malade, ou plus simplement combattre l'agent microbien et modifier le milieu humoral du malade pour le transformer de milieu favorable en terrain de défense.

De là découlent : une thérapeutique intestinale (vaccinothérapie) ; une thérapeutique utérine (vaccinothérapie locale, Besredka) ; une thérapeutique du terrain ; enfin dans quelques cas une thérapeutique chirurgicale.

En terminant, l'auteur insiste sur la nécessité des examens bactériologiques.

Thérapeutique médicale des infections et des intoxications intestinales

M. R. DAMADE

L'auteur envisage dans son rapport le traitement médical des différents facteurs qui conditionnent la toxi-infection intestinale subaiguë ou chronique, dont le très intéressant travail de Chiray et Baumann a précisé les modalités cliniques et biologiques.

Un examen clinique complet permet d'éliminer un syndrome intestinal secondaire à une infection générale ; de dépister l'origine intestinale d'un syndrome rénal, pulmonaire, mental même. Mais, surtout en gastro-entérologie, la clinique permet rarement un diagnostic précis. La Coprologie, la Radiologie, la Rectoscopie, les tubages gastrique et duodénal, les examens du sang et des urines donneront donc des renseignements utiles.

L'auteur insiste sur la nécessité pour le médecin d'avoir constamment présente à l'esprit la notion du rôle capital en pathologie digestive des cercles vicieux. Le spasme amène la constipation qui ne tarde pas à irriter la muqueuse ; la colite renforce le spasme donc la stase, d'où résorption toxique, altération de l'état général qui retentit à son tour sur le fonctionnement intestinal. Il est, par suite, indispensable de traiter en même temps les divers facteurs de la toxi-infection : panser la muqueuse, combattre le spasme, modifier l'évacuation mécanique de l'intestin, etc.

Le rapporteur étudie alors le traitement des *parasitoses* : l'amibiase, la lambliase, les helminthes, puis le traitement des *troubles du transit* intestinal, les stases, les adhérences, celui des *troubles chimiques*, ensuite les *pansements de la muqueuse intestinale* par le bismuth, le kaolin, la magnésie, la mucine. Il étudie les *antiseptiques intestinaux*, puis aborde *les insuffisances digestives. La vaccinothérapie, la sérothérapie, les troubles intestinaux par sensibilisation* sont enfin l'objet d'une étude détaillée.

En terminant, l'auteur signale l'importance des lésions para ou extradigestives, infections rhino-pharyngées ou amygdaliennes, adénoïdites, suppurations dentaires qui doivent être traitées. Enfin le choix judicieux d'une cure hydrominérale viendra compléter et consolider les résultats acquis par la thérapeutique diététo-médicamenteuse.

Thérapeutique hydrominérale des infections et intoxications intestinales

M. E. DUHOT

Après une étude détaillée de l'infection microbienne et de ses causes, l'auteur consacre un important passage à l'infection parasitaire et à l'intoxication. Ces différentes affections constituent une des indications les plus caractérisées de Châtel-Guyon. Les nombreuses observations publiées par Baraduc, Aine, Baumann, Gaehlinger, Balme, Mazeran, mettent bien en évidence les modifications locales et le relèvement de l'état général amenés par la cure.

Le rapporteur rappelle alors les éléments de la cure de Châtel-Guyon :

« De nombreuses sources hydrominérales, de composition assez analogue mais de thermalité différente variant de 24° à 38°, jaillissent des eaux carbo-gazeuses présentant une minéralisation totale de 7 gr. par litre et par conséquent sensiblement isotoniques au sérum sanguin, bicarbonatées mixtes, chlorurées sodiques et surtout magnésiennes, avec une teneur en chlorure de magnésium allant de 0,30 à 1 gr. 85 par litre, à laquelle on s'accorde à donner une importance primordiale.

L'absorption de l'eau en boisson, à des doses de 300 à 500 gr. par jour, technique principale, est complétée par les bains intestinaux donnés surtout sous forme d'instillations rectales en goute à goutte, les douches abdominales

tamisées ou sous-marines, les bains généraux, les cataplasmes de boues végéto-minérales, techniques auxquelles s'adjoignent les diverses adjuvances physiothérapiques et le régime alimentaire. Au cours d'affections aussi rebelles, l'utilisation de cures prolongées et de cures répétées est de toute évidence. »

M. Duhot étudie ensuite le mécanisme de l'action anti-infectieuse de la cure de Châtel-Guyon.

Dans une deuxième partie sont exposés les syndromes extra-intestinaux, puis les syndromes entéro-hépatiques qui relèvent surtout de Châtel-Guyon, Brides et Vichy. L'importance des cures associées entre Vichy et Châtel-Guyon est à noter.

Les syndromes entéro-rénaux sont justiciables de Vichy et Châtel-Guyon, de la Preste, Vittel, Contrexéville, Evian, etc...

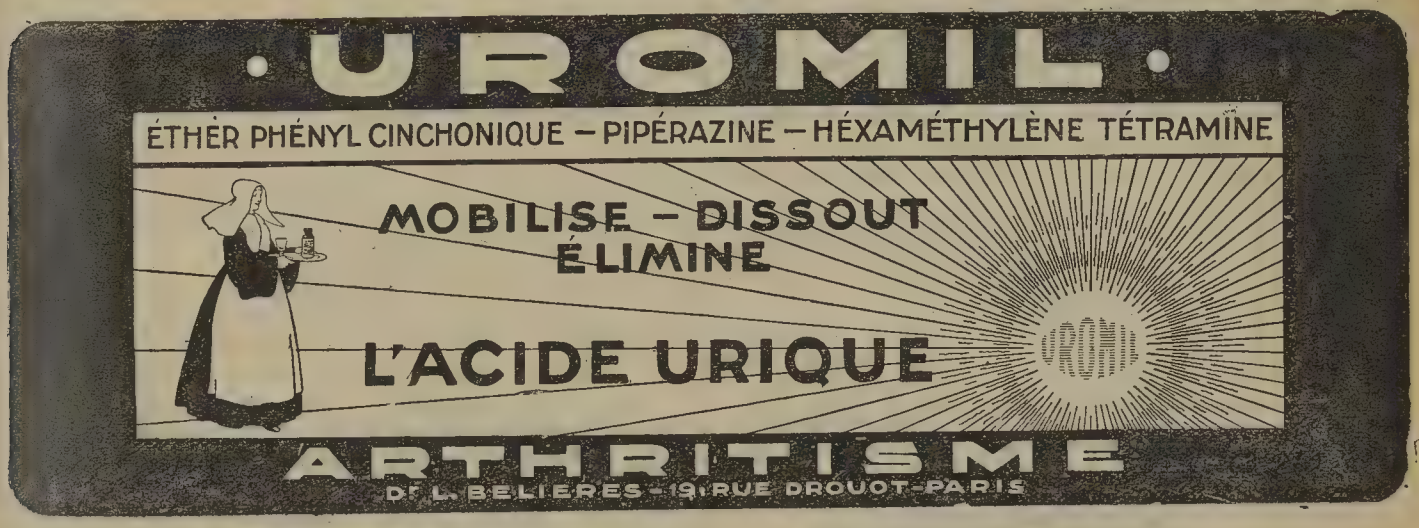
De l'exposé du rapporteur, « il résulte que, dans les infections et les intoxications intestinales ainsi que dans les syndromes associés qu'elles déterminent et qu'elles entretiennent, manifestations à surprises et à reprises, caractérisées par leur ténacité, leur résistance aux traitements, la fréquence de leurs récidives, la thérapeutique hydrominérale revendique une très large part, légitimée par les résultats que démontrent la clinique et le laboratoire ; les cures prolongées, répétées, associées, en parfaite union avec toutes les autres modalités thérapeutiques, doivent ici être la règle.

« Ce n'est pas l'un des moindres titres acquis par les hydrologues de nos stations françaises que d'avoir contribué à édifier la symptomatologie et la pathogénie de ces affections, en même temps qu'ils contribuent à assurer leur traitement. »

Considérations physiologiques sur la motricité intestinale

MM. H. Hermann et G. Morin

« Envisagé comme organe contractile, l'intestin est doué d'*automatisme ;* c'est-à-dire que, séparé du reste de l'organisme, il continue à présenter des mouvements et, en conséquence, à former en lui-même les excitations qui donnent naissance à son activité. De nombreuses *méthodes d'étude* ont permis d'examiner avec soin les *principaux types d'activité motrice* de l'intestin isolé et plus spécialement les *mouvements péristaltiques* dont le rôle primordial est d'assurer la progression du chyme. Aujourd'hui bien connu dans ses modalités, le péristaltisme intestinal obéit à des lois précises (*loi de la conduction polarisée ; loi de l'intestin, de Bayliss et Starling*) ; il résulte de la *contraction des deux couches musculaires de l'intestin*, l'une circulaire, l'autre longitudinale, et avant tout des *rapports immuables* des phases d'activité de chacun de ces deux muscles. Il demande enfin pour apparaître et durer la réunion d'un certain nombre de *conditions physiques, chimiques, mécaniques et physico-chimiques.* Tous ces problèmes sont désormais bien étudiés et, sauf pour quelques points de détail, l'accord est fait sur la solution qu'il convient de leur donner. Il n'en est plus de même lorsque, passant du plan des faits à celui des théories, on en vient à se demander quelle est *la nature de l'automatisme intestinal.* Est-il d'essence nerveuse ou au contraire l'apanage exclusif du muscle ? Ici *les théories neurogène et myogène* s'affrontent, chacune d'elles opposant à l'autre le long cortège de ses arguments et de ses critiques. L'analogie est absolue avec la querelle neuro-myogéniste de l'automatisme cardiaque, et nous retrouvons également au



SULFARSENOL
ARSENOS-SOLVANT
ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL
Sels de Lithium de l'Acide Phen quinoléine Carbonique
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.
Laboratoires de Biochimie Médicale Ch. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, Paris XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

cours du débat les partisans de la *théorie humorale du réglage de la motricité intestinale*. La question, il faut bien le dire, n'est pas d'un intérêt capital pour les médecins, et si les physiologistes continuent à en discuter, c'est du moins sans passion, d'autant qu'une solution se fait jour, qui, *myo-neurogéniste*, et reconnaissant à chacune des théories une part de vérité, paraît devoir donner satisfaction aux deux camps adverses.

« Quelle que soit son importance, l'étude analytique des mouvements de l'intestin isolé ne donne pas une idée exacte de la motricité intestinale physiologique. Dans les conditions normales, l'intestin est, en effet, soumis au *contrôle du système nerveux cérébro-spinal*. Ici encore le parallélisme est complet avec le cœur : l'automatisme fondamental est sans cesse modifié par *le jeu d'une double innervation antagoniste. Les nerfs pneumogastriques*, souvent dénommés nerfs moteurs de l'intestin, augmentent le tonus de la musculature entérique, dont ils accélèrent et renforcent également les contractions. *Les nerfs splanchniques* amoindrissent au contraire ce tonus et inhibent les mouvements intestinaux. On sait que les derniers de ces nerfs exercent leur action modératrice directement par mécanisme nerveux pur et indirectement par la voie humorale de l'adrénaline dont ils régissent la sécrétion interne. A côté de cette double commande nerveuse centrifuge, dont les effets se déclenchent sous les influences les plus diverses, il ne faut pas oublier les conducteurs centripètes qui relient le tractus intestinal aux centres médullo-encéphaliques, *les nerfs sensibles de l'intestin*, qui, empruntant le trajet des nerfs grands et petit splanchniques, gagnent la moelle par les paires rachidiennes étagées de D 6 à L 1, et dont on ne parle pour ainsi dire jamais à l'occasion des phénomènes moteurs de l'intestin. Que ces voies afférentes jouent un rôle important pour le transit alimentaire, c'est ce que démontre un *réflexe intestino-intestinal*, qu'il nous a été récemment donné d'observer et d'analyser en détail. S'ajoutant à la liste déjà longue des réactions compensatrices, où, selon la doctrine de Morat, le trouble à corriger s'avère l'excitant spécifique du phénomène correcteur, l'existence d'un tel mécanisme nerveux proprioceptif nous révèle que pour mener à bien sa fonction motrice, et coordonner ses activités automatiques, le tractus digestif, comme les autres grands appareils, utilise le procédé de *l'autorégulation réflexe*. »

Cet exposé général des rapporteurs permet de mieux comprendre les expériences qu'ils exposent ensuite relativement à l'automatisme moteur de l'intestin et aux régulations nerveuses extrinsèques. Importantes études, qu'illustrent de nombreux tracés.

Le syndrome entéro-rénal et les syndromes associés
(la maladie exentérale)

M. HEITZ-BOYER

Le rapport de M. Heitz-Boyer est une remarquable étude d'ensemble du syndrome qu'il décrivit en juillet 1919 à la Société médicale des Hôpitaux sous le nom de syndrome entéro-rénal. Il lui décrivait alors trois phases : point de départ intestinal, étape intermédiaire septicémique ou septicoxémique, phase terminale urinaire, et il démontrait que le syndrome entéro-rénal est une maladie générale et non locale.

Tout récemment, M. Heitz-Boyer a proposé d'englober ses multiples et très diverses manifestations sous le terme général de *maladie exentérale*. Ce mot met en lumière « le fait primordial : la cause initiale de ces différentes localisations relève alors, tout au moins pour une part, d'une infection ou intoxication fomentées dans un intestin, dont l'étanchéité physiologique est mise en défaut, et laisse « sortir » à travers la paroi devenue trop perméable, des éléments nocifs qui normalement devraient rester enclos dans le tube digestif ».

Ainsi la muqueuse ne joue plus son rôle de barrière isolatrice. Le défaut d'étanchéité de la paroi de l'intestin est un fait, mais il faudra en outre pour que le syndrome entéro-rénal et les syndromes associés se produisent, qu'il y ait eu « hyperperméabilité » de la muqueuse intestinale. Chez les malades qui en sont atteints, cette hyperperméabilité résulterait d'une atteinte ou d'une disparition de l'immunité locale intestinale conforme aux idées de Besredka.

Etape intestinale. — Elle est primordiale chronologiquement. Le rapporteur en étudie l'étiologie, la pathogénie — mécanisme de la perturbation intestinale — puis il consacre un chapitre à la physiopathologie de la muqueuse intestinale. Il établit ensuite une classification générale des troubles de cette fonction interne de l'intestin.

La déficience intestinale. — Chez des patients surviennent en effet des troubles urinaires ou autres, alors qu'ils ne présentent apparemment aucun symptôme net ou important d'une altération intestinale, et pourtant, chez eux, c'est dans l'intestin que siégea le foyer point de départ de la toxi-infection exentérale. M. Heitz-Boyer insiste plus loin sur les altérations du *contenant* vis-à-vis de celles du *contenu*.

Le rapport se termine par des explications physiologiques et l'exposé de critériums cliniques ou de laboratoire (recherche de l'indoxylurie) qui permettent de faire le diagnostic. L'auteur signale en outre quelques facteurs d'ordre général qui commandent la maladie exentérale : le terrain, l'état général physique, les insuffisances endocriniennes, et enfin les facteurs d'ordre moral.

CONFERENCE D'HYDROLOGIE EXPERIMENTALE

La pharmacodynamie hydrologique

Le Dr L. JUSTIN-BESANÇON rappelle l'intérêt qui s'attache aux tests pharmacodynamiques et aux procédés d'étude biologique des médicaments. Les travaux du Professeur Maurice Villaret et de ses élèves ont orienté l'hdrologie vers les méthodes des sciences pharmacodynamiques. Les buts de la pharmacodynamie hydrologique peuvent être schématisés dans les 6 propositions suivantes :

1° Objectiver les effets biologiques des eaux minérales ;

2° Comparer entre elles, au point de vue pharmacodynamique, les différentes sources thérapeutiques ;

3° Etablir leur point d'attaque physiologique ;

4° Rechercher quels sont, dans une eau minérale, les éléments biologiquement actifs ;

5° Tenter un étalonnage biologique des eaux médicinales ;

6° Jeter un pont entre les données physico-chimiques sur les eaux minérales et leurs effets thérapeutiques, tels qu'ils résultent de la clinique.

Ces buts sont importants mais limités : la pharmacodynamie hydrologique doit être séparée de la clinique thermale. On ne doit pas lui demander sans réserve une explication des faits cliniques. Les techniques de l'hydrologie expérimentale sont celles-là mêmes qui sont utilisées en pharmacodynamie, qu'il s'agisse d'expériences sur l'animal entier ou sur les organes isolés. Les résultats des recherches de pharmacodynamie hydrologique montrent que les principaux objectifs fixés par les expérimentateurs se trouvent atteints. L'auteur tire des exemples de quelques recherches d'hydrologie expérimentale poursuivies avec l'eau de différentes sources et en particulier avec celle de Châtel-Guyon. Ce qui ressort au plus haut point des investigations de cette science nouvelle, c'est la puissance physiologique des eaux médicinales.

(*A suivre.*)

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES AIGUES [1]

3. Les angines rouges s'observent aussi avec fréquence au début d'un grand nombre de maladies infectieuses.

a) *Angine de la syphilis secondaire.* — Angine rouge, *vermillon*, d'allure un peu torpide, traînante. Rechercher les plaques muqueuses : amygdales, gencives ;

Les autres localisations muqueuses : vulve, anus ;

Les accidents cutanés : *roséole*, syphilides : en particulier *palmaires ;*

Les accidents des phanères : signe de la mèche, etc. ;

Les adénopathies : nuque, épitrochléens ;

La splénomégalie, etc. ;

Faire une réaction de Wassermann dans le sang. Rechercher le chancre initial, le contage.

b) Angine du *rhumatisme articulaire aigu* : elle précède souvent les manifestations articulaires (Lasègue). Mais les caractères de cette angine sont banaux. Cependant l'existence d'une angine rouge *chez un malade ayant déjà eu* des crises de R. A. A. doit faire penser à la possibilité d'une *reprise des accidents rhumatismaux.*

c) Angines de *l'érysipèle* (Gübler), de la *grippe*, des oreillons.

B) *Angines primitives.* — Trois variétés nous arrêteront surtout : l'angine banale avec polynucléose, l'angine à monocytes, le phlegmon amygdalien.

1. *L'angine banale avec polynucléose.* — C'est l'angine érythémateuse catarrhale primitive, particulièrement fréquente chez les sujets jeunes au printemps et à l'automne, souvent récidivante.

Le début a été brusque avec frissons, fièvre, céphalée et courbature violente, abattement.

Suivant les signes locaux, on distingue cliniquement : *L'angine catarrhale diffuse* : rougeur diffuse de toute la muqueuse pharyngo-amygdalienne, surtout luette et piliers antérieurs). Au bout d'un ou deux jours apparaît souvent un exsudat pultacé, sous forme de points séparés. L'adénopathie sous-maxillaire reste modérée.

L'amygdalite palatine catarrhale, angine tonsillaire, lacunaire, cryptique avec tuméfaction considérable d'une puis des deux amygdales qui sont le siège d'une rougeur intense avec points blancs au niveau des cryptes.

Dans le sang : *polynucléose*, fait important à noter.

Le pronostic est bénin et en quelques jours la guérison va se faire. Parfois la convalescence est relativement longue et des otites, des néphrites peuvent survenir. D'où la règle d'*examiner régulièrement et systématiquement les urines.*

2. *L'angine rouge d'une forme anormale de la diphtérie :* en période d'épidémie de diphtérie, se souvenir que cette affection peut évoluer sous des formes anormales : ces angines rouges diphtériques sont importantes à connaître car elles ne mettent pas à l'abri des complications et propagent l'affection (porteurs de germes) ; donc, *faire un ensemencement.*

3. *L'angine à monocytes.* — C'est Baader qui, en 1922, donna ce nom à cette affection ; elle fait figure d'une affection assez banale ; atteint les enfants, les adolescents et les adultes jeunes ; *elle est exceptionnelle au-dessus de 30 ans ;* se voit surtout chez les hommes. C'est une maladie infectieuse contagieuse (mononucléose infectieuse de Sprunt et Evans, 1920) dont on ignore l'agent pathogène et si le germe pénètre probablement par les muqueuses naso-pharyngées, *l'infection première atteint les ganglions* (adéno-lymphoïdite aiguë bénigne de Paul Chevallier).

Dans sa forme typique, elle est caractérisée par un *début assez brusque* et par :

1° Une *légère angine :* gorge douloureuse avec dysphagie ; rougeur diffuse et hypertrophie des formations adénoïdiennes, souvent un léger enduit pultacé.

2° Des *adénopathies :* elles apparaissent du deuxième au dixième jour, cervicales (postérieures ou antérieures), puis généralisées ; ganglions fermes, sensibles, sans périadénite.

3° Des *signes d'infection : abattement, fièvre* plus ou moins élevée 38°5 à 39°5 ; nausées ; anorexie, *absence d'anémie ;* il y a augmentation du volume de la *rate ;* L'ASTHÉNIE est parfois très accusée.

4° *Une mononucéose sanguine :* hyperleucocytose plus ou moins élevée avec forte mononucléose représentée généralement par des *monocytes* et par des *formes anormales de mononucléaires.* Cette réaction mononucléaire du sang dure longtemps ; elle s'atténue progressivement, mais *survit pendant des semaines.*

La guérison est la règle en 8, 15 jours avec parfois des reprises. Les adénopathies disparaissent lentement.

4. *L'angine phlegmoneuse.* — C'est une angine aboutissant à une *suppuration intra* ou *péri-tonsillaire.*

A des signes d'*angine banale*, s'ajoutent au bout de quelques jours des signes spéciaux :

a) *Phlegmon amygdalien :* assez rare.

Signes physiques : amygdale tuméfiée, rouge sombre, tendue ; l'amygdale seule est prise ; l'unilatéralité est de règle ; rien au voile ni au pilier ; pas de trismus. Les ganglions sont douloureux.

Signes fonctionnels : douleur ordinairement unilatérale, dysphagie modérée.

Signes généraux : fièvre, anorexie, abattement.

L'évolution se fait vers la guérison : lorsque le pus est collecté, intervention chirurgicale et ouverture de l'abcès ; le foyer bien drainé guérit en quelques jours.

b) Quand on parle d'*angine phlegmoneuse*, c'est ordinairement au *phlegmon périamygdalien* que l'on pense, dans sa *forme antérieure :* le siège des lésions est dans la loge tonsillaire entre le pôle supérieur de l'amygdale et le pilier antérieur. Il existe surtout chez l'adulte ayant eu des angines banales antérieures et ayant fait des adhérences intra-cryptiques.

Signes physiques : *trismus considérable* qui rend l'examen difficile et douloureux ; on doit *préciser le siège du phlegmon :* le pilier antérieur élargi bombe en avant, masque l'amygdale très rouge, peu grosse, refoulée vers la ligne médiane ; voile épaissi, luette très grosse ; il y a une adénopathie sous-maxillaire ; voir s'il n'existe pas de fausses membranes (*forme phlegmoneuse de l'angine diphtérique*) et poser les indications de l'intervention.

Signes fonctionnels : les douleurs sont violentes, avec dysphagie complète, salivation fétide et abondante, dysphonie.

Signes généraux : la température est élevée avec troubles gastro-intestinaux et malaises.

Lorsqu'on est intervenu et que l'évacuation du pus se fait bien, la guérison est assez rapide.

— Dans sa *forme postérieure*, le phlegmon périamygdalien est beaucoup plus rare.

Ultérieurement, les récidives fréquentes nécessitent parfois une *amygdalectomie.*

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 79, p. 1402.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

traitement et prophylaxie du cancer par les composés silico-magnésiens

NÉOLYSE et néolyse radioactive

LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd DE STRASBOURG, PARIS (10e)

OLÉTHYLE-BENZYLE

TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

LUMINAL

Antiépileptique non bromé, hypnotique et sédatif puissant.

Administration à doses fractionnées par les

LUMINALETTES

SOLUTION à 20% de LUMINAL

injectable par voie intramusculaire

Renseignements et demandes d'échantillons
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, rue Vauquelin — PARIS - 5e

BAYER

Dépôt général :
LABORATOIRES LOBRU, PARIS

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

sédormid "roche"

sédatif hypnogène doux

comprimés: 2 à 3 par jour

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

le grand médicament
des petits insomniaques
et des petits anxieux.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 13 OCTOBRE 1934. — N° 82.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Pathologie tropicale. La meliordose, par M. Charles Massias.
CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE. (Compte rendu. Suite.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
PRATIQUE MÉDICALE
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
HOPITAUX DE PARIS
Concours de l'internat. Liste alphabétique des candidats autorisés à prendre part aux épreuves écrites. (V. p. 1456.)

DEUIL NATIONAL

L'abominable attentat dont notre hôte, le roi Alexandre de Yougo-Slavie et M. Louis Barthou ont été victimes, a plongé la France entière dans la consternation et l'indignation.

Notre pays perd dans le roi Alexandre l'ami le plus cher et le plus loyal, au moment même où l'amitié éprouvée de son peuple nous apparaissait si précieuse pour le maintien de la paix.

Les médecins français conservent pieusement le souvenir de l'héroïsme de la Serbie et de son noble souverain. De tout cœur ils partagent la douleur de leurs confrères yougo-slaves et leur adressent l'expression profonde de leur fidèle sympathie.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. Lambling, Huard, Lantuéjoul, Donzelot, Laederich, Clerc, Touraine, Jacob, Grenet, Martin, de Gaudart d'Allaines, Mondor, Labey, Okinczyc, Bergeret.

Epreuve écrite d'anatomie. — Question donnée : « Anatomie macroscopique du nerf cubital (tronc et branches). »

Questions restées dans l'urne : « 1. Triangle de Scarpa. — 2. Anatomie macroscopique de l'artère poplitée et de ses branches collatérales. — 3. Anatomie macroscopique et physiologie du nerf phrénique. — 4. Anatomie macroscopique du tronc de la veine jugulaire interne. — 5. Configuration extérieure, rapports et structure de la glande parotide, sans son canal excréteur. — 6. *Question sortie.* — 7. Articulation tibio-tarsienne (anatomie et physiologie). — 8. Anatomie macroscopique de l'uretère pelvien chez la femme. — 9. Anatomie descriptive (sans les rapports) et physiologie du muscle diaphragme. »

HOPITAL CIVIL DE TUNIS. — Un concours pour un emploi de médecin chef du service de neuro-psychiatrie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 10 décembre, à 9 h. du matin.

Inscriptions à la direction de l'hôpital civil français de Tunis avant le 10 novembre 1934.

Conditions : être Français, docteur d'Etat, avoir moins de 40 ans.

Pièces à fournir : acte de naissance, diplôme de docteur, indication de la résidence actuelle et des titres et services.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

HOPITAL SADIKI. — Un concours pour un emploi de médecin spécialiste chargé du service d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital musulman Sadiki à Tunis s'ouvrira le lundi 17 décembre 1934, à 9 h. du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Les candidats devront être Français ou Tunisiens. Mêmes conditions d'inscription que pour l'hôpital civil.

Inscriptions : direction de l'hôpital Sadiki, à Tunis, avant le 17 novembre 1934.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Examens de fin d'année.* — L'ouverture de la session d'octobre-novembre 1934 est fixée au lundi 15 octobre.

Convocations pour les épreuves écrites. — Les convocations pour les différentes épreuves écrites seront distribuées ainsi :

Anatomie, le mardi 16 octobre. L'écrit aura lieu le mercredi 17 octobre.

Histologie, le lundi 22 octobre. L'écrit aura lieu le mardi 23 octobre.

Bactériologie, le samedi 13 octobre. L'écrit aura lieu le lundi 15 octobre.

Physiologie, le lundi 15 octobre. L'écrit aura lieu le mardi 16 octobre.

Physique, le samedi 20 octobre. L'écrit aura lieu le lundi 22 octobre.

Chimie, le mercredi 24 octobre. L'écrit aura lieu le jeudi 25 octobre.

I. Les convocations ne seront distribuées que sur présentation de la carte d'immatriculation et aux jours indiqués, de 9 à 15 h., guichet n° 3.

II. Les candidats se trouvant dans l'impossibilité de retirer leurs convocations devront remettre pour chaque épreuve et en temps utile une enveloppe timbrée avec adresse au guichet n° 1.

III. Aucune convocation ne pourra être retirée le jour même de l'examen. Les convocations non distribuées à ce moment seront annulées.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — M. le professeur Henry Billet est nommé doyen; M. le professeur Cyrille Carrez, assesseur.

M. le docteur Adolphe Bernard, chargé du service des maladies de l'estomac à l'hôpital Saint-Philibert, est nommé professeur suppléant à la Faculté de médecine.

M. le docteur Gérard Desbonnets, agrégé de chirurgie de la Faculté libre, est nommé assistant de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

M. le docteur Henri d'Hour, agrégé de médecine de la Faculté libre, est nommé assistant de clinique médicale à l'hôpital de la Charité.

LA LIMITATION DES ÉTUDIANTS. — Le professeur Portmann, de la Faculté de médecine de Bordeaux, sénateur de la Gironde, vient de déposer sur le bureau du Sénat un projet de loi tendant à limiter le nombre des étudiants en médecine pour lutter contre la pléthore médicale.

Voici le texte de la proposition :

ARTICLE PREMIER. — Le ministre de l'Education nationale arrête chaque année, en tenant compte des besoins à prévoir, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription de doctorat en médecine d'Etat et le nombre des étudiants admis à passer de première en deuxième année.

ART. 2. — La limitation du nombre des étudiants se fera pour l'entrée en première année sur les notes obtenues au certificat P. C. B. et pour l'entrée en deuxième année sur les notes obtenues à l'examen de fin de première année.

ART. 3. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décret.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. J.-P. Meillère, pharmacien honoraire des hôpitaux, membre et ancien président de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris.

Lorsque, en 1924, ayant atteint l'âge de la retraite, M. Meillère quitta la direction de la pharmacie de l'hôpital Laennec, il donna tout son temps au laboratoire de recherches de l'Académie de médecine et au service des eaux minérales. Ce savant modeste, dont toute la vie fut consacrée au travail, ne comptait que des admirateurs et des amis, en particulier à l'Association des Journalistes médicaux dont il faisait partie. A ce titre aussi nous devons saluer respectueusement sa mémoire. F. L. H.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le professeur Francesco Durante, de l'Université de Rome, sénateur du royaume d'Italie, décédé à l'âge de 80 ans à Lettogianni (Messine); M. le professeur Léon Muratet (de Bordeaux); M. le docteur Josserand, directeur du service d'hygiène à Taza; M. le docteur Dorlencourt (de Paris); M. le docteur Louis Labat (de New-York); M. le docteur Léopold de Mélier de Labarthe (de Toulouse); Mme le docteur Gabrielle Lévy, médecin adjoint de l'hospice Paul Brousse; M. le docteur Damany, médecin principal de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale à Toulon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 16 *octobre.* — Jury : MM. Balthazard, président ; Brindeau, Claude, Piédelièvre. — M. ARRACHON. Les intoxications par l'aniline. — M. MAILLEFER. Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose.

Mercredi 17 *octobre.* — Jury : MM. Loeper, président ; Mathieu, Harvier, Petit-Dutaillis. — M. L'HUILLIER. Les différents types de malades à bile noire. — M. COUFFON. Traitement de la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus compliquée de luxation du coude en arrière.

Jeudi 18 *octobre.* — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Guillain, Lenormant, Fiessinger. — M. PASCHETTA. Considérations sur le traitement par la radiothérapie profonde des fibro-myomes de l'utérus. — M. AUBIN. Etude des mensurations gastriques et des complications dans l'allongement vertical de l'estomac. — M. PALMER. Physio-pathologie des opérations sur le foie et les vaisseaux hépatiques.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne, PARIS.2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

LENIFORME

2.5 et 10%

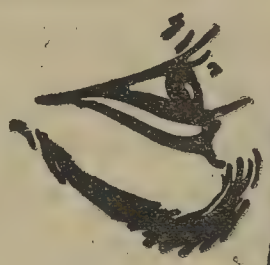
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

CORYZA

PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.



Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

Prendre pendant les quinze premiers jours de chaque mois :

SANOQUINOL
"CIBA"

Médicament anti-arthritique lytique et éliminateur

L'hiver a été fertile en occasions diverses d'encombrement tissulaire : sédentarité, alimentation surazotée, états fébriles, etc...

Une cure de « lixiviation » est opportune à beaucoup de sujets, aux arthritiques surtout, aux rhumatisants, aux pléthoriques, aux myalgiques.

Nul médicament ne convient mieux à cette « cure de printemps » que le SANOQUINOL qui, mobilisant les dépôts uratiques et les floculats, stimulant les fonctions rénales et hépatiques, redonne aux tissus et organes leur souplesse et leur activité métabolique amoindries.

Le Sanoquinol réalise le thermalisme à domicile avant ou après le thermalisme à la station.

Granulé de saveur agréable

(2 à 4 cuillerées à café par jour)

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND

109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

REVUE GENERALE

PATHOLOGIE TROPICALE

LA MELIOIDOSE

Par M. Charles MASSIAS,

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux,
Médecin principal de l'Assistance en Indochine.

Définition. — On donne le nom de melioïdose à une maladie commune à l'homme et aux rongeurs et qui rappelle la morve (melis : morve ; oïdos : semblable à) jusqu'à présent rare et étendue seulement à l'Extrême-Orient.

Historique. — En 1912, à Rangoon (Birmanie), Whitmore et Krishnaswami remarquèrent sur des cadavres de vagabonds apportés par la police à la morgue des lésions rappelant la morve humaine. L'année suivante Whitmore isola des lésions semblables, observées chez des morphinomanes, un bacille, qu'il considéra comme l'agent causal de la maladie. Il lui donna le nom de Bacillus pseudo mallei. Il reproduisit la maladie sur lapins et cobayes par inoculations sous-cutanée et digestive.

En 1913 Fletcher, en Malaisie Britannique, identifia le même germe sur de petits animaux de laboratoire, morts d'épizootie. Il montra que l'infection se propageait par les aliments, mais il n'établit pas de relation entre cette épizootie et la maladie humaine observée à Rangoon.

Stanton, en 1917, en Malaisie, isola un bacille semblable au cours d'une septicémie suraiguë chez l'homme. Il reconnut qu'il y avait aussi une forme cholériforme. Il reproduisit la maladie chez des animaux, il établit que le germe est dans les excreta. De l'observation de la maladie des rats, il conclut que ces rongeurs étaient les agents de propagation par leurs déjections.

En 1919, à Kuala-lumpur (Malaisie), Fletcher établit que les cas de Whitmore, Stanton et les siens étaient dus au même microbe.

Au 4e Congrès de médecine tropicale de Batavia, en 1921, Stanton et Fletcher proposèrent de donner à cette nouvelle maladie le nom de Melioidosis, et le nom de Bacterium Whitmori à l'agent microbien qui la provoque.

En 1924-1925, Stanton et Fletcher publient de nouveaux cas observés en Malaisie. En 1926 cinquante cas étaient connus, un seul chez un Européen.

Le premier cas fut signalé en 1926 en Indochine par Vielle, Pons et Advier chez une femme annamite. R. Pons et Advier publièrent une étude bactériologique dans les annales de l'Institut Pasteur.

Le premier cas observé chez un Européen en Indochine, le second en Indochine, fut publié en 1926 par A. Vielle, H. Morin et Charles Massias.

En 1929 le troisième cas fut observé au Tonkin par J. Mesnard, R. Joyeux et Gaulène chez un soldat infirmier européen. Letonturier, Martin et Souchard observent en 1930 un quatrième cas chez un Européen, officier aviateur.

A. Gambier observe en 1930 un cas à Pnompenh (Cambodge) chez un Russe, habitant Bangkok (Siam), où il avait été infecté.

Signalons les études de L. Nicholls (1930), de de Moor, Sockarnen et Walle à Java (1932), Stanton et Fletcher (1932).

Enfin en 1933 Souchard et Ragiot publient deux cas de mélioïdose chronique observés chez des Annamites, Roton un cas suraigu chez un Européen de Saïgon. Souchard en 1933 publie un cas subaigu suivi de guérison, observé avec Salicetti.

En 1933 on comptait 95 cas observés en Extrême-Orient (Malaisie, Birmanie, Siam, Indes Néerlandaises, Ceylan, Indochine Française). En Indochine : 8 en Cochinchine, 1 au Tonkin, 1 au Cambodge provenant du Siam.

Stanton et Fletcher avaient diagnostiqué la maladie après la mort. Les cas indochinois aigus ont tous été diagnostiqués par hémoculture, les deux cas chroniques par pyoculture.

RESUME DES CAS INDOCHINOIS

Formes suraiguës. — *Cas Gambier* (1930). — Un Russe, habitant Bangkok, est en voyage à Pnompenh (Cambodge) en mai 1928. Il se présente à l'hôtel en plein délire et hyperpyrexie, le lendemain il est admis à l'hôpital ; il meurt le troisième jour sans avoir repris connaissance. Une hémoculture démontra qu'il s'agissait de melioïdose.

Cas Roton (observé en 1932). — Le 1er mai 1932 un Français de 50 ans, habitant Saïgon, où il était fort connu, est pris de fièvre élevée, céphalée, subdélire. Le 5 mai Roton l'examine et constate : 40°, dyspnée, congestion des bases, gros foie, ballonnement abdominal, puis broncho-pneumonie droite, délire constant, paralysie des sphincters, dyspnée avec cyanose. Une hémoculture décèle le b. de Whitmore. Le malade meurt le 8e jour. Pas d'autopsie. Cet homme avait l'habitude de fréquenter les restaurants nocturnes de Cholon, ville chinoise proche, où pullulent les rats.

Cas E. Vielle, Pons et Advier observé en 1925 : premier cas observé en Indochine.

Une femme annamite de 24 ans, enceinte de 5 mois, est prise en novembre 1925 de fièvre, de nausées, de toux, de hoquet. Le 5e jour avortement, hyperpyrexie, prostration, mort le 12e jour. Une hémoculture le 7e jour décela le b. Whitmore.

Cas J. Mesnard, Joyeux et Gaulène. — Premier cas du Tonkin en octobre 1928. — Un infirmier militaire européen, de 33 ans, est pris brusquement de fièvre avec lumbago, oligurie. Il vivait avec une femme annamite tenant une épicerie infestée de rats. Adynamie, faciès vultueux, surdité, T° 40°, pouls 108, gros foie, grosse rate, subdélire. L'état semble s'améliorer. Exanthème papuleux sur l'abdomen le 5e jour. Brusquement le 9e jour vive angoisse avec douleur médiosternale, toux sèche, 39°, pouls à 110, râles disséminés sous-crépitants, coma et délire. Mort le 13e jour. Hémoculture le 5e jour : b. de Whitmore. Le

sérum agglutinait à 1/300 le Protéus X19 souche Kinsbury, n'agglutinait pas le Protéus X19 67 souches, Metz et Syrie indologènes. Mais les cobayes inoculés n'ont pas présenté les signes du typhus. A l'autopsie dans les poumons nodules hépatisés et zones hémorragiques : le b. Whitmore y fut isolé.

Formes aiguës. — *Cas A. Vielle, H. Morin et Charles Massias* (1926) : premier cas européen observé en Indochine.

Un Français de 33 ans, depuis 18 mois à la Colonie, vivant à l'indigène dans une maison infestée de rats, est pris brusquement de fièvre élevée, avec myalgies, rachialgie et céphalée très accentuées, léger érythème de la face. En période épidémique de dengue, A. Vielle pense à une dengue. Le 5e jour, le malade est allé quand même à son travail dans un garage, on le trouve délirant. A. Vielle l'envoie à l'hôpital où Charles Massias constate : T° 40°4, pouls 120, polypnée à 52 régulière, langue sèche, trémulante, carphologie, stupeur au maximum, aspect du typhique ataxo-adynamique, râles fins, humides aux bases, bruits du cœur sourds, irréguliers, pas de grosse rate ni de gros foie, rétention d'urine avec blennorragie, pas de signes méningés, pas d'adénopathies. Sang : polynucléés 85 %, lymphocytes 14, monocytes 1. Le malade ne peut dire aucun mot. Deux heures après son entrée, la face est pâle ; coma vigil avec relâchement des sphincters, polypnée à 70°, le malade meurt cinq heures après son entrée le 5e jour de sa maladie. L'autopsie ne fut pas faite. Une heure avant la mort une hémoculture fut pratiquée : elle décela le b. Whitmore.

Formes subaiguës. — *Cas Letonturier, Martin et Souchard.* — Un jeune officier de 25 ans (de Saïgon) est atteint en juillet 1929 de fièvre et céphalée ; pendant 10 jours il assure son service. Gros foie et grosse rate, ballonnement, bronchite diffuse, diarrhée ocre, oligurie. Au 14e jour, 40°5, orchiépididymite gauche, délire, torpeur. Mort en syncope le 29e jour. Hémoculture : b. de Whitmore les 14e et 27e jours. Autopsie : vaginalite suppurée, congestion des bases, rate grosse.

Cas Ragiot et Delbove (1932) : aspect de phtisie galopante, publié par Souchard (1933).

Annamite de 30 ans est victime d'un accident d'automobile à Saïgon le 9 décembre 1932, légères contusions. Le lendemain 40°4, congestion massive du poumon gauche, fièvre inversée à grandes oscillations. Le 20e jour à la radio, image spélonquaire de la base gauche, géodes hilaires. Pas de b. de Koch. Hémoculture le 2 janvier : b. de Whitmore. Décès au bout d'un mois. Pas d'autopsie. Le diagnostic a été une surprise.

Cas Salicetti (1932) publié par Souchard (1933) : *le seul cas de guérison.*

Un capitaine d'artillerie à Saïgon est atteint en mai 1932 de fièvre à 39°. Le 7e jour chute en lysis, puis reprise par de grandes oscillations avec frissons, amaigrissement de 20 kg., le 21e jour cessation de la fièvre, guérison.

Formes chroniques. — *Souchard et Ragiot* (1933) : *pyurie à b. de Whitmore.* — Annamite de 57 ans, paludéen chronique, pollakiurie, pyurie à b. de Whitmore à l'état pur dans les urines. Cet état dura deux mois et demi avec une fièvre oscillante 36°7-38°5. Enfin survint la guérison. Le sérum du malade agglutinait le germe urinaire à 1/300.

Souchard et Ragiot (1933) : *Ostéites.* — Enfant annamite de 18 mois eut en novembre 1931 une ostéite du 5e métacarpien gauche : dans le pus, b. de Whitmore, deux mois après ostéite du pariétal gauche avec le même germe. Ces abcès guérirent en cinq mois.

Ces deux cas furent traités par autovaccins.

Symptômes et Formes cliniques. — 1° Forme septicémique suraiguë, simulant la peste septicémique suraiguë, l'accès pernicieux, le choléra suivant la prédominance de la stupeur, de la prostration, du délire, du collapsus, avec mort en quelques jours.

2° Forme septicémique aiguë : la plus fréquente. C'est le tableau d'une typhoïde ataxo-adynamique, elle évolue en une à deux semaines.

3° Forme septicémique subaiguë : évolution en 3-4 semaines, diffère de la précédente par sa plus lente évolution, ses rémissions ; polymorphe en raison des localisations possibles, épididymite, broncho-pneumonie, abcès pulmonaires, phtisie galopante, myosite, parotidite, abcès du foie, hyonéphrose, etc.

4° Forme chronique rare : pyélonéphrite, ostéites, abcès sous-cutanés multiples. Elle peut durer des mois, des années et guérir.

Pronostic. — Dans les formes aiguës le pronostic est fatal. On connaît un cas de guérison d'une forme subaiguë.

Diagnostic. — *Il faut y penser.* Le diagnostic est imposible sans l'hémoculture, la culture du pus.

La forme aiguë est à distinguer de la peste, du choléra, de l'accès palustre pernicieux, de la typhoïde, du typhus. Seule l'hémoculture peut faire poser le diagnostic de mélioïdose.

La culture du pus dans les cas chroniques est indispensable. A l'autopsie, si le diagnostic n'a pas été fait sur le vivant, comme dans les premiers cas de Whitmore et de Fletcher, il faudra retenir les lésions du poumon abcédées, les abcès multiples.

Stanton et Fletcher rapportent que sur 83 cas, 9 fois seulement le diagnostic fut fait sur le vivant. En *Indochine tous les cas ont été diagnostiqués sur le vivant.*

Anatomie pathologique. — Les lésions sont des granulations miliaires à centre nécrotique dans tous les organes, discrètes dans les formes aiguës, plus évoluées dans les formes prolongées, surtout aux poumons, à la rate, au foie, aux ganglions. L'aspect est souvent celui de foyers caséeux, d'abcès.

Gilmour à Singapour en 1931 a vu un grand nombre de pustules cutanées simulant la variole et contenant le bacille. On ne trouve pas le bacille dans le tube digestif sauf quelquefois dans l'intestin grêle.

La maladie chez les animaux. — Le chat, le chien, le cheval peuvent être atteints très rarement. Un seul cas a été vu chez le cheval, par Symonds en 1927. Le cheval présentait du jetage chronique avec présence du b. Whitmore, il ne réagissait pas à la malléine. A Ceylan en 1930 Nicholls a vu un cas chez une vache, morte subitement d'un abcès de la rate ouverte dans le péritoine.

Chez les rongeurs (cobayes, rats) la maladie provoque un écoulement oculonasal purulent contenant le b. de Whitmore. Les cobayes, très réceptifs, meurent en quelques jours : ils ont des nodules sur la muqueuse nasale, de la trachéite hémorragique, une grosse rate. Le rat est atteint d'une maladie subaiguë, il présente plus que le cobaye des lésions des poumons.

Epidémiologie. — D'après Stanton et Fletcher, les rats peuvent être atteints d'épizooties, ils doivent être les réservoirs de virus. La transmission doit se faire à l'homme par l'intermédiaire des aliments souillés par les déjections des rats.

CARACTÈRES COMMUNS au B. de Whitmore et au B. Morveux.	CARACTÈRES DISTINCTIFS	
	B. de Whitmore.	B. de la Morve.
Bacilles de 4 à 6 μ de long. Gram négatifs. Aérobies. Poussent sur milieux ordinaires.	Mobile.	Immobile.
	Culture abondante.	Culture pauvre.
	Sur gélose ordinaire ou glycérinée.	
Sur P. de terre glycérinée pigment brun.	Colonies plissées nombreuses. Colonies grasses rares.	Uniquement colonies grasses.
	En bouillon.	
	Voile plissé abondant.	Pas de voile.
Très actifs sur de nombreux glucides.	*En lait.*	
	Coagulation 4e jour.	Coagulation 10e jour.
	Sur gélatine.	
	Liquéfaction.	Pas de liquéfaction.
	Pouvoir pathogène.	
	Très élevé pour les rongeurs. Faible pour les équidés.	Faible pour les rongeurs. Très élevé pour les équidés.
Epreuves d'immunité croisée.		
	Cuti-réactions.	
Réactions de déviation du complément. Positive entre sérum antimorve et bac. de Whitm. Positive entre sérum antiWhitmore et bac. morveux.	Rarement positive à la malléine chez malades atteints de Melioïdose.	Rarement positive à la Whitmorine chez malades atteints de Morve.
Séro-agglutinations croisées. Irrégulièrement positives suivant les souches.		

On ne connaît pas de cas de contagion par simple contact.

Caractères du bacille de Whitmore. — Comparaison avec le bacille de la Morve.

Whitmore donne à ce microbe le nom de B. pseudomallei. D'après Stanton et Fletcher il fait partie du groupe de la morve. D'après Pons (1930) il se rapprocherait du pyocyanique, d'après Tophy et Wilson (1930) il ferait partie du groupe des Pfeifferella à côté de Brucella Tularensis, pathogène comme lui pour les rongeurs. Cependant il ne semble pas exister de caractères antigènes communs entre ces deux germes. Le bacille de Whitmore est un bacille du groupe de la morve, adapté aux rongeurs, il diffère du b. morveux par quelques caractères culturaux, une intensité pathogène différente. Il faut se rappeler que le bacille de la morve comprend des souches d'antigènes différents.

Pouvoir pathogène. — Le B. de Whitmore est pathogène pour l'homme, pour les rongeurs sauvages et domestiques : rats, lapins, cobayes. On peut leur donner la maladie par inoculation parentérale, muqueuse, digestive, veineuse, péritonéale.

Le cobaye, très réceptif, inoculé par toutes voies fait une bactériémie constante, meurt en 3-4 jours avec des hémorragies ganglionnaires. Inoculé à travers la peau rasée il meurt en 4 jours avec des adénites purulentes et hémorragiques, rappelant la peste. Inoculé par voie nasale, il présente un coryza ulcéreux, purulent au 4e jour, une forte dyspnée, qui l'oblige à tenir la tête relevée. Inoculé par voie péritonéale, le cobaye mâle a le signe de Strauss, l'orchite, comme dans la morve.

Les rats, inoculés par voie digestive, ont une maladie chronique avec lésions constantes des poumons.

Chez le singe la maladie est chronique. Le chat inoculé par voie digestive a une maladie subaiguë.

Le cheval, le buffle, inoculés par voie sous-cutanée, ont une maladie chronique avec abcès au point d'inoculation.

Traitement. — Dans ses formes chroniques l'autovaccinothérapie a donné des résultats à Souchard. Il serait intéressant d'essayer les vaccins anabactériens de Legroux, qui ont donné à cet auteur des résultats dans la morve.

Conclusion. — La découverte de la mélioïdose est le résultat des recherches patientes de Whitmore, Stanton et Fletcher en Malaisie. Elle démontre l'importance capitale des examens de laboratoire en médecine tropicale.

BIBLIOGRAPHIE

Whitmore (A.) and Krishnaswam (C. S.). — *Indian Med. Gaz.*, 1912, vol. XLVII, p. 262.

Whitmore (A.). — *Journ. of Hyg.*, 1913, vol. XIII, n° 1.

Krishanaswami (C. S.). — *Indian Med. Gaz.*, 1917, vol. LII.

Stanton (A. T.). — *Studies, Institute for Med. Resear*, 1917. *Annual Reports, Institute for Med. Research*, 1918.

Fletcher (W.). — *Annuals Reports, Institute for Med. Research Federated Malay States*, 1919.

Fletcher (W.). — *Bul. Roy. Army Med. Corps*, 1920, vol. XXXLV.

Knapp (G. G.). — *Ind. Med. Gaz*, vol. L.

Stanton and Fletcher. — Melioïdosis, a new disease in the tropics, *Fourth Congress of Trop. Med*, Batavia, 1921.

Stanton. — *Annual reports of the Institute for Med. Res. for the year* 1922.

Stanton and Fletcher. — Two cases of Melioidosis, *Journ. of Hyg.*, déc. 1924, p. 268.

Stanton and Fletcher. — Melioidosis, a disease of rodents communicable to man, *Lancet*, 1925, and *Bull from Institute for Med. Res. Federated Malay States*, 1924, n° 5.

Stanton. — *Annual Reports of the Institute for Med. Res. for the year*, 1925.

Stanton and Fletcher. — Melioidosis and its relation to Glanders, *Journ. of Hyg.*, 1925, Apr., vol. XXIII, n° 4.

E. Veille, Pons et Advier. — Existence de la Mélioïdose en Cochinchine, *Bull. Soc. Méd.-Chir. de l'Indochine*, 1926, p. 262.

Vielle (A.), Morin (H.-G.-S.) et Massias. — Un nouveau cas de mélioïdose en Cochinchine, *Bull. Soc. Méd.-Chir. d'Indochine*, sept. 1926, p. 459.

Massias (Ch.). — La Mélioïdose, *Gaz. hebd. des Soc. Méd. de Bordeaux*, n° 11, 13 mars 1927.

Pons (R.) et Advier. — Existence de la mélioïdose en Cochinchine. Etude de l'agent étiologique Bacillus Whitmori, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1926.

Denny and Nicholls. — Melioidosis in a European, *Ceylan Journ. Sc*, 1927.

Stanton and Fletcher. — Melioidosis in a horse, *Journ. of Hyg.*, 1927, vol. 26, p. 33-35.

Verge (J.) et Pairemaure. — Morve et mélioïdose. La réaction de fixation dans la morve au moyen de l'antigène à « Bacille Whitmori », *C. R. Soc. Biol.*, t. XCIX, 1928, p. 182.

Mesnard, Joyeux et Gaulène. — Un cas de mélioïdose au Tonkin, *Bull. Soc. Méd. Indoch*, janv. 1929, p. 32-39.

Letonturier, Martin et Souchard. — Un nouveau cas de mélioïdose observé en Cochinchine, *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 1930, XXIII, p. 273.

Pons (R.). — La Mélioïdose, maladie commune à l'homme, aux rongeurs et aux équidés, *Bull. Soc. Path. Exot.*, t. XXIII, févr. 1930, p. 210.

Gambier (A.). — Un cas de mélioïdose observé à Phnompenh, *Bull. Soc. Path. Exot.*, mai 1930, p. 436.

Verge (J.) et Pairemaure. — Les réactions de l'organisme équin à la Whitmorine, *Revue gén. de Médec. Vét.*, t. XXXIX, 15 janv. 1930, p. 17-19.

Bozelli (R.). — Transmissibilita della Melioidosial asino e al cavallo, *Nuava Vet.*, 15 nov. 1930.

Nicholls. (L.). — Melioidosis with special reference to the dissociation of bacillus Whitmori, *Brit. Journ. Exper. Path.*, t. XI, déc. 1930, p. 393.

De Moor, Sockarnen et Dr. Walle (N. W. D.). — La Mélioïdose à Java, in *Medeelingen Van Den Dienst Der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie*, 1932, p. 206.

Stanton and Fletcher. — Melioidosis, Studies from the Institute for medical research, *Federated Malay States*, n° 21, 1932, 59 pages, 37 fig., London.

Souchard et Ragiot. — Contribution à l'étude de la mélioïdose en Cochinchine. Deux cas de mélioïdose chronique, *Bull. de la Soc. Path. Exot.*, XXVI, avril 1933, 567.

Legroux (René). — Nouvelle méthode de vaccination par les anabactéries, *Presse méd.*, 21 janv. 1933, p. 118.

Roton. — Observation d'un cas de mélioïdose, *Bull. Soc. Méd.-Chir.*, XI, janv. 1933, p. 7.

Souchard. — La Mélioïdose en Indochine, *Arch. de l'Institut Pasteur d'Indochine*, n° 16, oct. 1932, p. 194-216.

[Travail de la Clinique des maladies exotiques et du Laboratoire de pathologie exotique de la Faculté de médecine de Bordeaux. Professeur H. Bonnin.]

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 septembre 1934 (1).

Communications.

Sulfate de soude et colibacillose. — M. Barbacac (Paris). Les bactériacées de l'intestin passent à travers la paroi intestinale et sont éliminées par les poumons, les reins, la vésicule biliaire, comme le montrent des expériences qu'il est facile de réaliser chez diverses espèces animales. Dans des états pathologiques chez l'homme, les mêmes phénomènes se produisent.

Le sulfate de soude, dans des conditions déterminées, agit d'une façon remarquable sur le milieu intestinal, et les facultés d'absorption du filtre intestinal ; par sa non-toxicité, ses propriétés curieuses au point de vue : plasmolyse, catalyse, etc..., ce sel se place au premier rang des moyens propres à modifier la bactériurie d'origine pathologique.

Traitement de refuge de la colibacillose urinaire « La Preste ». — M. Baron (de La Preste) a relevé dans ses observations de cinq années : sur 480 colibacillaires urinaires et 288 résultats connus : 28 p. 100 de guérisons absolues, et 45 p. 100 d'amélioration notable.

Les résultats les meilleurs sont chez la femme enceinte, où il n'y a aucun cas de nouvelle pyélo-néphrite, ou sur les cystites rebelles à tous traitements, on note : 32 p. 100 d'amélioration et 20 p. 100 de guérison, et enfin et surtout sur l'asthénie qui est toujours influencée par la cure (98 p. 100 des cas), et c'est sans doute cette influence de la cure de La Preste sur un état fort mal supporté par les malades qui a largement contribué à assurer à la station son actuelle réputation.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 80, p. 1416 ; n° 81, p. 1437.

L'appareil excréteur pyélo-urétéral au cours des colibacilluries. — M. Henri BAYLE (de Paris). La colibacillurie rebelle est due le plus souvent, en dehors des lésions chroniques du tube digestif, à un obstacle sur l'appareil urinaire excréteur. L'auteur examine, à l'aide d'urétéropyélographies rétrogrades, toutes les causes même légères de rétention urétéropyélique ; cette rétention est la cause favorisante de l'infection. Il insiste sur les causes d'ordre gynécologique souvent méconnues qui entraînent des compressions, des torsions ou des rétrécissements de l'uretère, spécialement au niveau de l'uretère pelvien, que seule l'urétéropyélographie rétrograde de M. le professeur Chevassu permet d'examiner dans sa situation, forme et dimension.

Au point de vue thérapeutique, les moyens biologiques (vaccins et sérums) dont nous disposons contre le colibacille agissent surtout sur le parenchyme rénal, et à peine ou pas du tout sur la voie excrétrice infectée (bassinet, uretère, vessie) ; il faut donc y ajouter une thérapeutique locale, suivant la cause de l'obstacle (dilatation de l'uretère, lavages du bassinet, etc...).

Neurotropisme colibacillaire aigu et chronique. — MM. P.-M. BESSE et A. LIENGME (Genève) mettent en évidence clinique une tendance neurotrope de toxines colibacillaires, apportent dans ce sens des arguments tirés d'observations de types très divers, anciennes et récentes, dont quelques-unes munies d'imposants dossiers de laboratoire. Ils montrent la nécessité vitale, mais aussi la grande difficulté du diagnostic précoce, au début des poussées aiguës cérébrales graves, alors que justement le coli est souvent absent de l'urine. Ils discriminent les espèces centrales (encéphalitique, psychiatrique), périphériques (polynévritique, cellulalgique), et végétatives. Ils précisent la thérapeutique biologique urgente et la médication chimique chromique, quand le traitement hygiénique, diététique et hydrologique fut insuffisant. Ils préconisent, comme prophylaxie, non seulement au sujet des localisations nerveuses, gênantes et si tenaces, mais même, ce qui est plus nouveau, en général dans le rhumatisme invalidant, la sclérose et le brightisme meurtriers, qu'ils considèrent comme souvent afférents à cette étiologie, une lutte mieux conduite qu'actuellement contre la colibacillose chronique.

Etude expérimentale de l'action cholagogue des eaux de Châtel-Guyon. — MM. BIERY, MILHAUD, SEMON et JOUVE (de Lyon) rapportent les résultats qu'ils ont obtenus par l'étude de l'action cholagogue de deux sources de Châtel-Guyon (Gubler VI et Gubler II) à l'aide du procédé de la *fistule totale et permanente de la vésicule biliaire*, dans une série d'expériences poursuivies sur trois chiens.

Ces eaux administrées en ingestion se montrent puissamment *cholagogues*, déterminent, en particulier, l'augmentation du *cholestérol*, des *pigments* et des *sels biliaires*. L'eau de la source Gubler VI accroît, en outre, le volume de la bile sécrétée et le pourcentage du résidu fixe.

Ces constatations étayent plus solidement encore la base hépato-biliaire sur laquelle repose spécialement la cure châtel-guyonnaise.

Sprue et colibacillose. — M. H. BOUCHER (de Grenoble). Absence de dysentérie dans les antécédents, aphtes de la cavité buccale, selle réveille-matin abondante et spumeuse, amaigrissement, chronicité, tels sont les caractères de la sprue.

L'évolution de cette maladie, relativement rare aujourd'hui, se fait en deux phases : la première de diarrhée acide due aux bacilles paralactiques, dont le type est le colibacille, la seconde blastomycosique.

Les formes à début brusque rappellent étrangement la colibacillose aiguë.

Le traitement est difficile : le rapatriement s'impose ; les cures associées Châtel-Guyon-Vichy, la vie à la campagne, le régime d'aliments frais, sont nécessaires.

La sprue doit être rapprochée de l'infantilisme de Herter.

Lambliase. — M. CHANTRIOT (de Beyrouth) souligne à propos de deux observations de *Lambliase duodéno-vésiculaire* le rôle important du *parasitisme intestinal* dans l'*étiologie* de la *Colibacillose*.

D'après cet auteur, le *Biotropisme* expliquerait un grand nombre de faits cliniques jusque-là restés obscurs.

Il distingue des *Colibacilloses pures d'origine exogène* (épidémiques ou sporadiques) et des *Colibacilloses compliquées* ou *associées, d'origine endogènes*.

Il propose le terme de *Colibacilloses biotropiques* à ces dernières par opposition au mot de « *sortie* » qui lui paraît cliniquement incomplet. Des sanctions thérapeutiques importantes sont le corollaire pratique de ces notions nouvelles. Il faut non seulement traiter la Colibacillémie chronique, mais aussi l'infection microbienne ou parasitaire qui, dans bien des cas, est responsable de la genèse de la Colibacillose.

La *Lambliase*, en particulier, possède une action hautement biotropique.

Lambliase chez l'enfant. — M. CHANTRIOT (Beyrouth) montre que cette parasitose est fréquemment observée chez *les jeunes sujets*, notamment chez *le nourrisson*, à partir du sixième mois.

Cliniquement elle se traduit, soit par une symptomatologie gastro-intestinale, simulant en l'aggravant la diarrhée verte commune, soit par une *duodénite* ou une *angio-cholécystite*. L'ictère prouvant dans quelques cas les atteintes des voies biliaires extrinsèques par les flagellés. Il convient donc d'introduire en pédiatrie la notion de *giardiose*. Le rôle de la *contagion familiale*, la possibilité d'une contamination par l'*espèce canine* retiendront notre attention.

A propos de la colibacillose en gynécologie. — MM. Xavier COLANÉRI (de Paris) et CAMBIÈS (de Châtel-Guyon) rappellent l'existence du *syndrome entéro-uro-génital* défini par l'un d'eux depuis quelques années : une inflammation génitale, un état entéritique antérieur ou concomitant, la présence de microbes dans l'urine. La perméabilité de la paroi intestinale conditionne le passage du coli dans le sang. Celui-ci créant essentiellement la colibacillose, qui se localisera ensuite dans un organe déficient.

Ils insistent sur la voie d'interpénétration directe du côlon vers les organes génitaux à travers la cavité péritonéale virtuelle, déjà étudiée par Colanéri.

Au point de vue clinique et thérapeutique, ils montrent les difficultés du traitement, dont les principaux obstacles sont la chronicité et l'instabilité de l'état intestinal, l'état du terrain organique et surtout l'état moral dont l'influence est plus grande que l'on ne croit.

Les auteurs passent en revue le traitement vaccinal par la bouche, le changement de régime alimentaire et étudient le traitement hydro-minéral, dont celui de Châtel-Guyon leur paraît indispensable, en particulier le goutte à goutte à l'eau minérale, préconisé dès 1922 par l'un d'eux, associé aux vaccins coli-entéro (stock ou mieux auto-vaccins).

Traitement des entérites par un pansement-vaccin intestinal. — M. DEBAT présente une nouvelle méthode de traitement vaccinal per os des entérites.

Il préconise l'administration d'un vaccin intestinal buvable, mélangé extemporanément à un mucilage spécialement préparé à cet effet.

Cette association réalise un pansement-vaccin intestinal, véritable « tampon entérologique », dont il compare l'action à celle des tampons gynécologiques.

Ce nouveau mode d'administration a pour effet principal d'assurer un contact plus intime et plus durable du vaccin avec la muqueuse et pour effet secondaire d'établir un transit intestinal normal et d'éviter ainsi une cause d'aggravation des phénomènes infectieux.

Colibacilluries sans colibacillose. — MM. Demole, Ersi Martin et Mlle de Roguin (de Genève). Ces recherches mettent particulièrement en évidence les points suivants :

1° La grande fréquence de la colibacillurie chez des individus indemnes d'affection urinaire clinique ;

2° L'inégalité frappante de la répartition selon le sexe ;

3° L'absence — à part de petits signes d'infection latente — de modifications notables des urines, alors que les troubles digestifs sont presque constants.

4° Sur 23 colibacilluriques, nous n'avons pas rencontré une seule fois un tableau clinique analogue au syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer.

Action de l'eau de Charrier chez les colibacillaires. — MM. P. Desgeorges et H. Dany (Vichy). L'eau de Charrier, oligo-métallique à pH très bas (4,2), radio-active, caractérisée par la faiblesse de son résidu sec (26 milligr.), la présence de SiO^2 à l'état libre (9 milligr.), de cuivre (0 mmgr. 01), etc..., mérite d'être placée au premier plan de la thérapeutique hydro-minérale de la colibacillose. Les auteurs rapportent les bons résultats observés chez les urinaires » « obstacle levé », dans le syndrome entéro-rénal et le syndrome entéro-hépatique ainsi que dans tous les cycles pathologiques où le colibacille intervient. Ils pensent que l'action de cette eau est multiple — action de lavage, action anti-infectieuse et acidifiante.

Lympho-vaccination. — M. Dhenin (Béthune). Après avoir traité les maladies aiguës par la lympho-vaccination, c'est-à-dire introduction de vaccin dans le système lymphatique, dont l'organe le plus constamment accessible est l'amygdale, l'auteur s'est attaché à lutter contre l'intoxication et l'infection intestinales par la même méthode. Plusieurs cas d'infection aiguë dus au coli-bacille ont été enrayés assez rapidement, 4 à 5 jours, tandis que les intoxications se traduisant surtout par l'entéro-colite muco-membraneuse ont été améliorées immédiatement. Cette méthode, indolore, ne provoquant aucune réaction, facile avec la seringue et l'aiguille spéciales, doit être mise en œuvre dans les cas banaux et rebelles.

Des variations de conditions de culture du colibacille dans l'urine. — MM. Gaehlinger (de Châtel-Guyon) et Monceaux (de Paris) montrent que le colibacille est capable de supporter des variations ioniques parfois considérables, aussi bien dans le sens acide que dans le sens alcalin. Cette tolérance est particulièrement marquée dans les urines muco-purulentes, où le coli-bacille peut cultiver depuis le pH 1,4 jusqu'à 9,6. Ce n'est donc pas par une simple variation du pH que l'on peut prétendre détruire les coli-bacilles dans l'urine et en particulier dans le milieu tamponné au maximum constitué par le pus et le mucus.

L'imprégnation défensive de l'organisme, dans les colibacilloses. — Le professeur Louis Gaucher fait l'exposé des nouveaux résultats qu'il a obtenus dans le traitement des colibacilloses avec l'antiseptique dont il a réalisé la synthèse.

Il rappelle que, pour agir sur un microbe aussi tenace que le colibacille, il est nécessaire que l'antiseptique employé puisse s'accumuler dans l'organisme et imprégner les tissus, de façon à atténuer progressivement la virulence microbienne.

Son chlorhydrate de 6-méthyl-8-oxyquinoléine répond d'autant mieux à cette condition qu'il est complètement atoxique.

Ce sel absorbé per os, et associé à un autre dérivé qui se porte sur l'arbre urinaire, agit sur l'intestin et le foie dans les entérites à colibacilles, où il a les plus heureux effets. Il diminue la gravité de la bacillurie dans les cas chroniques, et amène parfois très rapidement la disparition des symptômes : diminution de la température et éclaircissement des urines, suppresion de la douleur, et surtout amélioration notable de l'état général.

Sur la thérapeutique des colibacilloses. — M. Alban Girault (Paris) envisage trois catégories de faits : les septicémies colibacillaires, les colibacilloses chroniques à manifestations subaiguës, les colibacilloses fermées, qui comprennent les colites et les appendicites à colibacilles. L'auteur considère que la sérothérapie est le traitement de choix des septicémies, alors que dans les cas chroniques l'autovaccin, surtout sous forme de lysat ou antivirus buvable et utilisé aussi en instillations intravésicales, porte à son actif le plus grand nombre de guérisons même après échec de la sérothérapie. Quant aux colibacilloses fermées, un régime approprié et un traitement banal peuvent suffire à la guérison. Dans tous les cas, les cures hydrominérales (Châtel-Guyon, La Preste) complètent heureuement ces différents traitements.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 9 octobre 1934)

La séance débute par une *manifestation d'amitié franco-cubaine.*

M. le professeur José-Antonio Presno, ancien ministre d'Etat, recteur de l'Université de la Havane et président de l'Académie de médecine de Cuba, apporte à l'Académie de médecine de Paris une adresse de sa compagnie. Dans l'assistance, on remarquait : S. E. René Moralès, ministre de Cuba, le professeur et Madame Presno, nièce d'Albarran, le professeur et Madame Francisco Dominguez, M. Francisco de P. Alvarez, et de nombreuses personnalités cubaines.

M. le professeur F. Dominguez prend le premier la parole :

« Cuba, et ses hommes de sciences, dit-il, ne pouvaient rester indifférents à l'aide précieuse qui nous a été prêtée à Paris, surtout par l'Académie de médecine, à l'occasion du centenaire de la naissance de notre illustre compatriote, le Dr Carlos J. Finlay.

« Nous devons à votre grand pays la première idée d'Académie de médecine, comme nous lui devons aussi nos premières idées de liberté...

« ...Les membres de l'Académie de la Havane jadis fondée par Gutierrez viennent aujourd'hui vous remercier pour les honneurs que vous avez dispensés à Cuba et à ses fils, ainsi que pour votre toujours si cordial accueil.

« Cette noble et haute mission a été confiée à son président, M. le professeur José A. Presno, mon cher élève et ami, que j'ai l'honneur de vous présenter. Le Dr Presno a été mon premier interne lors de ma rentrée à la Havane en 1893, après avoir terminé mes études de médecine à Paris.

« Nous avons tous deux suivi la ligne droite, qui est celle des hommes de sciences, et le voilà aujourd'hui qui, comme président de l'Académie des sciences médicales de la Ha-

vane, vient ici, au nom de ses collègues, vous apporter le témoignage de notre profonde reconnaissance.

« Si cette visite n'a pas eu lieu plus tôt, comme c'était notre désir, cela est dû surtout aux troubles politiques existant dans notre pays, et aussi à la mission délicate que le Dr Presno a dû accepter, à la demande unanime de tous les professeurs et de tous les élèves de l'Université Nationale, d'être leur recteur.

« Si le Dr Presno a été un grand élève, s'il a été un grand chirurgien et un excellent professeur, s'il fut le doyen de la Faculté de médecine de la Havane, c'est parce qu'il ne s'est jamais écarté de l'idéal élevé qu'il s'était tracé.... »

Après avoir retracé l'œuvre du professeur Presno, M. Dominguez termine ainsi :

« C'est encore lui que j'ai choisi, le jour venu de ma retraite, comme professeur. Avant de quitter mon pays, où j'étais à ce moment ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, j'ai remis au Dr Presno, alors professeur agrégé, ma chaire d'anatomie topographique et d'opérations, où j'avais passé les vingt meilleures années de ma vie. J'étais certain, comme il l'a fait, qu'il continuerait le chemin que j'avais commencé. Peu de temps après, il obtint la division de la chaire, restant seulement professeur de thérapeutique chirurgicale avec sa clinique.

« Comme vous le voyez, vous n'avez pas seulement dans le Dr Presno, un professeur, un savant, un patriote, il est par-dessus tout, un grand ami de la France. »

Le professeur Presno lit alors son discours :

« L'Académie des Sciences médicales de la Havane m'a confié l'honorable et agréable mission de vous exprimer personnellement sa reconnaissance pour la part que votre illustre Académie a prise dans la commémoration du centenaire de la naissance de Finlay, notre génial compatriote qui découvrit que la transmission de la fièvre jaune était due au moustique.

« C'est du haut de la chaire de l'Académie de médecine de la Havane le 14 août 1881, que Finlay annonça, pour la première fois, au monde scientifique, sa découverte de la transmission de la fièvre jaune par un insecte suceur de sang, le moustique, établissant ainsi les bases fondamentales de la nouvelle classification du groupe des maladies transmissibles de l'homme malade à l'homme sain par les insectes suceurs de sang, et en consignant ensuite, dans la même Académie, en diverses communications le résultat de ses patientes et laborieuses recherches d'expérimentation et de clinique.

« La découverte de Finlay permit d'éliminer de la Grande Antille la fièvre jaune, considérée à juste titre comme son plus redoutable fléau, car elle décimait les émigrants d'Europe et entachait d'une injuste réputation le doux climat de notre belle île. Cette découverte rendit service aussi au monde entier, en le délivrant des meurtrières épidémies de « Vomito Negro » qui, périodiquement, infestaient différentes contrées d'Amérique et d'Europe. Je rappellerai ici seulement les ravages que cette maladie causa en France durant les épidémies de Saint-Nazaire et de Marseille.

« La célébration, à l'Académie de médecine de Paris, dans une séance spécialement consacrée à la mémoire de ce grand bienfaiteur de l'humanité et dans laquelle notre illustre compatriote et maître, le professeur Francisco Dominguez, membre associé étranger, présenta son travail si documenté sur la découverte de Finlay, cette célébration a été estimée par l'Académie de médecine de la Havane comme une nouvelle preuve des relations spirituelles et scientifiques qui ont existé entre nos deux nations et spécialement, dans le domaine médical.

« En rendant hommage à la mémoire de notre compatriote Finlay, comme elle le faisait dernièrement pour l'admirable poète qui cisela « Les Trophées », José-Maria de Heredis, et aussi pour Joaquin Albarran, professeur de votre Faculté de médecine, la généreuse France a, une fois de plus, affirmé les sentiments d'étroite affection et d'admiration que les Cubains ont toujours éprouvés pour elle, et qui nous firent résolument prendre place à ses côtés dès le premier moment des heures tragiques de la grande guerre pour assister ensuite avec un frémissement d'allégresse à sa glorieuse victoire.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
BEATOL
NERVEUX ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME EXTRAIT DE VALÉRIANE
LABORATOIRES LOBICA G. CHENAL Phien 46, Ave des Ternes PARIS (17e)
LIQUIDE 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS Deux à quatre
AMPOULES Injections sous-cutanées

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR ET PILULES GREZ
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES, 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

« En célébrant la mémoire de Finlay, dont d'autres voulurent injustement diminuer ou abaisser la gloire, l'Académie de médecine de Paris maintient fidèlement sa tradition de veiller à la défense des droits des découvertes scientifiques, de la justice et de la vérité historiques qu'ici, dans cette chaire même, proclamait, avec son habituelle éloquence, votre illustre prédécesseur, Malgaigne.

« Comme président de l'Académie de médecine de la Havane, je me réjouis de redire, à vous, Monsieur le président, et aux membres de cette docte corporation, notre profonde reconnaissance, en gardant la ferme conviction que les relations entre la patrie de Pasteur et la patrie de Finlay iront se resserrant chaque jour de plus en plus, et permettront à la jeunesse studieuse de Cuba de continuer à considérer la France comme sa seconde patrie.

« J'ai la joie de remettre à Messieurs le président actuel et le président qui l'a précédé, ainsi qu'à Monsieur le secrétaire général de l'Académie, le diplôme de membre honoraire que l'Académie de médecine de la Havane a eu à honneur de leur décerner, à l'unanimité. » .....

Après ces deux discours salués par des applaudissements répétés, M. le président Walther prononce alors une chaleureuse allocution de remerciements dans laquelle il exalte la séculaire amitié franco-cubaine.

Mort de M. Meillère. — M. le président fait part à l'Académie de la mort de M. Meillère, son ancien président en 1932. La séance est levée pendant quelques instants en signe de deuil.

Notice. — M. Sacquepée lit une notice sur Léon Bernard.

Essai de transmission du tréponème de la paraysie générale au lapin et au cobaye. — M. Levaditi présente un important travail de M. Bessemans concernant la transmissibilité au lapin et au cobaye du tréponème inclus dans le cerveau des paralytiques généraux. On sait que jusqu'à présent, il a été impossible de conférer le chancre syphilitique en inoculant aux animaux réceptifs (lapin ou singe) des fragments de corticalité cérébrale provenant de sujets atteints de paralysie générale. Certains auteurs, et en particulier Levaditi, ont attribué cet échec à la création *in vivo* de variétés tréponémiques éminemment neurotropes et dépourvues de propriétés chancrigènes. M. Bessemans a utilisé des particules de cortex cérébral humain contenant de nombreux tréponèmes parfaitement mobiles, décelables à l'ultramicroscope. Or, l'inoculation de ces particules à des lapins et des cobayes n'a déterminé ni accident tréponémique local, ni syphilis cliniquement inapparente ; il s'ensuit que les spirochètes contenus dans le cerveau des paralytiques généraux sont dénués de dermotropisme, ce qui vient à l'appui de la conception formulée par Levaditi.

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR ET DE L'INSOMNIE (1)

Par M. le docteur Favier.

Les bromures sont tout indiqués pour modérer l'excitabilité du système nerveux, mais on sait combien leur administration provoque des intolérances ; ces inconvénients sont toujours évités par l'utilisation du bromure de sodium sous forme de sédobrol. A la morphine, dont il faut restreindre de plus en plus l'emploi, l'auteur préfère le pantopon, dont les avantages sont infiniment plus nets, mais, dans la grande majorité des cas, les hypnotiques purs sont plus recommandables. Le type de ces hypnotiques est le somnifène, dont la forme liquide permet de donner à chacun sa dose ; mais les barbituriques ont parfois une action trop énergique et il est indiqué de leur adjoindre un produit dont l'action analgésique, en quelque sorte spécifique, corrige d'une certaine manière l'activité trop intense, tout en consolidant l'action sédative. Ce médicament est l'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine, ou allonal.

Les expérimentations physiologiques et cliniques ont confirmé les qualités et les propriétés que l'allonal doit à sa constitution même. Ce médicament, extrêmement facile à manier, sous la forme de comprimés à 0 gr. 16, représente un véritable hypno-analgésique renforcé, capable de lutter contre toutes les insomnies primitives ou douloureuses, pouvant être substitué dans neuf cas sur dix à la morphine dont il n'a pas les inconvénients, d'un usage infiniment plus étendu que les sédatifs valérianés ou bromurés, ayant tous les avantages des barbituriques utilisés jusqu'ici sans en présenter les défauts et plus actif qu'eux contre la douleur, par l'addition d'un analgésique connu et approuvé.

(1) *Bull. méd*, Paris, n° 19, mai 1934.

INFORMATIONS

(suite)

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Liste des candidats autorisés à prendre part aux épreuves écrites :

Mlle Adda, MM. Aharfi, Albreght, Mme Aldou, MM. Alilaire, Andreota, Antomarchi, Arrighi, Arsitch, Artisson, Arviset, Aslanian, Attali, Mlles Aubert-Champerré, Aubin, MM. Audry, Auffret, Aurenche, Mlle d'Aussagnel de Lasbordes, MM. Aussanaire, Avenier, Azoulay (Charles), Azoulay (Emilien), Azuelos,

MM. Bachelier, Badinier, Bakhouche, Mlle Balossini, MM. Bancaud, Banse, Barbier, Bardery, Barreau, Bargain, Mlles Barnaud, Barre, Barrillon, MM. Barry, Basset, Bastard, Batail, Mlle Bataille, MM. Baudon, Bauer (Jean), Bauer (Lazare), Bauge, Baulande, Baussan, Bayle, Beauchef, Beaufils, Beaugrand, Beauvais, Bellin, Bellotte, Belot, Mlle Bentkowski, MM. Bergeron, Bessil, Biardeau, Bibas, Billard, Blanchard, Blondeau, Mlle Blumenfeld, MM. Boissonnat, Boivin, Bonduelle, Mlles Bongard, Bonnenfant, MM. Bonnet, Boquet, Borde, Bosvieux, Bouche, Bouillie, Mme Boulenger, MM. Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Bourel, Bourgin, Bours, Boursaus, Botreau-Roussel, Bouvier, Bregeat, Breitel, Bret, Breton (Pierre), Bretton (Roger), Mlle Brille, MM. Brissaud, Buffard, Bugaut, Butzbach,

MM. Cagny (de), Cahen, Cahuet, Campagne, Campesco, Camus, Canetti, Cante, Carasso, Carle, Carniol, Caruana, Mlle Casalis, MM. Castany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caufment, Cauvy, Cerf, Chalochet, Champagne, Champeau, Chappe, Chassagne, Chedru, Mlle Cheikh, MM. Chevalier (Henri), Chevallier (Robert), Chiara (di), Chiche, Chigot, Ciaudo, Claisse, Clamageran, Claracq, Clenet, Cler (René), Clerc (Pierre), Clotteau, Cohen, Collot, Combes, Mlle Comnerson, MM. Conte, Copreaux, Coquet, Cornet, Corrion, Mlle Cotton, MM. Coullet, Coulombeix, Coutin, Coville, Crescenci, Cuvereaux,

Mlle Damiens, MM. Danel, Daniels, Darmendrail, Darris, Dastugue, Mlle Daubail, MM. Daudier, Daverne, Debelut, Debost, Debouvry, Defrance, Degand, Deguillaume, Delabroise, Delair, Delort, Delzant, Demange, Denes, Denizet, Dennewald, Denois, Depaillat, Depierre, Deroide, Dervaux, Deschamps, Mlle Desclaux (Geneviève), MM. Desclaux (Pierre), Deseglise, Desfosses, Destouches, Deuil, Devaux, Devoucoux, Divet, Dos Ghali, Doudeuil, Doukan, Douville, Drain, Dramez, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Dro-

CONSTIPATION SPASMODIQUE

CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL

HISTOGÉNOL

Médication Arsénio-Phosphorée Organique

NALINE

INDICATIONS :

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité

FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.

Littérature et Échantillons:

Ets MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE

R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule).— Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour. } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour. } Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01).
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015).
INJECTIONS INDOLORES

Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

R. C. Seine, 210.439 B

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

R. C., 221.639, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

guet, Dubarry, Dubois, Dubos, Duchatel, Ducros, Duflot, Dufour (André), Dufour (Jean), Dufour-Lamartinie, Dugrenot, Dulac, Dupond, Duret, Mlles Durrande, Duss, MM. Dutheil, Dutter.

MM. Ebstein, Ecklé, Elbaz, Mlles Epstein, Eremia, MM. Etienne, Eudel, Mlle Eyraud.

MM. Faliu, Falk, Faugeroux, Fayein, Fayet, Feld, Feldmann, Feneon, Ferrand, Ferrari, Ferval, Feuillet, Feuillette, Filippi, Fischer, Fischgrund, Flores, Fonteix, Fornari, Fortin, Fouassier, Fouilloy, François, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froissant,

MM. Gaignerot, Gallaut, Gallimard, Gaquière, Garcin, Gaudeul, Gaume, Mlle Gautherot, MM. Gauthier, Gautheau, Gay, Geofroy, Geismar, Genevrier, Gerbaux, Gerbet, Gharib, Gheorghiou, Mlle Ghinsberg, MM. Ghozland, Gibon, Gilbert, Giraud (Jean), Girault (Louis), Mlle Giret, MM. Glenard, Goldman, Gordet, Goudot, Gouffier, Goulene, Goulesque, Goury-Laffont, Gout (Lucien), Gout (René), Goutner, Gras, Gratier, Grégoire, Greze, Grislain, Gruner, Guebel, Guenon des Mesnards, Gueret, Gues, Guillemain (André), Guillemin (Georges), Guiot, Guittard, Guny,

M. Hacker, Mlle Haguenauer, MM. Halle, Hanoun, Hausmann, Hebert, Mlle Helman, MM. Herluison, Hertzog, Mlle Heulot, MM. Hofmann, Homsy, Horeau, Huber,

MM. Inbona, Izrael,

MM. Jacquemin, Jacquet (Albert), Jacquet (Maurice), Jacquot, Jalladeau, Jamain, Janeau, Jannette-Walen, Jayle, Joly, Jouon, Juille, Jugnet, Mlles Jurain, Juster,

MM. Kasatzker, Kaufmann, Kolpenitzki,

MM. Lacombe, Lacorne, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lamasson, Lambert (André), Lambert (Raymond), Mlle Lamothe (Brigitte), MM. Lamotte (Michel), Landolt, Laneuville, Lange, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Lascaux, Lataix, Laubry, Laumonnier, Laurence (Gabriel), Mlles Laurens (Marguerite), Lautmann, MM. Leandri, Le Balc'h, Lebel, Le Bigot, Leboff, Le Bozec, Lebrun, Lecointe, Lecoq, Le Cudonnec, Lefebvre, Lefer, Le Loc'h, Lemanissier, Lemoine, Lenoir (Jean), Lenoir (Pierre), Lenormant, Le Picard, Lepintre, Lermain, Le Roy, Lesca, Lesieur (Jean), Lesieur (Pierre), Le Sourd, Le Sueur (Guy), Mmes Le Sueur (Suzanne), Levachkevitch, MM. Levy (François), Lewi (Samuel), L'Hirondel, Libert, Lignières, Lignon, Mlle Lindeux, MM. Livory, Lobel, Logeais, Logeard, Loiseau (Jacques-Paul), Loiseau (Jacques-Pierre), Lolmede, Mlle Lotte, MM. Loubrieu, Loze, Luteraan,

MM. Magder, Magne-Rouchaud, Maignan, Maillard, Mlle Malan, MM. Malartic, Mande, Mlles Marcille, Mage, Maréchal, M. Mariani, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin, Martinon, Martinot, Maschas, Mlle Massiot, MM. Mathieu, Mattei, Matteo (di), Maurice, Mazingarbe, Meilland, Menanteau, Mestier (de) du Bourg, Mestries, Mlle Meunier, MM. Meurin, Meyer (Henri), Meyer (Moïse), Mignon, Milliez, Modimard, Molinery, Monier, Monin (Emile), Mlle Monin (Françoise), M. Montagne, Mlle Montallant, MM. Montis (de), Morel-Fatio, Morhange, Morichau-Beauchant, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconacci, Musset,

MM. Nadiras, Nardi, Nastorg, Nedelec, Negellen, Nespoulous, Netter, Neveu, Nicaise, Nick, Nobili (de), Nordman,

Mlles Oehmichen, Oganesoff, MM. Oger, Olbinsky, Mlle Olivier (Jacqueline), MM. Olivier (Marcel), Olivier-Pallud, Mlle Onfray, MM. Ordonneau, Oudot,

MM. Pahmer, Paillas, Paingault, Paugam, Paulo (de), Payer, Pecunia, Pellerat, Pertus, Peschard, Petit (Camille), Petit (Jean), Petit (Norbert), Philippe, Mlle Picard (Suzanne), MM. Picart (René), Picot, Pierra, Pietroni, Pighet, Pilat, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pinet, Piton, Placa, Plas, Mlle Pochon, MM. Poggioli, Pointeau, Poisson, Porret, Pouch, Pouliquen, Prat (de), Mlle Prettre, M. Prialnic, Mlle Provendier, MM. Prunel, Pruvot, Pupko,

MM. Rabant, Rabourdin, Rault (André), Rault (Jean), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Reinert, Revel, Ripard, Robert (Jean), Mlle Robert (Marie), MM. Robey, Robin, Rocca Serra (de), Roche (Camille), Roche (Jean), Rochet, Rodde, Rolland, Ronsin, Rossignol, Mlle Rotte, MM. Rouault, Rouge, Rougier, Roullaud, Rousset, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer, Rouzaud, Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rybinski,

Mlle Sachnine, MM. Sagaut, Saillant, Mlle Saint-Paul, MM. Saks, Salvanet, Samain, Sarrazin, Mlle Saulnier, MM. Sayous, Schaefer, Schapira, Schneider, Mlle Segal, M. Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sénéchal (Robert), Serame, Sevileano, Mlle Seyrig, M. Sicard, Mlle Simon (Antoinette), MM. Simon (René), Siraga, Sobieski, Soubiran, Soullard, Statlender, Steinberg (Robert), Stoopen, Strass, Streusand, Suau, Mlle Sulzer, M. Szejdel,

MM. Tardieu, Taveau, Temime, Tempier, Mlle Teodoresco, Mme Ternois, MM. Tetreau, Tetu, Teyssier, Thaon, Mlle Thevenot, M. Thieblot, Mlle Thieullen, MM. Thomas, Thomeret, Tiffeneau, Tiret, Torre, Toulouse, Tran-Van-Con, Trouvé, Tulou, Turlotte, Tzannetis,

MM. Vakili, Vancostenoble, Vannier, Van-Quaethem, Vassal, Vendryes, Vermenouze, Verne (Jean), Vernes (André), Verstraete, Vettier, Vialard (Emile), Vialard (Jean), Vialatte, Mlles Vidal de la Blache, Vigneron, MM. Villaret, Villey-Desmeserets, Vincent (Max), Vincent (Philippe), Vionnet, Vivien,

MM. Wagner, Walther, Wattez, Weil (Jacques), Weill (François), Welti, Wetterwald, Wiehm, Wintrebert, Mlle Wirz, MM. Wolfromm, Wolinetz, Mlle Wuest,

M. Yglesias y Betancourt,

MM. Zahler, Zarachovitch, Zivy, Zwillinger.

Les traitements de l'hypertension artérielle (1), par Maurice Roch, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, professeur de clinique médicale à la Faculté de Genève.

L'hypertension pose aux médecins des questions de thérapeutique qui se répètent chaque jour sous des formes différentes et auxquelles il doit être immédiatement répondu. — Il est souvent difficile de le faire autrement que par quelque formule empirique qui ne suffit pas à donner, au médecin doué d'un peu d'esprit scientifique, le sentiment d'avoir accompli un acte logique et raisonné.

Le but de ce livre est de permettre au thérapeute de ne pas se borner à mettre en œuvre des traitements purement symptomatiques, mais de chercher à découvrir les causes du mal et de s'efforcer d'agir sur celles-ci.

En d'autres termes, autant que possible, il pratiquera une thérapeutique étiologique. S'il ne le peut, il s'adressera aux troubles fonctionnels afin de les modifier dans un sens favorable. C'est seulement en troisième lieu qu'il s'attaquera de front aux symptômes eux-mêmes.

L'auteur s'occupe d'abord du traitement des hypertensions dissociées, puis de celui des hypertensions paroxystiques ; ensuite il aborde le traitement pathogénique et étiologique des hypertensions permanentes. Il termine par quelques considérations sur le traitement des complications et des symptômes.

L. G.

(1) Collection Médecine et Clinique pratiques. In-8 de 148 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

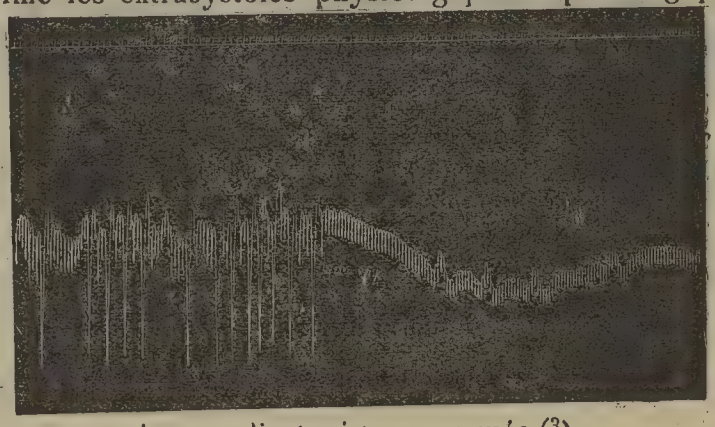
La Spartéine "Houdé"

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

ASTHÉNIE GÉNÉRALE
Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

6 à 9 pilules par jour.

HOMOLOGUE FÉMININ : YO-GYNINE

LABORATOIRE ISCOVESCO
107, Rue des Dames, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 17 OCTOBRE 1934. — N° 83.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Pyrétothérapie et affections du système nerveux, par M. le professeur H. Roger (de Marseille).
NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE
Les farines autres que la farine de froment dans l'alimentation du nourrisson, par M. L. Babonneix.
CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE. (Compte rendu. Fin.)
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des angines aiguës (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Composition écrite.* — *Section de pathologie médicale* (2e séance). — Question donnée : « Symptômes, diagnostic et traitement du coma diabétique. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic des crises gastriques du tabes. — Symptômes et diagnostic des complications intestinales de la fièvre typhoïde. — Formes cliniques de la méningite tuberculeuse. — Causes, symptômes et diagnostic de la paralysie faciale périphérique. — Zona intercostal. — Formes cliniques du cancer du pancréas. — Diagnostic des hématémèses. — Symptômes et diagnostic de la cirrhose de Laennec.

Section de pathologie chirurgicale (3e séance). — Question donnée : « Complications des kystes de l'ovaire. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes, évolution et traitement du mal de Pott dorso-lombaire (sans le diagnostic). — Symptômes, évolution et traitement des kystes hydatiques du foie (sans le diagnostic). — Diagnostic et traitement des sténoses du pylore. — Tuberculose iléo-cæcale (symptômes, diagnostic et traitement). — Fractures fermées de l'extrémité inférieure du fémur. — Symptômes et complications des fractures de côtes (fractures fermées seulement). — Symptômes, diagnostic et traitement de la hernie inguinale étranglée. — Cancer de la langue (symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques). »

Répartition du jury dans les trois sections :

Anatomie. — 2 médecins : MM. les docteurs Grenet et Donzelot; 3 chirurgiens : MM. Mondor, Labey et Huard.

Pathologie médicale. — 5 médecins : MM. les docteurs Lambling, Jacob, Laederich, Touraine et le professeur Clerc.

Pathologie chirurgicale. — 4 chirurgiens : MM. les docteurs Bergeret, de Gaudart d'Allaines, Martin, Okinczyc; 1 accoucheur : M. le docteur Lantuéjoul.

Dates des séances de lecture :

Anatomie. — Séances de lecture à l'hôpital Boucicaut : lundi, mercredi, samedi et dimanche, 9 h. à 12 h.; lundi, 18 h.; vendredi, 19 h. 30.

La première séance a eu lieu le lundi 15 octobre, à 9 h., à l'hôpital Boucicaut, et exceptionnellement le même jour, à 17 h.

Pathologie médicale. — Séances de lecture à l'hôpital Necker-Enfants-Malades : lundi, à 14 h.; mardi et vendredi, à 20 h. 30; mercredi et samedi, à 9 h.; mercredi, à 16 h.

La première séance a eu lieu le mardi 16 octobre, à 20 h. 30, à l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Pathologie chirurgicale. — Séances de lecture à la salle des concours de l'administration (Saints-Pères) :

Mercredi, jeudi et samedi, 9 h. à 12 h.; lundi et vendredi, 18 h. à 21 h.

La première séance a eu lieu le lundi 15 octobre 1934, à 18 h., à la salle des concours (Saints-Pères).

— Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'aide d'anatomie à l'amphi-

DYSPEPSIES — GASTRALGIES
DIGESTIONS LENTES
ELIXIR DE PEPSINE DU Dr MIALHE

théâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 5 novembre 1934, à 9 h., à l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), jusqu'au mercredi 17 octobre 1934 inclusivement, de 15 à 18 h.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1934-1935, des cours complémentaires ci-après à la Faculté de médecine de Nancy :

Médecine légale : M. Mutel (semestriel, 2 h. par semaine).

Physique médicale : M. Lamy (annuel, 1 h. par semaine).

Parasitologie : M. Dombray (annuel, 1 h. par semaine).

Maladies mentales : M. Hamel (semestriel, 2 h. par semaine).

Chirurgie opératoire : M. Berthélemy (annuel, 1 h. par semaine).

Propédeutique dermatologique : M. Watrin (annuel, 1 h. par semaine).

Gynécologie : M. Binet (annuel, 1 h. par semaine).

Cours théoriques d'accouchements : M. Job (annuel, 1 h. par semaine).

Toutes dispositions contraires sont rapportées.

— Sont chargés pour l'année scolaire 1934-1935, des fonctions ci-après à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy :

Agrégés chargés d'enseignement. — Anatomie : M. Mutel. — Propédeutique médicale : M. Drouet. — Pathologie externe : M. Guillemin. — Pathologie générale et médecine expérimentale : M. Simonin. — Obstétrique : M. Vermelin. — Pathologie générale : M. Abel. — Physiologie du travail : M. Merklen.

Chefs de travaux. — Chimie : M. Wolff, agrégé. — Anatomie pathologique : M. Poursines, agrégé. — Histologie : M. Florentin, agrégé. — Anatomie : M. Bleicher, délégué.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira le lundi 6 mai 1935 devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Jean Chrysikos (d'Athènes).

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, est nommé président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le professeur Léon Bernard, décédé.

CONGRÈS DE CHIRURGIE. — Dans sa séance plénière l'Association française de chirurgie a désigné pour la présidence du Congrès de 1935 M. le professeur Michel (de Nancy). M. Victor Pauchet a été élu vice-président. Il présidera donc le Congrès de 1936.

IIIe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE. — Rappelons que ce Congrès s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le mercredi 17 octobre, à 15 h. 30.

Le soir, à 21 h. 30, aura lieu au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, la réception des congressistes par l'Association de la Presse médicale française.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

En raison du deuil national cette soirée gardera un caractère de stricte intimité ; il n'y aura pas de musique.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — 1° Conférences de sémiologie radiologique à l'usage des praticiens, sous la direction du docteur Ch. Guilbert.

Les conférences commenceront le vendredi 19 octobre pour être terminées le 27 octobre, à 12 h. Le matin, examens à l'écran. A 12 h., lecture des clichés. A 16 h. et 17 h. 30, conférences avec projections.

Droit d'inscription : 300 fr. — S'inscrire au laboratoire central de radiologie de l'hôpital Lariboisière.

2° Conférences de technique rœntgenthérapique (technique de la dose profonde) à l'usage des spécialistes et des étudiants. Les lundis et samedis, à 11 h., par le docteur Ch. Guilbert, chef de laboratoire, à partir du 15 janvier 1935. — Conférences gratuites.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier.) — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements le samedi 3 novembre 1934, à 10 h. du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital Broussais. Professeur : M. E. SERGENT.) — Cours de revision d'une semaine (12 au 17 novembre 1934) sur les *Acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et de M. C. Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux; P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux; Joannon, agrégé; Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périsson, anciens internes des hôpitaux.

Un certificat sera délivré aux médecins ayant suivi régulièrement le cours.

S'inscrire à la Faculté de médecine, ou bien tous les jours, de 9 à 11 h. et de 14 à 16 h. (sauf le samedi), salle Béclard (A. D. R. M.), ou bien au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Droit d'inscription : 250 fr.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin phtisiologue adjoint, chargé des dispensaires antituberculeux, aura lieu à la Préfecture de l'Isère, dans le courant du mois de novembre 1934.

Le concours est réservé aux médecins pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et justifiant d'une pratique suffisante d'hygiène sociale, de laboratoire et de phtisiologie.

Les candidats à cet emploi devront être Français et avoir accompli leur service militaire actif ou être dégagés de toute obligation militaire, âgés de 25 ans au moins et de 35 ans au plus, à la date du 1er janvier 1935.

Les demandes établies sur timbre doivent être adressées avant le 10 novembre 1934 au président du Comité de lutte contre la tuberculose, à la Préfecture.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER, pour cause de départ, grand appartement meublé de 8 pièces dont 5 principales, tout confort (près parc Monceau). Conviendrait à médecin. — S'adr. au Journ. L. B.

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

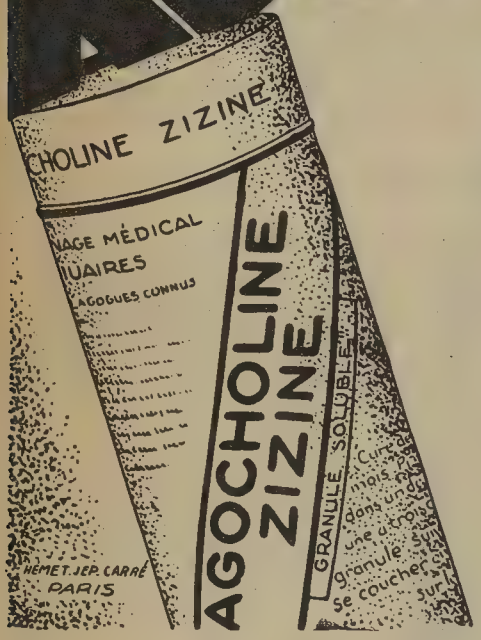
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

TRAITEMENT BIOCHIMIQUE DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

LARISTINE
ROCHE

Solution à 4%
Chlorhydrate HISTIDINE
en Ampoules de 5cc
35 Frs la boite de 6 Amp.

SÉDATION RAPIDE DE LA DOULEUR

Injection indolore
intramusculaire ou sous-cutanée

1 Ampoule par jour
pendant 21 jours

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon, PARIS (IVe)

PYRÉTOTHÉRAPIE ET AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX [1]

Par M. Henri ROGER (de Marseille).

Nombreuses sont les affections du système nerveux auxquelles ont été appliquées les diverses pyrétothérapies (infectieuses, chimiques, physiques), qui ont vu le jour ces dernières années.

Paralysie générale. — Malariathérapie. — Sans insister sur les données actuellement bien connues, concernant les modes d'inoculation et l'évolution de la malaria provoquée, y compris ses accidents et sa mortalité de 5 à 10 %, il y a lieu de préciser la *conduite de la cure ;* évolution de huit accès fébriles et interruption par la quininisation, qui doit être assez intensive pour éviter les rechutes ultérieures. Par contre chez des individus fragiles, à foie insuffisant (alcoolique), à cœur gras, ou simplement débilités, il faut se contenter de la cure mitigée (accès fébriles atténués par de minimes doses de quinine) ou de la cure en deux temps (évolution de 4 accès, quininisation, nouvelle inoculation 4 à 5 semaines après fièvre, réduite elle aussi à 4 accès). Des post-cures arsenicales par série de 21 gr. de stovarsol sont ultérieurement indiquées. Une nouvelle malarisation a pu dans certains cas être tentée.

Les effets de la malariathérapie sur l'organisme sont, dans les cas favorables, de deux sortes. La nouvelle infection surajoutée atténue ou fait disparaître les signes propres de la P.G.; elle fait par contre apparaître, dans des cas il est vrai exceptionnels, des symptômes nouveaux, différents de la série paralytique.

Le mieux influencé est le *syndrome somatique :* habituellement augmentation de poids 6 à 8 kilogs deux à trois mois après la période fébrile, — dans quelques cas apparition curieuse, deux à trois ans après, de lésions du type tertiaire réagissant au traitement spécifique (gommes cutanéo-muqueuse, périostites, iritis, etc...).

Le *syndrome psychique* est modifié surtout dans ses symptômes d'excitation, ses poussées délirantes, plus tard et souvent à un moindre degré dans son fond démentiel (récupération partielle de la mémoire, de l'autocritique, de la volonté, dans quelques cas restitution parfaite de l'intellect). S'opposant à ces modifications heureuses, des psychoses, du type non paralytique, s'installent chez quelques malades, plusieurs mois après la cure : psychose paranoïdohallucinatoire à début hypochondriaque avec idées de persécution, psychose catatonique avec stupeur, mutisme, négativisme.

Dans le syndrome neurologique, les éléments les plus curables sont la dysarthrie et la dyagraphie. — Exceptionnellement l'épilepsie, rare chez les P. G., apparaît ultérieurement et évolue vers la chronicité.

Le syndrome humoral reste le plus longtemps rebelle. Il peut, à la longue, au bout de quelques mois, fléchir, avec diminution ou disparition de l'hypercytose et de l'hyperalbuminose, avec même plus rarement négativation B.W. du L.C.R.

Si les heureux effets psychoneurohumoraux immédiats s'expliquent par l'influence du choc pyrétique déclanché par l'infection provoquée, les syndromes postmalariques tardifs (épilepsie, psychoses paranoïdohallucinatoire et catatonique) sont dus à une autre cause. Ils ne relèvent pas des complications nerveuses tardives de la malaria. Ils dépendent d'une lente transformation du *syndrome anatomique* de la P.G.; le processus quaternaire de la méningoencéphalite paralytique, à type parenchymateux diffus, est remplacé par des lésions de syphilis cérébrale, à type tertiaire, constituées par des foyers localisés, centrés par un vaisseau altéré.

Le bilan des *résultats* est difficile à établir d'une façon précise, en raison de la multiplicité des statistiques observées par des auteurs très différents, d'après les classifications nosographiques dissemblables, et suivant des techniques d'impaludation non superposables.

Les *rémissions complètes* sont en moyenne de 25 %. Exceptionnels, mais vraiment remarquables, sont les cas d'intellectuels susceptibles de reprendre comme auparavant la direction d'importantes affaires ; beaucoup plus fréquents sont les P.G. qui, quoique capables de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, se trouvent, après leur maladie, placés à un échelon social légèrement inférieur à celui qu'ils occupaient auparavant. Les résultats se stabilisent souvent pendant quelques années.

Les *rémissions incomplètes*, qui sont en moyenne de 25 à 30 %, débarrassent les malades de leurs poussées aiguës, prolongent leur vie. Mais un assez grand nombre d'entre eux ne sont capables que d'un travail de qualité inférieure, restent à charge à leur famille, ou sont un lourd fardeau pour l'hôpital ou l'asile qui doit les héberger.

Les résultats cliniques et sociaux varient suivant les formes de la maladie (formes expansives et formes jeunes mieux influencées), suivant les types étiologiques (caractère plus rebelle de la P.G. juvénile, récupération sociale meilleure des manouvriers que des intellectuels), suivant l'état général du malade (contre-indications tirées d'un état cachectique, d'une hypotension accusée, d'une tuberculose pulmonaire, d'une tare hépatique, cardiaque ou rénale importante).

Autres méthodes pyrétogènes. — Il y a lieu de passer successivement en revue :

1° Les *infections autres que la malaria :* les unes à spirilles comme la fièvre récurrente (injection du sang de souris, inoculée de préférence avec le type hispano-marocain ; résultats parfois aussi bons qu'avec la malaria ; mais difficulté plus grande de la stérilisation de l'infection inoculée, application aux cas malaria résistants) et comme la fièvre par morsure de rat ou sodoku, — les autres à virus inconnu comme la fièvre boutonneuse.

2° Les *produits bactériens divers :* vaccins dont les plus utilisés sont le vaccin antichancrelleux (dmel-

(1) D'après le rapport du XXIIIe Congrès Français de Médecine. Québec, septembre 1934.

cos) et le vaccin antityphoïdique, toxines comme la tuberculine (un demi-milligr. de tuberculine de l'Institut Pasteur, dilué dans du sérum physiologique), protéines microbiennes complexes, telles le néosaprovitan B et le pyrifer.

3° Les *méthodes chimiques :* nucléinate de soude, substances albumineuses, comme le phlogetan et le lait stérilisé, et surtout huile soufrée, en particulier sous forme de sulfosine (10 à 15 injections intrafessières, à doses progressives de 2 à 10 cent., à raison de 2 à 3 par semaine).

4° Les *procédés physiques :* en particulier ondes courtes.

Sauf contre-indications particulières dues à l'état du malade, à l'impossibilité d'obtenir une souche de plasmodium (malade éloigné de tout centre malariathérapique), ces diverses méthodes doivent, dans la P.G., céder le pas à l'impaludation.

Sans attendre les résultats merveilleux obtenus par quelques auteurs, il y a lieu d'impaluder tout P.G. qui ne présente pas de contre-indication. Car, associée au stovarsol, la malariathérapie est, à l'heure actuelle, la méthode la plus susceptible d'améliorer, sinon toujours de guérir, pareils malades. La cure devra toujours être attentivement surveillée.

Autres syphilis nerveuses. — Dans le *tabes*, la cure pyrétogène n'a réellement d'influence que contre certaines douleurs fulgurantes rebelles, contre les crises gastriques récidivantes. Elle est également indiquée lorsque les signes cliniques et les réactions humorales affectent une progression croissante malgré les cures spécifiques.

L'*atrophie optique*, dont on connaît le caractère rebelle, aurait parfois été arrêtée par la malaria, par la sulfosine.

Chez les sujets qui, quelques années après leur chancre, ont encore de l'hyperalbuminose, de l'hypercytose, et surtout un B.W. positif du L.C.R., dans ces *syphilis nerveuses latentes tardives*, la malaria, en stérilisant le L.C.R., aurait une réelle efficacité pour la *prévention de la syphilis nerveuse*, du type tabes ou P.G.

Maladies nerveuses non syphilitiques. — L'on s'est attaqué aux plus rebelles d'entre elles.

L'*épilepsie* résiste malheureusement à pareille cure.

Le *syndrome parkinsonien* serait parfois légèrement atténué par la vaccineurine, les staprolysats. Certaines *contractures hémiplégiques* s'assouplirent partiellement avec les ondes courtes. La *sclérose en plaques*, dans ses formes jeunes, voit céder quelques-unes de ses poussées évolutives sous l'action du phlogétan ou du vaccin antityphoïdique. Le dmelcos paraît raccourcir l'évolution de quelques *polynévrites*.

Maladies mentales. — Malgré tous les efforts de l'école italienne qui s'est particulièrement attachée à la pyrétothérapie de la *démence précoce*, les résultats restent toujours précaires et souvent difficiles à discerner des rémissions spontanées. Les formes les plus influencées sont les formes de début, chez les jeunes, dont l'état démentiel n'est pas encore accusé, les formes aiguës à type catatonique. Ici, comme pour les maladies autres que la P.G., dans laquelle la question vitale n'entre guère en jeu, il vaut mieux se servir des agents pyrétogènes offrant moins de dangers que la malaria. Le vaccin antityphoïdique et surtout l'huile soufrée, ont été les plus employés. On pourra associer à la pyrétothérapie une cure par les sels d'or, indiquée en raison de l'origine tuberculeuse possible de certaines D.P.

Dans la *psychose maniaco dépressive*, les états d'excitation sont, dans une certaine mesure, mieux influencés que les états dépressifs.

Conclusions. — La pyrétothérapie agit plus sur les syndromes d'excitation que sur les troubles déficitaires ; sur les phases aiguës des maladies plus que sur les évolutions chroniques.

Elle peut être conseillée dans certaines poussées douloureuses des tabétiques, dans l'atrophie optique, dans les polynévrites, dans quelques contractures hémiplégiques.

Elle doit être tentée, sous forme d'huile soufrée ou de vaccins et, malgré ses résultats bien inconstants, dans les formes de début de la trop désespérante démence précoce.

Elle trouve la principale de ses indications dans la paralysie générale. L'impaludation procure dans quelques cas exceptionnels des succès inespérés, provoque dans un plus grand nombre des rémissions importantes. Malheureusement, bien des malades voient simplement leur existence prolongée sans récupération sociale notable. La cure malarique sera soigneusement surveillée : elle sera suivie de plusieurs cures intensives par le stovarsol.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES FARINES AUTRES QUE LA FARINE DE FROMENT DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Ce sont :

1° La farine d'avoine ;
2° La farine de riz ;
3° La farine de maïs ;
4° La farine d'orge ;
5° La farine de sarrazin ;
6° La farine de seigle.

Notions d'ordre théorique. — Farine d'avoine. — C'est la plus riche en protides (dont les purines) et en lipides, en phosphore organique, en fer et en cellulose. Elle convient donc spécialement aux cas où domine la constipation, mais elle provoque souvent des troubles digestifs : vomissements, diarrhée, ou nerveux : agitation, insomnie. « Si elle est l'aliment national des Ecossais, si elle est très employée en Angleterre (1), elle paraît convenir moins bien aux petits Français » (Marfan), peut-être parce qu'elle renferme en-

(1) Elle est à la base du porridge.

core, dans une certaine proportion, les gros éléments du son. Les inconvénients sont moins marqués avec la crème d'avoine, privée de la plus grande partie du son qu'elle contient.

Crème de riz. — A base de gruaux réduits en poudre, elle est très riche en glucides, mais pauvre en lipides, protides et cellulose. Aussi convient-elle aux enfants sujets à la diarrhée.

Maïs. — Pauvre en sels minéraux, riche en lipides, glucides et protides, dont surtout la cellulose, il est doué de propriétés laxatives, et, parfois, assez mal supporté.

Orge. — Mêmes propriétés laxatives légères, dues, elles aussi, à la grande quantité de cellulose qu'elle renferme. Mais, contrairement au précédent, l'orge est riche en sels minéraux. Son amidon est particulièrement assimilable.

Sarrazin. — Il donne le blé noir consommé en Russie et dans certaines parties de la France (Bretagne, Normandie, Sologne). Il est très riche en glucides, moyennement riche en protides et en lipides.

Seigle. — Sa constitution chimique est voisine de celle du précédent. A noter sa richesse en cellulose, chaux et fer.

Très digestibles lorsqu'elles sont bien cuites, faciles à se procurer partout, de prix abordable, les farines de céréales conviennent parfaitement à l'alimentation du jeune enfant. On peut les administrer soit seules : froment, orge, riz ; soit, comme cela est recommandé pour l'avoine, mélangées à d'autres.

Composition des farines précédentes, d'après M. J. Alquier, et, pour le seigle, d'après M. P. Lassablière :

Aliments.	Eau.	Cendres.	Protides.	Lipides.	Glucides.	Calories par 100 gr.
Avoine (farine d').....	8,91	1,85	14,73	6,70	67,81	380
Froment (Id.).	12,05	0,57	11,29	1,11	74,98	352
Maïs (Id.)...	14,04	1,44	8,54	3,38	72,60	348
Orge (Id.)...	14,16	2,05	11,55	2,18	70,06	339
Riz (Id.).....	11,36	0,49	7,56	0,59	80	351
Sarrazin	13,84	1,06	7,02	1,44	76,64	343
Seigle.....		0,83	7,71	1,23	73,47	346

On voit donc que, de ces divers produits :

Les plus riches en matières azotées sont, par ordre :
L'avoine, l'orge et le froment;
Les plus riches en matières grasses :
L'avoine, puis, loin derrière, le maïs et l'orge;
Les plus riches en hydrocarbones :
Le riz;
Les plus riches en sels :
L'orge, l'avoine, le maïs.

Administration des bouillies. — Nous envisagerons :

1° *La préparation des diverses bouillies.*

On utilise souvent des farines très fines, dites *crèmes de céréales*, soumises parfois à une torréfaction préalable, ce qui raccourcit la durée de leur préparation et les rend plus digestibles.

Bouillies préparées avec de la *farine d'orge*, indiquées en cas de constipation.

Moudre une cuillerée à café d'orge perlé, faire bouillir un quart d'heure dans 50 gr. d'eau et ajouter du sel; filtrer et ajouter 100 gr. de lait de vache bouillant; sucrer.

Le gruau d'*avoine*, sous une de ses formes habituelles (porridge, quaker oats), sert à préparer des bouillies, pour lesquelles, après divers essais, nous avons adopté la technique de M. E. Terrien.

Délayer, le soir, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à soupe pleine de quaker oats, saler, cuire un quart d'heure à feu doux, en agitant tout le temps. Laisser refroidir : une pellicule se forme à la surface. Verser, au-dessus d'elle, une petite quantité d'eau froide.

Le lendemain matin, jeter cette eau. Bien délayer le tout à froid. Cuire doucement en ajoutant peu à peu 200 gr. de lait. Sucrer.

Précautions à observer pour qu'elles soient bien tolérées

a) *Aller progressivement et prudemment;*

b) *Veiller à ce que la bouillie soit bien cuite*, toute présence de grains d'amidon dans les selles indiquant une cuisson insuffisante (Armand-Delille, Lestoquoy et Bospaloff);

c) *S'adresser, pour les débuts, à la farine d'arrow-root;*

d) *Tâcher de la faire prendre, d'emblée, à la cuiller;*

e) *Veiller à ce que les premières soient peu abondantes et très diluées;*

f) *S'armer de patience*, les petits enfants pratiquant volontiers, eux aussi, le misonéisme, et, s'ils font trop de difficultés, changer de bouillie en utilisant d'autres farines, substituer, en cas de besoin, aux bouillies blanches les bouillies noires, ou recourir aux potages;

g) *S'ils sont encore au sein, les faire téter aussitôt après la bouillie absorbée*, le lait de femme facilitant, par l'amylase qu'il contient, la digestion de l'amidon. Est-il au biberon et n'a-t-il absorbé qu'une partie de la bouillie, compléter son repas par l'administration d'une certaine quantité de lait;

h) *Attendre un temps assez long avant de donner un nouveau repas :* en pratique :

Les *trois premiers mois*, toutes les deux heures et demie, chez les nourrissons de poids inférieur à la normale, soit 7 par 24 heures; toutes les trois heures chez les autres, soit 6 par 24 heures.

A *partir du quatrième mois*, toutes les trois heures.

i) *En cas de diarrhée*, s'adresser aux bouillies préparées avec de l'arrow-root, de la banane et, surtout de la crème de riz ;

j) *En cas de constipation*, essayer, avec précautions, la farine d'avoine, d'orge, de seigle, de sarrazin;

k) *Varier les farines*, chacune apportant des éléments chimiques différents. On substitue parfois aux farines de céréales les farines de fruits : banane, très riche en amidon soluble, châtaigne ;

l) *Surveiller attentivement les fonctions digestives :* dès les premières bouillies, les selles se foncent, leur aspect devient plus homogène, plus ferme. Sont-elles mal supportées, alors survient une diarrhée mousseuse;

m) *Sont-elles bien tolérées, les épaissir peu à peu et en augmenter le nombre*, de façon que l'enfant prenne :

De huit à neuf mois : deux bouillies et quatre prises de lait;
De neuf à onze mois : deux bouillies et trois prises de lait.
Sont-elles mal tolérées, on a le choix entre trois techniques :
Ou bien continuer le régime lacté exclusif;
Ou essayer un autre aliment : panades, potages;
Ou substituer au lait, soit le bouillon de viande, soit le bouillon de légumes.

Peu nourrissant, puisqu'il ne contient pas d'hydrates de carbone et qu'il est pauvre tant en protides qu'en lipides, le *bouillon de viande* est riche en substances salines et en matières aromatiques, qui exercent, sur la digestion, une influence des plus favorables. On en obtiendra de bons résultats si l'on a soin de le préparer avec de la viande de bonne qualité, de veiller à ce qu'il soit toujours de la plus grande fraîcheur, de ne pas le donner seul, mais de s'en servir pour faire un potage, en l'additionnant de biscottes, de farine, de semoule ou de tapioca. Plus tard, on pourra lui ajouter un jaune d'œuf.

Le *bouillon de légumes* est dépourvu de toute valeur alimentaire. Mais il sert de véhicule pour les hydrates de carbone et permet d'augmenter la valeur énergétique de la nourriture sans augmenter la quantité de lait. Il sert, en même temps, à donner des vitamines (beurre, jaune d'œuf) et, finalement, habitue l'enfant à une nourriture salée (P. Rohmer).

Nota. — *Administrer aux enfants du jus de fruits ou de légumes frais*, pour éviter les accidents d'avitaminose.

CONGRÈS NATIONAL DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE

Châtel-Guyon, 23-24 septembre 1934 (1).

Communications.

Action des eaux de Châtel-Guyon sur les métrites et contre la congestion et l'hypertrophie de la prostate. — M. GUILLAUME (Paris). L'action des eaux de Châtel-Guyon est remarquable sur les ulcérations du col, les vaginites et les métrites à colibacillose si fréquentes chez les entéritiques.

A la station ces malades sont traités par les injections vaginales — douches en hamac — avec les eaux de Châtel-Guyon.

Mais hors de la station, et entre les cures, on obtiendra des résultats remarquables de cicatrisation des ulcérations du col, des vaginites et vieilles métrites à colibacilles avec l'application quotidienne des ovules aux sels totaux évaporés des eaux de Châtel-Guyon.

De même, le traitement des prostatites, congestions de la prostate, hypertrophie et sclérose de la prostate sera obtenu par l'introduction de suppositoires aux sels totaux des eaux de Châtel-Guyon, comme ces affections sont traitées avec grand succès à la station par les lavements bi ou tri-hebdomadaires aux eaux de Gubler.

La sémiologie de la réaction des nitrites dans les affections à colibacilles des voies urinaires. — MM. E. JAEGGY (Lausanne) et W. LANZ (Chexbres). Par un travail expérimental, les auteurs prouvent l'utilité de la recherche des nitrites dans l'urine pour le diagnostic d'une infection urinaire à colibacille. Ils attirent l'attention du praticien sur les possibilités de faire ce diagnostic bactériologique au moyen d'une simple réaction chimique. Le réactif employé est une poudre blanche, stable, dans la composition de laquelle entrent les éléments constituants du réactif de Griess. Additionnées de ce réactif, les urines prennent, aux moindres traces de nitrites, une couleur rouge-acajou. La recherche des nitrites doit être pratiquée immédiatement après l'émission, en raison de leur présence passagère dans les urines. Si les nitrites sont absents à l'émission, il est opportun de les rechercher une ou deux heures plus tard. Pour éviter une contamination en dehors du corps humain, les urines doivent être recueillies avec les précautions usuelles d'asepsie et conservées dans un récipient stérilisé. *La présence des nitrites urinaires est la preuve certaine d'une infection.*

Note sur les syndrome psychiatriques d'origine intestinale. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Georges D'HEUCQUEVILLE rassemblent les syndromes psychiatriques, si nombreux et fréquents, en rapport avec une affection intestinale, onirisme, dépression hypochondriaque, etc...

De récents travaux prêtent aux toxines colibacillaires, à la manière des toxines éberthiennes, une action neurotrope, directe et spécifique. Elles feraient naître un syndrome catatonique authentique. Mais il ne faut pas oublier que l'indifférence, l'inertie motrice sont des symptômes communs à la plupart des syndromes psychiques d'origine intestinale. La tonalité affective morbide des malades de l'intestin trouve sa source dans les irritations cénesthésiques que reçoit leur sympathique abdominal. Ce dernier présente parfois même des lésions organiques secondaires.

Le traitement de la colibacillose par les auto-vaccins absorbés par voie buccale. — M. Henri PAILLARD insiste sur l'utilité des auto-vaccins par rapport aux stocks-vaccins ; il préfère le vaccin inséré par voie buccale aux vaccins injectés sous la peau qui donnent souvent des réactions importantes. L'emploi régulier de l'auto-vaccin atténue la virulence du colibacille sans le faire toujours disparaître et améliore le fonctionnement rénal (diurèse, souplesse du fonctionnement rénal apprécié par l'épreuve de la densimétrie fractionnée), amélioration des azotémies limites.

Colibacillose et tuberculose rénale. — M. A. PELLÉ (Rennes) insiste sur la fréquence des diverses manifestations de la colibacillose chez les éthyliques. Il rapporte une observation de pyélonéphrite *mixte* avec élimination du coli dans les urines qui ont, en outre, tuberculisé le cobaye. Il semble donc que, contrairement aux données classiques, il n'y ait pas un antagonisme absolu entre la colibacillose et la *tuberculose urinaires.*

Goitre et colibacillose. — M. J. PROST (Vincennes). Depuis 1927, nous savons que le goitre « endémique » est dû à une infection endocellulaire et à un parasitisme intestinal (helminthes). On sait que cette infection endocellulaire altère le fonctionnement du filtre intestinal, et que tous les goitreux ont de la bactériurie.

Le goitre évolue parallèlement à la bactériurie ; ce sont deux symptômes d'un état pathologique, et il n'y a plus de bactériurie si le goitre a disparu. La bactériurie peut être influencée seule par une médication symptomatique (désinfection intestinale, etc...).

Le goitre est un test visible macroscopique de l'état pathologique général du goitreux, tandis que la bactériurie en constitue un des nombreux tests microscopiques.

Désinfection intestinale et colibacillose. — M. J.-C. PYT (Paris). D'après les observations de l'auteur sur les malades ayant les symptômes de bactériurie, le vocable « désinfection intestinale » correspond à trois choses différentes :

1° On fait varier la flore intestinale par des modifications de régime alimentaire ; cette désinfection est possible et donne des résultats appréciables ;

2° La désinfection par des substances dites « antiseptiques », à faibles doses ne donne aucun résultat ;

3° La désinfection intestinale sous l'influence de : charbon, certaines carbures d'hydrogène, sulfate de soude, sulfate de magnésie, sels minéraux insolubles, donne des résultats extrêmement intéressants.

Pyélonéphrite aiguë chez un nourrisson de six mois. — MM. RAILLER et GINSBOURG. Une pyélonéphrite dépistée au quatrième jour d'un état infectieux général grave chez une fille de six mois est traitée d'emblée le cinquième jour par 20 cc. de sérum anti-colibacillaire de l'Institut Pasteur. La chute de température est immédiate et l'apyrexie totale obtenue dans les 48 heures.

Malgré une réaction sérique précoce, intense et prolongée, l'amélioration se poursuit et, sauf une courte poussée de quatre jours au bout d'un mois, se maintient cinq mois après ; si la pyurée n'a pas totalement disparu et la guérison reste incomplète, il n'en est pas moins vrai que le sérum a jugulé d'emblée un état infectieux extrêmement sévère et menaçant la vie de l'enfant.

Au point de vue étiologique, il est vraisemblable que l'enfant a subi, lors de l'accouchement, une contamination masive per os, la mère étant elle-même fortement infectée par le colibacille.

Syndrome entéro-génito-rénal. — MM. L. SABADINI et G. FABIANI (d'Alger). Observation de salpingite au cours d'un syndrome entéro-rénal. La nature de cette salpingite était

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 80, p. 1416 ; n° 81, p. 1437 ; n° 82, p. 1452.

prouvée par l'examen bactériologique qui montrait la même flore que dans les urines : colibacilles et entérocoques (donc étiologie polymicrobienne). Les troubles urinaires n'avaient qu'une importance clinique secondaire, mais présentaient bien la valeur d'un « indice révélateur ». Les lésions anatomiques étaient celles d'une salpingite catarrhale avec perméabilité tubaire conservée.

Parasitoses intestinales et auto-infection à colibacilles-entérocoques. — M. A. Schwartz. Les parasitoses intestinales et l'auto-infection à colibacilles-entérocoques jouent un rôle important en pathologie humaine, car des malades innombrables doivent le plus souvent leurs maux à un départ intestinal.

Chez tout malade soupçonné de colibacillose aiguë ou chronique, en faisant faire un examen coprologique, on trouvera souvent une parasitose intestinale qui a été le point de départ de cette auto-infection.

Ce n'est qu'avec un diagnostic précis et complet, qui permettra d'instituer en même temps un traitement anti-parasitaire et une vaccinothérapie par voie buccale appropriée, un régime et des cures thermales, que l'on arrivera souvent à obtenir la guérison d'états pathologiques variés qui, dans nombre de cas, duraient depuis de longues années.

L'indoxylurie dans les différents syndromes entéro-rénaux. — M. Jean Schneider (de Vittel). — L'indoxylurie n'est pas toujours augmentée considérablement par le syndrome entéro-rénal à colibacilles, sauf lors des poussées aiguës et des réactions colitiques. Les grosses pyuries colibacillaires ne s'accompagnent pas toujours d'hyperindoxyluries remarquables.

En revanche, dans les syndromes entéro-rénaux à entérocoques, où les réactions diarrhéiques sont fréquentes, le chiffre d'indoxyle urinaire est souvent considérable.

A côté de la notion capitale de l'augmentation des putréfactions et indirectement des fermentations, à côté de la notion non moins importante de l'hyperméabilité de la muqueuse intestinale, notamment chez le purgé, à côté de la notion de la parasitose intestinale, il faut largement tenir compte du degré de dilution des matières dans l'augmentation du taux de l'indoxyle.

L'indoxyle est probablement très toxique en lui-même s'il atteint de gros chiffres. Cliniquement cela est presque sûr. Peut-être même les systèmes sympathique et para-sympathique ont-ils à en souffrir directement.

Le traitement de la colibacillose par les eaux sulfatées calciques vosgiennes type Vittel. — M. Jean Schneider rappelle ses communications antérieures sur la question et essaie d'établir le mécanisme des eaux de Vittel (source Hepar, Grande Source et source Marie) sur l'action entéro-hépato-rénale à la fois.

En outre, les variations de l'indoxyle urinaire, tout comme des acides organiques intestinaux, sont intéressantes à étudier sous leur influence tant par ingestion que par lavement. Ces corps augmentent dès le début de la cure pour diminuer ensuite et tendre vers la normale. Peut-être faut-il y voir une des actions anti-toxiques de la cure de Vittel vis-à-vis de l'organisme.

Visites, réceptions et excursions. — La visite de Châtel-Guyon, qui fait grande figure de station thermale, très à la page, a occupé les premiers loisirs des congressistes : les sources au milieu des parcs fleuris, le grand Etablissement thermal si moderne, le luxueux Hôpital thermal ont été très visités.

Le comité avait aussi ménagé à ses invités les plus agréables délassements : soirée au Casino offerte par la Société des médecins de Châtel-Guyon, soirée théâtrale de gala avec la troupe de l'Opéra-Comique offerte par la Société des Eaux, banquet du Congrès offert par la station. Toutes ces réunions ont réuni une très brillante assemblée et ont obtenu un grand succès.

Des réceptions particulières ont permis à de nombreux invités d'apprécier l'aimable hospitalité des confrères de Châtel-Guyon et de goûter une cuisine qui n'a aucun rapport avec la cure de régime.

Enfin, après le Congrès, de nombreuses excursions ont fait admirer aux voyageurs la pittoresque région qui environne la célèbre station.

F. L. S.

Exposition du Congrès. — Cette exposition, installée à proximité des salles de séance, a été très visitée au cours du Congrès. On jugera de son intérêt en parcourant la liste des exposants :

Liste des exposants

Laboratoire Debat. — Inolaxine. Exentérol. Colibacillaire.

Laboratoire Astier. — Colitique buccal, injectable et filtrats.

Laboratoire Biolactyl Fournier. — Biolactyl.

Laboratoire Carrion. — Colifllorine ; Vaccin colibacillaire ; Entérococcène ; Etuve individuelle à yohourt ; Extrait per-hépatique.

Laboratoire Daniel Brunet. — Coréine ; Stal-Kosal ; Biocéane ; Neurène ; Novobrol.

Laboratoire A. Le Blond. — Pyurol ; Ortho-Gastrine.

Laboratoire Chaix. — Ampoules et comprimés de Pepsine ; Ampoules Gastramine ; Comprimés de divers produits physiologiques.

Laboratoire Cruet. — Néotropine ; Urotropine.

Laboratoire de l'Amibiase. — Amibiasine, liquide et comprimés ; Amibiasine recto-pansement ; Bioentérase.

Heudebert. — Produits Heudebert pour entéritiques ; Produits Heudebert pour constipés, sous forme de pains, gâteaux, farines, pâtes, potages, boissons.

Laboratoire de Médecine expérimentale. — Formocarbine ; Sodothiol ; Otochol ; Fludiose.

Laboratoire de la Microlyse (Paris). — Microlyse (poudre et comprimés).

Laboratoire des ampho-vaccins. — Ampho-vaccins Ronchèze : ampho-vaccin antiinfectieux,; ampho-vaccin pulmonaire ; ampho-vaccin urinaire ; ampho-vaccin intestinal ; pansement rhino-pharyngien.

Laboratoire du docteur Plantier. — Panbiline ; Recto-panbiline ; Hémopanbiline.

Laboratoires du docteur Zizine, présentent en plus des 4 éléments de la tétrode digestive (agocoline, sédo-forbrine, peptodiase et gastropansement), le nouveau produit l'Entéropansement.

Laboratoire du Parologar. — Parolagar, les deux formules, rouge et bleue.

Laboratoire Lobica. — Taxol, Azotyl, Veinotrope, Lactochol, Lactobyl, Béatol, Carditone, Uralysol, Chlorobyl.

Laboratoire Longuet. — Carbofixine granulé, Cholépan, comprimés ; Citrosodine, comprimés granulés ; Pilules du docteur Dabouzy ; Quinuryl, cachets ; Strychnal, granules, ampoules ; Urisanine, solution.

Laboratoire Midy. — Carbolin ; Pommade Midy ; Suppositoires Midy ; Piperazine Midy ; Proveinase ; Antigrippine Midy.

Laboratoire Mouneyrat. — Histogénol ; Exobol ; Arsénomyl ; Olbia ; Heckine et Hectargyre.

Laboratoire Robert et Carrière. — Entéromucine ; Bromucine ; Bacté intestiphage ; Bacté coliphage ; Lysaxin abdominal L.M.S.

Laboratoire Henry Rogier. — Uraseptine.

Laboratoire Saullière. — Lactosérum Lavril ; Lactomose Lavril.

Laboratoire Specia-Rhône-Poulenc. — Hexorcène ; Pâte Specia (Ravaut) ; Orsanine ; Mixiod ; Alunozal ; Stovarsol.

Laboratoire Thépénier. — Bulgarine ; Amylodiastase.

Lait Mont-Blanc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 25. ACHARD-VINCENT. — Les fractures de l'axis.

90. AIZENTEIN. — Projet de règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement d'un Centre anti-cancéreux (supposé autonome)..

24. AUJALEU. — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et la démence précoce.

16. AVERSENQ. — Contribution à l'étude de l'hydrémie.

64. BALDINI. — Contribution à l'étude des abcès du poumon chez les diabétiques.

70. BARET. — Contribution à l'étude des cancers de l'isthme du gosier, cancers du voile du palais, cancers des piliers (pieds exceptés), cancers du recessus palatin.

69. BERCOVICI. — Contribution à l'étude de l'équilibre protéique du sang de cancéreux.

13. BERTHON. — Contribution à l'étude clinique et diagnostique de l'iléus biliaire.

80. BEZANÇON. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-cœcale.

26. BONNATERRE. — Submersion et spirochétose ictéro-hémorragique.

6. BONSIRVEN. — L'anesthésie de base au tribromo-éthanol (avertine) par voie rectale.

34. BOURREL. — Etude du lavage ventriculo-spinal à propos de trois cas de méningites post-traumatiques.

18. BOUSQUET. — Les phlébites après les opérations pour cancer du sein (après Halsted en particulier).

47. BROUSTÉ. — Hygiène et prophylaxie bucco-dentaires de l'écolier.

63. CADENAT-BOISSON (Mme). — Contribution à l'étude des kystes dentifères.

44. CAMMAS. — L'étudiant en médecine et le médecin en Languedoc aux XVIIe et XVIIIe siècles.

42. CAMUS. — Contribution à l'étude de la pathologie de l'articulation sacro-iliaque.

68. CAVE. — Des tumeurs mixtes bucco-pharyngées.

89. CAYROU. — Contribution à l'étude de la pasteurisation du lait destiné à l'approvisionnement des villes ou des grands centres dépourvus de bétail laitier. Le procédé de H. Stassano (stassanisation).

30. CELLERIER. — Du traitement de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson.

79. CELLIER. — Le sucre dans la tuberculose.

14. CHADOURNE. — L'eau que l'on boira à Limoges en 1934.

60. CHANELET. — De la prostatectomie sus-pubienne (à propos d'une statistique de 47 cas sans mortalité). Etude de quelques procédés techniques propres à diminuer la morbidité.

22. CHATONNIER. — La tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec le rétrécissement orificiel de l'artère pulmonaire.

35. COLLAS. — Contribution à l'étude des ostéomes musculaires.

81. CORMAN (Aron). — La désarticulation inter-scapulo-thoracique.

72. CORMAN (Lazar). — De la tuberculose du pubis (étude clinique et thérapeutique).

11. COSTE. — Contribution à l'étude de la sédimentation globulaire.

52. COULON-VERNET (Mme). — Contribution à l'étude clinique de l'appendicite chronique indolore.

59. COURTADE. — Sur les fractures de la tubérosité antérieure du tibia.

76. DASTUGUE. — Recherches cliniques et expérimentales sur les rapports existant entre les pressions maxima, moyenne et minima du sang dans les artères.

1. DECAP. — Un cas de macrodactylie.

3. DEGUILHEN. — Contribution à l'étude clinique et diagnostique de la pancréatite aiguë hémorragique.

41. DELPONT. — L'opportunité de l'extraction dentaire à chaud.

83. DITVIAL. — Essai d'étude moderne d'une eau minérale, eau bicarbonatée ferrugineuse de Saint-Priest-des-Champs.

91. ELICHIRY. — Les tumeurs purement algiques de la queue de cheval.

12. FARGES. — Gaz carbonique alvéolaire et cure alcaline (contribution à l'étude de l'équilibre acide-base).

2. FAURE. — Contribution à l'étude du diagnostic des coxalgies aiguës.

87. FOUCHE. — Contribution à l'étude des hernies tubo-ovariennes.

39. FOURVEL. — Contribution à l'étude de l'élimination comparée du chlore et du sodium.

66. FRAYSSE. — La péritonite chronique encapsulante.

7. FREIER. — Climat d'Argelès-Gazost.

55. GARY. — Goitre plongeant à type dysphagique.

10. GERBAL. — Contribution à l'étude de la résection précoce sous-périostée dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë de l'adolescent.

36. GOUARRÉ. — Contribution à l'étude des fractures du plateau tibial.

15. GOURC. — Contribution à l'étude des paralysies au cours du cancer du poumon.

74. GURFINKIEL. — Contribution à l'étude du traitement des suppurations pulmonaires par l'alcool en injection intraveineuse et du mode d'action de l'alcool.

57. ISSALY. — Sur l'hématome enkysté du canal inguinal.

86. JOST. — Les calcifications périarticulaires de l'épaule.

17. JOUFFREAU. — Le traitement chirurgical du décollement de la rétine.

85. KREISBERGER. — A propos de quelques observations d'acrodynie infantile. (Contribution à l'étude de cette affection.)

20. LACOUT. — La tuberculose aiguë du prématuré.

21. LIGER. — La vaccination antidiphtérique dans un corps de troupes (10e régiment de dragons à Montauban), ses indications, sa mise en œuvre, ses résultats, ses enseignements.

8. LOUBET. — L'hyperkératose soi-disant blennorragique de Vidal et Jacquet.

45. MAGNIN. — Le développement physique et intellectuel d'après l'examen d'un groupe d'écoliers.

49. MARTY. — Indications opératoires et résultats des amputations partielles du pied.

88. MAS. — Réflexe sudoral de la face à la suite de lésions cervico-faciales.

48. MASSSOL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Séméiologie et conduite thérapeutique.

82. MERLIAC. — Gangrène ischémique de l'intestin grêle.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934. Lille, n° 77, p. 1367 ; Montpellier, n° 78, p. 1380 ; Strasbourg, n° 80, p. 1420.

28. MERQUIOL. — Contribution au traitement des fractures du cotyle avec irruption intrapelvienne de la tête fémorale.

37. MONTEILS. — Réduction et contention des fractures du col du fémur.

29. MORIN. — Le phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique. Essai de monographie anatomo-clinique.

50. OLIVE. — L'aplasie familiale du maxillaire supérieur.

67. OLIVIER-LATAPIE. — Contribution à l'étude de la tuberculose du lobe inférieur du poumon.

56. PÉTEL. — De la barrière hémato-méningo-encéphalique. « Perméabilité méningée ».

40. PETIT. — Anévrisme de la crosse de l'aorte et tuberculose pulmonaire.

46. PITON. — Lipoïdes de peau de vipère, cancer et diurèse.

31. POUTRIN. — Contribution à l'étude du priapisme.

9. PRADEL. — Etude clinique et médico-légale du syndorme de Volkmann.

54. REIFER. — Contribution à l'étude du cancer du corps de l'utérus. (Diagnostic sans manœuvres intra-utérines.)

43. RÈME. — La séroréaction blennorragique.

92. RENARD. — L'avenir des pleurétiques.

38. REVERDY. — La luxation bi-polaire de la clavicule.

33. RIEUCAU. — Contribution à l'étude des métastases osseuses du cancer primitif du poumon.

71. RIEUNAU. — Chirurgie de l'ovaire au cours de l'hystérectomie. Recherches biologiques et cliniques en vue d'une décision opératoire.

5. ROLLAND. — Influence de la sympathectomie péri-artérielle sur les retards de consolidation des fractures.

84. ROQUES. — Les pseudarthroses ostéomyélitiques après résection. Traitement par les greffes osseuses.

19. ROUANET. — Contribution à l'étude du syndrome de Claude Bernard-Horner d'origine traumatique.

23. ROUSSEL. — Contribution à l'étude de la malariathérapie.

75. SALVADOR. — Amyloïdose cutanée locale et primitive. (Contribution à l'étude des amyloses.)

61. SAUVADE (Mlle). — Les azotémies dans la sténose du pylore.

77. SCHAFFER. — Contribution à l'étude de la torsion des kystes de l'ovaire chez l'enfant.

62. SIGNOREL. — Contribution à l'étude de l'influence de quelques sels de cadmium sur l'amylolyse pancréatique.

53. SIMONIN. — Les coudures urétérales. Etude anatomique, pathogénique et clinique.

58. SOL. — De la myélite primitive aiguë et subaiguë.

27. SUDRE. — Contribution à l'étude des luxations des ménisques du genou.

51. TISNÈS. — Exposé des différentes méthodes de traitement biologique du cancer.

78. VALDIGUIÉ. — Contribution à l'étude du métabolisme des corps cétoniques.

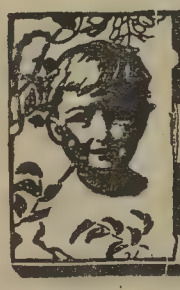
4. VASSAL. — Morphinisme et équilibre glycémique.

65. VERRIER. — Sur la séméiologie douloureuse de la fosse iliaque droite dans l'appendicite chronique.

32. VIRENQUE. — De la pression artérielle au cours des interventions portant sur la moelle et les racines, et les nerfs périphériques. (Etude expérimentale. Déductions pratiques.)

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boulevard Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boulevard Ornano PARIS

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

73. ZABRANIECKI. — Contribution à l'étude du diabète bronzé.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 128. BAUMGARTEN (Mlle). — Tumeurs congénitales des paupières s'accompagnant d'énophtalmie avec ou sans microphtalmie.

122. BOTCHEFF. — Môle hydatiforme partielle.

127. KANE (Mlle). — Considérations anatomiques et cliniques sur le goitre plongeant.

121. MATEEFF. — Sur les variations du cholestérol sanguin en physiopathologie thyroïdienne.

124. NARAGHI. — Contribution à l'étude des cancers primitifs de l'épiglotte.

125. TCHAMOFF. — La tuberculose génitale et ses rapports avec la puerpéralité.

123. TOPOURAVA (Mlle). — Le traitement des abcès pulmonaires par les injections intraveineuses d'alcool.

120. WANG-CHIA-CHANG. — Contribution à l'étude de l'épithélioma surlupique de la peau.

126. WAPNER. — Contribution à l'étude des hémorragies méningées sans cause apparente chez les jeunes sujets.

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR (1)

Par le docteur S. CAMREDON.

Pour convenir à tous les cas, il faut un médicament puissant et inoffensif, sans effet nocif sur les principaux appareils, sans toxicité appréciable aux doses usuelles, et capable, non seulement d'apaiser la douleur et de calmer l'hyperexcitabilité, mais encore de déterminer dans d'excellentes conditions un sommeil paisible : l'allonal est un analgésique renforcé qui répond exactement aux données du problème. On connaît d'ailleurs ses nombreuses applications non seulement en médecine générale, mais dans toutes les spécialités et en particulier en stomatologie.

LIVRES NOUVEAUX

Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières. Troisième édition (2), par le docteur LÉOPOLD-LÉVY.

M. Léopold-Lévi vient de faire paraître la 3e édition de l'*Opothérapie endocrinienne*.

Les éditions précédentes avaient déjà fixé les idées *théoriques* qui dirigent l'emploi de l'opothérapie et apporté tous les renseignements d'*ordre pratique* nécessaires à sa bonne réussite.

La 2e édition (qui obtint le prix Barbier de l'Académie des Sciences) avait tenu compte de toutes les acquisitions nouvelles en endocrinologie, et réservé la place qui leur convient à la *thyroxine*, la *folliculine*, l'*insuline*, à la méthode de Whipple, aux *greffes testiculaires et ovariennes*. L'auteur y avait introduit, d'après la notion des *hormones homo-organiques* de M. Richet fils, des *plésiormones* de M. Hallion, quelques chapitres nouveaux, concernant l'opothérapie *cardiaque, cutanée, musculaire, embryonnaire*, des *premières voies respiratoires*.

Ces deux éditions furent vite épuisées. Aussi, y avait-il lieu d'en faire paraître une troisième, d'autant que se modifient et se précisent constamment les tendances de l'endocrinologie, comme on en jugera dans l'avant-propos du présent **tirage.**

De nouvelles hormones ont été isolées : la *neuro-thyrine* et la *vagotonine pancréatique* de M. Santenoise ; le produit pancréatique désalbuminé de MM. Gley et Kisthino ; l'*hormone bromée* de Zondek.

Des méthodes d'utilisation des produits endocriniens (l'*hémocrinothérapie*, la *sérocrinothérapie*, la *maternocrinothérapie*) ont vu le jour ou ont trouvé des applications nouvelles.

La méthode de Castle, utilisée avec succès contre l'anémie pernicieuse, mérite également un petit chapitre spécial.

Le système *réticulo-endothélial* et le système *lymphocytogène* ont, de même, été mentionnés ici.

Le *titrage* des produits en *unités*, chimiques ou physiologiques, qui donne plus de précision aux dosages utilisés, est envisagé.

Une tendance actuelle est d'isoler à propos de chaque glande les hormones multiples qu'elle renferme. M. Léopold-Lévi n'a eu garde d'en faire mention.

Par contre, certains produits pluriglandulaires, tels le *crino-sthenyl*, éprouvé par une déjà longue expérience, d'autres encore à l'étude, la *thymohypophysine*, ont trouvé leur place dans cette édition.

De même, l'opothérapie par le *tissu musculaire*, les *cartilages*, le *liquide céphalo-rachidien*, a été précisée et mise à la connaissance du lecteur.

L'auteur n'a pas, enfin, négligé d'indiquer les méthodes adjuvantes qui renforcent l'emploi des préparations glandulaires, ou parfois se substituent à elles.

C'est donc une mise au point, aussi complète que possible, mais dégagée des hypothèses encore incertaines, ou de produits insuffisamment éprouvés. C'est donc un ouvrage à la fois pratique, mais pouvant suggérer des recherches nouvelles, que le lecteur trouvera ici.

Il est présenté avec la précision, la clarté, le sens critique, qui sont la caractéristique des travaux de l'auteur.

M. Léopold-Lévi, en écrivant ce volume, a tenu compte à la fois de ses travaux personnels, d'une expérience de 30 ans d'opothérapie, tout en tirant parti des acquisitions toujours plus nombreuses de cette branche de la médecine, qui fournit à ses adeptes des succès si éclatants.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES AIGUES [1]

2° DIAGNOSTIC DES ANGINES BLANCHES. — En présence d'une angine blanche, le premier point à regarder est le suivant :

S'agit-il d'un *exsudat pultacé*, en points séparés, crémeux, ni adhérent, ni cohérent, se désagrégeant dans l'eau ?

S'agit-il d'une *fausse membrane*, en îlots, blanc-jaunâtre, adhérente, cohérente, se détachant tout d'une pièce et ne se dissociant pas dans l'eau ?

Si l'on a affaire à une angine pultacée, le diagnostic de ces angines se pose dans les mêmes conditions que pour les angines rouges : il est courant d'observer des points blancs dans une angine rouge.

(1) *Concours médical*, n° 9, Paris, fév. 1933.

(2) In-8 carré de 428 pages. — Prix : cartonné, 40 fr. — Paris, Expansion scientifique française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 79, p. 1402; n° 81, p. 1442.

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Trèphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

1°- Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°- Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°- Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de TOUTES les
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.

Par **VOIE BUCCALE** Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP **PAR JOUR**

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

Faire le diagnostic des angines blanches, c'est donc faire le diagnostic des angines à *fausses membranes.*

Devant toute angine à fausse membrane, penser d'abord à la *diphtérie.*

Encore est-il qu'il y a lieu de distinguer plusieurs cas :

A. Angines *pseudo-membraneuses simples ;*

B. Angines *vésiculo-membraneuses ;*

C. Angines *ulcéro-membraneuses.*

A. *Angines pseudo-membraneuses.* — 1. *Angine diphtérique commune.* — Le début a été insidieux ; les signes fonctionnels sont d'intensité variable ; la dysphagie peut manquer ou être modérée.

A l'examen, on trouve :

Des fausses membranes typiques dans la gorge, sur les amygdales ou les piliers postérieurs, assez peu adhérentes à une muqueuse sous-jacente congestionnée ; la muqueuse adjacente est presque normale ; en l'absence de sérothérapie, ces fausses membranes ont une tendance marquée à l'extension.

On sent des ganglions durs, un peu douloureux, sans périadénite dans la région sous-maxillaire.

Il y a souvent du coryza à prédominance unilatérale.

L'atteinte de l'état général est plus ou moins prononcée : *dans la forme bénigne* : la fièvre est peu élevée (38°), le facies est pâle, il existe un malaise général avec asthénie.

Dans la forme sévère : la fièvre peut être plus marquée (39°-40°). Quelquefois, la température est normale, mais l'atteinte de l'état général est attestée par une pâleur intense, une dyspnée, de l'asthénie avec hypotension artérielle, de l'albuminurie, des troubles gastro-intestinaux.

Devant un tel ensemble clinique, faire immédiatement du *sérum* et un ensemencement de mucosités pharyngées, prélevées à la périphérie de la fausse membrane, sur tubes de sérum de bœuf coagulé ; au bout de 18 heures d'étuve apparaissent des colonies grisâtres en tête d'épingle ; l'examen microscopique de ces colonies montre le bacille de Klebs-Löffler prenant le Gram, en paquets d'épingle.

Le pronostic d'une telle angine commune précocement reconnue et traitée est presque toujours bénin ; les *formes extensives sévères* ne se voient qu'en cas de *traitement* sérothérapique *tardif.* En général, sous l'influence du sérum, l'évolution se fait rapidement vers la guérison.

2. *Angine pseudo-membraneuse de la scarlatine.* — Une angine pseudo-membraneuse peut apparaître comme complication d'une scarlatine. Elles sont précoces ou tardives.

a) *Précoces,* elles apparaissent quelques jours après l'*éruption* avec l'angine, on note l'exanthème de la scarlatine, l'aspect si caractéristique de la *langue* qui commence à se dépouiller ou qui est déjà framboisée. Des adénopathies satellites sont constantes. L'éruption, les signes généraux complètent le tableau.

b) *Tardives,* elles viennent interrompre la convalescence en pleine *desquamation,* aux environs de la 3e semaine.

L'atteinte de l'état général permet de distinguer là encore une forme *sévère* et une forme *bénigne.*

Les angines pseudo-membraneuses, quand elles apparaissent au cours de la scarlatine, posent le problème suivant : s'agit-il d'angine pseudo-membraneuse streptococcique, s'agit-il d'association *d'une diphtérie à une scarlatine ?* L'opposition classique entre angines précoces scarlatineuses et angines tardives diphtériques n'est plus guère admise, et *en pratique, toujours se méfier et toujours faire un ensemencement sur sérum de bœuf coagulé,* d'autant plus que dans certains cas, on pourrait avoir une streptodiphtérie.

3. *Angine pseudo-membraneuse à germes divers.* — Dans certains cas d'angines pseudo-membraneuses, le laboratoire ne confirme pas le diagnostic de diphtérie qui, cliniquement, semblait très probable.

a) Soit germes variables : streptocoque, pneumocoque, pneumo-bacille de Friedlander, coccus Brison, etc...

b) Soit ensemencement *négatif : savoir penser à l'angine à monocytes et faire faire un examen hématologique.* (C'est dans des services spécialisés de diphtérie que Duessing, Baader, Schmidheiny ont observé leurs premiers cas.)

B) *Angines vésiculo-membraneuses.* — On doit absolument les étudier à part, car leurs tableaux cliniques sont caractéristiques : le stade pseudo-membraneux n'est dû qu'à la localisation muqueuse de l'affection.

1. *L'angine herpétique.* — Le *début* est *brusque* avec hyperthermie, malaise et courbature ; parfois, il est brutal « pseudo-pneumonique ».

Le malade accuse une forte *dysphagie.*

A l'examen de la *gorge :*

a) *Sur les amygdales :* une rougeur intense avec de *petites élevures* transparentes, avec liseré opalin, se rompant en deux à trois jours pour laisser des érosions peu distinctes *disparaissant* en 24 heures. A d'autres endroits, *des élevures plus enchâssées* dans la muqueuse qui s'AFFAISSENT au bout d'un temps assez court et laissent une *fausse membrane* blanchâtre. La confluence de vésicules donne une fausse membrane *à contours polycycliques.* Ces fausses membranes très adhérentes deviennent friables au 4e et 5e jour, et *se détachent sans laisser de traces.*

b) *En dehors des amygdales* (piliers, voile, face postérieure du pharynx), les vésicules sont très nettes, inégales (millet à chènevis) SE ROMPENT, laissent une *exulcération* recouverte d'une mince *fausse-membrane* blanc-jaunâtre.

Les ganglions sont peu sensibles.

Fréquence d'herpès labial concomitant.

La durée est de trois à quatre jours ; la terminaison brusque, la convalescence courte.

2. *L'angine aphteuse* coïncide toujours avec des éléments de *stomatite aphteuse.* Le stade pseudo-membraneux est précédé d'un stade vésiculeux net. La fausse-membrane petite, lenticulaire, blanc-jaunâtre, est douloureuse, et entourée d'une auréole rouge.

3. Citons le *zona pharyngien.*

C. *Angines ulcéro-membraneuses.* — Deux cas essentiellement distincts à considérer :

1er *cas.* — Il y a une ulcération recouverte d'une fausse-membrane, l'état général est peu touché ; *il s'agit avant tout d'une lésion locale.*

2e *cas.* — Il y a lésions ulcéro-membraneuses étendues, l'état général est grave ; *l'angine fait partie d'un syndrome malin.*

1er *cas.* — Il y a une lésion ulcéreuse avec fausse membrane. Avant tout, il faut penser *au chancre de l'amygdale.*

Après *un début insidieux,* on note sur *une amygdale, une ulcération* de dimensions variables 0,50 à 1, profonde, arrondie, *cratériforme ;* l'ulcération est recouverte d'un *enduit crayeux, grisâtre* ou *jaunâtre,* plus ou moins cohérent ; le fond de l'*ulcération saigne facilement.*

Au toucher bidigital, l'*induration* est souvent nette ; parfois une certaine douleur locale la rend difficile à apprécier.

Une *adénopathie satellite* volumineuse, *dure,* insensible, est perceptible sous l'angle de la mâchoire.

La dysphagie est variable de même que la fétidité de l'haleine et la salivation.

Il existe souvent un certain degré de pâleur avec asthénie et élévation thermique légère.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

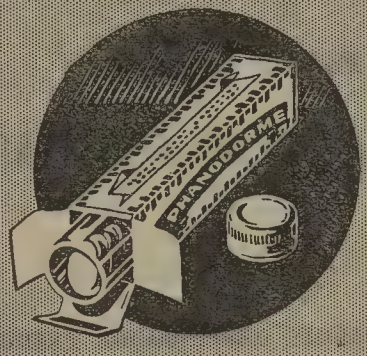
PHYTOSPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 bis rue de Turenne PARIS 3e

PHANODORME

procure un sommeil paisible et réparateur suivi d'un réveil euphorique



non toxique, aucune action nocive sur l'appareil rénal ou respiratoire, ni accumulation, ni accoutumance.

en tubes de 10 comprimés à 0 gr. 20

BAYER

Renseignements et demandes d'échantillons :
SOCIÉTÉ PROMÉDIC
26, Rue Vauquelin - PARIS-5e

« DÉPOT GÉNÉRAL : »
LABORATOIRES LOBRU - PARIS

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

TRAITEMENT EXTERNE
DU
RHUMATISME
des Névralgies et Lumbago

par

L'ULMARÈNE

du Docteur GIGON

Succédané inodore du Salicylate de Méthyle

Laboratoire des Produits du Docteur GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd. Beaumarchais — PARIS

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 20 OCTOBRE 1934. — N° 84.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12 fr. 50.** — 6 mois : **25 fr.** — 1 an : **45 fr.**
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La synovectomie du genou. Etude histologique. Indications. Technique et résultats, par MM. H.-P. Klotz et Lucien David.
FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine.
REVUE DES THÈSES
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Liste alphabétique des candidats ayant remis trois copies aux épreuves écrites :

Mlle Adda, MM. Aharfi, Albrecht, Mme Adou, MM. Alilaire, Andreola, Antomarchi, Arsitch, Artisson, Arviset, Asfanian, Attali, Mlle Aubin, MM. Audry, Auffret, Aurenche, Mlle d'Aussagnel de Lasbordes, MM. Aussanaire, Avenier, Azoulay (Charles, Azoulay (Emilien),

MM. Bachellier, Badinier, Mlle Balossini, MM. Bancaud, Banse, Bardery, Barreau, Bargain, Mlles Barnaud, Barre, Barrillon, MM. Barry, Basset, Bastard, Batail, Mlle Bataille, MM. Baudon, Bauer (Jean), Bauer (Lazare), Baufande, Bayle, Beauchef, Beaufils, Beaugrand, Beauvais, Bellin, Bellotte, Mlle Bentkowski, MM. Bergeron, Besil, Biardeau, Bibas, Billard, Blanchard, Blondeau, Mlle Blumenfeld, MM. Boissonnat, Boivin, Bonduelle, Mlle Bonnenfant, MM. Bonet, Boquet, Borde, Bouche, Bouillie, Mme Boulenger, MM. Boulenger, Bourdeau, Bourdin, Bourel, Bourgin, Bours, Boursaus, Botreau-Roussel, Bouvier, Bregeat, Breitel, Bret, Breton (Pierre), Bretton (Roger), Mlle Brille, MM. Brissaud, Buffard, Butzbach,

MM. Cagny (de), Cahen, Cahuet, Campagne, Campesco, Camus, Canetti, Cante, Carasso, Carle, Carniol, Caruana, Mlle Casalis, MM. Castany, Cau, Mlle Cauchy, MM. Caufment, Cauvy, Champagne, Champeau, Chappe, Chassagne, Mlle Cheikh, MM. Chevalier (Henri), Chevallier (Robert), Chiara (di), Chiche, Chigot, Ciaudo, Claisse, Clamageran, Claracq, Clenet, Cler (René), Clerc (Pierre), Cohen, Combes, Mlle Commerson, MM. Conte, Copreaux, Cornet, Corrion, Mlle Cotton, MM. Coullet, Coulombeix, Coutin, Coville, Cuvereaux,

Mlle Damiens, MM. Danel, Daniels, Darmendrail, Darris, Dastugue, Mlle Daubail, MM. Daudier, Daverne, Debelut, Bebeet, Debouvry, Degand, Deguillaume, Delair, Delzant, Demange, Denes, Denizet, Dennewald, Denois, Depaillat, Depierre, Deroide, Deschamps, Desclaux (Pierre), Desèglise, Desfosses, Destouches, Deuil, Devoucoux, Divet, Dos Ghali, Doukan, Douville, Drain, Mlle Dreulle, MM. Dreyfus, Droguet, Dubarry, Dubois, Dubos, Ducros, Dufour (Jean), Dugrenot, Dupond, Duret, Mlles Durrande, Duss, MM. Dutheil, Dutter,

MM. Ebstein, Elbaz, Mlles Epstein, Eremia, MM. Etienne, Eudel, Mlle Eyraud,

MM. Faliu, Falk, Fayein, Fayet, Feld, Ferrand, Feuillet, Feuillette, Filippi, Fischer, Fischgrund, Flores, Fonteix, Fortin, Fouilloy, François, Frebet, Freret, Fressinaud-Masdefeix, Froissant,

MM. Gaignerot, Gallaut, Gallimard, Gaquière, Gaudeuil, Gaume, Mlle Gautherot, MM. Gauthier, Gautheau, Geofroy, Geismar, Genevrier, Gerbaux, Gerbet, Gharib, Gheorghiou, Mlle Ghinsberg, MM. Ghozland, Gibon, Gilbert, Giraud (Jean), Girault (Louis), Mlle Giret, MM. Glenard, Goldman, Gordet, Goudot, Gouffier, Goulène, Goulesque, Gout (Lucien), Gout (René), Goutner, Gras, Grégoire, Greze, Grislain, Gruner, Guebel, Guenon des Mesnards, Guéret, Gues, Guillemin (Georges), Guiot, Guittard, Guny,

M. Hacker, Mlle Haguenauer, MM. Halle, Hanoun, Haussmann, Hébert, Mlle Helman, M. Hertzog, Mlle Heulot, MM. Hofmann, Homsy, Horeau, Huber,

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

MM. Inbona, Izrael,

MM. Jacquemin, Jacquet (Albert), Jacquet (Maurice), Jacquot, Jalladeau, Jamain, Janeau, Jannelle-Walen, Joly, Jouon, Juille, Mlle Juster,

MM. Kasatzker, Kaufmann,

MM. Lacombe, Lacorne, Lafourcade, Lagaillarde, Laigle, Lajouanine, Lamasson, Lambert (Raymond), Lamotte (Michel), Landolt, Lanceville, Lange, Mlle de Larminat, MM. Lartigue, Lascaux, Lalaix, Laumonnier, Laurence (Gabriel), Mlles Laurens (Marguerite), Lautmann, MM. Leandri, Lebel, Leboff, Le Bozec, Lecointe, Le Cudonnec, Lefebvre, Lefer, Le Loc'h, Lemanissier, Lenoir (Pierre), Lenormant, Le Picard, Lepintre, Lermain, Le Roy, Lesca, Lesieur (Jean), Lesieur (Pierre), Le Sourd (Maurice), Le Sueur (Guy), Mmes Le Sueur (Suzanne), Levachkevitch, MM. Levy (François), Lewi (Samuel), L'Hirondel, Libert, Lignières (de), Lignon, Mlle Lindeux, MM. Livory, Lobel, Logeais, Logeard), Loiseau (Jacques-Paul), Lolmède, Mlle Lotte, MM. Loubrieu, Lozé, Luteraan,

MM. Magder, Magne-Rouchaud, Maignan, Maillard, Mlle Malan, MM. Malartic, Mande, Mlles Marcille, Mage, Maréchal, M. Mariani, Mlle Marquis, MM. Marre, Martin, Martinon, Martinot, Maschas, Mlle Massiot, MM. Mathieu, Mattei, Matteo (di), Maurice, Mazingarbe, Meilland, Menanteau, Mestier du Bourg (de), Mestries, Mlle Meunier, MM. Meurin, Meyer (Henri), Mignon, Milliez, Molimard, Molinery, Monier, Monin (Emile), Mlle Monin (Françoise), M. Montagne, Mlle Montalant, MM. Montis (de), Morel-Fatio, Morhange, Morichau-Beauchant, Motte, Mouchot, Mousseau, Mozziconacci, Musset,

MM. Nardi, Nastorg, Nedelec, Negellen, Nespoulous, Netter, Neveu, Nicaise, Nick, Nobili (de), Nordman,

Mlles Ohmichen, Ogancsoff, MM. Oger, Olbinsky, Mlle Olivier (Jacqueline), MM. Olivier (Marcel), Ordonneau, Oudot,

MM. Pahmer, Paillas, Paingault, Paugam, Paulo (de), Pecunia, Pellerat, Pertus, Petit (Camille), Petit (Jean), Philippe, Mlle Picard (Suzanne), MM. Picart (René), Pierra, Pietroni, Pighet, Pillet, Mlle Pinard, MM. Pinet, Piton, Placa, Plas, Mlle Pochon, MM. Pointeau, Poisson, Porret, Prat (de), Mlle Prettre, M. Prialnic, Mlle Provendier, MM. Prunel, Pruvot, Pupko,

MM. Rabant, Rabourdin, Rault (A.), Rault (J.), Raymondaud, Raynaud, Reignier, Revel, Robert (Jean), Mlle Robert (Marie), MM. Robey, Robin, Rocca Serra (de), Roche (Camille), Roche (Jean), Rochet, Rodde, Rolland, Rossignol, Mlle Rotte, MM. Rouault, Rouge, Rougier, Roullaud, Rousset, Rouvet, Rouvillois, Roux, Rouyer, Rouzaud, Rozée-Belle-Isle, Rudaux, Rybinski,

Mlle Sachnine, MM. Sagaut, Saillant, Mlle Saint-Paul, MM. Saks, Salvanet, Samain, Sarrazin, Mlle Saulnier, MM. Sayous, Schaefer, Schapira, Schneider, Mlle Segal, M. Seguin, Mlle Seiffert, MM. Sénéchal (André), Sénéchal (Jean), Sénéchal (Robert), Séramc, Sevilcano, Mlle Seyrig, M. Sicard, Mlle Simon (Antoinette), MM. Simon (René), Siraga, Sobieski, Souillard, Steinberg (Robert), Stoopen, Strass, Streusand, Suau, Mlle Sulzer, M. Szejdel,

MM. Tardieu, Taveau, Temime, Tempier, Mlle Teodoresco, Mme Ternois, MM. Tetreau, Teyssier, Mlle Thevenot, MM. Thieblot, Thomas, Thomeret, Tiffeneau, Tiret, Torre, Toulouse, Tran-Van-Con, Trouvé, Tullou, Turlotte, Tzanneiis,

MM. Vakili, Vancostenoble, Vannier, Vassal, Vendryes, Verne (Jean), Vernes (André), Verstracte, Vettier, Vialard (Emile), Vialatte, Mlle Vidal de la Blache, MM. Villaret, Villey-Desmeserets, Vincent (Max), Vincent (Philippe), Vionnet, Vivien,

MM. Walther, Wattez, Weill (François), Welti, Wetterwald, Wichm, Windrebert, Mlle Wirz, MM. Wolfromm, Wollinetz, Mlle Wuest,

M. Yglesias y Betancourt,

MM. Zahler, Zarachovitch, Zivy, Zwillinger,

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Après concours, M. Mallet-Guy a été nommé chirurgien des hôpitaux de Lyon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — *Concours du clinicat.* — MM. les docteurs Desbons et Lafon ont été nommés premier chef de clinique et second chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Dublineau, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris, reçu au concours de médecin des asiles de 1932, est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), en remplacement de M. le docteur Briche, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE. — Des conférences d'anatomie et physiologie du système nerveux, en vue de la préparation du concours de 1935, seront organisées par MM. Ajuriaguerra et Daumézon, internes des Asiles.

Avantages accordés aux internes : 9.500 à 10.700 fr. de traitement, 2.400 fr. d'indemnité de résidence et des indemnités diverses selon l'Asile.

Débouchés : médicat des Asiles publics d'aliénés, clinicat des maladies mentales.

S'adresser à M. Ajuriaguerra, service de M. le docteur Guiraud, Asile clinique, 1, rue Cabanis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Janvier (de Bruxelles), Charles Sénez et Abel Blanchard (de Marseille), Alexandre Cullère, président de l'Association des médecins aliénistes de France, décédé à la Roche-sur-Yon, à l'âge de 86 ans; Gaston Dimier, électroradiologiste des hôpitaux de Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 23 octobre. — Jury : MM. Bezançon, président ; Carnéo, Aubertin, Senèque. — M. LEPRÊTRE. Etude des injections de lait en thérapeutique. — M. MILLIET. Traitement chirurgical du dolichôlon par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.

Mercredi 24 octobre. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Ombrédanne, Heitz-Boyer, Quénu. — M. FRANCK-DUPUY. Appendicite mésocardiaque.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc

La combinaison phosphorée organique la plus assimilable est celle des réserves végétales.

Le phosphore organique des plantes à chlorophyle se trouve intégralement transposé dans la **PHYTINE** *forme naturelle, assimilable, du phosphore végétal*

PHYTINE

PHOSPHORE. 23,90 % — CALCIUM : 12,19 % — MAGN. : 1,46 %

FERROPHYTINE

PHOSPHORE : 6 % — FER : 7,50 %

QUININO-PHYTINE

PHOSPHORE : 11,04 % — QUININE : 57,65 %

Ces médicaments se présentent sous forme de :

CACHETS	GRANULÉ	COMPRIMÉS	POUDRE
Phytine	Phytine	Phytine	Phytine
Ferrophytine	Ferrophytine	Quinino-phytine	Quinino-phytine

LABORATOIRES CIBA — O. ROLLAND — 109-113, BOULe DE LA PART-DIEU, LYON

337

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux,
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R.C Versailles 25.292

REVUE GENERALE

LA SYNOVECTOMIE DU GENOU

ÉTUDE HISTOLOGIQUE. INDICATIONS. TECHNIQUE ET RÉSULTATS

PAR MM.

H.-P. KLOTZ, Interne en médecine des hôpitaux de Paris. et LUCIEN DAVID, Interne en chirurgie

Nouvelle venue parmi les interventions articulaires, la synovectomie semble souvent la plus rationnelle de toutes, étant donné le caractère parfois électif avec lequel la synoviale réagit à certaines infections ou à certains traumatismes.

HISTORIQUE

Pratiquée pour la première fois par Volkmann en 1877, l'opération tomba en défaveur parce qu'elle était employée seulement dans la tuberculose articulaire et l'on sait bien que dans cette affection il est rare d'observer l'atteinte isolée de la synoviale. Plus tard, Mignon en 1899, Goldthwait en 1900, firent les premières synovectomies pour arthrite chronique. Abbot (1908) décrivit une technique, Albertin (1911) obtint d'excellents résultats en opérant un malade atteint d'arthrite traumatique suppurée. Il s'agissait là encore de cas isolés.

Ce sont les travaux histologiques de Segale, Key, Welcott qui donnèrent à cette opération une plus grande extension, surtout dans les pays anglo-saxons où de nombreuses statistiques de synovectomie furent publiées ces dernières années (Steindler, Boon-IT, Allison, Swett, Speed, Heyman). En France, on ne trouve pas à notre connaissance de travail d'ensemble sur cette question en dehors de la thèse très documentée de Querneau.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Du point de vue histologique même la synovectomie se trouve être une intervention *justifiée*, comme il ressort des travaux anglo-saxons qui mirent en évidence l'existence d'une « *régénération* » de la synoviale après excision, en même temps qu'ils précisèrent la nature histologique exacte de cette membrane.

A) **A l'état normal** la synoviale n'est pas comme le croyait Bichat une séreuse, dont les deux feuillets limiteraient la cavité articulaire. Elle est en réalité, comme les travaux de Segale, Sabrazes, Francescini l'ont montré, constituée de deux couches :

Une couche externe de tissu conjonctif fibrillaire, riche en vaisseaux et en lobules adipeux ;

Une couche interne qui contrairement aux idées classiques n'est pas endothéliale, mais faite d'un tissu conjonctif riche en substance amorphe, contenant à son intérieur des cellules rondes ou étoilées que Sabrazes et Francescini considèrent comme des cellules de type histiocytaire, que Policart et Segale interprètent comme des cellules chondroïdes. Ce tissu qui, pour les premiers, serait donc un *tissu réticulo endothélial richement vascularisé*, et susceptible par là même de réactions vaso-motrices brutales et importantes, ce qui nous semble concorder parfaitement avec les données de la clinique, serait au contraire, pour les autres, un *tissu chondroïde* peu vascularisé, offrant en certains points toutes les formes de passage avec le fibro-cartilage, avec lequel il présenterait ainsi une véritable continuité anatomique.

De toutes façons, la nature conjonctive de la synoviale est un fait actuellement uniformément admis.

Le liquide intra-articulaire ou synovie est de couleur ambrée, visqueux, tendant à la coagulation. Ses constituants (urée, glucose, chlorures) ont à peu de chose près le même taux que dans le sérum sanguin. Il semblerait ainsi constitué par une véritable transsudation du plasma, s'il ne contient par ailleurs 3 % de nucléoprotéides, des traces de graisse, et 0,5 % de mucine (Achard), qui témoignent d'un certain processus exsudatif.

Au point de vue cytologique, on trouve très rarement quelques polynucléaires, pas d'éosinophiles, mais des cellules histiocytaires (plasmocytes, clasmatocytes de Ranvier) aptes à fixer les colorants vitaux, et à phagocyter les éléments étrangers (Sabrazes-Francescini). Pour Policard, ces cellules représenteraient les cellules superficielles desquamées du cartilage, et le liquide dans son ensemble serait la forme fluide de la substance fondamentale conjonctive et cartilagineuse. Toutes ces notions d'histologie normale sont capitales à bien connaître afin de mieux apprécier les modifications pathologiques tant du liquide articulaire que de la synoviale qui aideront à préciser l'étiologie et par là même les indications thérapeutiques.

B) **Etude de la régénération synoviale.** — *L'existence d'une régénération de la synoviale* après excision a été nettement établie par les travaux de Segale, Key et Walcott. Avant eux, Policart dans son traité d'histologie physiologique montrait déjà que la production de tissu synovial normal était en rapport avec des mouvements de pression trop faibles pour transformer le tissu conjonctif en cartilage fibreux vrai. Il écrit ailleurs avec Leriche : « Les plaies de la synoviale se réparent par un bourgeonnement né de la couche sous-synoviale ». Le premier travail d'ensemble sur cette question fut celui de Segale en 1913. Il fit des expériences très précises sur la *régénération de la synoviale après incision ou excision.*

a) *Les expériences de régénération après simple incision* donnèrent des résultats très nets. Les animaux furent sacrifiés à des moments différents, et les examens furent ainsi faits, 18 h., 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12, 15, 20 jours après l'opération.

Du 1er au 4e jour (1er stade) on ne constate rien de particulier, sinon une augmentation et une multiplication des éléments cellulaires dans le liquide articulaire.

6 jours après l'arthrotomie (2e stade) commence la régénération. La couche interne de la synoviale pro-

lifère et forme une nappe cellulaire, riche en cellules denses, fusiformes, ou parfois rondes, qui vient s'appliquer sur la plaie en dedans et qui est la continuation de la synoviale primitive.

Au bout de 8 jours, on remarque dans la plaie synoviale une prolifération active de tissu adipeux ; en même temps le tissu conjonctif environnant vient combler la brèche capsulaire.

Au bout de 15 jours, Segale constata que la synoviale néoformée était constituée d'un tissu conjonctif fibrillaire lâche, à larges mailles, complètement différencié du tissu cicatriciel qui ferme la plaie et possédant sur sa face interne une couche riche en cellules agglomérées en îlots, ou étagées.

Cette couche n'a pas le caractère endothélial, ce n'est pas une simple couche cellulaire revêtant le tissu cicatriciel comme on l'a décrit, dans les néarthroses, mais c'est une *véritable membrane qui est en continuité avec la synoviale conservée.*

« On peut donc parler dès le 15e jour, de *régénération de la synoviale.* »

Les expériences de régénération après excision partielle ne sont pas moins nettes.

Au bout de 7 à 8 jours, aucun revêtement synovial n'est encore apparu, cependant des fibroblastes et des fibres conjonctives se sont disposés avec ordre sur la surface articulaire libre.

11 à 13 jours après l'opération, une prolifération active à ce niveau conduit à la formation d'un tissu lâche riche en cellules avec des fibres conjonctives minces et présentant sur ses bords des formations villeuses et même des cavités ; villosités et cavités sont recouvertes d'un tissu de caractère embryonnaire, présentant une ou plusieurs couches cellulaires. On assiste comme dans les expériences précédentes à la différenciation d'un revêtement interne qui n'a pas plus ici que précédemment le caractère endothélial. Les faits se passent donc après excision de la synoviale, comme après incision. Cependant la constatation que 8 jours après l'opération il n'y a pas encore trace de régénération fait émettre à Segale l'hypothèse qu'il ne s'agit peut-être pas d'une véritable régénération, mais plutôt « d'une *adaptation fonctionnelle du tissu cicatriciel* ».

21 jours après l'opération on constate recouvrant la capsule dans toute son étendue, une couche conjonctive en continuité avec la synoviale conservée et présentant comme elle une couche fibrillaire et une couche interne.

Quelques anomalies cependant distinguent cette néo-synoviale :

— *L'existence de proliférations villeuses* marquées avec aspect de tissu cavitaire ;

— *L'épaisseur variable* de la couche fibrillaire ;

— *Sa richesse en cellules.*

Même constatation au 24e jour, et au 32e jour.

Au 92e jour après l'opération l'aspect est absolument identique à celui du côté opposé, si ce n'est l'absence de franges graisseuses ; à cette époque « la synoviale est continue et se laisse détacher de la capsule ».

En résumé, on peut conclure du travail de Segale qu'il existe une régénération de la synoviale s'effectuant par prolifération de la synoviale conservée :

Après incision simple, le processus régénératif est terminé le 15e jour.

Après excision partielle la régénération histologique est terminée au 21e jour — n'est macroscopiquement complète qu'au 92e jour environ.

Ces résultats furent obtenus dans tous les cas, sauf deux où Segale ne constata aucune régénération sans en trouver d'explication.

12 ans après en 1925, *Key* reprit l'étude histologique de la régénération de la synoviale. Il expérimenta sur des lapins et pratiqua des destructions complètes de la synoviale. Sur 45 opérés, 11 furent infectés, 34 purent être examinés, ils furent sacrifiés entre le 1er et le 100e jour qui succéda à l'opération.

Dans les 48 premières heures, Key constata dans le liquide synovial l'existence d'une réaction leucocytaire, polymorphe, qui disparut aussitôt pour faire place à des phagocytes, clasmatocytes et monocytes. Un amas de fibrine, de cellules, et de sang adhère à la surface dénudée.

Dès le 6e jour cet amas s'organise, des capillaires s'y forment, le sang et la fibrine sont absorbés.

Du 6e au 10e jour, quelques fibres collagènes apparaissent dans ce caillot. En même temps, les cellules fixes du tissu conjonctif de la surface dénudée prolifèrent activement.

Du 10e au 15e jour, les fibres collagènes s'accroissent très rapidement ; les cellules fixes du tissu conjonctif envahissent le caillot fibrineux et forment une assise de cellules sous-jacente aux fibres collagènes.

Au 15e jour, « la nouvelle membrane est donc constituée d'une couche épaisse de tissu fibreux riche en fibre collagène et très vascularisée, et d'une assise nette de fibroblaste », c'est une membrane de tissu conjonctif jeune.

Lentement cette membrane se transforme en une synoviale, les fibroblastes décroissent de nombre, diminuent de grosseur pour devenir des cellules conjonctives normales et se disposent dans tout le tissu collagène.

Au bout de 60 jours chez le lapin, l'articulation est redevenue normale, la synoviale nouvelle ne différant d'une synoviale typique que par une structure fibreuse plus irrégulière et une déficience en tissu aréolaire sous-synovial.

« On voit donc, conclut Key, que la nouvelle synoviale se forme *in situ* par métaplasie du tissu conjonctif sous-jacent et qu'il n'y a pas ou peu de tendance de la part des bords de section à combler la solution de continuité qu'a créée l'intervention », interprétation légèrement différente donc de la précédente, mais et *c'est là surtout le point important pour nous, nouvelle confirmation de la réalité de la régénération synoviale.*

Walcott en 1927 fit l'étude anatomique macroscopique de cette régénération et précisa les résultats fonctionnels.

Il expérimenta sur des chiens, fit l'ablation totale de la synoviale du genou : 34 opérés, 3 infectés. Les autres furent sacrifiés du 1er au 108e jour.

Dans *les premiers jours* il constate l'existence d'un caillot sanglant qui diminue fortement dès le 3e jour et a complètement disparu le 12e jour environ.

Dès *le 3e jour* un exsudat fibreux se dépose sur la surface dénudée, c'est d'abord un exsudat granuleux, fait de zones alternativement minces rose clair, et épaisses rouge sombre, puis du 4e au 7e jour cette membrane devient plus unie, plus polie, perd son aspect granuleux et devient translucide.

Bientôt toute la surface dénudée est recouverte par une membrane claire, d'épaisseur variable, qui en certains points recouvre des bandes d'adhérences étalées, sous-jacentes. Par suite de la résorption et de l'étalement de ces adhérences la synoviale finit par prendre approximativement la forme d'une synoviale normale.

Toute adhérence qui persiste au delà du 38e jour est définitive ; ces adhérences ne gênent pas la fonction du genou, en raison de leur attache libre et mobile ; elles unissent le plus souvent la scissure intercondylienne ou la face latérale des condyles à la graisse sous-rotulienne, qui reconstitue un nouveau coussinet, normal d'aspect et d'épaisseur, dès la 4e semaine.

Au bout de 5 semaines toute l'articulation est devenue macroscopiquement normale.

Au point de vue fonctionnel, Walcott, confirmant les constatations des auteurs précédents, note chez les animaux non infectés la *conservation intégrale de la motilité ;* dès le 3e jour elle réapparaît ; dès le 14e jour elle est complète ; dès la 4e semaine elle est absolument normale. Les jeunes chiens récupèrent d'ailleurs leur motilité plus vite que les chiens âgés.

Il nous reste à signaler dans le même ordre d'idée le *travail de Mandl en* 1929 *qui porta sur la régénération des ménisques* — sur 192 opérations de ménisques, 4 fois il put constater, soit à l'occasion de réintervention, soit sur la table d'autopsie, chez deux de ses anciens opérés morts d'affection intercurrente, l'existence de régénération du ménisque ; à la place du ménisque enlevé en effet, il constata une formation triangulaire à la coupe, de structure cartilagineuse, allant de la partie médiane de la capsule vers la cavité articulaire, montrant donc déjà la forme d'un ménisque, ces constatations constituent un nouveau point d'appui à l'indication de la méniscectomie qui est pratiquée de plus en plus fréquemment ces dernières années.

Tels sont les différents travaux anglo-saxons sur la régénération de la synoviale ; on conçoit leur importance car c'est en s'appuyant sur de solides bases expérimentales que l'on pourra cliniquement essayer de préciser les indications et les contre-indications de la synovectomie.

INDICATIONS DE LA SYNOVECTOMIE

Discuter les indications de la synovectomie est un problème particulièrement difficile. Il semble cependant que l'accord soit près de se faire et que l'on puisse dès à présent donner une vue synthétique générale sur la question,

A) **Sur quels éléments se base-t-on pour poser l'indication opératoire ?** — En dehors des notions générales concernant la résistance du malade et la recherche classique de contre-indications opératoires, ce sont évidemment les notions étiologiques qui dominent le diagnostic d'intervention. Ce diagnostic étiologique parfois très simple est souvent d'une extrême difficulté et nécessitera entre autres en dehors des examens habituels (radio pulmonaire, Bordet-Wassermann, recherche d'une blennorrhagie récente ou ancienne, au besoin gonoréaction) un *examen du liquide articulaire* et si possible une *biopsie de la synoviale.*

La formule cytologique du liquide donnera peu de renseignements ; le plus souvent il s'agit d'une formule mixte à prédominance de polynucléaires, comme l'un de nous l'a constaté avec son maître M. Mathieu-Pierre Weil. Cependant une prédominance lymphocytaire est en faveur de la bacillose ; l'existence de polynucléaires altérés permettra de prévoir le passage à la purulence. Dans ce dernier cas il s'agit d'ailleurs le plus souvent de liquide louche, peu transparent. Plus intéressant est l'*examen bactériologique* de la sérosité recueillie ; il ne faut cependant pas trop espérer d'un tel examen, et rares sont les cas où l'on pourra déceler du gonocoque ou du bacille de Koch dans ce liquide. En dernier ressort l'*inoculation aux cobayes* reste un temps indispensable avant de poser une indication thérapeutique de quelque nature qu'elle soit.

La biopsie de la synoviale peut-elle fournir des renseignements étiologiques ? Si, dans certains cas de tuberculose locale indubitable due à l'action directe du bacille de Koch l'on rencontre de place en place des lésions de nécrose caséeuse, des formations épithélioïdes et même parfois de véritables nodules tuberculeux centrés d'une ou plusieurs cellules géantes, dans la majorité des cas de rhumatismes quelle que soit leur étiologie *apparente* (tuberculose, gonococcie) ou *indéterminée*, l'on ne constate comme l'ont bien montré M.-P. Weil et J. Delarue, aucune lésion histologique spécifique, mais soit un processus inflammatoire banal polymorphe, soit des lésions de synovite végétante dont les villosités, richement vascularisées, s'implantent le plus souvent sur un tissu de granulation exactement semblable à celui dont elles sont constituées. Cette synovite villeuse peut être le point de départ de lésions plus complexes, soit qu'il y ait formation de grains riziformes par dégénérescence fibrinoïde ou hyaline de ces villosités ; soit qu'un lipôme arborescent résulte de leur métaplasie adipeuse. *Dénuées de spécificité étiologique* ces lésions synoviales présentent, ainsi, une *véritable spécificité réactionnelle*, comme s'il existait dans les différents processus dits rhumatismaux, à côté du facteur étiologique spécifique, un facteur biologique général, état réactionnel très particulier de l'organisme, qui est sans doute suivant l'expression de M.-P. Weil et J. Delarue, « la condition primordiale de l'apparition de telles arthropathies ».

L'examen histo-bactériologique est parfois plus instructif, lorsqu'il relève la présence de BK, de gonocoques, ou plus rarement d'une race particulière de streptocoque au sein des franges synoviales.

B) **Comment peut-on concevoir actuellement les indications de la synovectomie ?** — Nous irons des cas où l'indication semble indiscutable à ceux où elle est moins nette, qui sont d'ailleurs les plus fréquents et les plus intéressants.

I. Les indications indiscutables. — *Le lipôme arborescent* est une affection assez rare, caractérisée par la prolifération à la face interne de la synoviale de saillies uniques ou multiples, jaunes rougeâtres, de structure fibro-adipeuse, et hypervascularisées.

Cliniquement il se présente comme une hydarthrose chronique, mais à la palpation de laquelle l'on constate comblant les culs-de-sac des masses mollasses pseudo-fluctuantes et douloureuses, avec un choc rotulien peu net, comme amorti. La radiographie montre l'absence de lésions osseuses.

Une forme particulière, circonscrite, de cette affection, limitée au paquet graisseux sous-rotulien réalise la *Maladie de Hoffa*. Pour les uns, il faudrait désigner ainsi *toute hyperplasie douloureuse de la graisse sous-patellaire*, pour d'autres (Madier-Sicard) l'origine traumatique est le critère indispensable pour pouvoir faire le diagnostic de la « Maladie de Hoffa », telle qu'elle fut décrite par celui-ci en 1904.

Cliniquement le malade présente un point douloureux à la partie antéro-interne du genou. Les méplats para-rotuliens sont effacés, comblés, par une masse mollasse fluctuante et douloureuse. L'antécédent traumatique parfois net, l'est parfois beaucoup moins : il semble s'agir alors de micro-traumatismes répétés.

Cette affection si spéciale, quel que soit le qualificatif qu'on lui décerne (lipôme arborescent de Muller, lipôme solitaire de König, synovite villeuse juvénile, maladie de Hoffa) relève d'une synovectomie plus ou moins étendue à la demande des lésions. La guérison est radicale.

La Pachysynovite hémorragique. — Affection rare, survenant le plus souvent chez des adolescents, elle se présente cliniquement comme une hydarthrose ou une arthrite chronique, mais la ponction exploratrice ramène un liquide sanglant. Aucune étiologie connue ne peut être décelée. Dans ces cas, la synoviale très épaisse, rouge foncé, doit être enlevée dans sa totalité.

L'ostéochondromatose synoviale. — Dans cette affection caractérisée par la présence dans la synoviale d'une infinité de masses ostéo-cartilagineuses, très apparentes à la radiographie, le traitement consiste dans l'ablation des corps étrangers. et de la synoviale dans sa totalité. Il s'agit là en quelque sorte d'une véritable maladie tumorale généralisée de la synoviale, les productions néoformées tombant dans l'articulation.

Les tumeurs de la synoviale. — La plus fréquente de toutes est le *kyste synovial du genou* qui, s'il peut parfois être énucléé sans ouverture de la synoviale, nécessite le plus souvent l'ablation limitée de celle-ci.

Le *liposarcome primitif* de la synoviale reste rarement limité à celle-ci, est justiciable d'une synovectomie plus ou moins étendue. Le plus souvent il diffuse rapidement aux tissus voisins et nécessite alors l'amputation précoce.

Signalons enfin les cas rares de *fibrome, angiome*, de la synoviale, curables par synovectomie.

II. Les indications discutables. — Nous envisagerons successivement les indications de la synovectomie dans *les séquelles post-traumatiques*, l'*arthritie-gonococcique, la tuberculose articulaire, le rhumatisme chronique*.

En présence d'une *hydarthrose traumatique*, rebelle, récidivante, ne cédant pas au traitement habituel, la synovectomie peut être discutée. A la recherche classique des lésions méniscales, ou ligamentaires, et des corps étrangers intra-articulaires il convient d'adjoindre systématiquement l'examen de la synoviale et de la graisse sous-rotulienne. Fréquemment, comme y ont insisté Patry, Heyman, le traumatisme déclanche à ce niveau un processus inflammatoire chronique qui n'a aucune tendance à régresser spontanément. Aussi la constatation d'un état hyperplasique et douloureux de la graisse sous-rotulienne est-elle une indication nette à pratiquer sa résection. Les résultats sont excellents, compte tenu des autres lésions post-traumatiques méniscales ou ligamentaires qu'il faudra également traiter si elles existent associées.

Dans certains cas, sans altérer particulièrement le paquet adipeux sous-rotulien, le traumatisme peut déterminer une hydarthrose par réaction hyperémique brutale se faisant dans la couche interne de la synoviale, et secondaire à la perturbation vaso-motrice créée par le traumatisme (Leuche). On voit donc l'intérêt des travaux histologiques récents concernant la structure richement vascularisée de la couche profonde, travaux sur lesquels nous avons longuement insisté.

De tels cas, s'ils évoluent de façon chronique, relèvent également de la synovectomie.

L'arthrite blennorrhagique ou mieux gonococcique dont médecins et chirurgiens se partagent la thérapeutique, peut également bénéficier de la synovectomie dans ses formes dites d'hydarthrose traînante, n'évoluant ni vers la guérison, ni vers l'ankylose, et qui sont plutôt suivant l'heureuse expression de Mondor des pyarthroses atténuées. Dans ces cas rebelles la synoviale est épaissie, infiltrée, scléreuse.

L'important est *d'opérer à froid* en dehors de toute poussée évolutive alors que l'infection est sinon éteinte du moins très atténuée. *C'est là un point très difficile à préciser car l'absence de signes évolutifs cliniques (apyrexie, pas de leucocytose sanguine) ne correspond pas fatalement à un arrêt de l'évolution anatomique*. Notons que pour certains (Bernstein) il existerait dans ce cas un blocage fréquent des lymphatiques articulaires empêchant le passage de l'infection dans le système lymphatique général.

La tuberculose articulaire. — Dans la tuberculose articulaire la plupart des auteurs rejettent formellement la synovectomie. Peut-être cependant y aurait-il intérêt à mieux discriminer les cas.

Lorsqu'il s'agit de la *banale tumeur blanche*, la synovectomie ne se discute même pas.

Lorsqu'il s'agit de *synovite en apparence isolée*, se traduisant cliniquement par le tableau d'une hydarthrose persistante ou d'une synovite à grains rizi-

formes, la recherche systématique de la lésion osseuse sous-jacente dominera l'indication thérapeutique. Il faut bien savoir que les cas de synovite tuberculeuse véritablement primitive sans lésions osseuses, qui relèveraient de la synovectomie, sont *tout à fait exceptionnels*, aussi devra-t-on rechercher une telle atteinte de l'os non seulement par un examen méthodique clinique et surtout radiologique, mais encore par une exploration minutieuse au cours de l'intervention. Notons cependant que récemment Alglave, Phelip présentèrent à la Société de Chirurgie des cas de synovite tuberculeuse guéris par synovectomie. La preuve de la nature directement tuberculeuse de ces lésions n'avait pas été faite comme le fit remarquer Sorrel, aussi peut-on conclure avec lui que dans les cas où une telle preuve est donnée (inoculation positive, constatation de BK, aspect anatomo-histologique typique à la biopsie), rares seront les indications de la synovectomie.

Il en est tout différemment dans les cas où la tuberculose agissant non plus par un mécanisme infectieux direct, mais par un processus de sensibilisation allergique, ne réalise plus ces *tuberculoses articulaires locales*, ostéo-synoviales, ou synoviales pures, mais un *véritable rhumatisme tuberculeux*, le rhumatisme tuberculeux de Poncet, dont les lésions sont, nous l'avons vu, d'un type inflammatoire banal, et dont les épanchements ne sont pas bacillifères. Dans ces cas de multi-synovites généralisées dont l'origine tuberculeuse n'est soupçonnée que par les antécédents, les concomitants ou les résultats des cuti et intra-dermo-réactions à la tuberculine (réaction focale par exemple se traduisant par l'accentuation ou l'apparition d'un épanchement synovial), le problème se pose exactement de la même façon que dans le rhumatisme chronique.

Le Rhumatisme chronique. — Nous désignons ainsi les affections articulaires dans lesquelles les examens locaux tant du liquide articulaire, que de la synoviale, ne fournissent aucun renseignement étiologique précis, qu'il s'agisse de formes à la base desquelles on soupçonne une affection quelconque ayant agi par un processus général (tuberculose, gonococcie, foyer focal streptococcique) ou que l'on se trouve, comme cela est le plus fréquent, en présence de cas d'étiologie absolument inconnue.

Dans de telles affections, la synovectomie est une intervention satisfaisante pour l'esprit puisqu'elle enlève la synoviale infectée qui est considérée comme le siège principal et le point de départ de l'affection. Cependant, en raison des multiples aspects des arthrites chroniques rhumatismales, *une minutieuse sélection des cas est nécessaire*. Pour Jones, Sweet, Boon-IT, Steindler, Bernstein, les cas relevant de la synovectomie sont ceux désignés par eux sous le nom de « rhumatoïd arthritis » en opposition aux ostéo-arthrites hypertrophiques et dégénératives (ce qui correspond à peu près à la classification des auteurs allemands en Arthrites et Arthroses, reprise et développée par Coste et Forestier). Dans les mono-arthrites, les résultats sont plus constants que dans les poly-arthrites. Notons cependant que tous les auteurs signalent avoir vu dans certains cas la synovectomie du genou améliorer l'état des autres articulations, *comme si la synoviale infectée était devenue elle-même un nouveau foyer infectant.*

Il ne faudra intervenir que *sur une articulation refroidie* en dehors des poussées évolutives, se baser pour apprécier ce point sur l'allure de la courbe fébrile, la leucocytose, les réactions de sédimentation et de Vernes Resorcine ; il faut bien savoir cependant qu'une sédation clinique ne correspond pas toujours à une sédation anatomique.

On interviendra également *seulement après échec des diverses thérapeutiques* médicales. Il ne faudra pas cependant trop tarder. La synovectomie doit, en effet, être pratiquée avant l'apparition des lésions ostéo-cartilagineuses dont la présence n'est pas une contre-indication absolue (Swett), mais aggrave considérablement le pronostic. Le degré d'érosion du cartilage ne peut être bien évalué qu'au cours de l'opération et bien souvent, parti pour une synovectomie l'on est amené devant l'importance des lésions à pratiquer une résection.

En 9 ans, Boon-IT a pratiqué la synovectomie du genou dans 6 % des cas de rhumatisme qu'il a observés, soit dans 65 cas.

65 % des mono-arthrites ont été très améliorées.

60 % des polyarthrites. Steindler préconise également cette intervention dans 7 % des cas. Tout récemment Bernstein publie une liste de 25 opérés avec 22 bons résultats, parmi lesquels 50 % eurent une récupération fonctionnelle absolument parfaite.

Le pronostic est meilleur chez les sujets jeunes, mais l'âge du malade ne peut être une contre-indication absolue.

L'hydarthrose intermittente. — Il s'agit là d'épanchements articulaires périodiques, évoluant chez des sujets jeunes, souvent du sexe féminin, indépendamment de toute étiologie tuberculeuse, gonococcique ou syphilitique. Particulièrement fréquents chez les migraineux, les urticariens, les eczémateux, ces épanchements sont considérés à la suite de Schlesinger comme des variétés intra-articulaires d'œdème de Quincke liées à une crise vaso-dilatatrice.

Leur thérapeutique est souvent décevante et dans certains cas particulièrement rebelles l'on pourrait être amené à pratiquer une synovectomie.

Quant aux *hydarthroses syphilitiques*, l'efficacité dans ce cas de la thérapeutique spécifique leur confère une place absolument à part.

EN RESUME

en dehors des indications indiscutables qui concernent des affections exceptionnelles, le diagnostic d'intervention se pose surtout dans le *Rhumatisme chronique :* dans celui-ci les meilleurs résultats seront obtenus en cas de mono-arthrite persistante, comme dans l'observation récente de Raymond Bernard. L'on aura toujours soin avant l'intervention d'éliminer à coup sûr la tuberculose locale par la recherche des bacilles de Koch dans le liquide articulaire, inoculation de celui-ci au cobaye et au besoin la biopsie de la synoviale qui, très simple, peut fournir des résultats très intéressants. (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

DOCTORAT D'ETAT. — 17. BARDENAT. — Contribution à l'étude de la pression artérielle moyenne. Remarques expérimentales et critiques.

1. BENYAMINE. — L'ankylostomiase en Afrique du Nord.

25. BLOUMENTZWEIG (Mlle). — La syphilis gastrique héréditaire.

16. BOUGUÈS. — Les métastases ganglionnaires au cours du cancer primitif du poumon. Leur valeur diagnostique. Intérêt de la biopsie comparée aux différents moyens d'investigation.

27. BOUKHELOUA. — L'hôpital franco-musulman de Paris.

20 (de 1933). — BRATIGNY. — Contribution à l'étude des bilharzioses. Leur importance en Afrique du Nord.

19. BRIGOL (Mlle). — De la conservation de l'utérus dans le traitement des affections annexielles bilatérales.

23 (de 1933). CAILLOT. — Contribution à l'étude de l'oncothérapie des tumeurs malignes.

28. CASTANIER. — Sur la valeur thérapeutique de la splénocontraction à l'adrénaline.

36. CHEF. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale aiguë du grand épiploon.

13. CHICHE. — Des métrorragies hémogéniques.

30. CHOUSSAT. — La lutte anti-syphilitique à la Maternité d'Alger.

31. CLÉMENT. — Contribution à l'étude des méningites enkystées de la fosse cérébrale postérieure.

7. CODACCIONI. — Contribution à l'étude de la superfœtation. Recherches cliniques et expérimentales.

10. COSTE. — Recherches expérimentales sur le sarcome de Jensen.

22. DENDALE. — Contribution à l'étude de l'amibiase infantile.

18. DENONCIN. — Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires fermées de l'avant-bras.

38. DOUGNAC. — Le syndrome algique du spina-bifia occulta lombo-sacré et son traitement.

9. DUMAS. — Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'épulis.

23. FABIANI. — Contribution à l'étude de l'antivirus.

37. FOURÈS. — Le syndrome anémie au cours des hyperazotémies chroniques d'origine rénale.

26. GODARD. — La réorganisation des services de la Santé publique en Algérie.

15. HOMAR. — Contusions et ruptures de l'intestin grêle au cours des traumatismes fermés de l'abdomen.

34. HUGUENIN. — Le paludisme d'inoculation. Etude clinique et expérimentale.

4. KEHL. — Contribution à l'endocrinologie ovarienne de la grossesse. La phase lutéinique de gestation chez la lapine.

22 (de 1933). KESPI. — La culture du bacille de Koch dans les milieux organiques autres que le sang. Son intérêt pratique.

32. KILCHER-MAUCOURT (Mme). — De la question du paludisme dit congénital. Le paludisme transplacentaire.

8. LABORDE. — Identification des douilles et des projectiles tirés par des pistolets automatiques.

5. LAFUENTE. — Contribution à l'étude des hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse.

3. LAPORTE. — Typhus et pseudo-typhus. Essai de classification.

2. MACABIAU. — Etude du mouvement de la Clinique obstétricale de la Faculté d'Alger durant l'année 1929.

14. MAHOUI (Mustapha). — Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, compliquées de luxation. (Principalement des avantages de la réposition sanglante précoce.)

24. MALMASSARI. — De l'avortement de la femme indigène musulmane, principalement en Algérie.

35. MÉREAU. — Contribution à l'étude des alcaloïdes urinaires. Variation du rapport azote alcaloïdique de Guillemard au cours des différentes affections.

21. MORALI. — Contribution à l'étude des ictères hémolytiques.

29. MORAND. — De l'amputation périnéale élargie dans le traitement chirurgical du cancer du rectum.

11. NESSLER. — Contribution à l'étude du système réticulo-endothélial et de son comportement au cours de certaines maladies infectieuses ou parasitaires.

21 (de 1933). OSMONT. — Le bouton d'Orient en Algérie.

12. PÉRÈS. — Traitement médical des crises gastriques du tabès. Indication du di-étyl-allyl-isopropyl-barbiturate de diéthylamine.

20. PIZZINI. — La paralysie récurrentielle au cours du rétrécissement mitral.

33. RAYNAUD. — Sur l'antagonisme fonctionnel entre les hormones ovariennes. Mécanisme de l'avortement folliculinique.

6. THERON. — Contribution à l'étude de la stérilisation biologique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367; Montpellier, n° 78, p. 1380; Strasbourg, n° 80, p. 1420; Toulouse, n° 83, p. 1470.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1934)

Phénomènes chimiques qui accompagnent la résorption du tissu irradié. — M. Jean LOISELEUR. Au cours de la résorption du thymus irradié, les étapes suivantes se succèdent. Dans le tissu, on constate une désintégration des nucléines qui se révèle par une mise en liberté de phosphates tandis que les résidus cellulaires s'enrichissent en chlore. Dans le sang, la réserve alcaline augmente en même temps que le pH ; le taux de l'urée dans les érythrocytes diminue alors que le taux du chlore augmente, d'où une augmentation de la chlorémie totale. Enfin l'urine montre une hyperphosphaturie et une hypochloruric.

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1934)

M. Emile BOREL, président, se fait l'interprète des sentiments d'horreur et d'indignation de l'Académie, en présence de l'attentat qui a coûté la vie au roi Alexandre de Yougoslavie et à M. Louis Barthou. Il fait part de la mort de M. Raymond Poincaré.

La séance est levée en signe de deuil.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1934)

Deuil national. — M. le PRÉSIDENT associe l'Académie au triple deuil qui vient de frapper la France.

Dans des termes émus, il salue la mémoire du roi Alexandre de Yougoslavie et de M. Louis Barthou, victimes de

l'abominable attentat de Marseille. Il s'incline aussi devant le grand serviteur de la patrie que fut M. Raymond Poincaré.

La séance est suspendue en signe de deuil.

Notice. — A la reprise de la séance, M. Regaud lit une notice nécrologique sur Mme CURIE.

Le contrôle médical de l'éducation physique et des sports au congrès de Chamonix. — MM. CARNOT et LATARGET rendent compte des travaux du congrès international de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports, qui vient de se tenir à Chamonix.

Au cours de ce congrès, différents vœux ont été votés. Il faut signaler en particulier ceux qui suivent :

« 1° Une éducation physique effective, journalière et contrôlée médicalement, est une nécessité pour la jeunesse des deux sexes, en vue du développement de l'individu et de la race, et comme une des mesures les plus efficaces de prophylaxie.

2° Les ministères compétents ont le devoir de réaliser et de développer au plus tôt, dans les écoles primaires, dans les lycées et dans les écoles d'enseignement supérieur, une éducation physique, trop souvent encore inexistante, irrégulière et dépourvue de sanctions.

3° Il est souhaitable que des épreuves cotées d'éducation physique soient rendues obligatoires aux examens de fin d'année et de fin d'études, comme cela existe déjà pour les concours de certaines grandes écoles, telles que Polytechnique et Saint-Cyr.

4° Un contrôle médical individuel de cette éducation physique, scolaire et postscolaire est indispensable, afin d'en éviter les inconvénients et d'en diriger l'orientation. Ce contrôle doit être exercé par les médecins scolaires, par les médecins des lycées ou des grandes écoles à l'examen desquels sont soumis tous les élèves paraissant aux maîtres, aux moniteurs, aux assistantes sociales scolaires, inaptes à cette éducation ou fatigués par elle, ou exigeant des soins spéciaux.

5° Le contrôle médical, indispensable à l'école, l'est bien davantage encore pour la sélection, l'entraînement et la compétition sportives. Il doit être rendu obligatoire dans tous les groupements sportifs, organisé par eux, mais sous leur responsabilité.

6° Ce contrôle devra être assuré par des médecins indiscutablement compétents :

Dans les Facultés et Écoles de médecine, dans les Instituts d'éducation physique qui leur sont rattachés, un enseignement spécial sera organisé, s'il n'existe pas encore, donnant lieu à un diplôme de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports. Avec toutes les mesures de transitions nécessaires, ce diplôme sera exigé des médecins des écoles, de l'armée, de la marine, des colonies, des médecins autorisés de clubs et fédérations sportives.

7° Toute licence, nationale ou internationale, en vue d'une compétition sportive, ne sera accordée que sur présentation des conclusions favorables d'un examen médico-sportif, sans divulgation de diagnostic, établi par un médecin autorisé.

8° Il est demandé instamment aux ministres compétents ainsi qu'aux fédérations sportives d'organiser au plus tôt ce contrôle médical, dont le but est d'augmenter la pratique de l'éducation physique et des sports et leur rendement, tout en évitant les accidents dus parfois aux excès sportifs des jeunes gens non surveillés. »

Fièvre typhoïde. Coquillages, mazout. — MM. LOIR et LEGANGNEUX (du Havre). Quelques cas de fièvre typhoïde s'étant produits au Havre, l'enquête permit de se rendre compte qu'ils étaient dus à la consommation de coquillages mangés crus.

Le mazout qui est répandu de plus en plus dans tous les estuaires de nos fleuves ne tue pas les coquillages, mais les met dans un état de moindre résistance physiologique. Lorsqu'on ajoute dans l'eau de ces coquillages mis en contact avec le mazout, une semence de microbes de la fièvre typhoïde, il se produit une pullulation rapide de ces microbes, et lorsque le coquillage est absorbé cru, il n'est pas étonnant que la maladie survienne.

Il faut donc recommander de faire cuire les coquillages avant de les consommer.

Influence de l'exercice sur le métabolisme. — MM. Guy Laroche, de Chaisemartin, A. Grigaut. Le médecin commandant de Chaisemartin rapporte, au nom de ses collègues et en son nom personnel, les résultats des recherches concernant les variations de la composition chimique du sang sous l'influence de l'exercice.

Ces recherches portèrent sur vingt et un stagiaires de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville, dont les âges s'échelonnaient entre 37 et 54 ans, qui, durant six semaines, se livrèrent à des exercices variés et suivirent un entraînement hygiénique méthodiquement conduit.

Les examens du sang furent pratiqués le lendemain de l'arrivée à l'école de Joinville et la veille du départ : les taux de la cholestérine, de l'urée, de l'acide urique retinrent seuls l'attention.

Neuf sujets présentaient un taux élevé de cholestérine lors du premier examen. Ces taux anormaux diminuèrent avec un ensemble impressionnant, à tel point que presque tous revinrent au chiffre considéré comme moyen.

De notables améliorations furent également constatées dans les proportions de l'urée et de l'acide urique sanguins.

En somme, un certain nombre de ces stagiaires ne pouvaient être considérés à proprement parler comme des malades, mais présentaient un état réel de déséquilibre en ce qui concernait le métabolisme des graisses, des lipides et des produits azotés.

Or, bien qu'aucun régime alimentaire spécial n'ait été institué, ni aucun produit médicamenteux administré, l'équilibre s'est rétabli dans la plupart des cas ; il semble donc logique d'admettre que l'exercice a exercé un véritable pouvoir régulateur dans des organismes chez lesquels le métabolisme présentait une tendance fâcheuse à se troubler.

REVUE DES THÈSES

Recherches anatomiques et physiologiques sur le thymus. Leurs applications cliniques et thérapeutiques (1), par Jacques Odinet.

Cet important travail est divisé en cinq parties.

Dans la première, d'ordre *anatomique*, sont rappelées d'abord quelques notions embryologiques. Le thymus dérive des fentes brachiales. Chez les vertébrés inférieurs, il naît d'une ébauche développée aux dépens de la partie dorsale de ces fentes. Chez les vertébrés supérieurs, elle apparaît à la face ventrale de la 3e poche (Born), et aux dépens de sa portion ectodermique. Chez l'homme (Verdun), même origine, même apparition précoce, mais, de bonne heure, elle descend vers le thorax, qu'elle n'atteint que lorsque les deux lobes symétriques ont fusionné : elle n'est plus alors rattachée au pharynx que par un grêle filament, le cordon thymique, qui peut, exceptionnellement, ne pas s'atrophier et constituer, avec les formations dérivées du nodule thymique de Prenant, les thymus accessoires, ou donner naissance soit à des fistules latérales du cou, soit aux tumeurs amygdaloïdes de la même région.

Mêmes profondes transformations histologiques, qui font, de l'organe purement épithélial du début, une glande vasculaire sanguine où des cellules d'aspect lymphocytaire (thymocytes) apparaissent, soit qu'elles viennent prendre la place des cellules épithéliales (théorie de l'immigration ou de la substitution), soit qu'elles proviennent de la transformation de ces mêmes cellules (théorie de la métamorphose). Quant au début de l'activité fonctionnelle du thymus, il peut être fixé au troisième mois de la vie intra-utérine (Hammar).

Envisageant ensuite l'anatomie macroscopique de la glande, l'auteur étudie, en s'appuyant sur les travaux d'Olivier, sa situation, à la fois cervicale et médiastinale, sa forme, différente d'un cas à l'autre, ce qui explique la diversité de ses images radiographiques, sa coloration, blanche ou lie de vin, selon que l'enfant a succombé à la cachexie ou à l'asphyxie, sa consistance molle, ses dimensions variables, son poids, qui est, en moyenne, de 3 gr. 20, les rapports qu'il contracte, par l'intermédiaire de la capsule thymique, avec les organes contenus dans une loge toujours assez large pour qu'on ne puisse, sans circonspection, attribuer à la compression certains symptômes de l'hypertrophie thymique, sa vascularisation et, enfin, son innervation, fournie en partie (Braeucker, Cabanac, Cordier et Coulomme) par les segments cervicaux du sympathique et du vague, et, plus exactement encore, par les nerfs : 1° cardiaque supérieur ou 2° cardiaques moyens et inférieurs du sympathique, qui jouent un rôle de premier plan dans la pathogénie de la mort subite, si souvent notée au cours de l'hypertrophie thymique.

Histologiquement, le thymus est formé de la réunion de lobules, formés de follicules, qui représentent l'unité anatomique de l'organe et que constituent deux zones : une périphérique ou corticale, très dense, une centrale, médullaire, moins dense, moins homogène, plus claire. Elles contiennent toutes deux de petites cellules identiques ou non à des lymphocytes, ou thymocytes, et un réticulum délicat, dérivé d'éléments épithéliaux primitifs, doué de propriétés phagocytaires et dont le rattachement au système réticulo-endothélial est encore objet de discussions. Dans la seconde, seules, se trouvent les corpuscules de Hassal, actuellement considérés comme un centre d'involution pour les cellules du réticulum, et qui, sans doute, jouent un rôle dans le fonctionnement de la glande.

Reste à envisager l'involution thymique, qui débute (Jolly) au moment de la maturité sexuelle. Jusque vers quinze ans, l'organe s'accroît en poids et en taille. A partir de cette date, il s'atrophie rapidement, en même temps qu'il subit d'importantes modifications de structure : régression des follicules, disparition des thymocytes, infiltration graisseuse de la charpente conjonctivo-vasculaire qui devient le corps adipeux rétro-sternal de Waldeyer. A côté de cette involution physiologique, il faut d'ailleurs faire une place aux involutions accidentelles dues à l'inanition, aux intoxications, aux infections, aux rayons X, au radium, etc., et qui, si ces diverses causes n'ont pas agi trop brutalement, peuvent être suivies d'une régénération plus ou moins complète de la glande.

Le second chapitre est d'ordre *physiologique*. Peu de sujets ont été aussi débattus, peut-être à cause d'erreurs de technique, que n'ont pas su éviter certains chercheurs, et dont M. Odinet fait une judicieuse critique.

Quels sont donc les procédés d'exploration courants ? Par définition, la suppression expérimentale du thymus, ou l'hyperthymisation provoquée.

La suppression peut être réalisée par :

1° L'extirpation chirurgicale, qui expose à bien des er-

(1) *Th. de Paris*, 1934. In-8° de 340 pages.

AMIDAL **Poudre, Comprimés, Cachets, Dragées** Une à deux cuillerées à soupe ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour.	Entérites aiguës ou chroniques. Entérocolites. — Dysenteries. Toutes les diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ **Ergostérol irradié — Vitamine D** **(Extrait concentré de vitamines A. B. et C.)** Une cuillerée à café avant chacun des trois repas.	Carence et pré-carence. Troubles de la croissance. Rachitisme. Déminéralisation.
GENESERINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux à trois granules ou dragées ou XX gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. — Palpitations et tachycardie des cœurs nerveux.
GENATROPINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. Une ampoule injectable par jour.	Hyperchlorhydrie. Spasmes digestifs. — Vomissements. Coliques. — Diarrhée.
GENOSCOPOLAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Quatre à huit granules ou quarante à quatre-vingts gouttes par jour, en 2 ou 3 reprises. Une ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GENHYOSCYAMINE **POLONOVSKI & NITZBERG** Deux granules ou XX gouttes, 2 ou 3 fois par jour entre les repas de préférence. Une ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements et syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GENOSTRYCHNINE **POLONOVSKI & NITZBERG** ou **Ampoules, Gouttes, Granules** **GENOSTHÉNIQUES** (Cacodylate de Génóstrychnine et de Génésérine.) *Deux granules* ou XX gouttes à chacun des 3 repas. Une ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Anémie. Neurasthénie. Surmenage. Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE **POLONOVSKI & NITZBERG** en comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 par jour) ou ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs. 4 Ctgrs de Génomorphine = 1 Ctgr de Morphine.	La douleur. L'anxiété. — L'agitation. Les dyspnées spasmodiques. La démorphinisation.

LABORATOIRE DES PRODUITS " AMIDO "
A. BEAUGONIN, *Pharmacien*, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

USAGE DES DOCTEURS ENFANTS
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif - Délicieux
AUBRIOT 56, Boulᵈ Ornano PARIS

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne** de **Phénol**, de **Belladone.**
ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

reurs, dues surtout à la présence de thymus accessoires qu'elle laisse en place ;

2° L'irradiation aux rayons X (Heinecke), qui n'aboutit qu'à une destruction provisoire de l'organe ;

3° L'administration, encore plus défectueuse, de sérum thymotoxique.

Quant à l'hyperthymisation, elle peut être aisément réalisée par l'administration d'extrait thymique, mais les résultats obtenus sont toujours d'interprétation difficile. La greffe est presque impossible à réaliser dans des conditions satisfaisantes, à cause de la résorption rapide du greffon.

Quels sont les résultats obtenus ? Il semble que le thymus n'est pas indispensable à la vie, et que son action s'exerce sur le développement général, d'une façon d'ailleurs variable avec l'âge (Lucien et Parisot) ; sur la croissance squelettique, stimulée en cas d'hyperthymisation, arrêtée après thymectomie, les os des ceintures pelviennes étant particulièrement intéressés ; sur le développement génital ; on sait que le thymus persiste chez les animaux castrés, et que l'opothérapie thymique favorise l'activité génitale (J. Camus et Gournay) ; sur certains métabolismes, au premier rang desquels il faut placer le métabolisme des nucléo-protéides et le métabolisme de base ; sur l'appareil cardio-vasculaire : chute de la tension par injection intra-veineuse d'extrait thymique (Vincent) avec tachycardie, liée sans doute (Odinet) à une intoxication protéique non spécifique ; sur l'hématopoièse, d'ailleurs discutée ; sur la diurèse, diminuée par injection d'extrait thymique ; sur le psychisme : l'idiotie thymique est à rapprocher des phénomènes d'apathie observés chez les animaux éthymés.

De ces faits expérimentaux et cliniques, on peut conclure que le rôle primordial du thymus est d'agir sur la croissance, sur la maturation sexuelle, sur le métabolisme des nucléo-protéides et, enfin, sur certaines toxines, qu'il neutralise. Cette action spécifique directe, agit-elle uniquement par l'intermédiaire des nucléo-protéines (J. Jolly, Dustin, Pighini) ou faut-il faire intervenir une véritable sécrétion ? C'est à cette dernière hypothèse, adoptée par la plupart des endocrinologistes modernes, que se rallie M. Odinet.

Dans la troisième partie de sa thèse, envisageant la *pathologie* du thymus, il étudie l'exploration de l'organe, encore très imprécise, malgré la diversité des moyens de recherche dont nous disposons, Aux signes fonctionnels jadis attribués à la compression, et qui ne nous renseignent en rien sur la capacité fonctionnelle de la glande, il faut — peut-être — ajouter ou substituer les troubles suivants : retard de la puberté, obésités prépubertaires indépendantes de la thyroïde ou de l'hypophyse, ectopie testiculaire, anomalies de croissance. Quant à l'exploration physique, elle comporte surtout la percussion, dont les résultats ont été l'objet de nombreuses critiques, et la radiologie, qui n'est valable que dans certaines conditions, souvent difficiles à réaliser chez le nourrisson. Moins probants encore sont les tests d'exploration biologique, si bien qu'« il n'existe, en résumé, à l'heure actuelle, aucun procédé d'exploration précise du thymus ».

Quels sont les signes des athymies ? Ils sont réalisés avec le maximum de netteté par l'opération, et consistent surtout en un arrêt marqué de la croissance, avec cachexie et idiotie, ces troubles étant d'autant plus marqués que l'intervention a été plus précoce. De cet ensemble se rapprochent l'athymie des rayons X et l'athymie congénitale.

Existe-t-il des syndromes d'insuffisance thymique ? Peut-être, et parmi eux : 1° l'obésité dystrophique de la période prépubère, avec retard d'évolution génitale, anomalies morphologiques des organes génitaux externes, apathie et paresse, tous symptômes très rapidement améliorés par l'opothérapie thymique ; 2° certaines ectopies testiculaires. Quant aux autres syndromes : idiotie, athepsie, rachitisme, leurs rapports avec les troubles fonctionnels du thymus ne sont pas encore démontrés.

Resterait à décrire l'hypertrophie thymique, avec sa complication si fréquente, la mort subite. M. Odinet devant la traiter ici même, avec tous les détails que comporte son étude, contentons-nous de la mentionner.

La quatrième partie de la thèse relate les constatations personnelles faites par l'auteur au sujet de l'*opothérapie* thymyque, dont il convient de préciser la voie d'introduction : généralement sous-cutanée ; le choix des préparations : ampoules d'extrait purifié et cachets dosés à 0 gr. 50 de poudre correspondant à 3 gr. d'organe frais ; la conduite du traitement, parfaitement inoffensif, qui doit être fait par séries de 12 injections, à raison d'une tous les deux jours, et dosée à 1 gr. pour le nourrisson, 3 à 5 gr. pour l'enfant plus âgé. Les séries sont séparées par un intervalle d'un mois et continuées tout le temps nécessaire ; dès les premiers symptômes d'amélioration, en diminuer les doses ; s'adresse-t-on aux cachets, on en donnera 2 par jour, ce qui correspond à 6 gr. d'organe frais ; ses indications : 1° troubles du développement : l'opothérapie thymique, active sur la croissance normale, est particulièrement précieuse en cas de retard du développement statural, d'achondroplasie (Lereboullet, Gournay et Odinet), de retard de la dentition ; 2° agénésies et dysgénésies génitales ; chez le garçon, cryptorchidies avec présence d'un testicule mobilisable, soit à l'orifice externe, soit dans le canal inguinal, atrophie testiculaire, syndrome adiposo-génital ; chez la jeune fille (Ugo Soli, Lucien et Parisot), aménorrhées et dysménorrhées ; 3° obésité prépubère (Odinet) ; 4° certains retards intellectuels (Odinet, G. Blechmann) ; 5° peut-être certaines dermatoses : psoriasis, sclérodermie.

Trente-cinq observations personnelles, quelques documents de laboratoire et une importante bibliographie terminent cette remarquable monographie, bien ordonnée, d'une lecture aisée et attrayante, et où se trouvent, sinon résolus, du moins discutés avec une impartialité et une compétence parfaites, tous les problèmes que soulève l'étude du thymus.

L. BABONNEIX.

Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du rein et des voies urinaires (1), par A. LEMIERRE et L. JUSTIN-BESANÇON.

Les techniques modernes d'exploration de la fonction urinaire sont le vrai moyen pour le clinicien de faire parmi ses malades rénaux et urinaires le départ entre ceux à qui est recommandable et ceux à qui serait préjudiciable une cure crénothérapique.

Les auteurs étudient ensuite les indications relatives à chaque espèce nosologique, infectieuse ou non, le mode d'action sur l'organisme de la cure pratiquée et ses effets sur les diverses portions des voies d'élimination ; la technique hydrologique générale, la technique spéciale à chaque station, selon cette même classification clinique et physiologique, la climatothérapie enfin.

A l'appui sont présentés de nombreux graphiques caractéristiques.

Cet excellent manuel se clôt enfin sur une liste — avec résumé des indications et techniques, — des diverses stations entre lesquelles le médecin doit aiguiller le choix de son malade.

L. BABONNEIX.

(1) **Paris, Masson et Cie. 1934. (Bibliothèque de thérapeutique hydroclimatologique).**

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX

ANTIGONOCOCCIQUE

I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN

ANTISTAPHYLOCOCCIQUE **ANTISTREPTOCOCCIQUE**

COLI-ENTÉRO-VACCIN

I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.

II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes

PNEUMO-BRONCHO-VACCIN

ADULTES - ENFANTS

Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée

Injections sous-cutanées ou intra-musculaires

Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU

COLLOIDO-VACCIN CLIN

ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE

POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL
LAFAY
Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

REMET-JEP-CARRÉ

NUCLÉARSITOL ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT

est NEUROTROPE

Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.

Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.

H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES**
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie.
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 24 OCTOBRE 1934. — N° 85.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Traitement des broncho-pneumonies aiguës des petits enfants, par M. le professeur Nobécourt.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
CHRONIQUE
Une manifestation médicale franco-italienne, par F. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
REVUE DES THÈSES
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Diagnostic des angines aiguës (fin).

INFORMATIONS

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour un emploi de médecin ophtalmologique adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 26 novembre 1934, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au 14 novembre 1934 inclus.

SANATORIUM DE CHAMPCEUIL. — Un concours pour la nomination à une place de médecin en chef du sanatorium de Champceuil s'est ouvert le lundi 22 octobre 1934, à 17 h., à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Candidats inscrits : MM. les docteurs Even, Frugier, Lannegrace, Mme Lannegrace, née Parturier, MM. Lardanchet, Lorion, Pellier, Perrier, Pigeon, Ronce.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Il est créé, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, sous la présidence du ministre, un Conseil supérieur de l'éducation physique.

Le Conseil se compose de 150 membres, nommés par arrêté du ministre de la Santé publique et de l'Education physique. Le ministre nomme quatre vice-présidents choisis parmi les membres du Conseil, dans chacune des quatre commissions qui le composent, l'un ou l'autre d'entre eux étant appelé, suivant le cas, à présider le Conseil ou ses commissions en son absence.

Le Conseil est chargé :

1° De rechercher toutes les mesures susceptibles de développer la pratique des exercices physiques ;

2° De favoriser toutes les œuvres ayant pour but d'orienter la jeunesse vers la vie de plein air et d'assurer ainsi sa santé physique et morale ;

3° De seconder l'action des fédérations sportives et d'accroître le prestige de la France dans les compétitions internationales ;

4° De donner le maximum d'efficacité aux efforts qui tendent à répondre, par l'instruction préalable des jeunes gens et leur entraînement progressif, aux exigences du service militaire à court terme.

Le Conseil et ses commissions sont appelés, en outre, à examiner les dispositions intéressant l'éducation physique, la vie de plein air, les sports ou la préparation militaire qui peuvent être introduites dans tous projets, propositions de lois ou règlements.

LES SOINS MÉDICAUX AUX VICTIMES DE LA GUERRE. — Le *Journal officiel* du 17 octobre publie l'arrêté ministériel suivant :

Art. 1er. — L'article 1er de l'arrêté interministériel du 3 juin 1927, modifié par l'arrêté du 22 août 1927, est complété comme suit :

« Chap. 1er. — Produits chimiques et pharmaceutiques. — Ne peuvent être fournies les pastilles et pâtes pectorales.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

Chap. 2. — Ne peuvent être prescrites les eaux minérales naturelles hors le cas de nécessité thérapeutique incontestable.

En ce cas, la prise en charge au titre de l'article 64 reste subordonnée à l'autorisation de la Commission tripartite départementale dans les conditions fixées par l'arrêté du 3 juin 1927. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. (Hôtel-Dieu. Professeur : M. F. TERRIEN.) — *Programme général des cours et conférences.* — M. le professeur F. Terrien recommencera ses leçons cliniques le vendredi 9 novembre 1934, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Dupuytren, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du service : Les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h. 30 : consultation expliquée.

Les mardis et jeudis, à 9 h. 30 : opérations; à 10 h. : enseignement des stagiaires.

Les lundis, à 10 h. 30 : présentation de malades.

Les vendredis, à 10 h. 30 : leçon clinique.

Les samedis, à 10 h. : examens de laboratoire.

Institut de médecine coloniale. — M. le professeur F. Terrien commencera le mardi 6 novembre 1934, à 10 h. 30 du matin (amphithéâtre Dupuytren), une série de cinq conférences sur les affections oculaires d'origine exotique, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Enseignement pour les stagiaires (conférences pratiques). — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les docteurs Veil, Renard, Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun, MM. Dumont, Dupuy-Dutemps, chefs de clinique et assistants, commencera le jeudi 8 novembre 1934, à 10 h., une série de conférences essentiellement pratiques, avec présentation de malades, projections en couleurs, etc., et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Conférences cliniques. — M. le professeur Strohl, MM. les docteurs Sainton, Velter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des hôpitaux, feront en décembre 1934, janvier, février et mars 1935, une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Cours de prophylaxie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. les docteurs Renard et Mlle S. Braun, fera à l'Ecole de puériculture, en juin et juillet 1935, un cours en cinq leçons sur la prophylaxie des troubles oculaires de l'enfance.

Cours de neurologie oculaire. — M. Velter, agrégé, et M. le docteur Tournay commenceront en février, mars 1935, un cours en quinze leçons sur les manifestations oculaires des maladies du système nerveux.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur Regaud, de MM. les agrégés Velter, Zimmern et de MM. les docteurs Sainton, Ramadier, Cousin, P. Veil, Renard, Goulfier, J. Blum, Dollfus, Hudelo, Mlle S. Braun et M. Dumont, fera en mai et juin 1935 un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, étude des grands syndromes ophtalmologiques et de leurs rapports avec l'otorhinologie et la pathologie générale, travaux pratiques de médecine opératoire et manipulations de laboratoire).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le professeur F. Terrien, M. Velter, agrégé, et MM. les docteurs P. Veil, Renard, J. Blum, Dollfus, Hudelo et Mlle S. Braun feront, pendant le mois d'octobre 1935, un cours de technique chirurgicale avec exercices pratiques de médecine opératoire.

Cours de laboratoire. — Sous la direction de M. le professeur F. Terrien, MM. Renard et Hudelo, ancien chef et chef de laboratoire, feront en octobre 1935 un cours de technique de laboratoire appliquée à l'ophtalmologie avec exercices pratiques.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Santiago Ramon y Cajal (de Madrid), le grand maître espagnol dont les travaux en histologie et pathologie sont universellement admirés; il était associé étranger de l'Académie de médecine depuis 1905; M. le docteur Charles Audry, professeur de clinique dermatologique et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Toulouse; M. le docteur Théret, sénateur du Pas-de-Calais.

CHRONIQUE

UNE MANIFESTATION MÉDICALE FRANCO-ITALIENNE

A l'issue du IIIe congrès de la presse médicale latine qui vient de se terminer, et dont nous rendrons compte prochainement, les congressistes ont tenu à visiter les champs de bataille de la Marne et à se recueillir sur les tombes des soldats morts pour la cause du droit et de la liberté.

Dans un geste profondément touchant, nos confrères italiens déposèrent à Reims, devant le monument aux morts, une belle couronne aux couleurs italiennes.

Puis accompagnés par M. le Marquis Vitelleschi, l'éminent consul général d'Italie, nous nous sommes rendus au cimetière militaire de Bligny, où reposent 5.000 soldats italiens tombés sur la terre de France.

Ce cimetière occupe le sommet d'une haute côte, où eurent lieu les combats dans lesquels furent tués les Italiens inhumés sur la place même. D'un côté de la route nationale se trouve le cimetière, au centre un monument commémoratif en forme de temple. De d'autre côté, une cité romaine symbolique est en construction. Une voie romaine lui servira d'avenue, entourée d'arbres venus d'Italie. Tout autour la vue s'étend largement sur les anciens champs de bataille.

Après avoir salué les couleurs italiennes et françaises, le professeur Giordano, sénateur, le professeur Piccinini, au nom des médecins italiens, le professeur Etienne et M. F. Le Sourd, au nom de l'Association de la presse médicale française, déposèrent des couronnes au pied du monument central, et tous se recueillirent devant cette terre sacrée...

Ce fut un moment très émouvant, pendant lequel les cœurs italiens et français déjà si unis se rapprochèrent plus intimement encore...

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER, grand appartement (près parc Monceau), libre de suite, composé de 8 pièces dont 7 principales, tout confort. Conviendrait à médecin. — S'adresser au Journal. L. B.

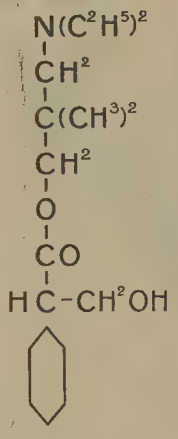
VILLE importante Midi. A céder poste intéressant médecine. Conviendrait à ex-interne ou chef de clinique Paris, Lyon ou ville de Faculté. — Ecrire au Journal.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

Extrait hépatique de Morue irradié. **MORUBIASE** *Rachitisme, Lymphatisme*
PILULES ET GRANULES

Syntropan "ROCHE"

Spasmolytique



ester-3-diéthylamino-2,2-diméthyl-propylique de l'acide tropique.

Comprimés : 1 à 3 pro die
Ampoules : 1 à 3 pro die
Suppositoires : 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie. - 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars :* GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

* *

cérésine

Minéralisateur complet

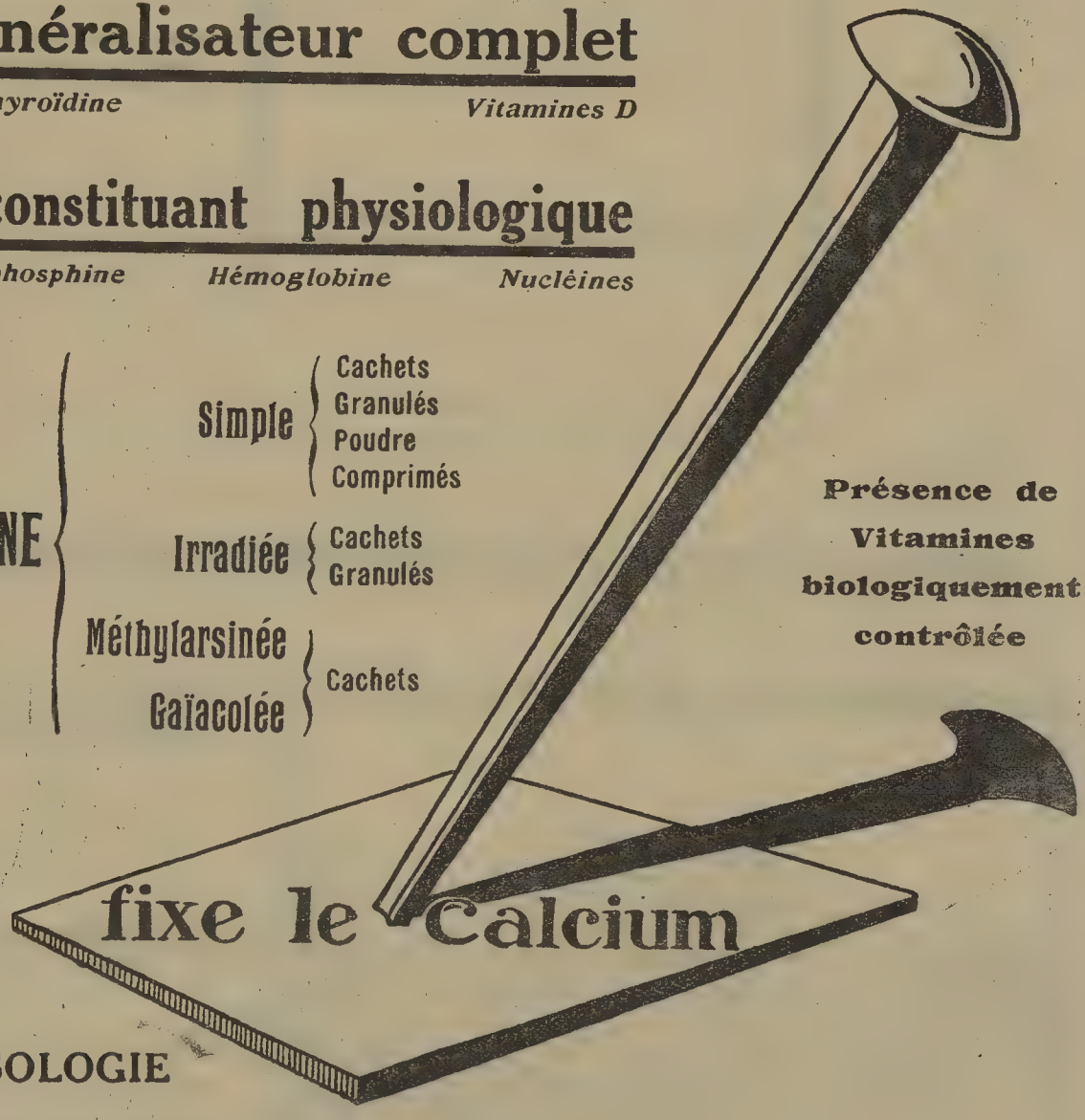
Parathyroïdine *Vitamines D*

Reconstituant physiologique

Phytophosphine *Hémoglobine* *Nucléines*

CÉRÉOSSINE

- Simple : Cachets, Granulés, Poudre, Comprimés
- Irradiée : Cachets, Granulés
- Méthylarsinée : Cachets
- Gaïacolée : Cachets



Présence de Vitamines biologiquement contrôlée

fixe le Calcium

POSOLOGIE

Cachets, Poudre (par cuill. à café)	Adultes, 2 — Enfants, 1
Comprimés	Adultes, 4 — Enfants, 2
Granulés (par cuill. à café)	Adultes, 4 — Enfants, 2 — Nourrissons, 1

Echantillons: Laboratoires DEHAUSSY, 66, Rue Nationale, 66 - Nord (LILLE).

PRATIQUE MÉDICALE

LE TRAITEMENT DE L'ATONIE INTESTINALE POSTOPÉRATOIRE PAR LA PROSTIGMINE (1)

Par les docteurs J.-P. TOURNEUX et GOURDOU.

Parmi les nombreux moyens mis à la disposition du chirurgien et de l'accoucheur pour traiter l'atonie intestinale si fréquente après les interventions et les accouchements, les auteurs, complétant les études systématiques qu'ils avaient déjà publiées en 1931, reconnaissent une place tout à fait prépondérante à la prostigmine, produit de synthèse, qui s'emploie en injections sous-cutanées ou intramusculaires indolores de 1 cc.

Ces injections sont pratiquées en général le lendemain de l'opération, parfois le deuxième ou le troisième jour, selon les cas. Depuis plus de deux ans que les auteurs utilisent ce médicament d'une façon régulière, ils n'ont eu qu'à se louer de ce péristaltigène qui évite les douleurs dans les suites opératoires et met à l'abri, dès le début, des accidents graves d'occlusion qui peuvent toujours survenir.

De l'étude des publications parues (Chalochet, Joannency, Mandillon, Martin, Perget, J.-P. Tourneux, Petel et Gouzi), il ressort que la prostigmine est en grande faveur auprès de nombreux chirurgiens, mais, d'après les auteurs, il semble qu'on devrait encore plus généraliser son emploi non seulement contre le syndrome douleur, mais encore dans certaines coliques, dans le spasme de l'uretère, dans les rétentions d'urine par exemple (Darget).

Vu l'innocuité, l'indolence et la commodité de ses injections, la prostigmine présente de grands avantages sur tous les moyens ordinairement utilisés jusqu'ici, car elle permet, sans danger, un traitement systématique à la fois prophylactique et curatif dans l'atonie intestinale réflexe.

(1) *Concours médical*, n° 40, Paris, oct. 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de séméiologie médicale appliquée (2), par M. CHIRAY et P. CHÊNE.

Il s'agit ici d'un livre d'initiation médicale pour les jeunes étudiants mais où tous peuvent trouver à glaner, ne fût-ce que pour compléter et mettre à jour ce qu'ils ont appris autrefois dans des livres analogues, moins attrayants en général. Les auteurs ont délibérément négligé d'être complets, préférant avec raison être clairs et donner à l'étudiant un livre d'emploi aisé, voulant aussi se limiter à ce qui est clair et connu, — détails et points controversés ne pouvant que noyer des commençants.

Cet excellent précis est composé de façon essentiellement clinique et reproduit dans son plan le plan même de l'examen médical bien conduit en présence du malade. Pour chaque appareil est d'abord exposé l'ensemble des symptômes fonctionnels que permettent de connaître les déclarations, puis l'interrogatoire du malade, d'une si grande valeur d'orientation pour un médecin attentif ; puis viennent d'abord la recherche des signes physiques, ensuite les épreuves fonctionnelles. Enfin les recherches extracliniques (radiologie, examens instrumentaux, laboratoire).

Un ensemble de tableaux synthétiques groupés par appareil, mais avec toute la souplesse d'acception que les occurrences cliniques commandent de donner à un tel groupement ; une étude des troubles de l'état général et de certains types morphologiques courants enfin.

Le tout est abondamment et efficacement illustré : plus de 300 schémas, graphiques et photographies aèrent la description didactique.

Une innovation mérite d'être signalée : un index alphabétique combiné avec un glossaire débrouillera les non-hellénistes au milieu du fourré « attique » du jargon médical.

L. BABONNEIX.

Le sérum normal. Récolte et caractères physiques (1), par Denis BROCQ-ROUSSEU, membre de l'Académie de Médecine, et Gaston ROUSSEL, ancien Président de l'Académie vétérinaire de France.

C'est un ouvrage qui doit occuper dans la science biologique une place de premier plan. Les auteurs définissent d'abord ce que l'on doit entendre par sérum. Ils étudient ensuite la production du sérum normal, sa récolte chez le cheval, chez l'homme, chez les différents animaux que l'on peut utiliser ; les accidents de la saignée, la conservation et le vieillissement du sérum ; enfin, les altérations microbiennes et la putréfaction de certains sérums.

Abordant ensuite l'étude physique du sérum, ils étudient la plupart de ses constantes : densité, pression osmotique, conductibilité électrique, dialyse, ultra-infiltration, électrodialyse, tension superficielle, viscosité, indice réfractométrique, constante électrique, pouvoir rotatoire, néphélémétrie, ultramicroscopie, coloration, spectroscopie, etc.

Chacun de ces chapitres forme un tout complet : les auteurs, en effet, définissent d'abord le phénomène physique qu'ils vont étudier, indiquent le schéma des techniques utilisées, puis rapportent les faits mis en évidence dans les recherches récentes faites par eux-mêmes ou par d'autres savants, en envisageant tour à tour les variations physiologiques, expérimentales et pathologiques.

En suivant le même plan, ils étudient dans d'autres chapitres, l'absorption en ultra-violet, le pH, le pouvoir tampon, l'état physique du sérum, la rupture de l'état colloïdal, l'action de la température, l'action des radiations.

Ce livre est destiné à rendre de très grands services à tous les travailleurs de laboratoire et aux biologistes. Écrit par deux savants dont la compétence en sérologie physiologique ou pathologique est indiscutée, il renferme un nombre considérable de références bibliographiques : elles atteignent le chiffre de 1.321.

L. G.

Le grand écart. — Mon ami le Dr Henry Meige, professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, vient, en collaboration avec son assistant M. Paul Bellugue, de publier une curieuse étude sur la physiologie et la radiographie du grand écart (2). Cet exercice bien connu de la danse acrobatique s'exécute le plus souvent de côté, le sujet se présentant de profil, quelquefois aussi le grand écart s'exécute de face.

Grâce au merveilleux appareil de radiostéréoscopie de M. Contremoulins, Henry Meige a pu constater que dans les deux variétés de grand écart, contrairement à ce qu'on était tenté de supposer, la tête du fémur conserve toujours un contact avec la cavité cotyloïde. Par suite des déplacements du fémur, ce contact n'est intime que par un des pôles de la sphère, le pôle opposé repoussant les ligaments sans les rompre.

F. L. S.

(1) In-8 de 364 pages. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) *Presse méd.*, 6 oct. 1934, n° 80.

TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE

RACHITISME
OSTÉOMALACIE
DÉCALCIFICATION
FRACTURES
CARIES DENTAIRES
GROSSESSE LACTATION
CONVALESCENCE

ERGORONE

SOLUTION HUILEUSE
RENFERMANT
OGR015 POUR 100 DE
VITAMINE D CRISTALLISÉE
soit 6000 unités internationales par cc
200 unités internationales par goutte

MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE
CONTRÔLÉE
PHYSIQUEMENT ET
BIOLOGIQUEMENT

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON-PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

TRAITEMENT DES BRONCHO-PNEUMONIES AIGUES DES PETITS ENFANTS

Par M. le professeur P. NOBÉCOURT,

Les broncho-pneumonies aiguës se rencontrent à *toutes les périodes de la vie*, chez les enfants, les jeunes gens, les adultes et les vieillards. Elles sont surtout le *privilège des âges extrêmes :* enfance et vieillesse. Leur fréquence est particulièrement grande *pendant la première* ou *petite enfance*, avant 2 ans et demi, et jusqu'à 5 ans.

Chez les petits enfants, elles peuvent être *secondaires* à des *maladies infectieuses*, à la rougeole, à la coqueluche, à la grippe et, d'une façon générale, à presque toutes les maladies ; bien souvent, et c'est là une des particularités tenant à l'âge, elles paraissent *cliniquement primitives*. En réalité, elles ne le sont pas ; presque toujours alors, sinon toujours, elles sont précédées d'une rhino-pharyngite aiguë, souvent discrète, il est vrai, qui réalise la première étape de l'infection des voies respiratoires (1).

Secondaires ou primitives, les broncho-pneumonies aiguës sont causées par des *germes divers :* pneumocoques, streptocoques, pneumo-bacilles, staphylocoques, cocco-bacilles de Pfeiffer, etc, qui sont tantôt isolés, tantôt associés.

Ces germes, en se localisant sur les extrémités de l'arbre bronchique et les alvéoles pulmonaires voisines, réalisent des lésions de *bronchio-alvéolite ;* suivant les modalités de leur groupement, les lésions réalisent soit la *broncho-pneumonie à noyaux disséminés*, soit la *broncho-pneumonie lobaire*. Il existe, en outre, des altérations voisines ou éloignées plus ou moins importantes : de la *congestion*, de l'*œdème*, de l'*atélectasie*, de l'*emphysème*. La nature, l'étendue, l'intrication des lésions règlent les *symptômes fonctionnels, subjectifs* et *physiques* qui, avec les *symptômes généraux*, dépendant de l'infection, contribuent à réaliser des *syndromes cliniques* variés et complexes.

L'*évolution*, par ailleurs, est très différente suivant les cas. Il y a des formes à *évolution suraiguë* ou *très rapide*, qui réalisent le tableau du *catarrhe suffocant* de Laënnec ou *bronchite capillaire* de Fauvel. Il y a des formes à évolution plus longue, *aiguës ;* assez souvent, l'évolution se prolonge et devient *subaiguë*.

Un facteur important, le *terrain*, intervient dans la réalisation des diverses modalités cliniques. Je ne citerai que quelques-uns des éléments qui constituent ce dernier. C'est l'âge : un bébé de moins de 4 mois se comporte autrement qu'un bébé qui a dépassé cette période où il est encore presque un nouveau-né. Ce sont la prématuration, la débilité congénitale, la syphilis congénitale, les hérédités diverses, le tempérament lymphatique, avec l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx qui devient de plus en plus fréquente à mesure que le bébé prend de l'âge, le tempérament neuro-arthritique, avec l'asthène, le mode d'allaitement, l'état des fonctions digestives, l'hypotrophie et les états de dénutrition, enfin les maladies et les affections, dont les broncho-pneumonies peuvent être considérées comme des complications.

En présence d'un bébé qu'il pense être atteint d'une broncho-pneumonie aiguë, le médecin doit s'entourer de tous les renseignements utiles et procéder à un examen clinique minutieux. Il peut ainsi recueillir les données nécessaires pour porter le diagnostic de broncho-pneumonie ainsi que de sa variété anatomo-clinique et étiologique, pour apprécier l'étiologie, la physiologie et la pathogénie des phénomènes morbides, pour évaluer la capacité de résistance et de réaction du malade. Tous ces éléments sont indispensables pour instituer un traitement judicieux, qui souvent sera efficace, et éviter une thérapeutique intempestive, qui est inutile et peut même être nuisible.

J'insisterai surtout sur les *indications thérapeutiques*. Le lecteur trouvera les détails pratiques dans mon livre sur *La thérapeutique du nourrisson* (1).

Les grandes INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES sont données par la température du malade, par les troubles de la respiration ainsi que par les symptômes bronchiques et pulmonaires constatés à l'aide de la percussion, de l'auscultation, éventuellement de la radiologie, par les manifestations diverses, telles que troubles de l'état général, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, de l'appareil urinaire, de la peau, etc., enfin par l'infection elle-même.

Pour répondre à ces indications, le médecin possède de nombreux AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Les uns ont une *action physiologique* ou *pathogénique*, voire même *symptomatique ;* ils réalisent les médications antipyrétique, révulsive, antidyspnéique, stimulante, expectorante, etc.

Les autres sont considérés comme ayant une *action étiologique ;* ils réalisent la médication anti-infectieuse (2).

***

Bien qu'elle puisse manquer chez certains enfants, la FIEVRE est un symptôme important des broncho-pneumonies aiguës.

Ses *modalités* sont diverses.

Son début est brusque, rapide ou progressif.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants, Affections de l'appareil respiratoire*. Deuxième série. Masson et Cie, Paris 1930. — Leçon II. *Rhinites et rhino-pharyngites aiguës simples des nourrissons* (20 janvier 1929). — Leçon III. *Bronchites et broncho-pneumonies dans les rhino-pharyngites aiguës simples des nourrissons* (12 février 1929).

(1) P. NOBÉCOURT et MARCEL MAILLET. *La thérapeutique du nourrisson*, Norbert Maloine, éditeur, Paris 1923. Deuxième édition 1927.

(2) Articles généraux sur le traitement des broncho-pneumonies aiguës des nourrissons.

P. LEREBOULLET. Traitement des broncho-pneumonies aiguës de l'enfance, *Pédiâtrie pratique*, 5 juillet 1924, et *Paris méd.*, 23 janvier 1932.

R. LIÈGE. Traitement des broncho-pneumonies infantiles, *Concours méd.*, 10 septembre 1933, p. 2593.

A.-B. MARFAN. *Clinique des maladies de la première enfance*. Première série. Masson et Cie, éditeurs, Paris, deuxième édition 1931. — XVI. *La broncho-pneumonie des enfants du premier âge*. D. *Le traitement*, p. 390.

Elle est légère, forte ou très forte ; la température rectale atteint 38°5, 39°, 40° et même plus.

La courbe thermique se maintient en plateau, avec des dénivellations peu accusées, comme dans la pneumonie lobaire, ou présente des oscillations plus ou moins fortes de 1°, 2°, 3°.

La fièvre traduit l'intensité de l'infection, mais elle n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la broncho-pneumonie. Une fièvre très élevée n'entraîne pas forcément un pronostic sévère et inversement une fièvre légère un pronostic bénin.

Quoi qu'il en soit, elle est un symptôme qu'il convient de traiter.

Pour la traiter judicieusement, il faut prendre la température rectale toutes les quatre ou six heures.

Son traitement le plus rationnel consisterait dans l'emploi d'une *thérapeutique étiologique ;* celle-ci, nous le verrons plus loin, est bien aléatoire. En pratique, on utilise la *médication antipyrétique.*

Celle-ci est réalisée à l'aide de *médicaments* et surtout de l'*hydrothérapie.*

Les MÉDICAMENTS ANTIPYRÉTIQUES ne sont guère utilisés, car leurs effets sur la fièvre sont peu appréciables. Pour abaisser la température, il est nécesaire de les donner à fortes doses et celles-ci ne sont pas sans inconvénient. Il ne faut pas les prescrire dans cette intention, mais seulement à titre d'adjuvants. Convenablement administrés, la *quinine*, l'*analgésine* ou *antipyrine*, le *pyramidon*, l'*aspirine*, qui sont le plus utilisés, procurent une sensation de bien-être et exercent une influence sédative sur le système nerveux ; ces actions ne sont pas sans utilité.

Les doses de *quinine*, d'*antipyrine*, d'*aspirine*, correspondant à des doses de 1 gramme pour l'adulte, à prendre dans les vingt-quatre heures, sont les suivantes (1) :

Naissance à 1 mois	0g10
2 à 7 mois	0g20
8 mois à 5 ans	0g30

Le *pyramidon* est prescrit à des doses moitié moindres : 0 gr. 05, 0 gr. 10, 0 gr. 15.

Si la température ne présente pas de grandes dénivellations, on répartit la dose en trois ou quatre prises régulièrement espacées.

Si la température présente de grandes oscillations on divise la dose en deux prises. Pour la quinine, elles sont données approximativement quatre heures et deux heures avant le début présumé de l'ascension thermique. Pour les autres médicaments, on donne une première prise au début de l'ascension et éventuellement la seconde deux heures après.

Quand le bébé présente de l'abattement, de la torpeur, de la dépression des forces, il est préférable de s'abstenir.

La véritable médication de la fièvre est l'HYDROTHÉRAPIE.

On la réalise par les *bains* et les *enveloppements humides du tronc.*

Les **bains** sont d'un emploi presque systématique dans les broncho-pneumonies des nourrissons, depuis que V. Hutinel les a préconisés, en 1892.

La fièvre est leur indication principale, mais elle n'est pas la seule. Nous les retrouverons plus loin.

Quand on cherche leur indication dans la fièvre, on prend la température rectale toutes les quatre ou six heures ; si elle atteint ou dépasse 38°9 on donne un bain.

Comme l'a montré J. Renaut (de Lyon), en 1896, il faut prescrire le *bain chaud*, à une température de 36° à 39°, en principe de 2° ou 3° au-dessous de celle du malade, et maintenir sa température à peu près constante. Je ne décris pas la manière de donner le bain.

La durée du bain est, en moyenne, de dix à quinze minutes.

Le *bain tiède* (31° à 35°) est préconisé par Hutinel ; pour lui, il agit mieux sur la fièvre que le bain chaud.

Le *bain froid* (20° à 25°) et même le *bain frais* (26° à 30°) sont contre-indiqués, car les bébés les supportent mal. Cependant ce dernier peut être utile dans les formes très hyperthermiques, quand le bébé est vigoureux ; on y plonge le malade pendant deux ou trois minutes.

Il ne faut pas trop préciser la durée d'un bain. Il appartient à la personne qui le fait prendre d'apprécier la façon dont le supporte le bébé.

En effet, les enfants atteints de broncho-pneumonie aiguë ne se comportent pas tous de la même façon.

Tel enfant se trouve bien dans le bain : son teint se colore, sa peau rougit, son regard devient plus vif, sa respiration plus facile ; il agite ses membres. L'effet est manifestement favorable. On peut alors prolonger le bain.

Tel autre enfant, au contraire, reste pâle, cyanosé, abattu, inerte. Il est préférable de le sortir de l'eau au bout de deux ou trois minutes. Il convient même d'interrompre les bains, si on constate toujours les mêmes phénomènes au cours des tentatives suivantes.

Pour certains enfants très affaiblis, il ne faut pas conseiller le bain, car il est mal supporté et peut provoquer un état lypothynique ou même une syncope.

A la sortie du bain, on enveloppe le corps humide dans un lange ou une couverture de laine et on met l'enfant au lit. S'il s'endort, on attend qu'il se réveille. Sinon, au bout de vingt ou trente minutes, on le sèche et on l'habille. L'habillement doit être

---

(1) P. NOBÉCOURT. Quelques considérations sur la thérapeutique et la posologie chez les enfants. *Journal des praticiens*, 28 janvier 1933, n° 4, p. 49.

Nous utilisons une table de posologie établie en calculant le coefficient du rapport $\frac{\text{poids}}{\text{taille}} = x$ de chaque âge au rapport $\frac{\text{poids}}{\text{taille}} = 389$ de l'adulte.

Ce coefficient est $\frac{x}{389}$. Ses valeurs sont :

De la naissance à 1 mois	0,1
De 2 à 7 mois	0,2
De 8 mois à 5 ans	0,3

La dose d'un médicament, pour un âge donné, est la dose moyenne de l'adulte multipliée par le coefficient de l'âge.

aussi simple que possible : une brassière, une couche et un petit peignoir de flanelle.

Le bain a une *action complexe*. Il soustrait du calorique au corps, même quand l'eau est chaude, car sa température est inférieure à celle du malade. Il provoque une vaso-dilatation périphérique, précoce quand il est chaud, plus ou moins tardive quand il est tiède ou frais, et une vaso-constriction au niveau des poumons ; la ventilation pulmonaire est augmentée ; ces phénomènes entraînent un abaissement de la température centrale.

La technique suivie à la sortie du bain en prolonge les effets.

L'abaissement de la température est plus ou moins important et a une durée différente suivant les formes cliniques. Un abaissement peu marqué ne doit pas faire conclure à l'inefficacité de la balnéation.

Suivant les effets constatés on répète les bains plus ou moins souvent et on modifie, au besoin, leur modalité.

Quand le bébé réagit favorablement, on constate, après quelques bains, que la température présente des rémissions plus importantes et plus longues, et que les autres symptômes s'atténuent, que le bébé supporte mieux la fièvre.

Les **enveloppements humides du tronc,** depuis les clavicules jusqu'au pubis, peuvent être utilisés contre la fièvre.

On les prescrit, à la place des bains, soit de propos délibéré, si la température est modérée, au voisinage de 39°, ou si l'affaiblissement du bébé les contre-indique, soit par force majeure, quand les circonstances ne permettent pas d'y avoir recours.

Ils sont utilisés depuis longtemps (1).

On emploie l'enveloppement *froid*, au-dessous de 25°. Le mieux est de se servir, suivant le conseil de P. Le Gendre (2), d'eau laissée à la température de la chambre, c'est-à-dire à 16°-18°.

Les modalités d'emploi diffèrent suivant l'intensité de la fièvre et la courbe de la température.

Quand la température est élevée et ne présente pas de rémissions, on laisse l'enveloppement en permanence et on le renouvelle toutes les deux, trois ou quatre heures.

Quand la température est permanente, mais modérée, on applique toutes les quatre ou six heures un enveloppement qu'on laisse en place pendant trois quarts d'heure ou une heure.

Quand la température présente de grandes oscillations, on place les enveloppements pendant la période d'hyperthermie et on les renouvelle toutes les deux ou trois heures.

L'application du maillot détermine d'abord une sensation de froid et une vaso-constriction périphérique. Mais bientôt une réaction se produit, la peau rougit et le maillot s'échauffe ; quand on l'enlève, on voit se dégager une buée de vapeur.

L'action antithermique est très appréciable.

L'enveloppement de tout le corps dans un **drap mouillé** d'eau froide peut être employé à défaut des bains. Cette méthode est peu utilisée.

Lorsque le bébé présente une forte hyperthermie et surtout quand les troubles respiratoires prennent les caractères dont je parlerai plus loin, on **associe les bains et les enveloppements humides,** suivant le conseil donné par d'Espine et Picot (1889).

Les bains sont donnés en se conformant aux prescriptions ci-dessus. Puis, quand on a séché l'enfant, on le place dans l'enveloppement. On laisse celui-ci en permanence jusqu'au bain suivant, ou bien on le renouvelle au bout de deux ou trois heures.

Cette association thérapeutique contribue grandement à assurer la tolérance des fièvres élevées.

Assez souvent, la fièvre est légère ou fait défaut, la température est normale ou il y a HYPOTHERMIE. Il en est ainsi, habituellement, chez les bébés tout jeunes, les prématurés, les débiles, les hypothrepsiques, les cachectiques.

On donne alors des **bains chauds** à 38°, d'une durée de trois ou quatre minutes, toutes les quatre ou cinq heures. On n'insiste pas si l'enfant ne réagit pas.

Les enveloppements humides du tronc sont généralement mal supportés.

***

De même que la fièvre, les SYMPTOMES RESPIRATOIRES, la *dyspnée* et les *signes physiques*, révélant la nature et le degré des lésions des bronches et des poumons, quelquefois la *toux*, donnent d'importantes indications thérapeutiques.

La dyspnée est la difficulté de respirer (δυς, difficilement, πνεῖν, respirer). Elle est causée par la gêne qu'apporte au passage de l'air l'accumulation des sécrétions dans l'arbre bronchique et par les troubles de l'hématose résultant des lésions étendues des poumons. Elle s'accompagne de cyanose, de tirage et habituellement de polypnée.

La *polypnée* (πολυς, beaucoup), ou *tachypnée* (ταχύς, rapide) est l'exagération du nombre et de la rapidité des mouvements respiratoires. Elle est souvent isolée, sans dyspnée. Dans bien des cas, elle est subordonnée à la fièvre et est calmée par le traitement de cette dernière, par l'hydrothérapie notamment ; il en est ainsi dans les broncho-pneumonies lobaires. Dans d'autres cas, elle relève soit des lésions diffuses des poumons, congestion œdémateuse, atélectasie, soit de la déficience du myocarde et de la dilatation du cœur droit ; dans ces éventualités, c'est le traitement de ces phénomènes qu'il faut instituer.

La dyspnée doit être traitée.

On la soigne par les *bains chauds* et les *enveloppements humides froids du tronc* ; par leur action sur la circulation pulmonaire, ils ont souvent une influence favorable.

(1) Albert (Fernand-René). Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les broncho-pneumonies infantiles, *Th. de Paris*, 1896.

(2) P. Le Gendre. De l'utilité des enveloppements froids du thorax dans les maladies aiguës de l'appareil respiratoire, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1893. — Paul Le Gendre et Aug. Broca. *Traité pratique de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, G. Steinheil, Paris, 1908.

Un bon moyen de combattre la polypnée et la dyspnée est **l'oxygénothérapie par voie respiratoire.** Pour qu'elle soit efficace, il faut maintenir l'enfant d'une façon presque permanente dans une atmosphère d'oxygène sous tension suffisante. Les inhalations d'oxygène facilitent l'hématose et augmentent la teneur de ce gaz dissous dans le plasma sanguin. (Ribadeau-Dumas, Jean Meyer et Demerliac) (1).

En 1906, Edmond Weill et Dumas (2) ont insisté sur la nécessité des inhalations prolongées et abondantes : 600 à 800 litres par vingt-quatre heures.

Hilton, Rist (1925), Dorlencourt (1930) ont préconisé l'*oxygénation endo-nasale* continue.

Depuis plusieurs années nous utilisons couramment l'*appareil oxygénateur par voie respiratoire*, imaginé et mis au point par Henri Janet et Mlle Bochet (3) à la *Clinique médicale des enfants*.

Cet appareil, d'application et de maniement faciles, permet de régler à volonté le débit de l'oxygène et d'éviter le gaspillage. Le débit doit être, en moyenne, de trois litres par minute. Sous la cloche, qui recouvre la tête du malade, la concentration de l'oxygène varie de 60 % à 90 % ; une concentration de 60 % est suffisante ; la présence d'une petite quantité d'acide carbonique, qui agit comme stimulant du bulbe, est utile.

Suivant l'état du malade, on fait des inhalations de trente à quarante minutes et même plus, on les répète à des intervalles d'une ou de deux heures.

Dans les cas favorables, on remarque, au bout de quelques minutes, que le bébé s'agite un peu, se colore légèrement, est moins cyanosé, a une respiration plus ample et moins rapide.

Les effets des inhalations d'oxygène sont différents suivant les modalités anatomo-cliniques des broncho-pneumonies. Ils sont peu manifestes quand les bronches sont encombrées. Ils sont très nets quand dominent la congestion et l'œdème des poumons (4) ou encore chez les bébés affaiblis, chez lesquels l'atélectasie pulmonaire est importante.

Jean Meyer a bien montré l'utilité des inhalations d'oxygène dans les cas « où une poussée d'œdème aigu risque d'entraîner la mort ; si l'oxygène permet de prolonger la vie, l'œdème peut se résorber et l'enfant peut guérir ».

D'autre part, j'ai signalé depuis longtemps que les inhalations d'oxygène contribuent à l'assèchement des muqueuses nasale et pharyngée chez les bébés qui ont des rhinites et rhino-pharyngites, ce qui facilite la respiration nasale, si souvent insuffisante dans ces circonstances.

L'oxygénothérapie par voie hypodermique, préconisée par Bayeux, est bien inférieure à l'oxygénothérapie par voie respiratoire.

Parmi les médicaments destinés à combattre la dyspnée, on utilise **l'éther sulfurique** ou **éther officinal,** qui s'élimine par les voies respiratoires, fluidifie les sécrétions bronchiques et possède une action eupnéique manifeste. On emploie soit les injections hypodermiques, soit le sirop (20 gr. contiennent 0 gr. 40 d'éther. Les doses correspondant, pour l'adulte, à 1 ou 2 cc. d'éther et à 20 à 80 grammes de sirop, sont les suivantes :

	Ether.	Sirop d'éther.
Naissance à 1 mois.....	0cc1—0cc2	2g— 8g
2 à 7 mois	0cc2—0cc4	4g—16g
8 mois à 5 ans.....	0cc3—0cc6	6g—24g

Les injections des doses ci-dessus peuvent être faites trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. La dose de sirop, incorporée généralement à une potion, est répartie en quatre ou six prises.

Le camphre, de même que l'éther, est utilisé contre la dyspnée. Il fluidifie les sécrétions bronchiques et facilite leur expulsion.

On emploie, en injections hypodermiques, soit de l'*huile camphrée stérilisée à 1 p. 10*, soit une *solution aqueuse* d'un *dérivé sulfoné ou carbonylé du camphre*, dont il existe plusieurs préparations spécialisées.

On peut injecter, en trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, les doses suivantes de camphre, correspondant à 0 gr. 50 ou 1 gr. pour l'adulte.

Naissance à 1 mois.....	0g05—0g10
2 à 7 mois.....	0g10—0g20
8 mois à 5 ans.....	0g15—0g30

On associe souvent le **camphre et l'éther.**

Marfan conseille de faire, chaque jour, une ou deux injections d'un centimètre cube avant 6 mois, de 1 cc. 5 à 2 cc. à partir de 6 mois, de l'*huile éthérocamphrée* suivante :

Camphre.....	0g50
Ether.....	2cc
Huile d'olive stérilisée.....	8cc

Pour se conformer à la posologie donnée ci-dessus, on peut faire, chaque jour, deux ou trois injections de cette préparation, aux doses suivantes :

Naissance à 1 mois.....	0cc5
2 à 7 mois.....	1cc
8 mois à 5 ans	1cc5

On prescrit souvent, comme succédané du camphre, un produit synthétique, la **coramine** (diéthylamide de l'acide pyridine - B - carbonique). Il n'est pas toxique. Il a une action eupnéique, toni-cardiaque et stimulante du système nerveux. On donne par la bouche une solution aqueuse (produit spécialisé) aux doses suivantes, correspondant à XXV et C gouttes pour l'adulte, réparties en plusieurs prises dans les vingt-quatre heures :

Naissance à 1 mois	II	à	X gouttes
2 à 7 mois.....	VI	à	XX —
8 mois à 5 ans	VIII	à	XXX —

(1) RIBADEAU-DUMAS, JEAN MEYER et DEMERLIAC. L'anoxémie dans les broncho-pneumonies et son traitement par l'oxygénation continue, *Le Nourrisson*, XI, *juillet* 1923, p. 243. — JEAN MEYER, La broncho-pneumonie du nourrisson. Etude physiologique et thérapeutique, *Th. de Paris*, 1923.

(2) DUMAS. Les inhalations d'oxygène dans les broncho-pneumonies infantiles, *Th. de Lyon*, 1906.

(3) HENRI JANET et Mlle MADELEINE BOCHET. Présentation d'un appareil pour l'oxygénothérapie par voie respiratoire, *Soc. de péd. de Paris*, 17 juin 1930.

(4) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Maladie infectieuses.* Deuxième série, Masson et Cie, éditeurs, Paris 1933. — Leçon III. *Œdème aigu des poumons et bronchite capillaire dans la rougeole des enfants*, 31 mai 1930. — P. NOBÉCOURT et JEAN LEREBOULLET. Œdème aigu du poumon au cours de la rougeole, *Arch. de méd. des enf.*, t. XXXIV, n° 8, août 1931.

La toux ne comporte généralement pas de traitement spécial.

Ou bien elle est grasse et doit être respectée, car elle entraîne l'expulsion des sécrétions bronchiques.

Ou bien elle est sèche et pénible. Dans ce cas les *enveloppements humides du tronc*, indiqués par la fièvre, ont une action sédative souvent rapide.

Le *sirop d'éther*, dont nous venons de voir l'indication dans la dyspnée, agit également comme antispasmodique et calmant de la toux.

Les signes physiques, révélés par la percussion, l'auscultation et, au besoin, par la radiologie du thorax, en permettant d'apprécier la nature des lésions bronchiques et pulmonaires, donnent d'utiles indications thérapeutiques.

Quand il existe un foyer limité de **broncho-pneumonie lobaire,** tandis que, par ailleurs, les symptômes sont nuls ou discrets, les *bains chauds* et les *enveloppements humides froids du tronc*, déjà indiqués pour combattre la fièvre, sont suffisants.

Quand on entend des râles sous-crépitants, secs ou humides, généralisés ou répartis en foyers multiples, avec ou sans respiration soufflante et submatité, symptômes indiquant un processus de **congestion œdémateuse,** le traitement consiste également dans les *bains chauds* et les *enveloppements humides froids du tronc*. Il convient d'insister sur ces derniers ; on les laisse en permanence et on les renouvelle une ou deux fois pendant l'intervalle des bains.

Cette médication est puissamment révulsive et décongestionnante. L'afflux du sang à la peau, qui s'hyperhémie, a pour contre-partie la vaso-constriction des poumons et l'évacuation du sang qui les encombre.

Dans ces cas, il est indiqué de remplacer, en totalité ou en partie, les bains et les enveloppements humides simples par des *bains* et des *enveloppements humides sinapisés*, dont l'action révulsive et décongestionnante est plus forte.

L'enveloppement sinapisé, conseillé par Heubner pour le traitement de la bronchite capillaire, est laissé en place pendant dix à quinze minutes. Puis la peau est soigneusement lavée pour enlever les particules de farine de moutarde. Enfin on applique un enveloppement humide simple.

Si le bébé est affaibli, a une fièvre peu élevée, une température normale ou même de l'hypothermie, on applique des *enveloppements humides chauds*, sinapisés ou non.

Enfin, pour contribuer à la décongestion des poumons, on réchauffe les membres inférieurs, souvent froids et cyanosés, par des enveloppements d'ouate ou *bottes d'ouate*.

Les *cataplasmes sinapisés* ne doivent pas être prescrits dans les broncho-pneumonies aiguës. Ils n'ont pas autant d'efficacité que les enveloppements humides et provoquent souvent des brûlures.

Les *vésicatoires*, très employés jadis, sont abandonnés.

Les *ventouses sèches* ou *scarifiées* sont peu utilisées, car elles sont souvent difficiles à appliquer. Elles ont leur utilité, surtout les scarifiées, dans les formes très congestives.

Les bains et les enveloppements humides, simples ou sinapisés, sont les agents thérapeutiques les plus actifs pour modifier les phénomènes pulmonaires, congestion, œdème et même atélectasie, susceptibles d'être influencés.

On peut leur associer divers médicaments ; mais ceux-ci ne peuvent les remplacer.

L'**acétate d'ammonium** sous forme d'**acétate d'ammoniaque dissous** est rapidement éliminé par les voies respiratoires. Ses doses, correspondant à 4 gr. et 8 gr. pour l'adulte, sont par vingt-quatre heures :

Naissance à 1 mois	0g40—0g80
2 à 7 mois	0g80—1g60
8 mois à 5 ans	1g20—2g40

Ce médicament est très utilisé. On l'incorpore à une potion et on l'associe souvent au sirop d'éther.

Par exemple, pour un bébé de 2 à 7 mois, on formule :

Acétate d'ammoniaque dissous	1g
Sirop d'éther	10g
Sirop de fleurs d'oranger	20g
Eau bouillie Q. s. p.	60cc

Une cuiller à entremets ou 10cc toutes les quatre heures.

L'**ipécacuanha** ou **ipéca** ne s'emploie plus guère, à dose vomitive, qu'au début, quand il existe une bronchite généralisée avec encombrement des bronches, à la condition que le bébé soit vigoureux. On ne le donne pas quand la broncho-pneumonie est installée.

On le prescrit assez souvent à doses réfractées, insuffisantes pour provoquer l'état nauséeux, dans l'intention de faciliter l'expulsion des sécrétions bronchiques et de décongestionner les poumons. Les troubles digestifs, la faiblesse générale, l'asthénie sont des contre-indications.

A titre d'expectorant, on prescrit généralement le *sirop d'ipéca composé* ou *sirop de Desessarts* du Codex, dont 20 gr. ou une cuiller à soupe contiennent 0 gr. 10 d'ipéca. Les doses moyennes de ce sirop sont les suivantes :

Naissance à 1 mois	10g
2 à 7 mois	20g
8 mois à 5 ans	30g

On l'associe souvent à l'acétate d'ammonium dans une potion.

Le **chlorhydrate neutre d'émétine** (l'émétine est un des alcaloïdes de l'ipéca) a été préconisé en injections sous-cutanées, sous forme d'une solution aqueuse à 1 p. 100, par H. Méry (1), Guinon et Mlle Pouzin (2), Gaston Million (3).

(1) H. Méry. L'émétine dans les affections aiguës des voies respiratoires (pneumonie et broncho-pneumonie), *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 2 juillet 1915.

(2) Guinon et Mlle Pouzin. Sur l'emploi de l'émétine contre les affections broncho-pulmonaires de l'enfance, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juillet 1915.

(3) Million (Gaston). De l'emploi du chlorhydrate d'émétine dans les affections aiguës du poumon chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1917.

Les doses moyennes, correspondant à des doses de 5 à 10 cgr pour l'adulte, sont :

	Emétine.	Solution à 1 %.
Naissance à 1 mois	5mmg	0cc5
2 à 7 mois	10mmg	1cc
8 mois à 5 ans.....	15mmg	1cc5

On fait une injection quotidienne pendant trois ou quatre jours.

L'émétine provoque un abaissement de la température, qui peut être très marqué, et décongestionne les poumons. Elle n'a pas l'action vomitive et hyposthénisante de l'ipéca.

Elle n'est guère indiquée qu'à la phase du début des broncho-pneumonies, dans les cas où la polypnée, le souffle et les râles sous-crépitants fins témoignent d'une congestion et d'un œdème pulmonaire importants. Elle n'agit pas sur la broncho-pneumonie installée.

Son efficacité est très aléatoire.

***

En plus de la fièvre et des symptômes respiratoires, l'examen des bébés permet de constater des SYMPTOMES DIVERS, qui révèlent des phénomènes posant certaines indications thérapeutiques.

Souvent l'enfant atteint de broncho-pneumonie aiguë présente de la DÉPRESSION DES FORCES ; il est abattu, asthénié ; il a l'apparence d'un malade soumis à une toxi-infection sévère. Il est indiqué de soutenir son organisme défaillant par une **médication stimulante.**

Les *bains* et les *enveloppements humides du tronc*, simples ou sinapisés, l'*oxygénothérapie*, l'*éther*, le *camphre*, l'*acétate d'ammonium*, dont nous avons déjà donné les indications, en trouvent ici de nouvelles.

On donne à boire du thé léger, un peu de café, de l'eau additionnée d'un peu de vin de Champagne ou d'eau-de-vie.

L'*hémothérapie*, réalisée soit par transfusion de sang dans le sinus longitudinal, quand la fontanelle est ouverte, ou dans une veine périphérique, soit par injection sous-cutanée de 10 cc. à 20 cc. de sang, est indiquée.

D'après G. Phélizot et Tassovatz (1), la transfusion, quand elle est pratiquée à temps, donne de bons résultats dans les broncho-pneumonies accompagnées de phénomènes toxi-infectieux graves et les bronchites capillaires.

Par contre, Mlle Abricosoff et R. Liège (2) n'ont pas observé d'effets appréciables.

Pour ma part, j'ai constaté assez souvent l'efficacité des injections sous-cutanées de sang chez les bébés déprimés, affaiblis ; elles stimulent l'état général d'une façon appréciable.

La polypnée et l'état des poumons ne permettent guère de préciser l'ÉTAT DU CŒUR. Mais, quand la cyanose est marquée, le pouls très petit, très rapide, incomptable, quand l'examen des poumons révèle soit une congestion œdémateuse généralisée, soit une bronchite capillaire, soit une broncho-pneumonie nodulaire très étendue, on peut penser que les cavités droites sont dilatées et gorgées de sang, que le myocarde est défaillant.

Les médications qui ont une action décongestionnante sur les poumons, bains chauds, enveloppements humides froids du tronc, ventouses sèches ou scarifiées, diminuent l'effort du ventricule droit et soulagent le cœur. Elles ne suffisent pas toujours et il est souvent utile de prescrire des **médicaments cardiaques,** notamment la *digitale* et l'*ouabaïne*.

La *teinture de digitale* à 1/10 (1 gramme = LVII gouttes) et la *solution de digitaline cristallisée* à 1/1000 (1 gramme = L gouttes) se donnent dans une potion, souvent en même temps que l'acétate d'ammonium, pendant quatre ou cinq jours de suite.

Les doses correspondant, pour l'adulte, à L gouttes de teinture et X gouttes de la solution de digitaline, sont les suivantes :

	Teinture.	Digitaline.
Naissance à 1 mois	v gouttes	i goutte
2 à 7 mois.....	x —	ii —
8 mois à 5 ans.....	xx —	iii —

L'*ouabaïne* est particulièrement indiquée dans les formes congestives et œdémateuses avec menaces d'asphyxie. J'en ai constaté les bons effets, avec Jean Lereboullet, dans l'œdème aigu des poumons des rougeoleux. Jean Cathala et Albert Netter (1) préconisent également son emploi.

Le nourrisson supporte bien, en général, ce médicament. Toutefois, étant donné sa toxicité, il faut le manier avec précaution.

On fait des injections intraveineuses ou intra-musculaires d'une solution contenant par centimètre cube un quart de milligramme (0 milligramme 250) d'ouabaïne.

L'ouabaïne s'éliminant rapidement, on peut faire deux ou trois injections dans les vingt-quatre heures.

Les doses correspondant à un quart de milligramme ou 1 centimètre cube de la solution pour l'adulte, sont par injection :

Naissance à 1 mois	0cc1 = 0mmg025
2 à 7 mois.....	0cc2 = 0mmg050
8 mois à 5 ans	0cc3 = 0mmg075

S'il est indiqué, on continue le traitement pendant trois ou quatre jours.

Je n'expose pas le traitement des AUTRES MANIFESTATIONS que peuvent présenter les bébés atteints de broncho-pneumonies aiguës : *syndromes encéphalo-*

(1) G. PHÉLIZOT et B. TASSOVATZ. La transfusion sanguine dans le traitement des broncho-pneumonies graves de la première enfance, *Revue française de pédiatrie*, t. VIII, n° 6, 1932.

(2) R. LIÈGE. *Transfusion du sang et immuno-transfusion en pratique médicale*, Masson et Cie, éditeurs, Paris 1934, p. 87.

(1) JEAN CATHALA et ALBERT NETTER. Injections intramusculaires d'ouabaïne dans le collapsus toxique et les broncho-pneumonies des nourrissons, *Soc. de pédiatrie de Paris*, 25 avril 1933, p. 177.

méningés (1), *symptômes digestifs*, *symptômes cutanés*, *néphrites* et *pyélo-néphrites*, etc.

***

Dans les lignes qui précèdent j'ai envisagé les grandes indications thérapeutiques que pose l'examen clinique des enfants atteints de broncho-pneumonies aiguës et les moyens de les réaliser par l'emploi des *médications physiologiques*, *pathogéniques* et *symptomatiques*.

Mais les broncho-pneumonies sont causées par des infections. Par suite, il faut envisager des *médications étiologiques*, qui s'attaquent aux germes eux-mêmes, des MEDICATIONS ANTI-INFECTIEUSES.

Elles comportent des *médicaments chimiques* et des *médicaments biologiques*.

On préconise divers MÉDICAMENTS CHIMIQUES.

La quinine, en même temps qu'elle est indiquée par la fièvre, est considérée comme ayant une certaine action anti-infectieuse.

Les **métaux colloïdaux**, principalement *l'argent colloïdal* et l'*or colloïdal*, ont des effets aléatoires.

L'**eucalyptol** et le **gaïacol** sont prescrits à titre d'antiseptiques des voies respiratoires par lesquelles ils s'éliminent.

On emploie des solutions dans l'huile (0 gr. 50 ou 1 gr. dans 10 cc.) en injections sous-cutanées.

Les doses par vingt-quatre heures, correspondant à 0 gr. 50 et 1 gr. pour l'adulte, sont :

Naissance à 1 mois	0g05 à 0g10
2 à 7 mois	0g10 à 0g20
8 mois à 5 ans	0g15 à 0g30

On les associe souvent à l'*éther* et au *camphre*. Marfan (2) conseille l'*huile éthéro-camphrée gaïacolée*.

Huile d'olive	8cc
Ether sulfurique	2cc
Camphre	0g50
Gaïacol	1g

On peut en injecter une ou deux fois par jour :

Naissance à 1 mois	0cc5
2 à 7 mois	1cc
8 mois à 5 ans	1cc5

La **créosote** (1 gramme = LI gouttes) se donne dans un petit lavement de lait.

Pour des doses de XX à L gouttes données aux adultes, les doses sont les suivantes :

Naissance à 1 mois	II à V gouttes
2 à 7 mois	IV à X —
8 mois à 5 ans	VI à XV —

J'ai employé souvent ces divers médicaments ; ils ne m'ont pas paru avoir d'action manifeste.

Les MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES sont des *sérums spécifiques* et des *produits microbiens*, appelés *vaccins*. Ils ont pour objet le *traitement dit spécifique* des *broncho-pneumonies* (1).

Le **sérum antipneumococcique** n'est indiqué que dans les broncho-pneumonies à pneumocoques. Celles-ci sont fréquentes ; mais, bien que, assez souvent, elles revêtent des caractères cliniques particuliers, leur nature ne peut être affirmée que par des recherches bactériologiques, qu'il n'est guère possible d'entreprendre dans la clinique journalière.

On utilise un sérum polyvalent ou, ce qui est préférable, si le type de pneumocoque peut être déterminé, un sérum rigoureusement spécifique, I, II ou III.

On injecte, de préférence dans les muscles ou, à défaut, dans la peau, une ou deux fois par jour :

Naissance à 1 mois	10cc
2 à 7 mois	20cc
8 mois à 5 ans	30cc

On poursuit les injections, s'il y a lieu, pendant trois, quatre ou cinq jours ; il est inutile de continuer le traitement plus longtemps.

Avec Jean Paraf (2), j'ai utilisé en 1919 et 1920, la sérothérapie antipneumococcique chez des bébés très jeunes, la plupart âgés de moins de 6 mois, au cours de l'épidémie de grippe qui régnait alors, avec contrôle bactériologique. « Elle a été très bien tolérée et a paru avoir une action efficace, d'autant plus nette que, le plus souvent, il s'agissait de bébés très jeunes. »

Depuis cette époque, je l'ai souvent employée. Mon élève Paul Bobay (3), en 1924, a relaté les résultats du traitement chez 43 nourrissons de 6 à 10 mois, atteints de broncho-pneumonies dites primitives, la plupart hypotrophiques, cachectiques, rachitiques ou syphilitiques, c'est-à-dire prédisposés à faire des affections sévères. Il y a eu 20 guérisons (46,5 %) et 23 décès (53,4 %).

D'Œlsnitz (4), Rocaz (5), Ribadeau-Dumas et Jean Meyer ont constaté les bons effets de la sérothérapie antipneumococcique, effets d'ailleurs inconstants. Ces derniers, qui injectent chaque jour sous la peau 40 cc. à 80 cc. de sérum, attribuent les résultats favorables principalement à son action tonique et antitoxique.

Pour Marfan, le sérum antipneumococcique a peu d'action sur la température et les signes physiques ; il paraît parfois améliorer l'état général et diminuer la

(1) P. Nobécourt. *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil respiratoire*. Première série. Deuxième édition. Masson et Cie, 1930. — Leçon XII. *Les réactions encéphalo-méningées dans la pneumonie et les broncho-pneumonies des enfants*, 5 février 1921.

(2) Marfan. Injections sous-cutanées d'huile éthéro-camphrée gaïacolée dans les broncho-pneumonies graves, *Le Nourrisson*, III, n° 4, juillet 1915, p. 212.

(1) H. Grenet. Les traitements spécifiques des broncho-pneumonies infantiles. Rapport au *Cinquième congrès des pédiatres de langue française*, Lausanne, 29 septembre-1er octobre 1927. — Communications et discussions, Péhu et A. Dufourt, Rohmer, Jean Mirot, Plumier, Marfan, Lesné, Duchon, etc.

(2) P. Nobécourt et Jean Paraf. Etude clinique et thérapeutique sur les pneumonies des nourrissons, *Presse méd.*, 20 août 1920.

(3) Paul Bobay. Contribution à l'étude de la sérothérapie antipneumococcique dans les infections à pneumocoques des voies respiratoires chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1924.

(4) D'Œlsnitz, Duplay et Carcopino. La sérothérapie des pneumopathies aiguës, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1922, p. 588. — Le traitement a été appliqué à 43 malades, dont 21 adultes et 22 enfants de tous âges ; les nourrissons sont peu nombreux.

(5) Rocaz. Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par le sérum antipneumococcique, *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 9 avril 1922 et *La Médecine*, août 1922, p. 863.

dyspnée ; il n'abaisse pas d'une manière appréciable la mortalité par broncho-pneumonie.

Pour H. Grenet, « on ne peut pas refuser au sérum antipneumococcique une certaine action sur les broncho-pneumonies infantiles ; action inconstante difficile à préciser... ».

« Somme toute, ainsi que je concluais dans ma leçon de 1929, la sérothérapie antipneumococcique n'a pas un rôle héroïque, mais elle ne doit pas être rejetée. Dans les formes sévères des broncho-pneumonies, il semble bien qu'on agisse utilement en injectant soit un sérum polyvalent, soit un sérum rigoureusement spécifique, quand le diagnostic bactériologique peut être précisé. »

Le **sérum antistreptococcique** a été conseillé dans les broncho-pneumonies à streptocoques. André Dufourt et Sedalhian injectent un sérum polyvalent sous la peau aux doses quotidiennes de 30 cc. avant 2 ans, de 40 cc. à 60 cc. après cet âge, aussi longtemps que persistent la fièvre et les signes physiques.

L. Guinon, H. Barbier, d'OElsnitz ont utilisé un mélange à parties égales de **sérum antipneumococcique** et de **sérum antistreptococcique**.

Le **sérum antidiphtérique** est indiqué, d'après Marfan et Duchon, non seulement dans les broncho-pneumonies de la diphtérie, mais encore dans celles « qui surviennent dans une agglomération d'enfants où sévit la diphtérie sous quelque forme que ce soit ».

Lesné, Marquézy, Héraux, Stieffel et P. Lereboullet estiment qu'elle est utile seulement quand l'enfant est atteint de diphtérie clinique. Je partage cette opinion.

Les **produits bactériens** ou **vaccins,** avec lesquels on réalise la *bactériothérapie ou vaccinothérapie* des broncho-pneumonies aiguës, sont nombreux. Je ne mentionne que ceux qui ont été particulièrement étudiés chez les nourrissons.

Le *vaccin de Minet* contient par centimètre cube :

Pneumocoques	100 millions
Streptocoques	50 —
Staphylocoques	350 —
Bacilles pyocyaniques	100 —

Les microbes sont tués par chauffage discontinu.

Minet conseille d'injecter, sous la peau, tous les jours ou tous les deux jours :

Au-dessous de 6 mois	0cc20 (1/5cc)
6 mois à 2 ans	0cc25 (1/4cc)
2 à 7 ans	0cc33 (1/3cc)

Le *vaccin de Weill et Dufourt* (1) contient :

Pneumocoques I, II et III Entérocoques Staphylocoques et tétragènes	*àà* 1/3

La stérilisation est obtenue par un chauffage prolongé à une température peu élevée.

Injecter :

1er jour	0cc25 à 0cc30 (1/4 à 1/3cc)
2e jour	0cc33 à 0cc50 (1/3 à 1/2cc)
3e jour	0cc50 à 1cc (1/2 à 1cc)

Continuer à la dose de 1 cc. jusqu'à amélioration ; il faut, en moyenne, faire six à douze injections.

Le *lysat-vaccin de Duchon* contient par centimètre cube :

Pneumocoques	2.500 millions
Streptocoques	3.500 —
Staphylocoques	10.100 —
Coccobacille de Pfeiffer	7.500 —
Micrococcus catarrhalis	3.000 —
Colibacille	2.500 —
Bacille diphtérique	2.500 —

Les corps microbiens sont dissous par le Bacille pyocyanique ; puis la culture est filtrée.

Injecter 1 cc., chaque jour, jusqu'à la chute de la fièvre, puis, tous les deux jours, jusqu'au quinzième jour.

Pour les raisons exposées ci-dessus, Duchon conseille de faire, le premier jour, une injection de sérum antidiphtérique et de renouveler les injections de sérum, si on constate des bacilles diphtériques dans le pharynx ou le nez. Cette pratique, nous l'avons vu, comporte des réserves.

Les opinions sont très partagées sur l'efficacité de la bactériothérapie (1).

D'après les uns, son action est souvent favorable : la fièvre et les divers symptômes s'atténuent, la proportion des guérisons est plus grande qu'avec les autres médications.

D'après beaucoup d'autres, son influence sur l'évolution et le pronostic des broncho-pneumonies aiguës est très inconstante.

Pour ma part, je ne suis pas convaincu de l'efficacité de la bactériothérapie ; je fonde mon opinion non seulement sur mes constatations personnelles, mais encore sur celles de mes internes et de mes chefs de clinique : la plupart, très partisans de ce traitement, d'après leurs lectures, quand ils arrivaient dans mon service, et laissés libres par moi de l'appliquer, l'ont abandonné d'eux-mêmes au bout de quelques mois.

J'adopte volontiers l'avis émis par Marfan : « Les incertitudes qui entourent cette médication bactérienne, ses résultats incomplets et inconstants, nous font un devoir de ne l'employer que comme un moyen auxiliaire et de ne point la substituer aux autres médications, à celles dont une longue expérience a montré, sinon l'héroïque efficacité qu'on attend d'une médication spécifique, tout au moins la bienfaisance et l'utilité. »

Il ne suffit pas d'appliquer correctement les médications qui viennent d'être étudiées. Il faut veiller à l'HYGIÈNE DU BÉBÉ et à l'HYGIÈNE DU MILIEU. Les petits soins, la propreté du corps et du linge, une alimentation adaptée à l'âge, aux besoins nutritifs et à l'état des fonctions digestives, la manière de coucher l'enfant, l'opportunité de le prendre dans les bras de temps en temps, la propreté, l'éclairage, la température, l'aération de la chambre ou de la salle commune de l'hôpital, l'éloignement de toute cause de con-

(1) ANDRÉ DUFOURT. Contribution à l'étude bactériologique des broncho-pneumonies infantiles. Essai d'immunisation spécifique, *Presse méd.*, 20 juin 1925, n° 49, p. 529.

(1) On se rendra compte de la diversité des opinions en lisant les réponses à la question posée par *La Vie médicale*, 25 février 1930 : *Quelle est la valeur prophylactique et thérapeutique des vaccins dans la broncho-pneumonie de l'enfance?*

tamination sont des facteurs qui contribuent grandement à rendre le traitement plus efficace et à faciliter une évolution favorable. Tous les détails ont leur importance.

*
* *

Pour traiter un petit enfant atteint d'une bronchopneumonie aiguë, les médications ne manquent pas. Leur nombre témoigne qu'aucune ne possède une efficacité complète. Mais, parmi elles, il en est quelques-unes qui, depuis longtemps, sont adoptées par tous les médecins et dont l'emploi est bien réglé.

Au premier rang est l'*hydrothérapie*, c'est-à-dire les *bains* et les *enveloppements humides du tronc*. Elle agit sur la fièvre, la dyspnée, la congestion œdémateuse des poumons ; elle contribue à combattre le processus infectieux. Elle est indispensable ; rarement elle est contre-indiquée.

Viennent ensuite l'*oxygénothérapie par voie respiratoire*, l'*éther* et le *camphre* ; ces médications stimulent le cœur, combattent la dyspnée et la dépression des forces.

Dans certains cas, il faut avoir recours à l'*hémothérapie*, de préférence par voie sous-cutanée, qui relève l'état général, à la *digitale* et à l'*ouabaïne*, qui soutiennent un cœur défaillant.

Enfin, peuvent intervenir les *autres médications* ; leur efficacité est beaucoup moins grande ; elles sont des adjuvants des médications précédentes, mais elles ne sauraient les remplacer.

Il importe toutefois de ne pas multiplier les médicaments sans nécessité, car l'activité des réactions des bébés, surtout des plus jeunes, est limitée, et leur organisme s'épuise facilement. Les moyens utilisés doivent être adaptés à chaque malade. La conduite du traitement est subordonnée aux indications thérapeutiques que pose un examen attentif du bébé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

Doctorat d'Etat. — 48 (de 1933). Andarelli. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'action anti-choc du campho-sulfonate de spartéine.

29. Antimé. — Contribution à l'étude du traitement des algies cancéreuses par le venin de cobra.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367 ; Montpellier, n° 78, p. 1380 ; Strasbourg, n° 80, p. 1420 ; Toulouse, n° 83, p. 1470 ; Alger, n° 84, p. 1486.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phrien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

SEUL VÉRITABLE
EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN
BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE
MÊME PRODUIT GLYCÉROPHOSPHATÉ AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR
MYCODERMINE DÉJARDIN
EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE
R. C. Seine 36.823
COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

Tout Déprimé » Surmené
Tout Cérébral » Intellectuel
Tout Convalescent » Neurasthénique
est justiciable de la :
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contre-indication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0,40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

27. ARNAUD (Mlle Germaine). — La fièvre boutonneuse chez l'enfant.

9. ARNAUD (Pierre). — Les théories actuelles sur la pathogénie de la sclérodermie.

35. ARNOUX. — Recherches sur l'influence à Marseille de la pression atmosphérique, des vents, de l'humidité et de la température sur l'évolution des tuberculeux pulmonaires.

36. BERNARD. — Influence des radiations sur le cœur de grenouille en perfusion.

4. BOSCH. — Etude sur la cénurose humaine.

13. BOUCARUT. — Du curage utérin dans les quatre premiers jours du post-partum infectieux.

16. CALLAMAND. — Le traitement de la fièvre urineuse par les injections intraveineuses de gonacrine.

37. CANTIN (Mlle). — Septicémie d'origine otique.

14. DÉCHAUX. — Contribution à l'étude de la greffe d'Albee dans le traitement des fractures du rachis lombaire. A propos de deux observations avec résultats éloignés.

2. DÉJOU. — Traitement des états pyorrhéiques par le soufre colloïdal.

32. DOMENGE. — Contribution à l'étude des cholécystites aiguës et de leur traitement par la cholécystectomie. Indications et technique opératoire d'après 16 observations.

5. DUMON. — Considérations sur la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. Réactions. Posologie. A propos des 220 cas de tuberculose pulmonaire traités par les sels d'or.

12. ESCARRAS. — Contribution à l'étude expérimentale des hormones gonadotropes dans le cancer du col de l'utérus.

20. FILHOL. — Considérations sur le traitement de la paralysie générale par le stovarsol (Travail de la clinique neurologique. Service de M. le professeur Roger).

26. FRANÇOIS. — Réaction de Friedmann-Broulia dans les cas de môle hydatiforme.

19. GELLER (Mme). — L'asile des mères à Marseille, œuvre d'assistance à la mère et l'enfant.

34. GRASSI. — 200 cas de tuberculose pulmonaire traités par la chrysothérapie.

28. GUÉRIN. — Contribution à l'étude du traitement des fractures bimalléolaires vicieusement consolidées.

21. LASSAYS. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.

43 (de 1933). LE GOARANT DE TROMELIN. — Le tatouage. Considérations psychologiques et médico-légales.

22. LEGRAND. — Etude pathogénique des accidents sériques. Leur prophylaxie par l'extrait pancréatique.

18. MABELLY. — Le rhumatisme, maladie sociale.

45 (de 1933) MACASDAR. — Traitement de la rétention d'urines des tabétiques par les injections épidurales.

38. MELGRANI. — Le syndrome de la lobite supérieure, tuberculeuse, rétractile.

8. MINGARDON. — Contribution à l'étude de la diathermie hépatique dans le traitement des cirrhoses du foie.

46 (de 1933). PAILLAS. — Les tumeurs cérébrales métastatiques.

41 (de 1933). PAJANACCI. — Acquisitions récentes sur la fièvre boutonneuse (fièvre exanthématique du littoral méditerranéen).

7. PARIS (Mlle). — Œuvres de protection de l'enfance. Organisation de la Goutte de lait à Caen (Calvados).

10. PARODI. — Contribution à l'étude de la tuberculose conjugale.

42 (de 1933). PRALLET. — Contribution à l'étude de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

3. PUGNAIRE. — Contribution à l'étude des lésions oto-rhino-laryngologiques chez les lépreux en Océanie française.

24. RAYNAUD. — Vaccins et sérums contre la fièvre jaune. Etat actuel de la question dans ses rapports avec la prophylaxie et la thérapeutique de cette affection.

23. RÉMON. — Contribution à l'étude de l'avenir des pleurétiques.

40 (de 1933). ROCHE (Mme), née Cunradi. — Inanition protéique, réserves azotées et constitution des protéines musculaires.

15. ROCHER. — Les paralysies récurrentielles dans le rétrécissement mitral.

1. ROMAIN. — La polycarie de la denture temporaire. Complications et traitement.

25. ROUIT. — Etude statistique des épithéliomas cutanés observés au centre anti-cancéreux de Marseille, de 1928 à 1934.

44 (de 1933). ROWLEY-HARVEY. — Contribution à l'étude des tumeurs tubaires.

11. DE SABLET. — Le traitement des abcès du poumon.

30. SANTONACCI. — Les « polycamphosulfonates », nouvelle médication préventive de la maladie du sérum.

17. SCHAFER. — Influence de quelques infections secondaires sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye.

31. TISSOT. — Les grands asystoliques à petit ventricule droit (syndrome de Bernheim).

6. VENTRE. — Contribution à l'étude des crises épileptiques chez les cardiaques.

33. VERNET. — Les aspects radiologiques du hile du poumon dans la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte.

REVUE DES THÈSES

Les actions curative et préventive du sérum antistreptococcique de H. Vincent en obstétrique (1), par V.-H. BRINON-CHERBULIEZ.

Parmi tous les traitements employés jusqu'à ce jour dans les infections streptococciques, générales ou locales, au cours de l'état puerpéral, c'est le sérum de Vincent qui paraît donner les résultats les meilleurs et les plus constants. Telle est la constatation de l'auteur, qui, durant plusieurs années, à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, utilisa ce sérum tant au point de vue curatif qu'au point de vue préventif.

Curativement, le sérum antistreptococcique a été employé par l'auteur pour le traitement des septicémies à hémoculture positive, des septico-pyohémies et infections post-partum atténuées. Dans tous ces cas, la sérothérapie pratiquée selon la technique de Vincent, c'est-à-dire, fort et suffisamment longtemps, donna des résultats heureux.

Les seuls cas où la sérothérapie se montra inactive soit totalement, soit partiellement, furent : les infections qui ultérieurement se révélèrent d'une nature non streptococcique.

Toutes les observations personnelles (onze) venant à l'appui des nombreux cas déjà publiés et dont l'auteur rapporte 27 cas typiques, confirment l'efficacité du sérum antistreptococcique de H. Vincent, qui paraît actuellement le traitement de choix des infections si graves.

Préventivement, le sérum de Vincent doit être utilisé dans tous les cas d'hémorragies par placenta prævia ou lésion utérine, les rétentions de cotylédon ou de membranes, d'infection amniotique, d'endométrite, d'angine, d'érysipèle, de grippe, de manœuvres intra-utérines, de délivrance artificielle, qui en sont les indications majeures.

(1) *Th. de Paris*, 1934.

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE
LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

L'auteur recommande d'injecter 20 cc. sous-cutanés trois jours de suite.

La statistique des seuls cas d'infection post-partum après manœuvres intra-utérines, de 30 p. 100 avant l'emploi de la sérothérapie préventive, est tombée à 15 p. 100 dès l'institution de cette technique.

Aussi la sérothérapie antistreptococcique de Vincent, *à titre préventif*, reste la garantie la meilleure de l'absence d'infection streptococcique, grave dans les suites de couches. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES ANGINES AIGUES [1]

Devant cette angine ulcéreuse unilatérale, s'attacher à faire la preuve de la syphilis :

1° Par la notion de contage et d'incubation ;

2° Par la recherche du tréponème.

a) *Dans l'ulcération.* — Il s'agit là d'une recherche délicate et après avoir nettoyé au sérum physiologique l'ulcération, prélever sur les bords un peu de sérosité et regarder entre lame et lamelle à l'ultra-microscope ; bien étudier les *mouvements* des tréponèmes et savoir *les causes d'erreur* que l'on peut avoir au niveau de la bouche avec les spirilles et les différents spirochètes saprophytes normaux.

b) *Dans le ganglion satellite.* — Ponctionner le ganglion ; injecter un peu d'eau distillée ou de sérum physiologique ; aspirer et regarder à l'ultra-microscope.

En cas de *résultats négatifs*, vérifier par des *Wassermann* dans le sang *successifs* à intervalles de 15 jours environ.

L'angine de Vincent réalise un tableau analogue. On insiste classiquement sur :

L'association fréquente avec des ulcérations buccales analogues à celles de l'amygdale ; il y a des lésions de *stomatite ulcéro-membraneuse :* au niveau des gencives, auprès des dents cariées, des incisives inférieures, au niveau des joues...

La fétidité de l'haleine très spéciale et désagréable.

Les signes fonctionnels assez marqués : dysphagie, ptyalisme.

Les signes généraux parfois accusés.

Sur la présence de la *symbiose fuso-spirillaire* dans les produits de râclage de l'ulcération par l'examen direct. On peut faire l'examen direct sans coloration à l'ultra-microscope dans la salive même du malade ou l'examen sur lame après coloration, soit gram : les éléments ne prennent pas le Gram, soit Fontana-Tribondeau qui montre bien les spirilles. Pour avoir une valeur diagnostique, il est absolument nécessaire *que le champ microscopique soit « farci »* de bacilles fusiformes et de spirilles (F. Bezançon).

Les auteurs modernes (Letulle, Paul Chevallier) ont insisté sur le caractère « *secondaire* » de l'angine de Vincent : l'angine de Vincent ne survient que sur un *tissu amygdalien déjà touché*, dans la majorité des cas. D'où *le précepte de ne jamais poser le diagnostic d'angine de Vincent*, sans avoir au préalable vérifié *l'existence possible d'une autre affection : chancre* de l'amygdale, *diphtérie* (Edgar Leroy), angine à monocytes, etc., affection dentaire, etc.

2e *cas. L'angine ulcéro-membraneuse fait partie d'un syndrome malin.*

A. *Diphtérie maligne.* — Le début a été brusque le plus souvent.

Dès le premier examen, les fausses membranes sont très étendues, elles ont un aspect sanieux, grisâtre avec des points ecchymotiques ; la muqueuse adjacente est œdématiée, congestionnée ; la muqueuse sous-jacente est ulcérée, saignante. Les ganglions du cou sont volumineux, douloureux, entourés d'une gangue de périadénite et d'œdème. Il existe un coryza intense avec jetage, épistaxis. L'état général est très grave : fièvre habituellement modérée, mais tachycardie ; cyanose et refroidissement des extrémités ; facies altéré, plombé, anxieux ; albuminurie.

En présence d'un tel tableau, faire immédiatement du sérum sans attendre les résultats de l'*ensemencement*.

Le pronostic est extrêmement réservé, et malgré la sérothérapie bien conduite, la mort peut survenir, soit d'une façon *précoce*, soit au moment du *syndrome secondaire* (Marfan), *soit plus tard* encore, par *syncope, avant le 50e jour* (Grenet).

B. *Scarlatine.* — Le tableau clinique est le même : à l'ensemencement, on trouve un *streptocoque hémolytique* (ensemencement direct sur boîte de Pétri à la gélose-sang).

C. *Angines malignes à germes divers :* rares.

D. *Angine des leucémies aiguës.* — C'est un diagnostic d'exception, auquel il faut songer cependant : l'examen hématologique montre la formule spéciale avec cellules-souches indifférenciées.

3° DIAGNOSTIC DES ANGINES NÉCROTIQUES. — Elles dénotent toujours un état général grave.

Elles peuvent être primitives ou secondaires :

a) *Symptomatiques :* d'une fièvre typhoïde (angine de Duguet) ;

D'une scarlatine maligne, etc... ;

D'une intoxicaion (arsenic, sels d'or).

b) *Primitives.*

Angine nécrotique de l'agranulocytose de Werner Schultz, dans sa forme typique :

Début *brusque* avec *signes de toxi-infection grave :* fièvre à 40°, tachycardie et hypotension, ataxo-adynamie ; *atteinte hépatique* avec subictère ; *nécrose extensive des muqueuses :* souvent dès le début, violente dysphagie attirant l'attention. *La gorge est la localisation primordiale* (amygdales, piliers, voile, luette). Ulcération arrondie, de taille variable, à fond putrilagineux, à bords sanieux s'étendant en largeur et en profondeur, pouvant perforer le voile ; les troubles fonctionnels sont intenses ; parfois lésions de la langue et de l'orifice du larynx, des gencives, de la vulve, etc... W. Schultz signale des *éruptions* érythémateuses et vésiculeuses plus ou moins prurigineuses. L'examen hématologique montre une *leucopénie* (1800 à 900), les globules blancs très diminués et presque disparus sont les *polynucléaires neutrophiles. La mort* a été d'abord considérée comme la terminaison constante. Aujourd'hui, on connaît un certain nombre de guérisons. La complication redoutable de l'agranulocytose est la broncho-pneumonie. La durée ne dépasse guère 8 à 10 jours.

Quant aux angines gangréneuses, ce sont des angines qui ne s'observent plus qu'à titre tout à fait exceptionnel.

On voit donc que dans les angines aiguës, les *angines secondaires* constituent un *symptôme d'intérêt séméiologique variable*, et parfois *considérable*, pouvant poser le problème d'une *affection surajoutée*. Dans les *angines aiguës primitives, l'angine diphtérique tient une place de premier rang*. Dans *certaines angines* enfin, *l'examen hématologique* devient nécessaire.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 79, p. 1402; n° 81, p. 1442; n° 83, p. 1474.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

TRAITEMENT DE L'ALCALOSE

GÉNACIDE

LABORATOIRE MONTAGU

49, Bd de PORT-ROYAL

PARIS

LABORATOIRES R. HUERRE & Cie

Successeurs de VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens

PARIS — 12, boulevard de Bonne-Nouvelle, 12 — PARIS

Produits Organiques VIGIER

Le mode de préparation des **Capsules organiques VIGIER** laisse à ces médicaments toute l'activité de la substance fraîche, sans qu'elle ait subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de diminuer sa valeur

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0 gr. 20 de substance ovarienne pure

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 05, 0 gr. 10 et 0 gr. 20

CAPSULES

Orchitiques, surrénales, hépatiques, pancréatiques, de thymus, spléniques, prostatiques, mamelliques, eupeptiques (Muqueuse intestinale), rénales, galactogènes (Placenta), thyrovariques, thyrorchitiques, polycrinandriques, polycrinogynes

ÉCHANTILLONS & LITTÉRATURE SUR DEMANDE

JÉCOL

COMBRETUM

BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHTS — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V°

Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..

Un petit déjeuner, un goûter, un suraliment parfait, à base de farines de céréales, de lait, de sucre et de cacao

NESCAO

PRÉPARÉ PAR **NESTLÉ**

En désirez-vous, Docteur, une boîte-échantillon ? NESTLÉ, 6, avenue Portalis, PARIS, se fera un plaisir de vous l'envoyer.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 27 OCTOBRE 1934. — N° 86.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La synovectomie du genou. Etude histologique. Indications. Technique et résultats (fin), par MM. H.-P. KLOTZ et Lucien DAVID.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences — Académie de médecine.
CHRONIQUE
IIIe Congrès de la Presse médicale latine, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
La circulaire du ministre du Travail, par M. A. HERPIN.
Syndicat des médecins de la Seine et des communes limitrophes. (Communiqué.)
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Jury : M. le docteur Robineau, membre de droit; 2 chirurgiens : MM. les docteurs René Bloch et Chifoliau ; 1 médecin : M. le docteur Herscher.

CONCOURS DE MÉDECIN EN CHEF DE CHAMPCEUIL. — *Epreuves sur titres.* — MM. les docteurs Even, 20; Frugier, 13; Lorion, 19; Pellier, 18; Perrier, 16; Ronce, 15.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire de clinique gynécologique (titulaire : M. Guyot), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est transformée en chaire de clinique chirurgicale et gynécologique.

STATISTIQUE DES DIPLÔMES D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant les sept dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 :	901.	
1928-1929 :	965, soit	64 en plus.
1929-1930 :	1.052, soit	87 en plus.
1930-1931 :	1.120, soit	68 en plus.
1931-1932 :	1.123, soit	3 en plus.
1932-1933 :	1.293, soit	170 en plus.
1933-1934 :	1.464, soit	171 en plus.

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis 36 ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 2.807 répartis comme suit :

Alger, 12; Bordeaux, 151; Lille, 10; Lyon, 363; Marseille, 2; Montpellier, 471 ; Nancy, 153; Paris, 1.405 ; Strasbourg, 116; Toulouse, 124.

182 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1933-1934. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1933-1934 est de 1.655 se décomposant comme suit :

Facultés.	Diplômes d'Etat.	Diplômes d'Université (mention médecine).	Total.
Alger	42	»	42
Beyrouth	19 (*a*)	»	19
Bordeaux	165	5	170
Lille	41	»	41
Lyon	173 (*b*)	13	186
Marseille	46	»	46
Montpellier	56	31	87
Nancy	63 (*c*)	10	73
Paris	714 (*d*)	112	826
Strasbourg	52	11	63
Toulouse	93 (*e*)	9	102
	1.464	191	1.655

(*a*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*b*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Moskovtchenko, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

(*c*) Dont 3 avec dispense de la thèse : M. Fidel, Galperin et Wajnberg, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*d*) Dont 10 avec dispense de la thèse : MM. Aladjemoff, Aristof, Béris, Bernsztejn, Cegelnicki, Mme Egoroff, née Ginger ; MM. Kaplan, Lind, Salzman et Wajntal, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*e*) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Dimitrivitch, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.622 (Etat, 1.430 ; Université, 191).

(Renseignements aimablement communiqués par nos confrères Darras et Mainot de la *Vie médicale*.)

COMITÉ PERMANENT DU P. C. B. — Il est créé auprès de la direction de l'enseignement supérieur du ministère de l'Education nationale un Comité permanent du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques.

Ce Comité comprend :

1° Le directeur de l'enseignement supérieur, président ;

2° Le doyen de la Faculté de médecine de Paris ;

3° Le doyen de la Faculté des sciences de Paris ;

4° Six représentants élus par le Comité consultatif de l'enseignement supérieur public dont trois par la section de la médecine et trois par la section des sciences.

Le Comité aura pour mission de suivre l'application des programmes du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, d'encourager la rédaction des manuels spéciaux, d'examiner les observations émanant de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences et, d'une façon générale, d'étudier toutes questions se rapportant audit certificat.

ÉQUIVALENCES. — Le *Journal officiel* du 19 octobre publie un arrêté du ministre de l'Education nationale fixant la liste des diplômes, titres et certificats étrangers permettant d'obtenir l'équivalence avec le baccalauréat français de l'enseignement secondaire.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — La croix de la Légion d'honneur est conférée à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR PINARD. — Le Conseil général de Meurthe-et-Moselle vient de décider, lors de sa dernière session, que la Maternité départementale de Meurthe-et-Moselle porterait désormais le nom de Adolphe Pinard.

ASSISES MÉDICALES. — Voici le programme des Assises médicales de l'assemblée française de médecine générale :

XIIIe Session (octobre-novembre 1934) : La diphtérie (sérum et vaccin).

XIVe Session (décembre 1934-janvier 1935) : L'avenir des hypertendus.

XVe Session (février-mars 1935) : Consanguinité et descendance.

XVIe Session (avril-mai 1935) : Les aptitudes familiales aux localisations morbides.

XVIIe Session (juin-juillet 1935) : Résultats éloignés de la collapsothérapie.

XVIIIe Session (octobre-novembre 1935) : Le rachitisme en France.

XIXe Session (décembre 1935-janvier 1936) : L'enfant à l'âge scolaire (son orientation intellectuelle et professionnelle jugée par le médecin).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Pierre Cadiot, membre de l'Académie de médecine, ancien professeur à l'Ecole d'Alfort, directeur honoraire des études vétérinaires, officier de la Légion d'honneur ; le docteur Albert Schwaab, accoucheur de l'hôpital Rothschild, à Paris ; le docteur A. Mangin (de Marseille), le docteur Compin (de Bourbon-Lancy), le docteur Louis van Weddingen, l'un des doyens du Corps médical belge ; le professeur Edoin Brunsgaard, le renommé dermatologiste d'Oslo.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Henri Montlaur, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Nous adressons à sa veuve Mme Henri Montlaur, docteur en médecine, à Paris, l'expression de notre respectueuse sympathie.

Ve Congrès roumain de Chirurgie et Spécialités chirurgicales, sous le patronage de Sa Majesté le Roi Carol II, 5, 6, 7, 8 novembre 1934. — Le Ve Congrès national de Chirurgie aura lieu à Bucarest, les 5, 6, 7, 8 novembre 1934, sous la présidence de M. le Professeur Dr I. Balacesco, doyen de la Faculté de médecine.

A l'ordre du jour sont inscrits les rapports suivants :

Chirurgie de la lithiase biliaire : Prof. I. Iacobovici, Docent V. Dimitriu, Dr I. Pavel.

Oesophagoplastie préthoracique : agrégé Dr Jean Jiano.

Traitement chirurgical du prolapse utérin : Prof. Dr Grigoriu Cristea et Docent Dr Popovici.

Ventriculographie et repérage ventriculaire en clinique : Agrégé Dr D. Paulian et Dr D. Vasiliu.

Myélographie : Conf. Dr Léonte.

Dérivation des urines : Prof. Dr Tzeposo et Dr Ionesco Miltiade.

Ostéosynthèse : Dr P. Topa, Dr I. Fagarasanu.

Néoplasmes lymphatiques, histologie, applications thérapeutiques : Conf. Dr Crăciun.

Actinomycose génitale : Dr Dan Mavrodin.

Traitement chirurgical de la paralysie faciale : Agrégé Dr Jean Jiano et Dr Buzoiano G.

A l'occasion de ce Congrès seront jetées les bases d'une Fédération de Chirurgie de la « Petite Entente », de la Pologne et des pays voisins. [Ce projet ne manquera pas de soulever certaines réserves. — *N.D.L.R.*]

Les Chemins de fer Roumains ont bien voulu consentir à une réduction de tarif de 50 % aux confrères qui viendront assister au Congrès. Il a été aussi obtenu des réductions de prix dans les principaux hôtels.

Prière d'adresser d'urgence les adhésions, le titre des communications et le genre d'opération que l'on désirerait éventuellement exécuter, au Dr Jean Jiano, rue Campineanu, 52.

Congrès français de médecine. — Le prochain Congrès aura lieu à Paris en octobre 1936, sous la présidence de M. le professeur Marcel Labbé.

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES

INFECTIONS VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES

DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à 6 DRAGÉES
PAR JOUR

ANA

LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL - PARIS.XIIe

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY s/s BOIS

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE
CALOMEL VICARIO
PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES
NOPIRINE VICARIO
ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GENERALE

LA SYNOVECTOMIE DU GENOU

ÉTUDE HISTOLOGIQUE. INDICATIONS. TECHNIQUE ET RÉSULTATS [1]

PAR MM.

H.-P. KLOTZ, Interne en médecine des hôpitaux de Paris. et Lucien DAVID, Interne en chirurgie

TECHNIQUE

Avant d'entreprendre l'étude des diverses techniques proposées, de discuter leur valeur, leurs indications, de préciser leur mode d'application, il nous paraît utile d'esquisser un grossier RAPPEL D'ANATOMIE CHIRURGICALE DE L'ARTICULATION.

L'articulation du genou est une articulation complexe dont les surfaces sont maintenues en contact par un système ligamenteux résistant où priment :

— *Les ligaments latéraux* auxquels il faut adjoindre les ligaments croisés physiologiquement analogues à eux (articulation de flexion et d'extension) ;

— *Le ligament antérieur :* volumineux tendon rotulien faisant suite à la barrière osseuse rotulienne.

Quant aux formations postérieures, elles ont un intérêt *bien plus anatomique que chirurgical.* Seules donc comptent 3 voies d'abord du genou : l'antérieure et les deux latérales. Toutes trois ont comme écueil le ligament correspondant. *Toute atteinte de ces ligaments apporte avec elle le risque d'une reconstitution imparfaite facteur de troubles fonctionnels plus ou moins graves.* C'est pourquoi d'emblée il faut insister sur le fait que les meilleures voies d'abord seront celles qui, tout en donnant une large vue sur la cavité articulaire, ménageront les soutiens fibreux.

— *La synoviale* est appliquée à la face profonde de la capsule, mais elle s'écarte des insertions capsulaires pour se refléchir sur les os et se terminer au pourtour des surfaces cartilagineuses.

La distance qui sépare l'insertion capsulaire de la surface articulaire mesure donc la profondeur du cul-de-sac synovial.

Telle est la disposition schématique de la synoviale, mais il faut étudier de plus :

a) *Les culs-de-sac ;*

b) *Le ligament adipeux.*

a) *Culs-de-sac.*

En haut. — Le vaste cul-de-sac sous-quadricipital remonte très haut à la face profonde du muscle. Il est formé par la fusion de la synoviale articulaire avec la bourse séreuse sous-musculaire. Cette communication est presque constante. Pour Rouvière, il y aurait environ 1 cas sur dix de non-communication, chez l'adulte. S'il n'y a pas fusion des deux séreuses il n'en existe pas moins un repli de 1 centimètre 1/2 environ.

Latéralement : de petits culs-de-sac, profonds de quelques millimètres seulement, sauf en dehors où la synoviale du genou peut communiquer avec la synoviale péronéo-tibiale supérieure.

En bas, de la rotule au tibia, elle rencontre et recouvre le ligament adipeux que nous verrons plus loin. De plus :

1) La synoviale *adhère* latéralement aux ménisques; et l'on peut distinguer donc deux zones synoviales, nettement distinctes sur les côtés, fusionnées au centre articulaire : l'une sus-méniscale ou fémoro-méniscale ; l'autre sous-méniscale ou ménisco-tibiale.

2) La synoviale passe *au-devant* des ligaments croisés, se contentant d'envoyer entre eux un petit prolongement postérieur. Ceux-ci donc, et c'est un fait important, sont extra-synoviaux, extra-articulaires.

b) *Ligament adipeux.*

Deux formations sont en réalité à considérer : le paquet adipeux rétro-rotulien et le ligament adipeux proprement dit.

Le paquet adipeux sous-rotulien est constitué par un amas graisseux de forme grossièrement conique à base antérieure. Il est situé en regard de la portion toute inférieure non articulaire de la rotule et de la face profonde du tendon rotulien. Il envoie de plus des prolongements alaires, le long des bords latéraux rotuliens dans leur portion basse.

Du sommet tronqué du cône graisseux part un petit tractus cellulo-graisseux, plus dense que le reste et qui s'enfonce dans l'articulation pour aller se fixer après un trajet oblique en haut et en arrière à l'extrémité antérieure de l'échancrure intercondylienne.

Ce paquet graisseux et le ligament qui lui fait suite sont recouverts par la synoviale et isolés par elle de la cavité articulaire.

La présence de cette saillie intra-articulaire, de ce soulèvement synovial complique encore la disposition profonde de l'article. Et si nous avons aussi longuement insisté sur ces dispositions anatomiques c'est pour montrer :

— La complexité de la cavité synoviale ;

— Les difficultés par suite que l'on pourra rencontrer au cours d'une exérèse synoviale, si on veut, comme dans certains cas, la faire aussi complète que possible ;

— Enfin la nécessité d'un jour large bien que non mutilant.

Choix d'une voie d'abord. — La voie d'abord, pour être bonne :

1) Doit être basée sur l'importance probable des lésions anatomiques. Nous disons « importance probable », car, il faut bien l'avouer, c'est fréquemment à l'intervention seule que ce diagnostic anatomique ferme peut être posé.

2) Doit ménager au maximum l'appareil ligamenteux du genou ou en tout cas permettre une réparation anatomique parfaite des éléments que l'on aurait été amené à léser.

3) Doit donner un jour suffisant : ou très large d'emblée ou facile à élargir.

Nous étudierons successivement les principales des voies proposées en nous efforçant de montrer les avantages, les inconvénients, et par suite les indications de chacune.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit*, 1934, n° 84, p. 1481.

Incisions verticales latérales. — Ce sont, de toutes, les plus simples, les moins traumatisantes. Incision latéro-rotulienne *externe* ou *interne*.

Elles sont menées verticalement à 2 travers de doigt environ du bord latéral correspondant de la rotule. Leur longueur est variable. Minime s'il s'agit d'effectuer une simple biopsie synoviale. Très longue au contraire si l'on veut avoir un large jour sur la cavité articulaire. Mais dans ce cas elle donne cependant moins d'aise que les diverses voies antérieures.

Dans la règle, l'incision latéro-rotulienne verticale doit avoir 10 centimètres environ de longueur. Et il faut insister sur ce fait que la majeure partie de cette incision (7 cms environ) doit se trouver au-dessus de l'interligne articulaire. Cette incision doit être employée chaque fois que l'on intervient dans un but assez limité : synovectomie partielle, synovectomie antérieure, maladie de Hoffa, kystes méniscaux. Nous l'avons encore vue donner un jour parfait pour l'exercice d'un kyste synovial que l'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment avec son maître M. le Dr Houdard et son collègue R. Beauchef.

Dans les cas mêmes où elle donne un jour insuffisant pour l'intervention décidée, on y peut associer une incision symétrique du côté opposé. La vue articulaire est alors aussi large qu'on la peut désirer.

Voies latérales modifiées. — A l'incision simple verticale des modifications ont été apportées par certains. Et nous rappellerons les voies élargies de Arrou, la longue incision pararotulienne de Gernez et Ho Dac Di, complétée lorsqu'il s'agit du côté externe par la dissociation de la bandelette de Maissiat ; enfin la voie interne, assez mutilante d'ailleurs, à volet cutané convexe en dedans et à charnière pararotulienne interne, voie sur laquelle on a insisté récemment.

Toutes ces modifications ne nous paraissent qu'assez peu importantes. En effet : *ou bien* un jour moyen suffit (pour une synovectomie partielle, une synovectomie antérieure, bref une intervention localisée) et alors la simple incision verticale d'arthrotomie suffit — complétée au besoin par une incision symétrique du côté opposé ;

Ou bien un jour bien plus large est nécessaire et c'est alors à la voie antérieure dans ses divers modes qu'il nous paraît logique de s'adresser.

Voie antérieure. — C'est sur la voie transrotulienne transversale que nous insisterons essentiellement. C'est en effet une voie excellente parce qu'elle donne un jour considérable et qu'elle est de réparation facile et solide. La suture rotulienne paraît à la plupart des auteurs plus sûre que les reconstitutions tendineuses des voies d'abord plus inférieures. C'est cette incision qui, pour Alglave et la plupart des chirurgiens français, prime, tandis que les Américains lui préfèrent presque toujours la section verticale de la rotule et des tendons quadricipital et rotulien. Les partisans de la section verticale en estiment la réparation plus simple, plus rapide, plus solide. Nous n'avons cependant retrouvé que des exemples rares d'un échec de la suture d'une transrotulienne horizontale, d'une fracture itérative nécessitant une réintervention.

Sur la technique même de cette voie, nous ne reviendrons pas ici. Elle a été suffisamment exposée pour que ses divers temps soient familiers à tous, et les décrire ici serait une redite inutile.

A côté de ce mode d'abord, *il nous faut citer :*

1) *La voie transrotulienne verticale,* dont nous avons vu plus haut les avantages invoqués par ceux qui l'emploient, et qui donne elle aussi une très large vue à condition, et on y a insisté récemment, de sectionner très haut le tendon du quadriceps et de prolonger en bas jusqu'à la tubérosité tibiale l'incision du tendon rotulien. A cette condition on peut fortement luxer de part et d'autre les hémirotules.

2) *La section du tendon rotulien* et le relèvement de la paroi antérieure de l'articulation.

3) Enfin une technique ingénieuse : *le détachement temporaire de la tubérosité tibiale et du tendon rotulien* par une section de l'os en queue d'aronde. A la fin de l'intervention, il suffit de réintégrer dans sa loge exacte le fragment tubérositaire qui y tient de lui-même.

Tels sont les principaux modes d'abord préconisés et il n'entre absolument pas dans notre sujet d'en pousser plus avant les variantes.

Peut-on conclure fermement pour le choix d'une incision ? Nous ne le croyons pas. Chacun de ces modes d'attaque garde ses partisans convaincus, et, de ce fait, on peut au fond tirer cette conclusion heureuse : que tous donnent des vues satisfaisantes — des réparations anatomiques et physiologiques sans trop d'écueils. La seule règle utile est de savoir proportionner la largeur de la voie d'abord à l'étendue de l'intervention projetée et de pouvoir, en cas de surprise opératoire, commodément agrandir une incision initialement trop étroite.

C'est pourquoi :

— Partant avec un diagnostic de lésion localisée, avec l'intention de faire une synovectomie partielle, les incisions latéro-rotuliennes seront préférables.

— Partant au contraire avec un diagnostic de lésions étendues, complexes, avec l'intention de faire une exploration minutieuse de toute la cavité articulaire ou une synovectomie aussi complète que possible, ou une intervention mixte (synovectomie, abrasement de saillies ostéo-cartilagineuses, méniscectomie, etc.), une voie antérieure est naturellement indiquée.

Soins préopératoires. — Ils consistent uniquement en une préparation minutieuse de la peau avant l'ouverture articulaire.

Raser s'il est nécessaire, et sur une large étendue. Savonnage puis lavage à l'éther. Enfin application pendant les deux jours qui précèdent l'intervention d'un pansement stérile légèrement alcoolisé.

Au moment de l'intervention, badigeonnage iodé habituel.

Synovectomie proprement dite. — Il n'est pas de technique véritable décrite, et l'opération consiste en un clivage du plan synovial et du plan capsulaire, clivage presque toujours assez aisé puisqu'il s'agit de synoviales malades, épaissies, d'aspect et de consistance nettement différents de la capsule. Ce décollement se fait aux ciseaux courbes. Les longs ciseaux courbes étroits permettent, aidés par la flexion accen-

tuée du genou d'aborder avec une relative commodité la partie postérieure de l'articulation. Certains n'hésitent pas d'ailleurs, en cas de visibilité insuffisante et de nécessité d'une intervention très large, à *sectionner les ligaments croisés* ou le seul ligament croisé antérieur. Le jour est augmenté encore par la mise en hyperflexion de la jambe sur la cuisse. Il n'y aurait, paraît-il, pas d'inconvénient fonctionnel ultérieur. Une telle section doit cependant autant que possible être évitée. Là encore nous nous rangeons obstinément du côté des techniques les moins traumatisantes. Et le fait même que certaines interventions ont pour but la seule reconstitution par artifices d'un ou des ligaments croisés détruits ou déficients, nous paraît une preuve suffisante du rôle indéniable qu'il faut attribuer à ces ligaments dans la physiologie du genou et de la nécessité qu'il y a de les ménager au maximum.

Quant à la synovectomie, elle peut être :

Partielle ;
Etendue ;
Totale ;
Complétée.

Nous ne reviendrons pas sur les deux premiers termes suffisamment explicites, mais nous rappellerons que

Le *terme de synovectomie totale* est presque toujours assez inexact. Il est très souvent impossible en effet de pratiquer une synovectomie totale au sens rigoureux du mot, malgré l'intention que l'on avait de la faire. Il est presque inévitable de laisser dans des recoins articulaires des vestiges synoviaux. Et ces vestiges ont peut-être d'ailleurs un rôle dans cette reconstitution synoviale que nous avons vue plus haut.

Sous le titre de *synovectomie complétée*, nous groupons les opérations consistant en une association de la synovectomie à une intervention sur d'autres éléments articulaires. Nous avons vu en effet que, dans les rhumatismes chroniques par exemple, où la synovectomie trouve la plupart de ses indications, il est très fréquent qu'existent, à côté de l'atteinte synoviale, d'importantes modifications ostéo-cartilagineuses. La synovectomie complétée est ainsi l'intervention mixte portant sur les deux ordres de lésions.

Quant aux cartilages semi-lunaires, certains les enlèvent (Allison et Coonse). Il semble logique de les conserver s'ils sont indemnes (Bernstein).

Hémostase. — Cette large surface dénudée que laisse l'extirpation synoviale peut parfois présenter un suintement sanguin assez important. Cette hémorragie cède dans la règle au tamponnement temporaire. S'il existe, mais c'est rare, un ou plusieurs petits vaisseaux que l'on voit saigner, on posera sur eux des ligatures. Rappelons ici un détail de technique de J. Moorhead : avant l'intervention, il place au-dessus du genou un garrot qu'il ne retire que tout en dernier, après avoir fait autour du genou un pansement ouaté compressif. Le seul écueil nous paraît être justement l'existence possible d'un ou plusieurs points de saignement sur lesquels on aurait pu agir directement et que la simple compression articulaire pourra être parfois inapte à juguler totalement.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare que survienne après l'intervention une légère hémarthrose ; mais on a insisté sur la rapidité dans ces cas de sa résorption spontanée, résorption que l'on peut aider, lorsque l'épanchement est assez abondant, par une ponction à l'aiguille.

Reconstitution de la paroi articulaire. — Dépend naturellement de la voie d'abord empruntée. Il importe de soigner au maximum la réfection de la brèche capsulaire et du surtout fibreux péri-articulaire.

Soins post-opératoires. — Immobilisation relative dans un large pansement ouaté compressif, ou immobilisation complète sur une attelle pendant 3 à 4 jours. Au bout de ce temps l'attelle est enlevée, le genou est toujours enveloppé et bridé par son très large pansement. Vers le 7e ou 8e jour, celui-ci est diminué, le malade effectue ses premiers mouvements articulaires passifs puis actifs de quelque amplitude. Au 10e jour environ, lever.

Telle est la cadence moyenne des suites opératoires d'après les différents auteurs. Certains l'*accélèrent*, pour mobiliser leurs malades dès le 2e, 3e jour. D'autres au contraire la *ralentissent*, retardant en particulier la date du lever jusque vers le 15e ou même 20e jour.

Il serait utile pour beaucoup de compléter les résultats obtenus par différents agents physiques : massage, héliothérapie, infra-rouges, etc...

Résultats. — Ils varient avec le mode d'intervention et la nature même de l'affection pour laquelle on est intervenu.

La synovectomie partielle, pour lésion limitée, d'une articulation isolément lésée, donne pour ainsi dire toujours, à tous les auteurs, des résultats excellents. Disparition des douleurs, mobilité complète retrouvée. Les seuls échecs véritables notés sont dus à des accidents opératoires qui n'ont rien à voir avec la synovectomie elle-même. Tel est par exemple le cas d'ankylose après arthrite suppurée post-opératoire que nous relevons dans la statistique par ailleurs excellente de Bernstein, de Chicago. A noter aussi et dans plusieurs cas un résultat parfait, mais seulement transitoire — et la reprise, après plusieurs mois de silence, de troubles articulaires fonctionnels.

La synovectomie large donne des résultats très satisfaisants, mais un peu moins parfaits presque toujours. Disparition des douleurs, amplitude de mouvement atteignant ou dépassant l'angle droit. Mais elle s'adresse à des articulations déjà plus atteintes.

La synovectomie totale, lorsque le cas est bien choisi, donne elle aussi des résultats favorables. Disparition des douleurs. Récupération fonctionnelle plus ou moins étendue : atteignant l'angle droit dans les résultats les plus favorables.

En résumé, gain incontestable presque toujours, et par suite indication d'une synovectomie totale dans les cas d'arthrite sélectionnés avec la minutie que nous avons vue plus haut. Il ne faut pas en effet s'attendre au miracle : on intervient sur des articula-

tions où la lésion synoviale n'est pas le seul facteur. Il y a fréquemment participation plus ou moins grande des surfaces articulaires elles-mêmes. Enlever la synoviale dans ces cas c'est enlever une partie seulement des éléments de troubles. De plus, l'arthrite chronique est assez rarement localisée à un seul article ; cependant, il faut insister sur ce fait tout à fait intéressant : presque tous les auteurs ont constaté qu'après une intervention par synovectomie totale pour arthrite chronique du genou, il y avait non seulement un bon résultat local, mais encore, presque toujours, une répercussion générale favorable.

*
* *

Tel est donc le bilan nettement favorable que l'on peut établir à l'issue de cette courte étude de la synovectomie. Rappelons que le temps essentiel est le choix des cas pour lesquels une intervention peut être bienfaisante. Négliger ce temps serait pousser à des interventions inutiles et discréditer une méthode qui donne indiscutablement, bien maniée, d'excellents résultats.

Bibliographie

Abbot. Hypertrophie des franges synoviales du genou, *Journ. amer. Med. Assoc.*, mai 1908.

Alglave. Au sujet de la synovectomie du genou par voie transrotulienne, pour synovite chronique, *Soc. Nat. Chir.*, 21 déc. 1932 ; — Voie transrotulienne pour l'exploration du genou, *Presse Méd.*, 1912 ; — La voie transrotulienne transversale appliquée au traitement des lésions osseuses et articulaires du genou, *Soc. Chim.*, 24 décembre 1932 ; — Synovectomie pour tuberculose par voie transrotulienne transversale, *Soc. Nat. Chir.*, 21 janvier 1931 ; — Synovectomie pour tuberculose du genou, *Soc. Nat. Chir.*, 4 mars 1931.

Albertin. Résultats éloignés d'une synovectomie pour arthrite traumatique suppurée, *Soc. de Chir. de Lyon*, 26 janv. 1911.

Allison et Coonse. La synovectomie dans les arthrites chroniques, *Arch. of Surg.*, mars 1929.

Auvray. Lipo-sarcome primitif intra-articulaire du genou, *Soc. Nat. Chir.*, 14 avril 1920.

Barthelemy. Synovectomie pour synovite tuberculeuse à grains riziformes du genou, *Revue Méd. de l'Est.*, 1932, N° 20.

Basset. *Genou : anatomie chirurgicale et radiographique.*

Baumecker. La pathologie de la synoviale articulaire, *Zentralbl. f. Chir.*, 26 mars 1932 ; — Recherches sur les modifications de la capsule articulaire en rapport avec les épanchements de l'articulation du genou, *Arch. f. Klin. Chir.*, 8 juin 1932.

Bernard (R.). Résultats éloignés d'une synovectomie du genou pour hydarthrose chronique, *Soc. Nat. Chir.*, 4 janvier 1933 ; — Résultats éloignés d'une synovectomie du genou pour hydarthrose chronique, *Soc. Nat. Chir.*, 7 février 1934.

Bernstein. Synovectomie du genou pour arthrite chronique, *Ann. of Surg.*, déc. 1933.

Kˌzançon (F.) et Weil (M. P.). Introduction à la pathologie articulaire, *Revue du Rhumatisme*, janvier 1934.

Bick (E.-M.). Pathologie chirurgicale du tissu synovial, *Journ. of Bones and Joints Surg.*, janv. 1930.

Boon-I. Résultats de Synovectomies, *J. of B. and J. Surg.*, oct. 1930.

Braine (J.). *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 19 oct. 1932, 7 déc. 1932. —

Cotte. Résultat éloigné d'une synovectomie pour hydarthrose chronique du genou, *Soc. de Chir. de Lyon*, 7 janv. 1932.

Courboules. La tuberculose osseuse et articulaire, *Revue de Chir.*, 1926.

Diamant-Berger et Sicard. Lipo arthrite traumatique, *Rev. orthop. et chir. de l'app. moteur*, janv. 1932.

Dujarier-Braine. *Journ. de Chir.*, août 1926.

Egger. Hemangiome caverneux circonscrit de la capsule du genou, *Zentralbl. f. Chir.*, juin 1927.

Erb. Les incisions des opérations du genou, *Zentralbl. f. Chir.*, 17 juin 1933 ; — Le choix de l'incision dans les opérations sur le genou, *Arch. f. Klin.*, 18 oct. 1933.

Ficheria. Lipome arborescent, *Soc. Med. Chir.*, Parme, 7 déc. 1923.

Fischer (A.-G.-T.). — Quelques recherches sur les principes physiologiques concernant le traitement des blessures et des maladies des articulations, *Lancet*, 1923, p. 541.

Franck-Dickson. Discussion sur synovectomie, dans *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 3 janv. 1925.

Franckling (H.). Traitement opératoire des arthrites déformantes des grandes articulations, *Brit. Med. Assoc.*, 11 oct. 1924.

Gernez et Moulonguet. Traitement des arthrites sèches monoarticulaires du genou, *Soc. Nat. de Chir.*, oct. 1930.

Guerin (H.). Contribution à l'étude de la pachysynovite hémorragique du genou, *Th. de Paris*, 1928.

Hamant, Bodart et Chalmot. La synovectomie dans les tuberculoses du genou, *Revue Méd. de l'Est.*, 15 janv. 1933.

Heyman. Synovectomie du genou, *Surg.-Gyn.-Obstetr.*, janv. 1928.

Hoffa. Influence du tissu graisseux sur la pathologie du genou, *Amer. Med. Assoc.*, 1904.

Jones (H.-T.). Le fonctionnement du genou après synovectomie. *Proc. Staff Meetings, Mayo Clinics*, 1928.

Key (J.-A.). Régénération de la synoviale dans les genoux des lapins après synovectomie. *J. of Bones and J. surg.*, oct. 1925.

Krida. Hydarthrose intermittente du genou. Deux cas traités par synovectomie. *J. of Bones and J. Surg.*, avril 1933.

Kroh. Conséquences et traitement des vastes pertes de substance de la capsule antérieure du genou. *Arch. f. clin. Chir.*, Berlin, 7 janv. 1929.

Lawen. La synovectomie dans les arthrites chroniques non spécifiques du genou. *Bruns' Beitr. z. klin. Chir.*, 21 août 1932 ; — Traitement des hydarthroses chroniques et récidivantes du genou. *Zentralbl. f. Chir.*, 9 juillet 1932 ; — La synovectomie dans les maladies chroniques non spécifiques du genou. *Zentralbl. f. Chir.*, 10 sept. 1932.

Le Berre, Coureaud, Perves. Un cas de tuberculose du paquet adipeux du genou. *Bull. Soc. Nat. de chir.*, 1933.

Lecène et Leriche. *Thérapeutique chirurgicale.*

Leriche (R.) et Policard (A.). *La physiologie normale et pathologique de l'os.*

Madier. Synovectomie pour lipome arborescent du genou développé au cours d'une arthrite chronique post-traumatique. *Soc. Nat de Chir.*, 28 mai 1930.

Mandl. Régénération de l'articulation du genou. *Zentralbl. f. Chir.*, 28 déc. 1929.

Mauclaire. *Des maladies des articulations.*

Moorhead (John-J.). L'arthrotomie du genou. *Ann. of Surg.*, juillet 1932.

MORENO. Tuberculose de la synoviale. Traitement par la synovectomie suivie de radiothérapie. *Bol. Inst. de Clinique*, 1931.
MOUCHET. Résultats éloignés des arthrotomies du genou. *Soc. Nat. de Chir.*, avril 1918.
OSGOOD. Arthrite chronique. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 4 oct. 1930.
PAINTER. Rôle de la synovectomie dans l'arthrite infectieuse chronique prolifératives. *J. of Bones and J. Surg.*, oct. 1932.
PARIS. Synovite proliférante du genou. *La Picardie Méd.*, mars 1933.
PHELIP (J.-A.). Synovectomies du genou. *Bull. Soc. Nat. de Chir.*, 22 mars 1933.
QUERNEAU. De la synovectomie du genou. *Th. de Paris.*
RIXFORD. Ostéochondromatose. *Ann. of Surg.*, oct. 1930.
ROUVIÈRE (H.). *Traité d'Anatomie humaine*
SALCEDO VARGAS. Synovectomie du genou (2 cas.) *Bol. Soc. de Chir. du Chili*, nov. et déc. 1927.
SEGALE. Régénération de la synoviale. *Beitr. z. klin. Chir.* 81, oct. 1913.
SICARD. Un cas de maladie de Hoffa. *Soc. Nat. de Chir.*, 21 mars 1930.
SIGRIDSON. Structure et fonction de la synoviale articulaire, *J. of Bones and J. Surg.*, juillet 1930.
STÉFANINI (J.). Traitement des lésions méniscales du genou. Incision de Barker élargie considérée comme la voie d'accès de choix aux fibro-cartilages intra-articulaires, *Revue de Chir.*
STEINDLER. Synovectomie du genou. *The Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 3 janv. 1925.
SWETT et HARTFORD. Synovectomie dans les arthrites chroniques infectieuses. *J. of Bones and J. Surg.*, oct. 1924.
SWETT (P.). Synovectomie dans les arthrites chroniques infectieuses. *J. of Bones and J. Surg.*, 1923.
WEIL (M.-P.) et DELARUE. La biopsie de la synoviale dans l'étude des maladies des articulations. *Soc. Anat. de Paris*, 1er juin 1933.
WALCOTT (W.-E.). Régénération de la synoviale après synovectomie. *J. of Bones and Joints Surg.*, janv. 1927.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1934)

Observations sur le pouvoir antigène du mélange toxine diphtérique et vitamine C. — Mlle EDNA HARDE et M. Marcel PHILIPPE.

Mécanisme de l'action spirochéticide du bismuth. — M. Constantin LEVADITI et Mlle Yvonne MANIN.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1934)

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pierre Cadiot, membre titulaire depuis 1905, dans la section de médecine vétérinaire.

Il fait part également de la mort de l'illustre savant espagnol Santiago Ramon y Cajal (de Madrid), prix Nobel, associé étranger depuis 1905.

Mécanisme de l'action préventive exercée par le bismuth dans la syphilis expérimentale. — MM. C. LEVADITI, G. HORNUS, A. VAISMAN et Mlle Y. MANIN. Est-il exact que l'action préventive et curative du bismuth dans la syphilis humaine et expérimentale n'est pas due à l'influence stérilisante exercée par le métal sur le virus spécifique, mais à une inhibition du potentiel prolifératif du germe ? L'ablation du dépôt bismuthique réveille-t-elle l'activité pathogène du *Treponema pallidum*, provisoirement endormie ?

Les auteurs montrent que si l'on a soin de s'adresser à des composés liposolubles (*Bivatol*) utilisés à des doses réellement efficaces, la prévention est constante (100 %) ; elle se traduit, non seulement par la non-éclosion du syphilome *in situ*, mais encore par la stérilité du système lymphatique périphérique et par le retour à la réceptivité initiale. De plus, l'ablation du foyer bismuthique n'est suivie d'aucune récidive.

Il faut donc en conclure que le bismuth, administré sous une forme adéquate et à des doses suffisamment élevées, exerce une action préventive antisyphilitique radicale, une véritable stérilisation de l'organisme, et non pas une simple inhibition du potentiel prolifératif du virus spécifique. Ses propriétés virulicides sont donc hors conteste.

Les pluies et la mortalité chez l'enfant. — Au nom de MM. Cruveilhier, Michel-Lévy et Moine, M. LESAGE présente à l'Académie un mémoire sur la fréquence des pluies et la mortalité chez l'enfant. Cette étude est basée sur : 1° une longue observation météorologique (1921 à 1930) ; 2° une séparation entre la hauteur et la brusquerie des pluies (pluies d'orage) qui laissent peu de traces et la fréquence de la pluie, celle-ci étant le facteur essentiel de production de l'humidité ; 3° l'étude de la mortalité des diverses affections étudiées étant rapportée au même chiffre de population, ce qui permet toute comparaison.

Le résultat de ce travail est que la diarrhée infantile, la rougeole, la scarlatine et la diphtérie présentent leur mortalité la plus élevée dans les départements à pluie fréquente et à humidité, quelques exceptions étant dues à la constitution spéciale géologique du sol qui ne permet pas l'humidité. Dans la production de la persistance de l'humidité, on doit faire intervenir d'autres éléments, tels que la constitution du sol et la ventilation. Le problème peut être complexe.

Fièvre jaune. — M. MATHIS (de Dakar) envoie une note sur le pouvoir protecteur exercé vis-à-vis du virus amaril de souris par le sérum du sujet ayant fourni la souche française du virus de la fièvre jaune.

Le rôle des aponévroses dans les formes extérieures du corps. — M. H. MEIGE. A propos de l'étude de l'anatomie sur le corps nu, M. H. Meige, professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux Arts, montre l'importance des aponévroses dans le relief du corps humain sur lequel elles forment des creux et des méplats.

Si des aponévroses profondes ne font que maintenir l'ensemble des formes, les aponévroses superficielles jouent un plus grand rôle dans la plastique, en particulier lorsqu'elles présentent des bandes de renforcement (fascia lata) ou bandelettes vastes de Paul Richer.

Il existe enfin des aponévroses d'insertion qui ne marquent pas de méplats caractéristiques, comme les aponévroses d'attache des muscles jumeaux, l'aponévrose du sous-scapulaire et surtout celle du triceps brachial, etc... La recherche de ces creux ou méplats formés par les aponévroses permet de trouver sur le nu des points de repère toujours aponévrotiques et qui sont utiles aussi bien aux artistes qu'aux médecins.

La communication de M. Meige est accompagnée de la présentation de fort belles planches.

CHRONIQUE

IIIe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE LATINE (1)

Paris, 17-20 octobre 1934

Ouvert dans la tristesse du deuil national, le congrès de la Presse médicale latine vient de se terminer après trois jours de travail, dans une atmosphère de chaude camaraderie. Certes, les circonstances ont entraîné bien des modifications au programme des réceptions ; d'autre part, notre confrère Pierra, secrétaire général, retenu loin de Paris par de graves inquiétudes familiales, a été obligé à la veille du congrès, de se faire suppléer par le Dr Gardette. Grâce au dévouement de Victor Gardette, de Robert Gardette et de Mlle Gardette, la marche du secrétariat a pu être assurée d'une façon parfaite. Qu'ils en soient remerciés.

La séance d'ouverture a eu lieu le 17 octobre dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le professeur Etienne (de Nancy).

Au bureau avaient pris place : M. Léon, représentant le ministre de la santé publique, M. le doyen Roussy, M. Léopold Mayer (de Bruxelles), président de la Fédération de la presse médicale latine.

De Belgique étaient venus les Drs Delchef et Delcourt (de Bruxelles), le professeur Gunzbourg (d'Anvers), le professeur Dautrebande (de Liége), M. Grunberg (de Bruxelles). Cuba était représenté par les professeurs F. Dominguez et Presno, nos éminents confrères. L'Espagne par le Dr F. Coca (de Madrid) et le Dr Amell I. Sans (de Barcelone). L'Italie avait envoyé l'illustre maître, le professeur Giordano (de Venise), sénateur du royaume, le professeur Nicola Pende, sénateur du royaume, le député Morelli (de Rome), les professeurs Piccinini et Gozzi (de Milan), R. de Blasio (de Naples), Campanacci (de Parme), Sfameni (de Bologne), de Sanctis Monaldi (de Rome), Vaccaro (de Paris). Le Portugal était représenté par le Dr Joao Coelho ; la Roumanie par MM. les professeurs Daniel et Danielopolu, les Drs Jonnesco, Canciulesco, Vassiliu ; le Venezuela par le Dr Herrera.

En ouvrant la séance, M. le Président Etienne associa en quelques mots le congrès au deuil national et demanda une minute de silence. Il annonça ensuite qu'il adressait un télégramme de condoléances à nos confrères de Yougoslavie.

M. Léopold Mayer prononça alors un beau discours à la gloire de la langue française et de la culture latine.

M. le Président Etienne fit ensuite une magnifique évocation de la Rome antique, de la Rome chrétienne, de la Rome moderne mussolinienne et vaticane. Ce furent de belles pages d'une haute élévation d'esprit, d'une forme parfaite, exemple rare de cette culture latine, dont l'orateur fait l'éloge. L'esprit latin, dit-il, n'est-il pas fait de mesure et d'ordre ? N'est-il pas propre aux initiatives hardies comme celles que nous montre le régime fasciste dans tous les domaines. Mais l'âme latine, prompte aux enthousiasmes rapides, sait aussi se discipliner et se montre capable de continuité dans l'effort. Elle a le sens de la justice, et le respect de la parole donnée. Et l'orateur en donne des exemples remarquables...

Après une éloquente allocution de M. le Doyen, le congrès s'ouvrit en présence de S. E. l'ambassadeur d'Italie, par une remarquable conférence de M. le professeur Pende.

Le maître de l'Université de Gênes, après avoir été salué par M. le professeur Loeper, nous fit, dans le français le plus pur, une admirable conférence sur le *Génie médical latin*.

L'orateur n'eut pas de peine à trouver dans l'histoire médicale de l'Italie ces « colonnes » suivant son heureuse expression, qui partant de Morgagni étayent encore toute la science médicale moderne. La finesse de l'esprit de l'orateur, son éloquence élégante, la précision de sa documentation ont fait de sa conférence un modèle du genre.

D'autres conférences eurent lieu dans les jours suivants.

Ce fut d'abord celle du professeur Daniel. Elle eut lieu sous les auspices de l'UMFIA, à l'Institut océanographique. La séance était présidée par S. E. le Ministre de Roumanie et par le professeur J.-L. Faure.

La conférence était consacrée à la *Science roumaine devant la science médico-chirurgicale et ses rapports avec la langue française*. Dans une magnifique et émouvante évocation de l'histoire de la Roumanie, Daniel montra les progrès de l'influence française, il fit revivre quelques grandes figures médicales, le Français Davila, les Roumains Babès, Marinesco, Jonnesco, Jean Cantacuzène. Puis un film se déroula, montrant la douceur de la campagne roumaine, ses beautés, ses monuments, ses hôpitaux et ses universités. Souvenirs émouvants que MM. J.-L. Faure et Dartigues commentèrent en disant leur affection et leur admiration pour l'orateur.

La conférence du professeur Goyanès (de Madrid), eut lieu en présence d'un représentant de S. E. l'ambassadeur d'Espagne, et sous la présidence effective du professeur Hartmann. M. Goyanès ayant été retenu à Madrid, sa conférence fut lue par son collègue, le professeur Pena, l'éminent urologue de Madrid.

La *constitution biotypologique de Don Quichotte et de Sancho-Pança*, tel était son sujet. Ce fut une conférence médicale, une conférence littéraire, un feu d'artifice éblouissant, où l'auteur mit tout son esprit, et le lecteur la plus spirituelle bonhomie. L'un et l'autre furent très applaudis.

La dernière conférence enfin fut confiée au professeur Malvoz (de Liége). L'auteur suppléé par le professeur Vanbeneden, traita de l'*Inflation des intellectuels*. Cette inflation qui porte sur toutes les professions, est bien connue des médecins. C'est pour nous la pléthore médicale. L'auteur l'étudia dans tous les pays, il indiqua les moyens proposés pour l'atténuer — en France, la proposition Portmann — il nous fit connaître de curieuses statistiques qui prêteront certainement à discussion. Ce fut un nouveau succès pour nos amis belges.

Limité par la place, nous n'avons pu qu'indiquer les grandes lignes de ces conférences qui seront d'ailleurs publiées prochainement dans des journaux latins. Il en sera de même des questions mises à l'ordre du jour. Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de les signaler.

La première question concernait les *rapports de la presse médicale et de la publicité pharmaceutique*. Elle fut étudiée par MM. le professeur Gunzbourg, le docteur F. Coca, le docteur Paul Fumouze, rapporteurs ; par le professeur Dautrebande et le docteur J. Salarich.

La deuxième question, fort importante, était : *la responsabilité scientifique et morale de la presse médicale et son rôle directeur*. Les rapporteurs étaient : MM. de Blasio et Ed. Coelho. Le professeur Piccinini et Joao Coelho firent des interventions remarquées.

Enfin, la troisième question était consacrée à la *technique et à la présentation d'un journal médical*. Les rapporteurs étaient MM. Cossio, Pierre Erlande, Robert Gardette.

MM. Canciulesco, Molinéry, Gardette intervinrent utilement.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Enfin plusieurs heures furent occupées par la séance annuelle de la *Société de thérapeutique*, consacrée à la cholestérolémie et ses traitements, et par la réunion de l'*Union thérapeutique* qui élargit encore ses cadres et devient internationale.

Rétrospective. — L'exposition rétrospective de la presse médicale, organisée au musée de la médecine, par notre confrère Maurice Genty, bibliothécaire de l'Académie de médecine, a eu un grand succès. Elle contenait en effet des pièces rares qu'on reverra difficilement.

Assemblée générale. — Conformément aux statuts, le président du congrès, M. le professeur Etienne devient président de la Fédération, en remplacement de M. L. Mayer, président sortant.

M. le professeur Giordano (de Venise) est nommé président du prochain congrès.

L'assemblée émet le vœu que le gouvernement italien veuille bien autoriser ce congrès à Venise.

Au cours de l'assemblée, on fit part de la mort du grand maître espagnol Ramon y Cajal. Sur la proposition de M. J. Coelho (Portugal), la séance fut suspendue en signe de deuil.

Visites scientifiques. — Les matinées de ces trois jours furent consacrées à des visites de laboratoires. De ces visites se dégagea une très forte impression.

L'Institut du Cancer, dont M. le professeur Roussy fit lui-même les honneurs, est très probablement le plus beau des instituts de recherches d'Etat qui soit au monde.

Les laboratoires privés des recherches biologiques du Ds Roussel et ceux du Dr Debat sont dus à l'initiative hardie de deux chercheurs. Si l'un et l'autre ont si merveilleusement réussi, c'est qu'ils sont précisément dirigés avec cet esprit latin fait de mesure, de discipline, de continuité, dont parlait le professeur Etienne. Quand ils commencent une recherche, ils la poussent jusqu'au bout, ils la contrôlent avec rigueur, et ne la livrent aux essais des thérapeutes que lorsqu'ils sont sûrs de son efficacité et de son innocuité.

Nous n'insisterons pas sur le détail de ces beaux établissements bien connus. On sait que chez le Dr Roussel, 800 chevaux fournissent une moyenne de 1 litre de sang par jour et par cheval pour la production de l'hémostyl.

Dans les *Usines chimiques des laboratoires français*, le docteur Roussel emploie 1.200 savants, aides, employés ou ouvriers, qui s'appliquent avec un matériel perfectionné, à la préparation des produits opothérapiques.

Savez-vous qu'il faut utiliser les pancréas de 300 chevaux pour produire 20 *grammes d'insuline* ?

Savez-vous que l'étalon officiel mondial de folliculine a été pris chez le Dr Roussel ?

La visite des laboratoires du docteur Debat a soulevé la même admiration. Là encore, la perfection la plus rigoureuse est alliée à la hardiesse des recherches.

A côté de l'inotyol, à côté du pancrinol, qui rend de si grands services, voici le laboratoire des vaccins, puis le laboratoire de recherche du docteur Arthus, fils du célèbre biologiste. Remarquons en passant que dans les salles de fabrication, on ne nettoie jamais, car rien ne vient salir. Et en parcourant ces salles claires qui ouvrent sur des jardins admirables, on envie le sort des ouvrières.

Que de choses il faudrait encore indiquer..., mais je tenais seulement aujourd'hui à montrer que les laboratoires biologiques de France sont dignes d'admiration et aussi de respect.

Autour du congrès. — Le congrès a été précédé d'une émouvante réunion d'amitié latine. Dans l'intimité que commandaient les circonstances, le comité France-Amérique a réuni des Cubains et des Français autour de notre éminent confrère, le professeur Presno, recteur de l'Université de la Havane, venu pour saluer l'Académie de médecine de Paris, au nom de l'Académie cubaine, et aussi pour assister au congrès de la presse médicale latine, dont il suivit assidûment les séances.

Quelques allocutions familières et émues de J.-L. Faure, Dominguez et le professeur Presno témoignèrent de l'amitié sincère qui unit les médecins cubains et français.

Enfin, à l'issue du congrès a eu lieu la manifestation de fraternité franco-italienne au cimetière de Bligny, où reposent 5.000 soldats italiens. Dans notre précédent numéro, nous avons indiqué combien elle fut émouvante.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA CIRCULAIRE DU MINISTRE DU TRAVAIL (1)

La circulaire du 8 août est toujours en vigueur ; le ministre du Travail s'est refusé à la retirer et, s'il a envoyé à la Confédération une lettre soi-disant explicative, lettre qui n'aura pas les honneurs du *Journal officiel*, il a refusé encore de la communiquer aux préfets.

Nous sommes ainsi fixés sur les intentions du ministre, l'orientation qu'il entend donner à l'application de la loi sur les assurances sociales, et il convient d'examiner la situation qui nous est, ou qui nous sera faite.

La circulaire du 8 août reste obligatoire pour les préfets qui sont les subordonnés du ministre ; les caisses ne manqueront pas de s'abriter derrière eux pour obtenir l'abaissement des honoraires médicaux ; la lettre ministérielle ne pourra intervenir en rien dans les tractations qui auront été provoquées par la circulaire, les préfets n'en ayant pas eu officiellement connaissance, pas plus du reste que les caisses. L'entente directe est gravement menacée.

Cependant, si cette circulaire n'est pas, à proprement parler, illégale, elle est à tendance illégale : contrairement à ce que prescrit le paragraphe 4 de l'article IV de la loi — le tarif de responsabilité des caisses doit être établi compte tenu des tarifs syndicaux médicaux minima — elle voudrait que les tarifs syndicaux dépendissent du tarif de responsabilité et fussent établis compte tenu de ce dernier : les rapports se trouveraient ainsi inversés.

Le ministre du Travail a donc pris des libertés avec le texte de la loi qu'il est chargé d'appliquer ; mais, dans la lettre qu'il a adressée à la Confédération, il ne s'est pas fait faute d'en prendre également : il ne craint pas, en effet, d'affirmer « qu'il ne saurait être question de considérer qu'il existe une corrélation légale et obligatoire entre les tarifs de responsabilité et les tarifs syndicaux ».

Cette seconde erreur est aussi manifeste que la première : il existe bel et bien « une corrélation légale et obligatoire » entre les deux tarifs ; mais comme elle n'est pas dans le sens qu'il aurait souhaité et qu'il a vainement tenté de faire admettre dans sa circulaire, il trouve plus expédient, dans sa lettre, de la nier purement et simplement.

Cette interprétation fantaisiste ne saurait être acceptée par les médecins, car les dispositions de la loi présentent pour eux l'avantage incontestable de donner la priorité aux tarifs médicaux : cette corrélation légale place en fait

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, nos 77 et 79.

les tarifs de responsabilité, sous la dépendance, peut-être insuffisamment précisée, mais sous la dépendance tout de même, des tarifs médicaux. Aussi ne peut-on que regretter que, dans les négociations avec le ministre du Travail, ce point très important qui constitue le fond même du débat n'ait pas été explicitement rappelé et soutenu.

Par ailleurs, le ministre se garde bien, dans sa lettre, de revenir sur certaines dispositions de sa circulaire, et ainsi, même si cette lettre pouvait avoir une valeur quelconque, elle n'en laisserait pas moins subsister ces dispositions qui demeurent impératives pour les fonctionnaires auxquels cette circulaire a été adressée : ceux-ci devront donc inviter les caisses à en poursuivre l'application.

Les caisses devront ainsi utiliser tous les moyens d'action qu'elles peuvent avoir à leur disposition pour obtenir l'abaissement des honoraires médicaux et tendre vers « la solution idéale » qui serait de les ramener au niveau des tarifs de responsabilité.

Enfin, « si l'abaissement des tarifs syndicaux minima ne se trouvait pas en fait adopté par la majorité des praticiens, il y aurait lieu d'envisager la résiliation des conventions ».

Il apparaît donc que la lettre ministérielle ne donne aucune satisfaction au corps médical : elle ne modifie en rien la circulaire qui demeure aussi impérative pour les fonctionnaires auxquels elle est adressée ; elle laisse subsister les menaces et l'ultimatum qui la termine ; les médecins ne peuvent se laisser tromper ni par sa rédaction peu précise, ni par la confusion, peut-être escomptée, sur les valeurs respectives de ces deux documents.

Si certains ont pu croire, ou laisser croire que l'incident était clos, il convient que l'ensemble du corps médical ne se laisse pas prendre à cette manœuvre. En fait, l'entente directe est plus que menacée et nous allons inéluctablement nous trouver devant cette alternative : soit abaissement de nos honoraires dans la mesure qui conviendra aux caisses, soit « résiliation des conventions ».

A moins que....

Mais, pour cela, il faudrait que le corps médical fût organisé pour la résistance et non pour la collaboration et les concessions.

A. HERPIN.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE ET DES COMMUNES LIMITROPHES

(*Communiqué.*)

Paris, 18 octobre 1934.

A Messieurs les Présidents et Secrétaires des Syndicats médicaux français.

Mon cher confrère,

Dans sa circulaire N° 66, rendant compte de l'incident soulevé par la circulaire ministérielle du 8 août 1934, le secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français écrit : « La conclusion, c'est la lettre ci-jointe du ministre du Travail, lettre que le Conseil a estimée nous donner toute satisfaction. »

Or, après étude approfondie de la question, le Syndicat des médecins de la Seine ne saurait s'associer à une interprétation aussi optimiste de la lettre ministérielle. Celle-ci, en réalité, ne nous donne aucune satisfaction, comme nous allons le montrer.

Tout d'abord, au point de vue juridique, une lettre de ce genre, quel que soit son contenu, ne possède aucune valeur. C'est ce qui ressort très nettement de la consultation rédigée par Me Jobit, avocat à la cour d'appel, conseil juridique de la Fédération des syndicats médicaux de la Seine, dont nous vous joignons le texte intégral, nous bornant à transcrire ici les conclusions :

« Malheureusement, cette lettre n'a qu'une portée relative, limitée à ses destinataires, les syndicats protestataires, tandis que la circulaire incriminée a une force obligatoire vis-à-vis des fonctionnaires à qui elle est adressée. Ceux-ci ne se trouvant pas touchés par la lettre du 30 septembre qui ne leur est pas destinée, ne connaissent que les instructions de la circulaire qui, pour eux, reste intacte. »

D'autre part, le contenu même de cette lettre, même si elle avait une valeur, ne détruirait en rien la portée de la circulaire de M. Marquet. Car que disait M. Marquet dans sa circulaire ? Trois phrases caractéristiques expriment sa pensée :

« Il appartiendra aux représentants de la caisse d'obtenir, en contre-partie des sacrifices résultant de l'augmentation des dépenses, une réduction du tarif syndical minimum. »

« Grâce aux moyens d'action qui sont à leur disposition, les organismes d'assurances sociales pourront tendre, par le jeu des concessions réciproques, vers la solution idéale d'une identité entre les tarifs syndicaux minima et le tarif de responsabilité de la caisse pour les actes médicaux. »

« J'ajoute que si l'abaissement des tarifs syndicaux minima ne se trouvait pas en fait adopté par la majorité des praticiens, il y aurait lieu d'envisager la résiliation des conventions conclues conformément aux dispositions de l'article 9 du projet type publié au *Journal officiel* du 8 août 1930. »

Voilà qui est net. M. Marquet invite les caisses à obtenir par tous les moyens possibles une réduction des honoraires médicaux pour les soins aux assurés sociaux : et si les médecins s'y refusent, les caisses devront résilier les conventions, c'est-à-dire organiser elles-mêmes les soins à leurs assurés.

Or, que dit la lettre rectificative de M. Marquet ?

« Aussi, je crois utile de préciser qu'il ne saurait être question de considérer qu'il existe une corrélation légale et obligatoire entre les tarifs de responsabilité et les tarifs syndicaux. Aucune confusion ne peut exister à ce sujet : la simple lecture des textes sur la matière montre que ces tarifs sont indépendants l'un de l'autre. »

Et c'est tout.

M. Marquet ne retire nullement ni son invitation aux caisses d'obtenir la réduction des honoraires médicaux ni sa menace de résiliation des conventions en cas de résistance du corps médical.

La lettre rectificative de M. Marquet ne rectifie rien et les injonctions de la circulaire du 8 août subsistent intégralement. L'Administration, ainsi que les caisses, sont toujours tenues de s'y soumettre.

En conséquence, le S. M. S. estime que la Confédération doit demander au ministre l'annulation pure et simple de sa circulaire, à tendance illégale, du 8 août, ou tout au moins obtenir une circulaire rectificative qui, calmant l'émotion du corps médical et rassurant sa légitime inquiétude, lui donnerait vraiment satisfaction.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Pour le Syndicat des Médecins de la Seine,
Le Président :
Dr M. SÉNÉCHAL.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 29 octobre. — Jury : MM. Loeper, président ; Proust, Haguenau, Vignes. — Mlle HIRSCHHORN. Insufflation tubaire et lipiodol dans le traitement de la stérilité tubaire.

Mardi 30 octobre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Philibert, Piédelièvre. — M. VIOGET. Deux cas de compression du thorax. — M. LAGACHE. Les hallucinations verbales et la parole.

Thérapeutique endocrinologique des Troubles Ovariens
par les principes endocriniens différenciés

l'AGOMENSINE
Thérapeutique de Stimulation

Substance protéidique extraite de l'ovaire
Hormone congestive et vasculaire

Action { Stimulante de la fonction ovarienne
Congestionnante de l'utérus
Déclanche la menstruation

la SISTOMENSINE
Thérapeutique de Substitution et de Régulation

Substance lipoïdique extraite de l'ovaire.
Hormone de croissance et d'évolution (Allen & Doisy)

Action { Equilibrante de la fonction menstruelle.
Régularise le flux cataménial.
Antimétrorragique et.
Antidysménorrhéique.

l'ANDROSTINE
Thérapeutique de Complément et de Neutralisation

Substance protéidique extraite du testicule
Hormone hétérologue complémentaire

Action { Neutralisatrice dans l'hyperovarie.
Régularisatrice dans troubles de la puberté et de la ménopause.
Calmante et équilibrante dans troubles du sympathique pelvien.

Ces trois produits sont présentés en Comprimés

LABORATOIRES CIBA_O. ROLLAND, 109-113, Boul.d de la Part-Dieu. LYON

336

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique hydroclimatique des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire (1), par M. PIERY.

Si la cure thermale et climatique est l'un des plus anciens éléments de la thérapeutique médicale, sa connaissance est jusqu'ici trop souvent demeurée empirique et chaque médecin fut trop longtemps abandonné à ses propres moyens, insuffisants, pour conquérir les connaissances nécessaires. Le présent volume, qui met au point ce que nous savons aujourd'hui, vient donc bien à son heure.

Les idées dans ce domaine ont largement évolué depuis le XVIIIe siècle et surtout depuis cinquante ans, comme en clinique du reste.

L'auteur étudie l'action générale des diverses espèces climatiques et hydriques ainsi que leurs indications et contre-indications générales. Il traite ensuite du choix des diverses stations entre lesquelles le praticien doit choisir pour ses malades afin de lui éviter des erreurs d'orientation que devrait rectifier le médecin spécialiste.

Le jeune médecin au début de sa carrière, et autant que lui le praticien dans l'exercice courant de sa profession, trouveront les plus clairs et les plus substantiels renseignements sur les eaux, leur composition, leurs effets, les indications et contre-indications relatives à l'étiologie, au terrain, les techniques mises en œuvre pour la cure et dont le maniement n'a fait que croître en délicatesse à mesure que les moyens devenaient plus nombreux. A l'appui, de nombreuses illustrations et de précieux tableaux qui transforment à l'occasion ce manuel en un laconique formulaire. De nombreuses indications bibliographiques aussi qui orientent vers les travaux originaux trop souvent malaisément retrouvés dans l'abondance des publications françaises et étrangères.

L. BABONNEIX.

Enfance et hérédité (2), par A. LESAGE, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux.

Cet ouvrage représente une longue suite d'observations et de réflexions personnelles. C'est une vue d'ensemble qui a pour but de faire réfléchir le médecin sur les nombreux problèmes qui se présentent à lui dès que l'enfant vient au monde.

La première idée que l'on doit avoir, quand on se trouve devant un nourrisson, ou un petit enfant, est, avant de conclure à une maladie acquise, qu'il faut toujours rechercher l'état initial, c'est-à-dire l'hérédité. Il faut d'abord voir l'enfant en bloc, le situer dans son milieu, son hérédité et poser cette question : d'où vient cet enfant ? Il faut aussi regarder l'entourage : les beaux-parents, les vieux qui incarnent l'hérédité, sonder le passé avant de juger le présent. En agissant ainsi, on est sûr de ne pas faire fausse route et de ne pas uniquement attribuer au syndrome digestif autour duquel se groupe toute la pathologie du nourrisson, ce qui, simplement, dépend de l'hérédité.

Fait curieux. On ne pense pas aux transmissions héréditaires, alors que l'on admet l'immunité naturelle passagère contre certaines maladies.

On trouvera, dans ce petit livre, l'indication des stigmates héréditaires, dont il convient de rechercher les causes, une classification générale des hérédités morbides ; enfin une étude très complète de l'arthritisme, groupement d'équivalents divers (séborrhée, eczéma, asthme, obésité, goutte, colique néphrétique et hépatique, hémorroïdes, migraine, hydrorrhée nasale, bronchorrhée, etc., qui peuvent se remplacer ou se combiner dans les générations successives et dans le cours de l'existence de l'individu.

La symptomatologie, le diagnostic, la pathogénie et le traitement de la maladie sont tour à tour envisagés.

L. G.

Les Ordonnances du médecin praticien, 256 répertoires de thérapeutique clinique (1), par MM. ABATUCCI, BELLOT, BOZO, BROCQ, COMBY, DESFOSSES, FELDSTEIN, GLÉNARD, JAYLE, JOURNÉ, JUSTER, LAURENS, LERMOYEZ, LEVEN, LORIN, LUTIER, MARTINET, Léon MEUNIER, P. MICHON, R. MIGNOT, MONDOR, NOBÉCOURT, PAUTRIER, POIX, RAVAUT, RIVET, SPRINGER, F. TERRIEN, TERSON, André THOMAS, VAN-DER-ELST, VIGNES. Troisième édition, revue et augmentée.

Troisième édition de ce livre de médecine pratique. Il englobe sous la forme de 256 ordonnances modèles, courtes, schématiques et pourtant des plus complètes (elles sont ramenées à la limite de deux pages plus ou moins denses), la plupart des cas que la médecine est appelée à rencontrer dans la pratique courante.

Ces ordonnances, toutes rédigées par des mains expertes, par des médecins et chirurgiens connus, sont classées par ordre alphabétique, de façon à imposer le minimum de recherche, précédées presque toujours d'un rappel clinique et diagnostique. Elles constituent une collection de canevas thérapeutiques dont les praticiens peuvent s'inspirer et dans lesquels ils trouvent, mises au point, les nouvelles médications thérapeutiques.

Cette nouvelle édition a été entièrement revue.

L. G.

Les fous satisfaits (avec 15 dessins originaux de l'auteur) (2), par le docteur Paul MONDAIN, de la Faculté de médecine de Paris, médecin-chef des Asiles d'aliénés, ex-interne des Asiles de la Seine.

Des fous gais, des fous heureux, des fous béats, — un grand nombre de « fous satisfaits », — fous d'Asiles (si semblables parfois à certains individus côtoyés dans la vie quotidienne), ont passé, agi, vécu devant l'auteur.

Il les a regardés, observés, « enregistrés », de son œil tout à la fois de psychiatre et d'artiste.

Il les a triés, répartis, catalogués, rassemblés... et, de ces ensembles, a tiré ces portraits synthétiques, exprimés par un double graphisme : celui de l'écriture et celui du crayon.

Portraits psychologiques rendus aussi bien par un texte alerte, incisif, — qui, sous ses descriptions pittoresques, dissimule l'analyse psychiatrique et la préoccupation médicale, — que par un dessin d'une technique moderne un peu réfrénée.

Et elles ont ceci d'intéressant, ces figures, c'est qu'elles démontrent une fois de plus que le dessin « documentaire » et l'art, loin d'être irrémédiablement incompatibles, peuvent au contraire s'allier pour constituer une formule plus démonstrative, plus « inquisitrice », plus expressive et plus riche de pensée et de nuances que la banale iconographie photographique, — surtout en psychiatrie...

L. G.

(1) Paris, Masson et Cie, 1934. (Bibliothèque hydroclimatologique).

(2) Collection Médecine et chirurgie pratiques. Un volume de 104 pages avec 6 figures et 6 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 526 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 raisin, 194 pages hors texte sur beau papier surglacé Navarre, 7 dessins au trait et 9 similigravures, couverture deux couleurs illustrée par l'auteur. — Prix : 20 fr. — Editions Véga, 43, rue Madame, Paris (VIe)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

"CALCIUM-SANDOZ"

(Gluconate de Ca Sandoz)

Injectable à doses efficaces sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

Ampoules de 2 cc., 5 cc. et 10 cc.	Tablettes chocolatées	Comprimés effervescents	Poudre granulée
(solution à 10 %)	*(dosées à 1 gr. 5 de gluconate de Ca)*	*(dosés à 4 gr. de gluconate de Ca)*	
Une ampoule tous les jours ou tous les 2 à 3 jours.	3 à 6 par jour.	2 par jour.	3 cuillerées à café par jour.

FORME NOUVELLE : *"Calcium-Sandoz" Sirop.*

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE

1 à 3 pilules à chaque repas. - **6, Rue Abel, PARIS** - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { *Cachets pour Adultes*, 2 à 6 par jour. / *Poudre pour Enfants*, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Éch. méd. gratuit. - **AUBRIOT**, 56, Bd Ornano, PARIS

R. C. Seine, 20.019

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**

Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.

DIVISION du BOL ALIMENTAIRE

CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*

Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS - 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — **PRODUIT FRANÇAIS**

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ
PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES
POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE
ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX
DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE: SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'**Académie de Médecine** en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 31 OCTOBRE 1934. — N° 87.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS
Aluminium et cancer, par M. R. Levent.
XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Compte rendu, par M. Dariau.)
Première question : « Pathogénie et traitement des rectites prolifférantes et sténosantes. » Rapporteurs : MM. J. Gatellier (de Paris) et A. Weiss (de Strasbourg).
Discussion.
LES CONGRÈS DU CANADA (1934)
XXIIIe Congrès français de médecine. — XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Compte rendu, par M. J. Huber.)
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Les allocations familiales et les médecins, par M. A. Herpin.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de médecine militaire française. — Société de médecine de Paris. — Société des chirurgiens de Paris.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Pneumothorax tuberculeux. Signes et diagnostic.

INFORMATIONS

CONCOURS DE MÉDECIN EN CHEF DE CHAMPCUEIL. — *Epreuve clinique double.* — Total des deux épreuves (maximum 40) : MM. Even, 38; Pellier, 35.

Total des points obtenus : MM. Even, 58; Pellier, 53.

M. le docteur Even est nommé médecin en chef du sanatorium de Champcueil.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Le docteur Dessaint a été nommé, après concours, chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen.

— Tours. — Le concours de l'internat des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Carrois, David, Courtois, Douvion et Laurentin.

Internes provisoires : MM. Robin, Rauch, Mlle Tatout.

HOPITAL MIXTE DE MELUN. — Un concours aura lieu à l'hôpital mixte de Melun le mercredi 21 novembre, à 9 h., en vue de la désignation d'un interne titulaire et éventuellement d'un ou deux provisoires.

Un exemplaire du programme est déposé à l'Association corporative des étudiants en médecine, 8, rue Dante, Paris (Ve).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Gérald, professeur suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur titulaire.

Le docteur Vouzelle, professeur de clinique obstétricale à ladite Ecole, est nommé professeur de clinique chirurgicale; le docteur Filhoulaud est nommé professeur de clinique obstétricale.

— Tours. — Le docteur Huc, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de Tours, a été nommé professeur de physiologie.

— Un concours s'ouvrira le 6 mai 1935 devant la Faculté de médecine de Paris pour la nomination d'un professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de Tours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Santé publique. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Descomps (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bouju (de Darnetal), Colbert (de Combo-les-Bains), Deyber (de Paris), Mougeot (de Royat), Moy (de Saint-Brieuc), Payan (de Marseille).

Guerre. (Réserve.) — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin sous-lieutenant Pétrault (Indochine).

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le docteur Laffaille, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, à Paris; Mme le docteur Pouchet-Soufflard, assistante à l'hôpital des Enfants-Malades.

Médaille d'argent. — Mlle le docteur Amiaud (de Bordeaux), M. le docteur Girard (de Nancy), M. Suchmann, interne au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; MM. les docteurs Bilbault (de Paris), Bonnemaison, de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye; Leblanc, de l'infirmerie de Petitjean; Arsollier, de l'infirmerie indigène de Port-Lyautey; Lhez, du bureau d'hygiène d'Oudjda.

Médaille de bronze. — M. Daumas, chef de laboratoire des hôpitaux de Nice; M. Hawthorn, externe en médecine des hôpitaux de Marseille; M. Sztatler, externe des hôpitaux de Grenoble; MM. les docteurs Vasseur (de Lestrem), Bosc (de Paris); MM. Sallet et Fort, internes à l'hôpital Saint-Louis; Mlle Montrosier, externe à l'hôpital Saint-Louis; M. Ennuyer, externe à l'hôpital Ambroise-Paré; M. Vialard, externe au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; MM. Lenoir et Gerbert, externes à l'hôpital Hérold.

PRIX NOBEL. — Le prix Nobel de médecine a été attribué, par parts égales, à trois médecins américains : MM. George Minot, William Murphy et George Whipple.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE ITALIENNE. — Au cours du Congrès annuel de la Société, la médaille d'or du concours international Cirincione 1934 a été attribuée au docteur Jean Nordmann (de Strasbourg).

CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ. — MM. H. Vaquez et A. Clerc, professeurs, recommenceront fin janvier 1935 leur cours de perfectionnement sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Le programme détaillé sera publié en novembre prochain.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de la tête et du cou, chirurgie nerveuse), en huit leçons, par M. le docteur P. Lecœur, prosecteur, commencera le lundi 12 novembre 1934, à 14 h., et continuera tous les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE. — Des conférences d'anatomie-physiologie du système nerveux, préparatoires aux concours des Asiles, seront faites à l'Asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris, par MM. Ferdière et Delmont, internes des Asiles de la Seine.

Première conférence le 9 novembre, à 8 h. : Développement du système nerveux.

Peuvent s'inscrire également les étudiants en philosophie. Conditions spéciales aux internes de province.

Ecrire à M. Ferdière, interne, Asile de Villejuif (Seine).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE NATURISTE. — La Société de médecine naturiste de Marseille a été fondée le 28 juin 1933. Société uniquement et essentiellement scientifique elle ne groupe que des docteurs en médecine; elle a pour but d'étudier la doctrine naturiste, de permettre à ses membres d'en mieux connaître les procédés et les méthodes, et de les perfectionner. Elle ne leur impose aucun dogme scientifique; elle groupe et fournit la documentation indispensable à ceux qui veulent se renseigner sur le naturisme et les questions qui s'y rattachent.

Les adhésions sont reçues au siège de la Société, 19, rue Venture, à Marseille.

Insomnies
Toux nerveuse. **BROMÉINE** MONTAGU

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sénique (de Verdun), décédé subitement à l'âge de 70 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ALLOCATIONS FAMILIALES ET LES MÉDECINS

L'initiative prise par quelques industriels de verser à leurs salariés des allocations familiales a été généralisée et codifiée par la loi du 11 mars 1932 qui les a rendues obligatoires.

Un arrêté ministériel du 20 juillet 1934 vient de les étendre aux professions médicale et para-médicales, à partir du 1er janvier 1935.

Ces allocations consistent en une prime prénatale composée des éléments d'une layette ; en une prime de natalité qui s'élève à 250 francs pour le premier enfant et à 150 francs pour chacun des suivants ; en allocations mensuelles de :

30 francs pour un enfant ;
70 francs pour deux ;
120 francs pour trois ;
200 francs pour quatre ;
80 francs pour chacun des suivants ;
Et une prime d'allaitement de 50 francs par mois.

Ces versements sont assurés par des organismes créés à cet effet, les caisses de compensation ; ces caisses percevront, par chaque salarié rentrant dans les catégories visées par la loi, une prime sur le salaire qui sera en principe de 2 %.

Devront donc, *à partir du 1er décembre* 1934, être affiliés à une caisse de compensation qui sera agréée pour la profession médicale, tous les médecins utilisant un salarié, homme ou femme, participant à un titre quelconque au service de la consultation. Il en sera ainsi pour tout domestique qui y sera spécialement affecté, de même que pour tout domestique à service mixte, personnel et consultation.

Le contrôle en sera exercé par les inspecteurs du travail à qui l'application de cette loi donnera le droit de pénétrer dans notre domicile pour ses vérifications.

Tous les membres des professions médicale et para-médicales, groupés dans la série F. 7 du décret, *devront obligatoirement être affiliés tous à la même caisse de compensation départementale ou régionale* à qui sera donné à cet effet l'agrément ministériel.

Les adhésions seront individuelles, mais les conditions seront collectives ; aussi les groupements médicaux (pour Paris, le Syndicat des Médecins de la Seine) étudient-ils actuellement, en accord avec les groupements de la même série, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, etc., les conditions les meilleures pour leurs adhérents : dès que des résultats positifs, tant au point de vue de la caisse de compensation, que du taux de cotisation et de l'agrément ministériel, seront obtenus, les confrères en seront avisés le plus rapidement possible par la voie de la presse médicale et de nos bulletins professionnels.

A. HERPIN.

Phosphopinal Juin
Reconstituant général, est au Phosphore blanc ce que le Cacodylate est à l'Arsenic
Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millord, Paris (16e)

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVÉRINE 0,03
DE CODÉINE 0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. . 0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. . 0,035

CALMANT DE LA TOUX
SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — **Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**
à avaler sans les croquer.
Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN. — COMAR & Cie, *20, Rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE / D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16, Seine.

PRATIQUE MÉDICALE

LA PROSTIGMINE DANS LE TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION INTESTINALE CHEZ LE NOURRISSON INTOXIQUÉ (1)

Par le docteur Ch. MASSIAS.

Il n'est pas rare, dit l'auteur, de voir des obstructions, des occlusions dynamiques chez des nourrissons annamites à qui on a fait absorber des médicaments chinois paralysant la motricité intestinale. La prostigmine est indiquée dans ces cas. L'auteur a injecté à des nourrissons un quart de centicube de la solution de prostigmine à 5 p. 1.000 (Roche), une demi-heure après l'injection, lavement de 50 cmc. glycériné ou lavement de 20 cmc. de NaCl à 10 p. 100. Des enfants au ventre énorme depuis deux jours ont eu des selles dans les deux heures qui suivent la piqûre de prostigmine.

L'auteur rappelle dans le *Bulletin XI* n° 7, d'octobre 1933, p. 817-819, les heureux effets obtenus par l'emploi de la prostigmine en injection sous-cutanée dans le traitement des obstructions et occlusions intestinales chez l'adulte et de la parésie intestinale post-opératoire.

Il faut citer également les observations publiées par M. Lefort, de Paris (*Soc. des Chir.*, 3 novembre 1933), qui sont venues confirmer les nombreuses publications faites sur l'emploi de la prostigmine dans l'atonie intestinale post-opératoire et post-partum par MM. Jeanneney, Mandillon, Chalochet, Tourneux et Gourdou, etc., et aussi les bons résultats obtenus dans le spasme de l'uretère enregistrés notamment par M. Darget. Enfin notons également que, dans l'aérocolie, M. Aubourg a conseillé l'emploi de la prostigmine (*Presse Médicale*, septembre 1933).

Comme l'ont fait remarquer MM. Tourneux et Gourdou et comme l'a constaté également M. Massias, la prostigmine administrée à doses thérapeutiques ne provoque aucun accident ; l'injection est indolore ; on n'observe aucun trouble de l'appareil cardiovasculaire, pas de bradycardie, ni de chute de la pression artérielle. L'absence de toxicité est certainement un très grand avantage.

(1) *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indochine*, 4 avril 1934.

LIVRES NOUVEAUX

L'intelligence et le caractère. Leurs anomalies chez l'enfant (2), par le Dr H.-M. FAY.

L'auteur a pour but de faciliter leur tâche aux éducateurs, aux éducateurs d'enfants arriérés surtout — dont les défauts ne sont en effet pas l'effet d'une éducation mal conduite, comme certains l'ont prétendu : ils sont, au contraire, le plus souvent les résultats d'une prédisposition que l'éducation a pour but de corriger. Et les différences grandes entre enfants de divers temps et de divers pays ne sont pas moins grandes entre contemporains et compatriotes, même au point de vue intellectuel.

L'auteur étudie d'abord l'intelligence, dans ses fonctions réceptrice et expressive, les tests et leurs emplois dans ses manifestations physiologiques, dans ses maladies, ainsi que l'origine de ces anomalies.

Même étude en ce qui concerne l'humeur et le caractère, les modifications diverses de l'activité, de la société, de la bonté et des comportements divers.

Série d'aperçus cliniques et psychologiques très utiles à l'orientation d'une éducation et au choix des mesures que doit prendre un éducateur.

L. BABONNEIX.

(2) Paris, Foyer central d'Hygiène, 1934. (Eléments de psychologie et de psychiatrie infantile à l'usage des éducateurs.)

Essai médical sur Vichy (1), par Roger GLÉNARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès sciences.

Tout le monde s'accorde à reconnaître aux eaux de Vichy à la source une efficacité particulière, mais la cause en est encore difficile à déterminer. Toutefois les progrès modernes de l'hydrologie scientifique ont augmenté certainement nos lumières sur ce point.

L'auteur qui, en 1911, avait décrit, dans ces eaux, l'existence de colloïdes doués d'un pouvoir catalytique ou de ferment, passe en revue l'état actuel de la question, et aboutit à conclure que ce mode d'action est assurément fort complexe.

Un rôle plus ou moins important peut y être joué, dans certains cas, par leur température, leur alcalinité, leur richesse plurimétallique, leur acide carbonique libre, mais aucune de ces propriétés ne saurait être entièrement retenue.

Comme ces eaux n'ont qu'une radioactivité très faible, seule reste à envisager l'animation vibratoire temporaire amenée dans l'eau par la précipitation des colloïdes qui suit le dégagement d'acide carbonique à l'émergence.

Tout se passe comme si ces corpuscules colloïdaux sans cesse en mouvement, communiquaient aux terminaisons nerveuses de l'estomac ou de la peau un ébranlement salutaire, susceptible de propager un nouveau dynamisme aux organes profonds, pour stimuler leur fonctionnement vers le retour à un équilibre d'activité normale.

Cette interprétation d'une partie de l'action des eaux de Vichy sur place a pour elle bien des arguments biologiques et médicaux que l'auteur développe dans une large étude, abondamment illustrée, pleine de vues originales et de déductions pratiques, et s'étendant de l'origine de ces eaux jusqu'à leurs indications thérapeutiques et à leurs divers modes d'utilisation. L. G.

(1) In-8 couronne de 128 pages avec 12 dessins dans le texte. — Prix : 12 fr. — Paris, l'Expansion scientifique française.

Memento Cartier. Edition Sud-Est 1934

Paru en septembre dernier, cet ouvrage, dont la présentation est particulièrement soignée, constitue de plus en plus, par sa documentation, le livre de chevet du praticien.

Comportant, comme par le passé, la documentation médicale et hospitalière de 28 départements du sud-est, l'Edition 1934 du *Memento Cartier* présente à ses lecteurs de nouvelles rubriques du plus grand intérêt. Citons entre autres :

Les *listes par rues* des médecins exerçants de Lyon et Marseille.

Les tableaux des *stations climatiques et marines*.

Une carte index, qui, s'ouvrant, au milieu du volume, permet de trouver immédiatement le renseignement cherché, tout en mettant en évidence, la *densité médicale* des départements du Sud-Est de la France.

Nous rappelons que cet ouvrage est offert gratuitement à tous les médecins exerçants du sud-est et des villes d'eaux françaises.

Il est cédé aux ressortissants du corps médical, au prix de 50 *francs*.

Publicité et souscriptions : 13, rue Puits-Gaillot, Lyon (Rhône).

LABORATOIRES CARTERET

Tonique Cardiaque Diurétique Puissant

avec

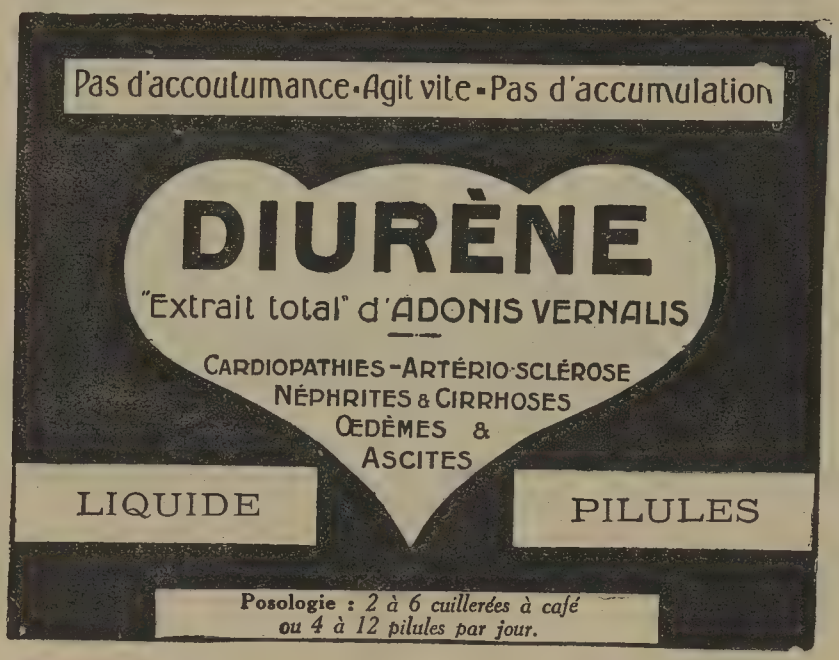
tous les principes actifs de l'Adonis vernalis

Pas d'Accumulation

Pas d'Accoutumance

Pas toxique

Agit vite



Echantillons et Littérature : 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS

ACTUALITÉS

ALUMINIUM ET CANCER

Même après que les travaux de Sainte-Claire-Deville eurent fait perdre à l'aluminium sa qualité de métal précieux, bien des années passèrent avant qu'il devînt le métal d'usage courant que nous connaissons. Certains inconvénients pratiques l'avaient fait abandonner après une brève période d'essai et ce n'est guère que depuis 1900 qu'il est peu à peu devenu plus usuel. Depuis 1914, l'aluminium devient de plus en plus d'usage courant et il ne paraît actuellement menacé par aucun des nombreux alliages dont s'est enrichie la métallurgie contemporaine.

L'augmentation de fréquence du cancer depuis une génération et en particulier chez des sujets jeunes, pour des raisons qui nous échappent encore, ont amené certains esprits à rechercher une corrélation avec l'extension prise par l'usage ménager et culinaire de l'aluminium.

Divers travaux ont paru de temps à autre en ces dernières années ; récemment encore, un bref article de Tchijevski et Tchijevskaia (1), à l'occasion de diverses observations personnelles, posait à nouveau la question et énonçait, de façon provisoire sans doute, des conclusions qui n'en trahissaient pas moins des suspicions à l'égard de l'aluminium.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude de conclusions à l'appui desquelles ces auteurs n'ont jusqu'ici apporté que des affirmations, d'ailleurs dubitatives, et trop peu de faits explicites.

Certains homéopathes, d'autre part, apportent des arguments plus palpables, plus explicitement cliniques, qui les mettent dans un état d'esprit réservé.

Dans une étude de 1932, R. M. Le Hunte Cooper (2) prend en effet position contre l'aluminium. Bien que Hahnemann ait exprimé en son temps des vues analogues, ce sont surtout ses constatations personnelles ainsi que celles d'autres auteurs contemporains qui sont les bases de sa conviction.

Le Hunte Cooper fait en effet siennes les conclusions de Lancret et de Easter qui, dès 1913, considéraient que l'usage prolongé de l'aluminium provoquait un syndrome d'allure neurasthénique : fatigue et sensation de faiblesse générales, céphalée au réveil, incapacité au travail intellectuel, agitation, sentiment d'indécision et d'appréhension, palpitations et dyspnées sans signes physiques, tous symptômes qui cessent rapidement lorsqu'on abandonne l'usage de l'aluminium. Il se base aussi sur ce que la thérapeutique par « Alumina » guérit ces troubles, soit de façon immédiate, soit après un stade d'exagération transitoire que la doctrine homéopathique considère comme un certificat étiologique. Il fait état aussi de diverses manifestations articulaires localisées ; gonalgie, flux articulaire ; de divers syndromes d'allure dyspeptique, de sensations précordiales pénibles, de sueurs profuses où les traitements auxquels nous venons de faire allusion donnèrent de bons résultats. Croley cite aussi des faits analogues.

On se trouve à coup sûr très loin ici des symptômes franchement toxiques, aigus ou même chroniques. Ces auteurs y voient pourtant la signature de l'aluminium et son influence délétère ; de ce qui se voit, ils concluent à l'importance de ce qui se dissimule, pour le présent et surtout pour l'avenir.

***

A bien lire de telles observations cliniques, on ne peut s'empêcher de les trouver bien pauvres de caractères particuliers et de voir dans ces troubles fonctionnels, du domaine digestif ou du domaine nerveux, une grande ressemblance avec des manifestations en grande partie imaginaires telles que tout médecin en rencontre chez des sujets inquiets et que bien souvent il arrive à faire disparaître — au moins temporairement — par d'autres moyens. En sorte que rien n'empêche de penser que l'aluminium joue ici le rôle, d'ailleurs utile, de bouc émissaire et que sa suppression ou sa prescription pharmaceutique ne sont pas dépourvues d'une certaine valeur psychothérapique. Il serait intéressant aussi de savoir si de tels malades n'ont pas par la suite présenté à nouveau des troubles analogues alors que l'aluminium ne pourrait plus être mis en cause.

D'autre part, le laconisme des griefs articulés par les auteurs russes et le peu de détails qu'ils donnent sur leurs observations tant cliniques qu'expérimentales ne permettent guère de se faire une opinion positive. Des sujets tarés dans leur foie ou dans leur rein ne peuvent donner au physiologiste que des renseignements complexes et d'interprétation malaisée ; les troubles dyspeptiques et intestinaux décèlent évidemment une irritation gastro-intestinale locale, d'origine vraisemblablement aluminique, mais ont un caractère banal ; de même la sensibilité à l'aluminium, qui semble n'être qu'un cas particulier d'un phénomène général. En tout cas, ce sont là des phénomènes locaux, insuffisants en eux-mêmes à faire conclure à une absorption de l'aluminium que d'autres et nombreux travaux s'accordent, comme nous le verrons, à nier.

Des coïncidences de courbes statistiques telles que les auteurs nous en présentent n'ont, sous une semblable forme, rien qui nous semble convaincant. D'autres courbes statistiques de la même période offrent sans doute un parallélisme analogue parmi lesquelles il faudrait choisir. Sans doute pourrait-on relever aussi dans le même temps une appréciable augmentation dans la consommation de la banane ou dans l'usage de l'automobile...

L'altération d'aliments conservés dans l'aluminium ou de l'aluminium qui les contint est un fait dès longtemps constaté et étudié et les auteurs russes ne nous donnent aucun renseignement sur le métal qui a servi à leurs expériences. On ne peut donc, au moins de ce fait, attribuer aux variations du pH et du point isoélectrique, que la valeur de constatations, mais non adopter en matière de cancer une conclusion que les auteurs, il faut le reconnaître, ne formulent ici que sous forme dubitative.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 13 juin 1934.
(2) *Brit. Homoeopathic Journ.*, janvier 1932.

Il faut enfin noter qu'une partie des recherches a été faite par la méthode spectroscopique à laquelle des auteurs récents (Bertrand et G. Levy, Académie des Sciences 1933) se refusent à donner une valeur égale à celle de la méthode pondérale.

***

Des travaux déjà anciens de A. Trillat (1915) ont montré l'importance historique et pratique dans la question qui nous occupe de la pureté de l'aluminium.

Pour des raisons à la fois techniques et économiques on dut au début se contenter d'un métal que nous trouvons maintenant impur et qui contenait jusqu'à 3 % de cuivre. On peut se rendre compte très vite de l'altérabilité d'un tel métal, même à l'air et plus encore dans les opérations culinaires, bien que les qualités mécaniques (résistance, malléabilité, facilité à se laisser travailler et souder), la conductibilité calorifique, ne fussent guère différentes de celles qui font le succès présent de ce métal. Les travaux de Trillat ont montré que l'aluminium contenant 0,5 % de cuivre était plus altérable que si le cuivre n'était qu'à l'état de traces. De même, la présence de magnésium, de mercure ou de leurs sels accélèrent l'attaque que paralysent au contraire l'arsenic et ses composés. Quant au fer il semble dépourvu d'importance à cet égard.

Il est donc d'importance première de n'employer qu'un aluminium pur pour avoir des ustensiles peu altérables. Ceux-ci ne demeurent cependant pas absolument indemnes dans l'air humide, l'atmosphère marine, les émanations industrielles, l'eau ordinaire (à l'exclusion de l'eau distillée privée d'air), les solutions salines, les solutions alcalines, les acides minéraux surtout dilués et contenant de l'acide chlorhydrique ou du Cl libre, et plus faiblement dans les acides organiques.

En pratique, un bon nombre de ces agents n'agissent qu'exceptionnellement et souvent faiblement dans les circonstances habituelles. Il est aussi à noter que l'attaque varie suivant le travail qu'a subi le métal et qui a influé sur sa texture intime. Si le laminage favorise l'attaque, le recuit la diminue en sorte que l'aluminium pur, d'usage courant, et dont on voudrait savoir avec certitude qu'il fut l'objet des travaux de Tchijewsky, s'attaque pratiquement peu.

Cette attaque varie en forme et en intensité avec l'état du métal mais dans bien des cas donne des produits adhérents et peu solubles d'où son arrêt spontané. Trillat a montré aussi par des expériences très variées et très prolongées que les produits d'attaque, adhérents ou entraînés, étaient pour 80 % et davantage constitués par de l'alumine.

Etant cependant admise l'existence, sinon l'abondance, des produits d'attaque il était important d'en déterminer la toxicité. Elle paraît minime. L'alun de potasse est toxique et comme tel proscrit des produits alimentaires mais sa nocivité est due presque uniquement à l'ion potassium.

L'aluminium est depuis longtemps employé en brasserie, et dès un temps où ses usages culinaires étaient rares ; il ne semble avoir provoqué aucun mécompte ni aucune plainte ; par ailleurs les levures, organismes sensibles, paraissent accepter sans inconvénient le contact de ce métal.

L'administration *per os* d'aluminium à l'animal et même à l'homme pendant un laps de temps notable (70 jours) et même à des doses de 1.000 milligrammes chez le chien — doses non réalisées par l'usage de la vaisselle de métal — n'ont jamais donné plus qu'un peu de perte de poids et d'anorexie passagère dus à des troubles gastriques légers et sans lésion décelable macroscopique ou microscopique. La liste est longue des auteurs qui entre 1893 (Ohlmüller et Heise) et 1933 (Wühler (1)) ont étudié la question ; rien n'a été changé aux conclusions premières. L'aluminium ingéré *per os* quelle qu'en soit la forme n'est pas absorbé ; on le retrouve dans les selles, jamais dans l'urine ; ce que des plis de muqueuse intestinale peuvent retenir à leur surface, de façon temporaire et qu'on a pu trouver à l'autopsie, ne donne aucune lésion. Quelle que soit la dose administrée *per os* on ne trouve dans l'organisme aucune augmentation de la teneur en aluminium (Petermann et Underhill), ni dans les organes, ni dans les muscles, ni dans le squelette.

Il semble donc prématuré d'admettre, avec les auteurs russes, des conséquences graves pour une quantité infinitésimale et de pénétration au moins douteuse.

Plus récemment, Gabriel Bertrand et Serbescu (1934) ont voulu mesurer la toxicité de l'aluminium introduit par diverses voies. Par voie sous-cutanée, la toxicité de l'aluminium se rapproche de celle du fer ; elle est moindre que celle du cuivre ou du nickel. Par voie digestive, la toxicité est 4 fois moindre que la toxicité par voie sous-cutanée. Et encore dans tous ces cas les auteurs ont-ils employé des sels solubles et non les produits peu ou pas solubles qui forment la majeure partie de ce que fournissent les ustensiles de ménage.

Il convient aussi de noter que l'aluminium est l'un des composants de nombreux êtres vivants. Nombre d'aliments en renferment, en particulier les feuillages riches en chlorophylle, et aussi la betterave, les carottes, le haricot, la pomme de terre, l'oignon et l'ail, et divers fruits charnus bien peu soupçonnés jusqu'ici de cancériser leurs consommateurs de toutes latitudes.

Considérant la quantité d'aluminium trouvée dans les analyses chimiques de faibles quantités, il est des causes d'erreur parfois importantes : poussières argileuses (G. Bertrand et G. Levy), entraînement de produits d'attaques d'émail, de vaisselles de terres argileuses dont l'usage est d'ailleurs immémorial, et dont la nocivité à dose faible ou très faible n'a guère retenu l'attention et n'a paru éveiller l'appréhension d'aucune des générations passées.

En 1934 enfin, G. Bertrand et Serbescu ont étudié l'influence de l'ingestion quotidienne de petites quantités d'aluminium sur la cancérisation du lapin. Certains lapins ont reçu, en plus du goudron que recevaient les lapins témoins, de l'aluminium *per os* (sulfate en solution aqueuse). Les lapins recevant seule-

(1) *Bioch. Zeit.*, 1933, T. 265.

ment du goudron ont donné 78,3 % de cancer (100 % si le goudronnage durait plus de 74 jours). Les sujets recevant goudron et aluminium n'ont donné que 50 % de cancer. 20 milligr. d'aluminium par kg. durant 6 mois n'ont donné aucun cas de cancer digestif.

En se basant sur les travaux les plus récents (travaux français de Bertrand en particulier) on peut donc conclure que : l'aluminium de bonne qualité n'est attaqué que de façon insignifiante et ne donne que des produits peu toxiques et qui ne franchissent pas la paroi digestive. La toxicité à brève échéance est toujours insignifiante ; quant à l'administration prolongée, elle ne paraît en aucune façon rendre plus fréquents les cancers provoqués chez les animaux d'expérience. La présence d'aluminium dans de nombreux organismes vivants, dans des ustensiles jamais incriminés, dans des aliments d'usage immémorial, ne permet de conclure que dans un sens favorable à l'usage de l'aluminium.

R. Levent.

XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1934 (1).

PREMIÈRE QUESTION

Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes.

Résumé du rapport de MM. J. Gatellier (de Paris) et A. Weiss (de Strasbourg).

Pour demeurer dans les limites du sujet, il importe de distinguer les rectites proliférantes et sténosantes, des rectites banales, susceptibles certes de donner des bourgeons inflammatoires, des végétations plus ou moins manifestes, mais n'aboutissant jamais à la sténose vraie.

Les rapporteurs entendent également laisser de côté, les rétrécissements de l'intestin d'origine nettement dysentérique, ainsi que les sténoses recto-coliques dites « essentielles » des auteurs américains.

Formes anatomo-cliniques des rectites proliférantes et sténosantes. — Longtemps l'attention des chirurgiens se fixa uniquement sur les lésions siégeant au niveau du rectum [sténoses, rectites] ou à son voisinage immédiat [abcès, fistules].

Ce n'est que tout récemment (1920) que Jersild de Copenhague montra que les lésions rectales et périrectales n'étaient que les manifestations strictement locales de la maladie — et que d'autres lésions existaient presque toujours à distance [esthiomène, éléphantiasis périnéal, bubons inguinaux] qu'on ne saurait logiquement isoler des précédentes.

A vrai dire, Fournier avait autrefois constaté ces lésions distales, mais c'est à Jersild que revient incontestablement le mérite d'en avoir signalé depuis, toute l'importance fondamentale du triple point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

« Rectite et rétrécissement » sont bien les deux éléments essentiels de cette affection. Il n'est pas toujours aisé d'affirmer lequel de ces éléments a précédé l'autre chronologiquement. Tantôt les phénomènes inflammatoires ouvrent la scène et préparent manifestement le rétrécissement ; tantôt celui-ci se montre avant toute rectite et celle-ci paraît être la conséquence du rétrécissement ; tantôt enfin les deux facteurs évoluent de pair et cette éventualité paraît être pratiquement la plus fréquente.

Quoi qu'il en soit, les auteurs nous invitent à distinguer quatre modalités cliniques, et, pour chacune d'elles, rapportent d'intéressantes observations.

1° Le rétrécissement rectal s'accompagne de rectite proliférante avec parfois des ulcères, des fistules, des abcès ;

2° A ces symptômes s'ajoute l'éléphantiasis des grandes lèvres, du périnée, de la région ano-rectale ;

3° La rectite proliférante se montre avant le stade de sténose rectale ;

4° Le rétrécissement rectal existe avant l'apparition des lésions de rectite.

L'analyse de ces observations amène à conclure que l'affection débute parfois au niveau de la muqueuse, mais que souvent, un processus de sclérose péri-rectale intervient, étranglant progressivement la lumière intestinale et engendrant des lésions au niveau même de la muqueuse.

L'aboutissant habituel est un rétrécissement siégeant à 4 ou 5 centimètres de l'anus qu'accompagnent fréquemment des végétations, des fistules, des abcès, de l'éléphantiasis.

Les rectites proliférantes et sténosantes possèdent bien l'individualité nosologique que leur reconnaissent Delbet et Mouchet, mais l'intérêt de ce rapport est d'établir dans quelles mesures ces lésions rectales s'apparentent aux lésions distales observées. Les unes et les autres ne sont peut-être que le résultat d'un processus pathologique unique évoluant sur tout le système lymphatique ano-périnéo-génital.

C'est là du moins l'opinion de Jersild.

Comme dans tout problème compliqué, dont la solution est encore à trouver, les hypothèses sont multiples. La syphilis, la blennorragie, la tuberculose ont été les causes étiologiques le plus souvent proposées, et les rapporteurs font le procès de ces trois facteurs principaux.

En ce qui concerne la syphilis, ils notent la plus grande fréquence de la rectite sténosante chez la femme, constatation indubitable que n'explique guère l'égale répartition de la vérole dans les deux sexes. Ils soulignent l'inefficacité du traitement spécifique et rappellent les conclusions de Delbet et Mouchet, niant énergiquement cette origine de l'affection, affirmant même :

a) L'impossibilité de dépister la syphilis chez la plupart des malades en question ;

b) L'insuffisance du traitement classique, même bien conduit ;

c) L'absence dans les tissus pathologiques des lésions caractéristiques.

Le rôle de la blennorragie paraît encore moins certain. Sans doute, çà et là, a-t-on pu rencontrer le gonocoque dans le pus rectal de ces malades ; il y avait là du reste, une explication facile de la plus grande fréquence de l'affection chez la femme, étant donnée la possibilité d'ensemencement du rectum par un écoulement vaginal tout proche.

L'existence de la rectite blennorragique ne saurait être discutée. Mais la question qui se pose est assez différente. Ce qu'il importe de savoir, c'est si cette rectite est susceptible d'engendrer le processus proliférant et sténosant qui seul, fait l'objet de ce rapport. Or, de nature blennorragique, la rectite évolue en surface, jamais en profondeur comme la rectite sténosante. Quoi qu'il en soit, il convient de souligner qu'au même titre que le traitement spécifique, la

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 81, p. 1426.

thérapeutique antigonococcique se montre parfaitement inopérante.

L'influence de la tuberculose est plus difficile à préciser. Ses défenseurs s'appuient sur deux ordres de faits :

a) La coexistence fréquente d'autres foyers bacillaires ;

b) La constatation histologique des lésions locales longtemps considérées comme la signature même de la tuberculose. Les auteurs trouvent ces arguments insuffisants. Le fait, disent-ils, qu'un certain nombre de malades atteints de rectite proliférante et sténosante sont en même temps porteurs de lésions bacillaires, torpides ou évolutives, ne saurait permettre de conclure qu'il existe là une relation de cause à effet. On sait aujourd'hui que la presque totalité des individus demeure en puissance de tuberculose, et pourtant le rétrécissement inflammatoire du rectum reste une affection rare ; elle semble même totalement inconnue dans certaines régions, où justement abondent les cas de tuberculose pulmonaire. Des enquêtes minutieusement poursuivies dans de grands sanatoria n'ont pas apporté d'arguments décisifs.

Quant à la valeur des coupes histologiques, elle a cessé d'être démonstrative avec les progrès réalisés en anatomie pathologique, et il faut croire Gougerot quand il écrit : « Nous n'avons pas vu de tubercules caséeux sous la muqueuse, ni dans les ulcérations ; il n'y a donc rien de caractéristique imposant le diagnostic de tuberculose. »

La présence du bacille de Koch n'a été démontrée que deux fois, dans une observation de Hudelo et dans une de Moullonguet. C'est peu, c'est trop peu pour généraliser. Quelquefois, exceptionnellement le même bacille a été vu au sein d'un ganglion au cours d'une maladie de Hodgkin; on ne saurait pour cela qualifier cette affection de tuberculeuse.

Autres pathogénies invoquées. — La dysenterie et la colite ulcéreuse peuvent provoquer des sténoses rectales, mais il ne s'agit pas là de sténoses inflammatoires dans le sens prévu. Ce sont plutôt des rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations. Ils siègent sur le rectum, mais aussi sur le côlon ; leur aspect anatomique est différent. Dans la dysenterie, la sténose affecte une forme valvulaire ; au-dessous d'elle, la paroi rectale garde sa souplesse. En cas de colite ulcéreuse, on peut noter après cicatrisation une sténose intestinale s'étendant parfois sur une grande hauteur ; les parois rectales sont littéralement accolées, mais il n'y a rien de commun entre ces constatations anatomiques et la périrectite dont l'importance est si considérable dans l'affection qui nous occupe.

L'actinomycose ano-rectale, bien étudiée par Thevenot, Poncet, Bensaude, engendre une périrectite qui pourrait donner le change, mais elle ne crée aucune lésion de la muqueuse qui conserve jusqu'au bout, sur le placard induré périphérique, son intégrité anatomique et sa mobilité normale.

Les nocardoses enfin ont été parfois invoquées comme cause des rectites proliférantes et sténosantes. Six cas ont été publiés, dont cinq par Gougerot, l'autre par Moutier, Barbier, Deroche.

L'aspect clinique est identique. C'est une question d'interprétation. Le rectum sain est un réceptacle microbien. La flore habituelle y prospère quand l'organe se rétrécit et se fistulise. Des germes surajoutés : champignons, parasites divers y vivent alors en saprophytes. C'est le cas de ces « nocardias » dont le rôle pathogénique dans les rectites sténosantes semble aux rapporteurs absolument négligeable.

Le point de vue actuel de la question. — Aussi bien, les données que nous venons d'exposer ont-elles perdu de leur valeur depuis une dizaine d'années.

C'est aux dermatologistes français que nous sommes redevables des dernières recherches sur cette intéressante question. Mais deux noms étrangers méritent surtout d'être cités : ceux de Jersild et de Frei.

Jersild rompt avec les théories classiques et établit à l'évidence que la sténose rectale inflammatoire est une des manifestations d'un processus infectieux susceptible de gagner la totalité du système lympho-ganglionnaire du périnée.

Frei rapproche les idées de Jersild des notions établies, par Nicolas et Favre, au sujet de cette quatrième maladie vénérienne : la poradénite inguinale, dont le virus est nettement lymphotrope.

Aux lésions qui nous intéressent, Frei applique le test biologique qu'il avait découvert en 1925 et qui s'avère spécifique de la maladie de Nicolas-Favre. Cette réaction se montre invariablement positive dans la rectite inflammatoire sténosante. Et voilà que le problème s'éclaire d'un jour nouveau en même temps que s'éteint le prestige des théories classiques.

Après la publication de son mémoire initial, Jersild avait pensé que peut-être le bacille du chancre mou était à la base du syndrome ano-recto-génital en raison de ses propriétés lymphotropes. L'intra-dermo-réaction au Dmelcos, spécifique de la chancrelle, se montra généralement négative, cependant que la réaction de Frei parut régulièrement positive.

D'autres tests : recherche directe du bacille de Ducrez, réaction de fixation du complement, cuti-réaction, intra-inoculation de lésions chancrelleuses, enfin, intra-dermo-réaction à l'aide d'une émulsion de bacilles de Ducrez tués, etc..., ne devaient en rien modifier l'opinion de Jersild qui souscrit sans réserve à la théorie de Frei.

Confirmations cliniques. — La coexistence de la poradénite inguinale et de la rectite proliférante et sténosante est notée comme relativement fréquente surtout depuis les travaux de Jersild et de Frei. Souvent la maladie de Nicolas-Favre a précédé l'éclosion de la rectite ; mais toutes les deux peuvent évoluer simultanément.

Il est infiniment probable que si l'on s'efforçait de retrouver dans certains milieux spéciaux le partenaire d'où provient la contamination, on le rencontrerait souvent porteur d'une poradénite authentique. Bensaude a publié le cas d'un pédéraste actif qui avait contracté une poradénite inguinal, avec Frei positif auprès de son partenaire, passif, porteur d'un rétrécissement rectal typique, avec Frei également positif.

Confirmations histologiques. — Nicolas et Favre ont précisé les caractères histologiques de l'affection qui porte leurs noms.

Le « granulome » de Nicolas-Favre possède une morphologie très personnelle. Il s'agit d'un « micro-abcès » qu'entourent des cellules épithélioïdes en « palissades » limitées elles-mêmes par une couronne lymphocytaire. Çà et là apparaissent des cellules géantes. Entre les granulomes spécifiques existe un tissu de granulations banales, bigarrées d'aspect et principalement composées de traînées lympho-plasmocytaires.

Or, ces caractères histologiques se retrouvent au niveau des rectites proliférantes et sténosantes ; et Nicolas, Favre, Massiat et Lecat nous offrent à ce sujet une bien curieuse observation.

Une femme avait été traitée en 1931 pour un rétrécissement avec Frei positif. On apprit que cinq ans auparavant, soit en 1926, elle avait été soignée pour une rectite proliférante et qu'on avait à ce moment pratiqué une biopsie.

En présence des notions nouvelles, les auteurs recherchent les coupes histologiques. Ils y découvrent les lésions

spécifiques du granulome de Nicolas-Favre. Par contre, un nouveau prélèvement ne permet plus de rencontrer les lésions mises en évidence cinq ans plus tôt. Cette constatation est d'un intérêt capital ; elle démontre le caractère évolutif de la maladie. Progressivement la sclérose envahit les cellules inflammatoires, étouffe les granulomes spécifiques qui disparaissent plus ou moins vite, remplacés par du tissu cicatriciel.

Ce chapitre se termine par l'exposé de deux théories, celle de Jersild et celle de Nicolas-Favre, sur le mécanisme pathogénique de l'affection.

Pour Jersild, tout se réduit à une question de « stase lymphatique ». Pour Nicolas et Favre, en plus de la stase lymphatique existe une inflammation diffuse plus ou moins active qui progresse vraisemblablement à la faveur des vaisseaux blancs. Il s'agirait au total d'une lympho-cellulite, et l'étendue des lésions dépendrait des fantaisies de la propagation microbienne dont « il est bien difficile de percer le mystère ».

Traitement. — L'exérèse chirurgicale, exception faite de quelques thérapeutiques d'ordre purement médical, semble avoir été jusqu'à maintenant le seul traitement sur lequel on ait fondé quelque espoir.

Les auteurs étudient une statistique comportant 139 cas, ressortissant bien entendu à plusieurs chirurgiens. Sauf de rarissimes exceptions, la récidive rapide ou retardée demeure la règle.

C'est en vain qu'on se réclamerait d'une amputation élargie pratiquée en muqueuse saine. L'intervention devrait supprimer les lésions nécrosantes péri-rectales et sous-péritonéales, enlever en un bloc la masse fibreuse diffuse ; ceci, dans la plupart des cas, reviendrait à tenter une intervention anatomiquement irréalisable. C'est qu'en effet, extirper un rétrécissement inflammatoire du rectum, voire et même une rectite proliférante en évolution, ce n'est pas simplement réséquer une muqueuse malade ou un rétrécissement muqueux et sous-muqueux, ou uniquement une rectite pariétale ; c'est s'attaquer à une coulée fibreuse mal limitée, sans vouloir tenir compte des lymphangites ; c'est tailler dans des tissus sains en apparence, mais envahis en réalité ; c'est demander à la chirurgie ce qu'elle a le devoir de refuser.

Certes, les méthodes médicales ne sont que palliatives, mais elles sont appelées à disparaître le jour où le traitement spécifique entrevu dès maintenant sera réalisé. Seules, pourront alors persister des séquelles cicatricielles, éteintes, fixées, causes de rétrécissements mécaniques banaux, dont le bistouri aura facilement raison.

Discussion.

M. Jersild (de Copenhague) craint de n'avoir pas toujours été bien compris. Selon lui, l'élément essentiel n'est pas la stase lymphatique comme on l'a affirmé, mais le blocage ganglionnaire pas adénite suppurée ; c'est ce blocage qui secondairement engendre la stase. Quand une infection microbienne se surajoute, apparaît l'éléphantiasis.

Les lésions initiales ne se montrent pas forcément au niveau de la muqueuse, même en cas de sodomie passive.

L'intervention chirurgicale, dans l'état actuel de la question, n'est pas à conseiller.

L'auteur signale que le *fuadin* (néo-antimosan) en injection intra-musculaire lui a donné d'heureux résultats.

M. Frei (de Berlin) étudie et discute le mécanisme de la pénétration du virus et conclut qu'il est impossible de démontrer que les lésions des rectites sténosantes et proliférantes contiennent vraiment le virus de Nicolas-Favre.

La rectite est peut-être déterminée par une infection directe ou par une stase lymphatique seule — ou par les deux à la fois.

M. Ravaut (de Paris) montre que l'intra-dermo-réaction de Frei, l'hémo-réaction, la présence du virus (in situ) constatée par lui et Levaditi, ont fourni définitivement la preuve que la maladie ganglionnaire de Nicolas-Favre et la rectite sténosante et proliférante ont la même origine.

Le virus peut atteindre le rectum soit directement au cours d'un coït anal, soit par voie périphérique pelvienne, ce qui est beaucoup plus rare. Le virus peut aussi végéter au niveau du vagin sans y provoquer de lésions manifestes. Il a une affinité spéciale pour les voies lymphatiques, mais alors que la poradenolymphite évolue presque toujours à l'abri des infections secondaires, ces dernières jouent un rôle considérable dans la rectite proliférante et sténosante.

La propogation de l'affection à l'atmosphère celluleuse du petit bassin explique les mauvais résultats de l'exérèse chirurgicale.

L'auteur conseille l'établissement précoce d'un anus artificiel et le traitement par injections intra-veineuses de virus chauffé et de préparations iodées.

Plus tard, en face de lésions éteintes et sclérosées, se posera peut-être la question de l'opportunité de l'ablation chirurgicale.

M. Moutier (de Paris) a observé 30 cas de rectite sténosante et proliférante. Sur 24 de ces cas il fit la réaction de Frei, qui fut positive 15 fois.

Or, dans les 9 cas où cette réaction se montra négative, il s'agissait 6 fois de tuberculose anale, 2 fois de colites recto-sigmoïdiennes, 1 fois de proctite sténosante d'un type spécial encore mal défini.

Il insiste sur le rôle considérable des infections surajoutées. Sur les 15 malades considérés plus haut, l'auteur a en effet trouvé :

7 fois la syphilis,
3 fois un chancre mou ;
4 fois une gonococcie.

Sur 4 sodomistes, il a rencontré, outre le virus de Nicolas-Favre, le tréponème, le gonocoque, le bacille de Ducrey.

L'auteur rapporte une observation qui met nettement en relief la faible durée de l'incubation, la rapidité de l'évolution et le mode de propagation.

Il conseille le traitement par le stilargol intra-veineux, le lugol, la radiothérapie ; l'iodure de potassium serait spécialement indiqué dans les cas largement fistulisés.

MM. Rachet et Cachera (de Paris) ne partagent pas absolument l'opinion des rapporteurs quant à la pathogénie de la rectite sténosante et proliférante.

30 cas personnels leur ont montré :

1° Des causes diverses, avec cependant une prédominance marquée pour le virus de Nicolas-Favre ;

2° Des rectites avec Frei négatif ;

3° Des cas mixtes où peuvent intervenir plusieurs facteurs étiologiques.

Enfin, ils demeurent convaincus que la sodomie passive est le mode habituel de contamination, et que l'extension se fait de dedans en dehors pour gagner progressivement la gaine péri-rectale.

MM. Bensaude et Lambling (de Paris) ont observé et suivi 185 cas. Ils concluent que ni la blennorragie, ni le chancre mou, ni même la syphilis ne sont à la base de l'affection. Cependant la lymphogranulomatose n'explique pas la totalité des rectites sténosantes et proliférantes.

Sauf exception, l'infection part de la muqueuse et gagne de dedans en dehors les autres éléments de la paroi rectale. Le rôle de la cellulite péri-rectale, si cher aux rapporteurs leur semble avoir été exagéré par eux.

Le traitement le meilleur est la dilatation diathermique. Sur 20.000 cas, ils n'ont observé qu'une seule perforation.

Mais la diathermie doit être accompagnée d'une désinfection locale et générale par le lugol et l'hyposulfite intra-veineux et l'antimoine intra-musculaire.

L'établissement d'un anus iliaque gauche ne doit être réalisé qu'au moment où la sténose ne s'améliore plus par les procédés habituels de dilatation.

M. Savignac (de Paris) considère le rétrécissement comme la conséquence d'une rectite plus ou moins ancienne.

Il se demande si la positivité de la réaction de Frei suffit à faire le diagnostic et à rattacher, dans tous les cas, l'affection rectale à la maladie de Nicolas-Favre.

Il se déclare l'adversaire de toute exérèse chirurgicale et même de l'établissement d'un anus de dérivation.

Le traitement de son choix est la dilatation diathermique sous le contrôle du rectoscope, accompagnée de petits lavements tricolores : protargol, bleu, gonacrine.

La radiothérapie et les injections modificatrices des trajets fistuleux permettent d'arrêter l'évolution et de conserver au rectum une perméabilité suffisante.

M. Hartmann (de Paris) considère comme douteuse la possibilité d'une infection de la muqueuse rectale par un processus évoluant de dedans en dehors à la suite d'une sclérose péri-rectale.

Il ne croit pas, statistique en main, à la fréquence plus grande de l'affection dans le sexe féminin. Les lésions d'éléphantiasis lui paraissent exceptionnelles. C'est par la sodomie qu'on expliquerait la plupart des cas.

L'auteur ne croit pas qu'il faille renoncer à l'exérèse chirurgicale. Les récidives sont fréquentes certes, mais il a observé des guérisons de 2 à 6 ans avec conservation d'un anus parfaitement continent.

M. Bérard (de Lyon) admet les deux modes d'infection, de dedans en dehors avec muqueuse sèche correspondant au syphilome de Fournier, et de dehors en dedans fréquent surtout chez les sodomistes.

Les ressemblances histologiques entre la tuberculose et la maladie de Nicolas-Favre méritent d'être signalées et retenues.

L'exérèse chirurgicale radicale paraît devoir être abandonnée au profit de l'anus iliaque qui permet des améliorations durables et une vie tolérable.

M. Jacobovici (de Bucarest) n'abandonne pas le traitement chirurgical. Il cite l'observation de 15 malades opérés par lui depuis 2 à 5 ans, et dont l'état demeure satisfaisant.

Ces résultats ne lui font pas oublier cependant l'importance de la mortalité immédiate.

M. Chiasserini (de Rome) est également partisan du traitement chirurgical. Il pratique la résection intra-sphinctérienne avec abaissement, préférant ce procédé à celui de l'anus iliaque définitif.

M. Guyot (de Bordeaux), a traité une femme de 48 ans par un anus artificiel qu'il referma après 4 ans. Radiothérapie après échec d'une thérapeutique médicale. Depuis cinq ans la guérison se maintient.

M. Moulonguet (de Paris) croit que le plus souvent la rectite sténosante et proliférante est la conséquence de la maladie de Nicolas-Favre. Mais la tuberculose jouerait un rôle plus important que ne le croient les rapporteurs. Il cite l'histoire d'une malade qu'il a suivie depuis dix ans avec Frei positif. L'évolution ascendante jusqu'au tranverse l'obligea à pratiquer successivement une amputation du rectum intrasphinctérienne, une amputation abdomino-périnéale du sigmoïde, une colectomie gauche.

Il ne croit pas à la faillite définitive de la chirurgie.

M. Chevassu (de Paris) vante les avantages de l'anus sous-angulo-colique, qu'il préconise depuis 1919, d'une continence parfaite, et moins désagréable pour le malade que l'anus iliaque classique.

MM. Haman (de Nancy) et Grimault (d'Algrange) ont traité 3 malades par l'anus iliaque et les ont suivies pendant plus de dix ans.

L'une d'elles avait été opérée en état d'occlusion à un stade très avancé de la rectite ; les deux autres l'évaient été en raison d'un état général excessivement mauvais, souffrant beaucoup et refusant toute nourriture.

Toutes les trois mènent une vie normale, ne souffrent plus et l'une a pu mener à bien trois grossesses en dépit de son anus.

Dans deux cas la création de l'anus n'a pas enrayé l'évolution ascendante de l'affection ; la sclérose gagne l'anse sous-jacente et menace d'envahir la colostomie.

Chez aucune de ces malades la sodomie ne peut être soupçonnée. Chez l'une il y a tout lieu de croire à la tuberculose.

Les auteurs conseillent d'établir l'anus très loin du foyer infectieux, à la façon de Chevassu, au niveau de l'angle sous-colique gauche.

M. Dimitriu (de Bucarest) admet que la voie principale d'inoculation est la muqueuse rectale, la sténose n'étant qu'un épiphénomène à peu près fatal.

La maladie de Nicolas-Favre serait une affection d'ordre général. Sa localisation rectale apparaîtrait comme la conséquence d'une cause surajoutée : traumatismes locaux, associations microbiennes, affections vénériennes.

L'auteur demeure fidèle à la chirurgie, car aussi bien sa statistique personnelle compte des guérisons remontant à cinq ans.

M. Abadie (d'Oran) est lui aussi partisan de la chirurgie, mais à condition d'établir d'abord un anus iliaque qui permettra la désinfection des lésions rectales et péri-rectales. Après un long repos de douze à quinze mois, l'opération radicale pourra donner des guérisons intégrales et durables.

M. Delagenière (du Mans) rapporte l'observation d'une rectite proliférante et sténosante à évolution très lente : 16 ans. Une transformation maligne limitée se produisit. Il conclut à la nécessité d'opérer au début. Il pense que les facteurs étiologiques sont multiples. Il s'agissait dans le cas rapporté d'un polyadénome en nappe.

(*A. suivre.*)

E.-A. DARIAU.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Combinez vos voyages en chemin de fer et en autocar. — Vous pouvez excursionner commodément et à bon compte, en utilisant les billets d'aller et retour à prix réduits pour voyages combinés en chemin de fer et en autocar. Ces billets vous permettent d'atteindre la région : Savoie, Dauphiné, Jura, Côte d'Azur, etc..., où fonctionnent les services automobiles que vous désirez emprunter, d'utiliser ces services et de revenir, par le train, à votre point de départ.

Ils comportent une réduction de 30 % en toutes classes sur les trajets par fer, sans que vous ayez à remplir d'autre condition que celle d'effectuer un parcours minimum de 100 km. en chemin de fer et 100 km. en autocar.

Pour des indications plus détaillées, veuillez vous renseigner auprès des gares P.L.M., car toutes peuvent vous procurer ces billets.

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

Président : M. le professeur A. Paquet ; président adjoint : M. le professeur E. Sergent.

Les deux Congrès de langue française (Congrès français et Congrès de l'Amérique du Nord) ont été cette année célébrés à Québec, en exécution d'un désir depuis longtemps exprimé par nos confrères canadiens et que les circonstances ont enfin rendu réalisable.

Sous la présidence de M. le professeur A. Paquet, digne successeur à la tête de ce Congrès du très regretté doyen le professeur Rousseau — et assisté de M. le professeur Sergent, président adjoint, — ces deux Congrès se sont tenus dans le cadre imposant du château Frontenac à Québec, avec un nombre considérable de congressistes, grossi de l'apport de médecins français, belges, suisses, italiens, portugais, venus en foule à l'occasion de ces grandes démonstrations médicales et scientifiques. Aux séances et rapports de médecine et chirurgie se sont ajoutées de nombreuses communications, des leçons cliniques, enfin des réunions spéciales, également suivies, dans divers hôpitaux, consacrés à la pédiatrie, à la neuropsychiatrie, à l'hygiène mentale, qui ajouteront aux beaux volumes des rapports une documentation importante.

Les médecins venus d'Europe sont restés sous le charme de l'accueil que leur ont réservé leurs collègues canadiens. Les réceptions et le banquet qui clôtura les Congrès ont été empreints d'une cordialité enthousiaste, mais, plus encore peut-être que ces brillantes manifestations, l'accueil personnel et affectueux de nos confrères et de leurs familles nous laisse à tous un souvenir inoubliable. S'il faut, pour être complet, mentionner que l'organisme administratif du groupe français Jacques Cartier a peut-être fâcheusement laissé échapper une occasion unique d'associer tous nos confrères d'Europe aux très brillantes fêtes organisées par le Canada en l'honneur du IIIe centenaire de l'arrivée au Canada du célèbre navigateur malouin, l'écho n'en a pas moins été ressenti par tous les médecins présents, qui ont ajouté au prestige de ces cérémonies la manifestation la plus importante en nombre et la plus féconde peut-être en conséquences pour le maintien des traditions latines et des disciplines intellectuelles qui sont aussi chères à nos frères canadiens qu'à nous-mêmes. La dernière réunion de ce Congrès, groupant en un banquet de mille couverts ceux des congressistes qui étaient encore à Québec, a été l'occasion d'une manifestation de déférent enthousiasme envers les hautes personnalités canadiennes et anglaises qui honoraient ce banquet de leur présence. C'est sur cette note qu'il convient de clore l'évocation de ces inoubliables journées.

PREMIERE QUESTION

Syndromes pancréatiques

PREMIER RAPPORT

Syndromes pancréatiques aigus. — MM. A. Lesage, J.-R. Pépin, R. Boucher et J. Lesage (Montréal). — Au début de cette étude, les auteurs rappellent les notions principales d'anatomie et de physiologie du pancréas.

Ils individualisent la pancréatite aiguë idiopathique qui comprend divers types : pancréatites œdémateuse, hémorragique, gangreneuse et suppurée. On peut observer également des pancréatites aiguës associées à un cancer ou consécutives à un traumatisme.

Au point de vue étiologique, un premier groupe est constitué par les pancréatites infectieuses. L'infection suit les voies lymphatique, sanguine, ou biliaire. Elle peut encore venir du duodénum, d'un foyer d'infection voisin, ou résulter d'une exaltation de virulence des bactéries normales de la glande.

Les pancréatites aseptiques sont d'origine mécanique par stagnation de la bile, ou d'origine chimique par suractivité des ferments biliaires. Elles peuvent être encore consécutives à des lésions du duodénum et des canaux biliaires ou pancréatiques. Parfois elles dépendent de l'autolyse ou sont conditionnées par une dégénérescence du pancréas secondaire à une tumeur, une rupture vasculaire, une intoxication ou un traumatisme.

L'infection joue un rôle très important. On peut mettre en évidence des germes microbiens dans la moitié des cas de pancréatite.

Expérimentalement, il est possible de provoquer une pancréatite hémorragique en introduisant des microbes dans le canal excréteur du pancréas. Mais d'autres voies peuvent propager l'infection : vaisseaux lymphatiques, veine porte, canaux biliaires. L'occlusion ou l'obstruction intestinale peuvent faciliter l'envahissement microbien et il est à remarquer que la pancréatite s'accompagne fréquemment d'atteinte du tube digestif.

Les autres pancréatites aiguës relèvent de causes mécaniques, traumatiques, chroniques ou diastasiques. Des produits toxiques peuvent se développer dans le pancréas, d'autres peuvent provenir des voies biliaires ou du duodénum.

On considère généralement que le suc pancréatique inactif n'est pas nocif pour le pancréas, excepté pendant la période active de la digestion. Mais la bile joue un rôle important dans les causes de la pancréatite aiguë, soit qu'elle se comporte comme un ferment en présence du suc pancratique dont elle augmente l'activité, soit qu'elle agisse simplement comme un produit chimique. L'état de l'ampoule de Vater joue un rôle dans ce processus. En particulier, un calcul situé à ce niveau peut favoriser le reflux de la bile dans les canaux pancréatiques.

Il ne paraît pas douteux que la bile ou le suc duodénal puissent pénétrer par reflux dans les canaux pancréatiques et déterminer une pancréatite ou une nécrose.

Des parasites de l'intestin, certaines toxines peuvent atteindre le pancréas et donner une pancréatite s'accompagnant fréquemment de dégénérescence graisseuse. Celle-ci serait due à l'excès des ferments sanguins qui autolysent les tissus de voisinage, et dont l'extravasation, puis le contact avec la bile, donnent naissance à des produits d'action dissolvante ou nécrotique.

Le shock nerveux par compression du plexus solaire, les traumatismes de la région épigastrique, les lésions ulcéreuses pyloro-duodénales ou appendiculaires, les affections cardiaques, certains médicaments comme le mercure seraient des causes possibles de pancréatite aiguë. Il faut enfin mentionner les pancréatites secondaires au choc opératoire, après intervention chirurgicale sur le tube digestif.

La pancréatite est plus fréquente de trente à quarante-cinq ans et dans certaines races. L'obésité peut être considérée comme un terrain favorable ; l'alcoolisme, les antécédents hépatiques prédisposent certainement à la maladie.

La pathogénie des pancréatites aigës reste obscure sur plusieurs points. Deux théories sont en présence, défendant l'origine vasculaire ou canaliculaire de l'affection.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Dans l'ensemble, les causes, par ordre de fréquence, sont les suivantes : biliaires, intestinales, vasculaires, infectieuses, traumatiques, parasitaires et chirurgicales.

La douleur est le signe capital de la pancréatite aiguë. Elle est soudaine, atroce, s'accompagne d'état syncopal et atteint en général d'emblée sa plus grande intensité. Son siège est le plus souvent épigastrique ; mais, fréquemment étendu à tout l'abdomen, il présente des irradiations postérieures dorsales ou lombaires. Assez souvent la crise débute en période digestive ; sa durée et sa résistance à la médication sont deux signes caractéristiques. Elle est souvent précédée d'une série d'indigestions, plus ou moins espacées, coïncidant avec des repas copieux.

Les vomissements sont contemporains de la douleur ; faciles, alimentaires ou biliaires, ils ne la soulagent pas. L'arrêt des matières et des gaz est inconstant, mais ce qui frappe surtout, c'est le mauvais état général du malade. Il existe un véritable état de shock, de collapsus grave. L'intelligence et la conscience sont intactes. La température est presque toujours normale ou sub-normale, avec dissociation du pouls. La respiration est accélérée, l'oligurie extrême.

Le ballonnement abdominal est inconstant. C'est un météorisme localisé et sans tension. La paroi est sensible à la palpation, mais il n'y a pas de défense musculaire. La contracture épigastrique est relativement rare.

La pression profonde épigastrique réveille la douleur et permet de sentir une tuméfaction. Des taches cyanotiques apparaissent dans la région péri-ombilicale. On décèle assez souvent dans les urines la présence de sucre. Les selles sont parfois décolorées et contiennent du sang.

L'hyperglycémie peut servir au pronostic. Elevée au début, elle peut décroître avec la rétrocession des lésions et augmenter avec l'extension de la nécrose. La glycémie provoquée a une signification réelle. Le maximum d'hyperglycémie est atteint en quarante-cinq minutes dans les pancréatites aiguës, tandis qu'elle n'apparaît chez le diabétique qu'après deux heures.

La radiographie permet de constater un duodénum en fer à cheval, agrandi, ouvert, avec stase barytée par hypotonicité duodénale.

L'épreuve de la diastase possède une grande valeur, selon les écoles anglaise et américaine. L'élévation de l'index diastatique de l'urine, qui oscille normalement entre 6 et 30, à 100 et 200 serait un symptôme fréquent.

L'examen du sang montre d'abord une hyperglobulie suivie bientôt d'une chute des hématies et d'une leucocytose. L'aspect laiteux du sérum ou du plasma coïncide avec l'existence d'une pancréatite hémorragique. L'ictère existe parfois.

Il faut rechercher systématiquement tous ces symptômes et penser à la pancréatite dans tous les cas de syndrome douloureux de la région épigastrique, surtout chez un ancien lithiasique ou un ancien ulcéreux.

Les auteurs américains attachent de l'importance à quelques symptômes complémentaires : signe de Halstead, signe de Mayo-Robson, signe de la pupille qui correspond à la mydriase par l'adrénaline.

Les expériences et la clinique ont permis de préciser l'évolution habituelle du syndrome pancréatique, qui passe en général par les stades d'œdème, d'hémorragie, de suppuration et de nécrose. Les infections ou les intoxications d'origine vésiculaire, l'injection de bile pure dans le canal pancréatique, les oblitérations vasculaires provoquent généralement une pancréatite œdémateuse. L'injection d'une bile infectée provoque la nécrose du pancréas, celle du contenu duodénal et du suc intestinal donne des pancréatites hémorragiques.

Cliniquement, c'est la forme œdémateuse qui réalise au maximum les symptômes de la pancréatite aiguë. Bien qu'elle soit relativement la moins grave des formes aiguës, puisqu'elle semble guérir souvent spontanément, elle s'accompagne de réactions extrêmement vives par suite de l'étendue et de la rapidité évolutive de l'œdème.

Une intervention précoce fait disparaître cette tension de la glande et améliore le pronostic.

La pancréatite œdémateuse peut évoluer d'ailleurs vers d'autres formes plus graves.

Dans la pancréatite hémorragique, la douleur, maxima à gauche et en arrière, irradie presque toujours à droite, sans doute à cause des crises paroxystiques de cholécystite coïncidant avec la pancréatite aiguë. Les signes physiques et les phénomènes de choc sont plus atténués.

La pancréatite purulente n'a pas d'individualité clinique propre ; elle évolue en général avec une symptomatologie atténuée et vient compliquer une affection déjà existante. Cependant, on peut y penser à cause de la douleur épigastrique soudaine.

Le diagnostic des pancréatites aiguës est toujours très délicat. Sur 118 opérations rapportées par Brocq, 21 fois seulement on avait fait le diagnostic ferme de pancréatite. On doit y penser en présence d'un état général grave et d'une douleur épigastrique très violente. Au moindre doute, il faut opérer.

Le diagnostic peut se poser avec les gastrites aiguës, les crises gastriques du tabes, les douleurs de l'ulcère ou des diverticules duodénaux parfois avec le cancer de la tête du pancréas.

Le diagnostic de crise d'ordre chirurgical étant posé, il faut éliminer l'appendicite aiguë, la torsion ou le volvulus des divers organes abdominaux, l'occlusion mécanique, l'infarctus de l'intestin et l'iléus biliaire, la perforation d'un ulcus gastrique ou duodénal, enfin, dans quelques cas, la dilatation gastro-duodénale aiguë post-opératoire et les coliques néphrétique, saturnine et hépatique.

Dans tous les cas, c'est par la connaissance de crises antérieures moins violentes et par la recherche systématique des signes principaux qui constituent tout au moins un diagnostic de probabilité qu'on pourra prendre une décision rapide et imposer un traitement chirurgical précoce.

(*A suivre.*)

JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1934)

L'oignon ordinaire aurait-il des propriétés bactéricides ou antitoxiques ? — M. FRECUS estime que, dans quatre cas, deux de plaies et deux de fièvre typhoïde, l'emploi de l'oignon ordinaire a eu une influence favorable.

A propos de la maladie de Bouillard et de son traitement. — M. FRECUS a obtenu chez deux malades d'excellents résultats par injection d'eau d'Uriage.

Les sensibilisations tissulaires : revêtement cutané. — M. HENRI pense qu'il convient, parmi les accidents thérapeutiques à forme d'éruptions diverses qui succèdent parfois aux traitements chimico-biologiques et méritent le titre général d'accidents d'intolérance, de distinguer un certain nombre de modalités réactionnelles qui diffèrent les unes des autres par leurs étiologies, leurs manifestations cliniques, leurs critères expérimentaux et méritent, de ce fait, d'être individualisées : les accidents anaphylactiques, allergiques, biotropiques, ne suffisent pas à expliquer la totalité des faits.

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)

CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

THIGÉNOL "ROCHE"

Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine

EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique

EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux

RÉSULTATS RAPIDES

Échantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon. Paris

Il convient de faire une place à part à certaines sensibilisations cutanées, dont les travaux de Sézary, de Tsanck, de Ravaut, de Gate, de Guilleret ont pu isoler les manifestations particulières.

L'observation d'un malade sensibilisé au mercure par une application d'onguent gris faite six mois auparavant, et qui présente un érythème généralisé intense à la suite de l'ingestion d'une dose de six centigrammes de calomel prescrite comme cholérétique, sert d'exemple et d'introduction à une étude d'ensemble des caractères et des règles qui font des « sensibilisations cutanées », un type cliniquement bien défini.

Dermatite livédoïde par embolie intra-artérielle d'un sel insoluble de bismuth. — MM. LASSALE, AUJALEU et SONIER ont observé, à la suite d'une injection intra-musculaire de quiniobismuthate de quinine, une dermatite livédoïde dont l'évolution fut favorable.

L'opérateur avait négligé de faire une aspiration avant l'injection du médicament. A cette occasion, les auteurs indiquent brièvement les différentes pathogénies invoquées et insistent sur la nécessité de pratiquer les injections intramusculaires suivant une technique très correcte.

Un cas de sclérodermie en bande associée à des troubles circulatoires des membres supérieurs. Grosse amélioration par l'opothérapie thyroïdienne. — MM. MONOT et BROUARD.

Trois cas de lèpre dans une famille du Djebel-Druse. — M. CALMET.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1934)

Maladie de Biermer. — M. A. BECART montre que le diagnostic de cette maladie ne peut se faire que sur des tests hématologiques précis, et en particulier sur la présence d'Erythroblastes à noyau perlé, qui traduit le retour de l'érythropoïèse à la phase embryonnaire primitive.

Sa recherche dans le sang circulant est assez difficile et longue. La ponction de la moelle osseuse sternale (procédé simple et d'une inocuité absolue) permet de mettre en évidence et dans toute leur finesse les éléments en question et d'assurer ainsi le diagnostic.

La cicatrisation par l'hyperhémie. — M. H. TISSIER est d'avis que la mise en œuvre de l'hyperhémie contribue puissamment à assurer la cicatrisation de toutes les plaies. La réaction hyperhémique, facile à rechercher, donne de précieuses indications sur l'état de la circulation périphérique. Elle est de nature à faire prévoir, avant même de pratiquer une intervention chirurgicale, de quelle façon se fera la cicatrisation.

Le désordre de la production scientifique et la recherche scientifique dirigée. — M. G. ROSENTHAL montre que les difficultés de la recherche scientifique ne permettent plus l'individualisme scientifique. Sans une direction clinique, bactériologique, chimistes et biologistes doivent poursuivre la solution des grands problèmes et obtenir un résultat que des efforts en désordre n'ont pu atteindre.

L'aspiration buccale post-nasale, épreuve limitée de l'insuffisance nasale. — M. Georges ROSENTHAL n'accepte pas que normalement une expiration buccale puisse compléter l'expiration nasale. Lorsque le nez est rééduqué, ce phénomène ne se produit plus.

Un accident par injections de venin de cobra. — MM. LE GAC et MAUVOISIN rapportent l'observation d'une malade opérée du cancer du sein ayant subi dans la suite un traitement par des injections de lipiodol, de venin de cobra, et ayant présenté des accidents graves avec délire, agitation, suivie de mort dans les trois jours. L'association iode plus venin de cobra serait particulièrement nocive.

Le « mal au dos ». — M. M.-P. VEIL montre que cette affection est fréquemment liée à des manifestations rhumatismales des petites articulations interapophysaires ou à des anomalies vertébrales inférieures dont il étudie les causes et les effets. Le traitement varie en tous points avec la cause, d'où l'importance extrême dans chaque cas de l'étude précise des conditions de détermination de la douleur.

— La Société de Médecine de Paris, constatant, d'après les informations reçues relativement aux tragiques événements de Marseille, que S. M. le roi Alexandre de Yougo-Slavie a été, aussitôt après l'attentat, transporté à l'Hôtel de la Préfecture, où il n'eût pu, si ses blessures n'avaient été tout de suite fatales, recevoir les soins chirurgicaux nécessaires ; constatant, d'autre part, que M. Barthou, ministre des Affaires étrangères, est mort des suites d'une hémorragie qu'un garrot placé convenablement et à temps eût arrêtée ;

Emet le vœu :

1° Que dans toutes les circonstances analogues, où un attentat, un coup de force ou un accident peut être redouté, un médecin muni d'un matériel d'urgence fasse partie de la suite des personnes à protéger ;

2° Qu'une consigne précise soit donnée en vue du transport des blessés, après avis dudit médecin, sur la formation sanitaire la plus proche.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1934)

Synovite tuberculeuse primitive du genou. — M. Raphaël MASSART fait un rapport sur une observation de M. René Charry (de Toulouse). Il s'agit d'une jeune femme atteinte d'une hydarthrose donnant une inoculation positive au cobaye, sans lésion osseuse. Cette malade a guéri par simple immobilisation.

A propos de trois cas de noévo-carcinomes. — M. H. BLANC communique ces trois observations : deux cas ont été traités chirurgicalement et se sont terminés par la mort par généralisation ; le troisième a été traité par la diathermo-coagulation de P. Ravaut et a guéri. En conclusion, l'auteur affirme que le traitement par la diathermo-coagulation est la seule thérapeutique rationnelle des noevi-carcinomes.

Le rôle du terrain organique dans l'évolution et le traitement de la furonculose. Anti-phages et hyperglycémie. — M. André RAIGA fait une longue étude des facteurs biologiques qui lui paraissent conditionner l'évolution spontanée ou thérapeutique de la furonculose. Rappelant la signification du phénomène de bactériophagie, il expose le rôle que jouent les antiphages, obstacles à la guérison, et l'hyperglycémie, cause d'une multiplication accélérée des staphylocoques. D'après le mode d'association de ces différents facteurs qui lui ont été révélés par de multiples analyses sanguines et d'après les constatations cliniques qu'il a faites sur plus de 2.700 malades, l'auteur reconnaît cinq formes évolutives de furonculose auxquelles il adjoint deux formes anatomo-pathologiques. L'expérience biologique, clinique et thérapeutique de la furonculose qu'il a acquise le conduit à nier l'existence, vis-à-vis du staphylocoque doré, d'une immunité acquise ou provoquée. L'auteur termine par un exposé du pronostic et du traitement par le bactériophage de cette infection qui est grave, aussi bien par certaines de ses variétés que par ses complications, en insistant surtout

Le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL Phien 46, Avenue des Ternes PARIS (17e)

Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

BELLAFOLINE

"SANDOZ"

Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e

B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile Iodée à 40 %

Pour combattre

Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer

Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

REMET-JEP-CARRÉ

De Trouette-Perret

l'Aphloïne

Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la Nisaméline (Guaco)

Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la Papaïne

Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS

sur la conduite à tenir, en présence de l'hyperglycémie pure ou du diabète.

L'auto-mobilisateur mandibulaire. Son utilisation dans le traitement post-opératoire des ankyloses temporo-maxillaires. — M. Marcel Darcissac présente cet appareil dont il a donné la première description dans sa thèse et qui réalise la mobilisation continue du maxillaire inférieur en utilisant le réflexe de la déglutition. Cet appareil permet d'obtenir non seulement les mouvements d'abaissement et d'élévation, mais également, ceux de latéralité. Après avoir exposé son mode d'application dans le traitement post-opératoire des ankyloses temporo-maxillaires où il l'a utilisé dans une cinquantaine de cas avec le Dr L. Dufourmentel, il montre que le pronostic, si réservé jusqu'alors, de cette grave affection, s'est trouvé totalement transformé. La présentation de deux anciens opérés — dont un cas remontant à 13 ans — chez lesquels la récupération fonctionnelle est intégrale, démontre l'efficacité remarquable de ce mobilisateur.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Le pneumothorax tuberculeux *est fréquent :* 90 % des pneumothorax sont tuberculeux et au cours de la tuberculose pulmonaire on compte 4 à 5 % de pneumothorax spontanés.

L'épanchement gazeux se fait par *ouverture d'une lésion pulmonaire* dans la plèvre, dans la majorité des cas, et chez des sujets de 20 à 40 ans, porteurs d'une tuberculose pulmonaire *en évolution* (ulcération d'un tubercule cortical) d'où 2 types, classiques, de pneumothorax :

1. Le *pneumothorax complication précoce*, parfois même signe annonciateur d'une tuberculose récemment évolutive : pneumothorax *généralisé* (plèvre encore saine).

2. Le *pneumothorax de l'ancien tuberculeux :* pneumothorax *localisé* (plèvre tapissée d'adhérences), là encore provoqué par des lésions *nouvellement évolutives.*

Dans la majorité des cas, le pneumothorax joue un rôle d'aggravation : c'est là une notion primordiale.

CLINIQUE

Pneumothorax total de la grande cavité. — C'est la forme *la plus caractéristique*, mais ce n'est pas la plus fréquente. Le pneumothorax vient révéler ou affirmer l'existence d'une tuberculose pulmonaire. On doit distinguer :

I. Période *initiale, d'urgence.*

II. Période de *pneumothorax confirmé* avec ses signes classiques.

III. Période *d'évolution*, du pneumothorax et de la tuberculose.

Période initiale d'urgence. — *Un tableau de shock et d'asphyxie, brutal, dramatique.*

1. Chez un sujet jeune, à l'occasion d'une secousse de toux, d'un éternuement, d'un effort s'installe rapidement un tableau dramatique :

Le malade est anxieux, assis sur son lit.

La *face* est pâle, plaquée de *cyanose*, couverte de sueurs, les jugulaires sont distendues.

Le pouls est très accéléré, 120-130, petit, mal frappé.

La température est souvent élevée à 40°.

2. *La dyspnée est considérable*, avec polypnée (souvent plus de 40 respirations par minute) et battements des ailes du nez, *sensation d'étouffement.*

3. Un interrogatoire, sommaire, apprend que tous ces phénomènes ont débuté brusquement après *un point de côté atroce, en coup de poignard*, qui persiste depuis.

On soupçonne le pneumothorax et à un examen rapide.

4. On trouve, du côté douloureux : du *tympanisme* et une *abolition du murmure vésiculaire.*

Ausculter rapidement le côté sain.

D'urgence on doit faire faire une piqûre de *morphine*, des inhalations d'*oxygène* et des *tonicardiaques ;* surveiller de près le malade.

Période de pneumothorax confirmé. — Le lendemain ou au bout de 2 à 3 jours, on peut faire un examen plus soigneux et faire une étude radiologique.

A. L'examen des signes *physiques* confirme le *diagnostic.*

B. L'examen *complet* du malade donne les éléments de *pronostic.*

A. *Les signes physiques.* — *a*) cliniques ; *b*) radiologiques.

a) Cliniques. — Parmi les signes classiques, nous noterons :

1. *Le trépied de Galliard.*
2. Le *syndrome amphoro-métallique de Laënnec.*
3. Le *bruit d'airain de Trousseau.*

Dilatation et immobilité du côté atteint, sur lequel le malade reste souvent couché.

Abolition des vibrations thoraciques ; quelquefois affaiblissement.

Exagération tympanique de la sonorité pulmonaire (tonalité grave ou aiguë) et augmentation de l'élasticité pulmonaire.

Dans la région paravertébrale, une percussion fine montre parfois une submatité correspondant au moignon pulmonaire rétracté.

Abolition du murmure vésiculaire.

A sa place souffle amphorique, aux deux temps, surtout à l'expiration ; grave à timbre métallique son intensité est parfois assez faible (bourdonnement amphorique de Laënnec).

La parole, la toux ont des résonnances métalliques.

Parfois tintement métallique (fortes inspirations ou toux). La percussion auscultée fera percevoir le bruit d'airain de Trousseau.

Rarement les signes précédents sont au complet et *le trépied fondamental de Galliard* sonorité tympanique. Abolition des vibrations. Abolition du murmure vésiculaire — reste le signe capital.

b) Radiologiques. — *Le cliché radiographique* fait la preuve du pneumothorax : clarté excessive d'un des hémithorax ; moignon pulmonaire sous forme d'une bande verticale paravertébrale ; diaphragme déformé, aplati.

Si l'on voit le malade à la radioscopie : battements du cœur plus amples, plus visibles que normalement ; déplacement inspiratoire du médiastin ; diaphragme immobilisé.

B. Lorsqu'on a fait cliniquement le diagnostic de pneumothorax, que le cliché radiographique a confirmé les données cliniques, il importe de faire un *examen minutieux du malade.*

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Nouveau traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicite

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *3* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tænias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil PARIS (1er)

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 3 NOVEMBRE 1934. — N° 88.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
L'équilibre acide-base en physiopathologie, par M. J.-E. Thiéry.
LES CONGRÈS DU CANADA (1934)
XXIIIe Congrès français de médecine. — XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Suite. Compte rendu, par M. J. Huber.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Liste des candidate admis à prendre part au concours :

MM. Barraya, Blanquine, Bloch, Caby, Chevallier, Chigot, David, Delinotte, Fontaine, Herbert, Judet, Olivier, Rodier, Rousseau, Roux, Sergent, Varangot.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — MM. Brun et Trian, chargés de cours à titre permanent, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite pour cause de suppression d'emploi.

M. Peyron, chargé de cours à titre provisoire, est admis, pour cause de suppression d'emploi, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Salmon, chef de travaux d'anatomie, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie topographique et médecine opératoire pour l'année scolaire 1934-1935.

Pour cette même période, sont chargés de cours complémentaires :

M. le professeur Romieu. Embryologie.

M. le professeur Mercier. Pharmacologie et chimiothérapie.

M. Bourde, agrégé. Clinique chirurgicale infantile.

M. Périot. Médecine du travail.

Enfin, M. le doyen Imbert a été désigné par M. le ministre de l'Education nationale pour présider les jurys d'examens de la Faculté française de médecine de Beyrouth (Syrie) pour la session d'octobre-novembre 1934.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin général de 1re classe. — M. le médecin général de 2e classe Oudard.

Au grade de médecin général de 2e classe. — M. le médecin en chef de 1re classe Chauvin.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Liste de classement de sortie de l'Ecole d'application des médecins et pharmacien chimiste de 2e classe :

Ligne médicale : Les médecins de 2e classe Rautureau, Ubertine, Gauffriaud, Le Gall, Quinquis, Servanton, Dumas, Laporte, Homberg, Clenet, Miossec, Guérin, Le Bihan, Messner, Goguet, Leonetti, Mathias, Brisou, Le Nistour, Ben Merabet, Rampont, Bouissou, Le Gac, Cabibel, Godeau, Cuq, Imbert.

Ligne pharmaceutique : M. Raynaud, pharmacien chimiste de 2e classe.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉROLOGIE ET DE SYPHILIS EXPÉRIMENTALE (25, boulev. Saint-Jacques, Paris [XIVe]). — L'assemblée générale de la Société française de sérologie et de syphilis expérimentale se réunira à la Faculté de médecine de Paris le 8 novembre 1934, à 10 h.

Question à l'ordre du jour : « Valeur comparative des réactions de floculation entre elles. » Rapporteurs : MM. le professeur Meinicke, le docteur Arthur Vernes et Leconte du Nouy.

Les travaux se continueront l'après-midi, à 15 h., à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques.

Les membres de la Société, désireux de prendre part à

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

l'assemblée, sont priés de s'inscrire le plus tôt possible et de faire parvenir au secrétariat le titre de leur communication.

M. le professeur Meinicke fera, le vendredi 9 novembre, à 10 h. du matin, à l'Institut Alfred Fournier, l'exposé de la nouvelle méthode, dont il est l'auteur, de séro-diagnostic de la tuberculose.

A cette conférence sont particulièrement invités tous les médecins qui s'intéressent au diagnostic de la tuberculose.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE DE L'ADULTE. (Hôpital Cochin.) — M. le professeur Paul Mathieu commencera son cours le mercredi 7 novembre 1934, à 11 h., à l'hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Programme de l'enseignement. — Lundi, jeudi et samedi : Opérations.

Mardi, à 9 h. : Consultation à la policlinique.

Mercredi, à 11 h. : Leçon à l'amphithéâtre de la Clinique chirurgicale.

Vendredi, à 10 h. : Leçon à la policlinique.

Enseignement complémentaire : Démonstrations pratiques d'appareillage par M. le docteur R. Ducroquet, assistant d'orthopédie, les mardis et mercredis matin, à 9 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Presno, père du professeur Presno, recteur de l'Université de la Havane, président de l'Académie de médecine de Cuba. Que notre éminent confrère veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde sympathie.

3e Congrès pan-américain de la tuberculose. — Ce congrès se réunira du 16 au 19 décembre 1934, à Montevideo (Uruguay). Il est organisé par l'union latino-américaine des sociétés de phtisiologie.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Bases économiques de la lutte antituberculeuse dans l'Amérique du Sud ;

2° Pathogénie et traitement de l'empyème tuberculeux.

3° Collapsothérapie médico-chirurgicale de la tuberculose pulmonaire ;

4° Critique de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire au Chili ;

5° Aspects radiologiques les plus fréquents de la tuberculose dans les milieux sud-américains.

Le droit d'inscription est fixé à cinq pesos urugayens ou huit pesos argentins.

Le trésorier est le Dr Pedro A. Barcia, Soriano 1171 à Montevideo.

Congrès de la goutte et de l'acide urique. (Vittel 14-16 septembre 1935.) — La société de médecine de Vittel organisera en septembre 1935 un congrès de la goutte et de l'acide urique, sous les auspices de l'Institut d'hydrologie de la Faculté de médecine de Nancy, avec le concours de la Société d'hydrologie et de climatologie de l'Est.

Les présidents d'honneur sont : les professeurs Desgrez, Marcel Labbé, Paul Carnot et Bezançon.

Les présidents de sections : les professeurs Rathery, Loeper, Villaret, Etienne et Santenoise.

Le secrétaire général est le Dr Maurcie Boigey à Vittel.

Le secrétaire administratif est M. Chavane, à Vittel.

Rapporteurs du congrès : les troubles des échanges nutritifs chez les goutteux (prof. Loeper et prof. agr. Lemaire),

Métabolisme de l'acide urique (docteur Brodin et M. Grigaut).

Cure sulfatée calcique et régulation neuro-humorale (prof. Santenoise, prof. agr. L. Merklen et Dr M. Vidacovitch).

Le foie des goutteux (prof. Noël Fiessinger).

Le rein des goutteux (prof. agr. Abrami).

L'appareil cardio-vasculaire des goutteux (prof. agr. C. Lian et Dr Gilbert Dreyfus).

Pathogénie de la goutte et tophus goutteux (prof. P. Merklen et prof. agr. M. Wolf).

Formes cliniques de la goutte aiguë. (Dr Lucien de Gennes).

Formes cliniques du rhumatisme goutteux (Dr Mathieu-Pierre Weill).

Lésions anatomo-pathologiques de la goutte (prof. Jean Tapie).

Goutte et cellulite (prof. Paviot).

Le sang des goutteux (Dr Coste).

Troubles anaphylactiques chez les goutteux (prof. agr. Pasteur-Vallery-Radot et Dr Mauric).

Troubles nerveux chez les goutteux (prof. Rimbaud et Dr Anselme Martin).

Diététique et hygiène de la goutte (prof. agrégé Guy Laroche).

Radiographie de la goutte (prof. G. Rechou).

Histoire thermale de la goutte (prof. agr. Chabrol).

Le traitement médicamenteux de l'uricémie (Dr A.-P. Cawadias).

Thérapeutique hydrominérale de la goutte (prof. Lemierre et Dr Justin Besançon).

Thérapeutique médicale de la goutte (prof. Maurice Perrin).

PHARMACIE rue des Archives, 36
M. à P. 40.000 fr. P. ét. B.
Consign. 10.000 fr. Adj. 14 Novembre 16 h. Etude Me ROBINEAU, notaire, 8, rue de Maubeuge.

LE VENDREDI 30 NOVEMBRE 1934

à 15 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1935. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *100.000 francs* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 15 novembre 1934.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE **MANGAÏNE** DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR

BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS

Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc*

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE
CINNAMATE DE BENZYLE
CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

**PRÉTUBERCULOSE,
TRAITEMENT ADJUVANT
DES TUBERCULOSES MÉDICALES
ET CHIRURGICALES**

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction

Pas de contre-indications

De **1** à **2** ampoules par jour ou tous les **2** jours. Séries de **15** à **20** injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

QUINBY

QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"

et SYPHILIS

QUINBY SOLUBLE

INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE

QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES
AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS _ LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS _ PARIS-15e

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct: PARIS-LYON
Briançon • *Autocars:* GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents: Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

REVUE GENERALE

L'ÉQUILIBRE ACIDE-BASE EN PHYSIOPATHOLOGIE

Par J.-E. THIÉRY,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

La notion de l'équilibre acide-base, seul compatible avec la vie dans l'organisme humain, est née de l'observation clinique. C'est l'étude du coma diabétique, type des comas acidosiques, qui a permis de fixer les caractères cliniques de la rupture de cet équilibre et qui a conduit à chercher un moyen de le mesurer. Ce moyen a été fourni par la détermination du *pH plasmatique* et surtout de la *réserve alcaline* du sang qui s'avèrent aujourd'hui les méthodes les plus précises pour exprimer le degré d'une acidose, pour mesurer le danger qu'elle fait courir à l'organisme et pour contrôler l'efficacité de la thérapeutique mise en œuvre pour la combattre.

***

L'histoire de l'acidose dans la seconde moitié du siècle dernier et le début de celui-ci a traversé trois phases :

— C'est tout d'abord *l'ère des précurseurs*. Petters, dès 1857, attire l'attention sur la présence de l'*acétone* dans l'urine des diabétiques en état de coma et Kussmaul en 1874 pense que le coma diabétique est dû à une intoxication. Kaulich, en 1860, croit que cette intoxication est due à l'acétone, mais ce corps n'est que faiblement toxique et Gerhardt, Stadelmann, Minkowski et Külz vont attirer l'attention dans les années suivantes sur la présence dans les urines des diabétiques en état de coma, de deux autres corps plus toxiques que l'acétone : l'*acide diacétique* et l'*acide β oxybutyrique*. On attribue alors à la toxicité de ces acides la pathogénie du coma diabétique que Walter cherche à reproduire expérimentalement chez le chien en lui injectant un acide fort : l'acide chlorhydrique. Il produit ainsi un coma rapidement mortel.

— C'est à l'école de Naunyn (1) et à son élève Stadelmann que revient le mérite d'avoir montré que les acides reconnus dans les urines des diabétiques, au cours du coma, *agissent en fonction de leur acidité et non de leur toxicité*. La notion d'*acidose* était née. On constatait à l'appui de cette thèse que l'hyperacidité des urines coïncidait avec l'abaissement de l'alcalinité du sang et la présence de corps acétoniques dans les tissus. Cette théorie rallia vite de nombreux partisans, entre autres Magnus Lévy, Lutze, Blum, Marcel Labbé. Violle reprenant sur l'animal l'expérimentation tentée par Walter, en remplaçant l'acide chlorhydrique par des acides organiques plus faibles (lactique, butyrique, β oxybutyrique), reproduisit un coma semblable au coma diabétique, curable par l'injection intra-veineuse de bicarbonate de soude. Cependant, même après saturation, les acides conservaient une certaine *toxicité-propre*, mais bien moindre que leur *toxicité-acide*. De cette époque date le traitement de l'acidose diabétique par l'ingestion ou l'injection de bicarbonate de soude à très hautes doses (100 et même 400 gr.) et les observations de malades tirés du coma par cette méthode (Naunyn, Marcel Labbé).

— L'ère des biologistes américains allait commencer. Henderson, Whitney, Van Slyke s'attachent alors à la mesure de l'acidose. Ils délaissent bientôt en partie la mesure de l'acidité titrique des corps acétoniques dans le sang, pour mesurer le CO^2 alvéolaire et le CO^2 du plasma sanguin. A la mesure de l'*acidité titrique ou potentielle* se substitue la mesure de l'*acidité ionique ou actuelle* dans le plasma sanguin, représentée par le *pH de Sorensen*, puis celle de la *mesure de la réserve alcaline*. A côté de la notion d'acidose par excès d'acide et diminution des bases, se fait bientôt place la notion d'acidose gazeuse par augmentation du CO^2 alvéolaire dans l'hypopnée.

Le mécanisme de l'équilibre acide-base, les apports de bases et d'acides par l'alimentation, le rôle des divers émonctoires (poumon, rein, intestin), celui du foie sont étudiés. Fernbach attire l'attention sur l'importance des *substances-tampons* du sang (buffer-substances des auteurs américains). L'application des méthodes de mesure du pH et de la réserve alcaline à divers états pathologiques permet de découvrir un grand nombre d'états d'acidose et d'alcalose au cours d'affections en apparence très dissemblables et de leur appliquer un traitement rationnel. Ambard, Blum étudient l'acidose des néphrites, Dautrebande les acidoses circulatoires, Henderson les alcaloses dues à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Au total, toutes les discussions engagées autour du mécanisme de l'équilibre acide-base n'ont fait que confirmer l'importance de la mesure de cet équilibre en pathologie générale.

Ce sont les divers procédés employés pour cette mesure, son mécanisme physiologique et les applications de ces notions à la pathologie et à la thérapeutique que nous nous proposons de passer ici en revue.

***

S'il est des *acidoses sans cétose* (acidose des néphrites), dans nombre de cas, et non des moindres, puisque c'est le cas de l'acidose diabétique, il y a élimination dans les urines de *corps acétoniques*. Le moyen le plus simple de constater qualitativement une *acidose avec cétose* est la recherche des corps acétoniques dans les urines. Les réactions employées quotidiennement au lit du malade sont bien connues. Rappelons-les cependant brièvement.

La réaction de Gerhardt décèle la présence dans les urines de l'acide diacétique. Si dans un tube à essai contenant environ 9 cm^3 d'urine on ajoute une solution de perchlorure de fer (1 cm^3) et qu'on agite le mélange, il se produit, si les urines contiennent de l'acide diacétique, une coloration rougeâtre comparable à celle du vin de Porto et pouvant même être plus foncée (vin de Bordeaux ou de Malaga) si l'acide diacétique est abondant. Si la réaction est né-

(1) Naunyn. *Diabètes Mélitus*, Vienne 1910.

gative, l'urine prend une couleur jaune foncé due au perchlorure de fer.

La réaction de Legal décèle la présence de l'acétone. Elle consiste à ajouter dans un tube contenant 5 cm³ d'urine, 10 gouttes de réactif de Legal (acide acétique cristallisable : 10 gr. solution de nitro-prussiate de soude au 1/10e : 10 gr.). On agite et en inclinant le tube on fait couler 1 cm³ d'ammoniaque qui, liquide plus léger, reste au-dessus de l'urine. A la surface de séparation, il se forme un anneau violet-rouge, si la réaction est positive. Cette réaction est extrêmement sensible ; elle peut se produire pour des quantités d'acétone minimes. Or les urines normales émises en 24 heures contiennent de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de corps acétoniques. On ne peut donc pas tenir compte d'une réaction de Legal positive isolée. En pratique, pour dépister et mesurer une acidose diabétique, la réaction de Gerhardt suffit. Il faudra cependant s'assurer par l'interrogatoire que le malade n'a pas ingéré auparavant certaines substances médicamenteuses, tel l'acide acétyl-salicylique (aspirine), susceptibles de provoquer une réaction positive. La réaction de Legal ne doit être employée que comme moyen de contrôle de la première, en cas de coloration douteuse et bien qu'elle ne s'adresse pas au même corps.

L'acétone peut être encore recherchée par le réactif de Lieben moins usité (l'iode iodurée en présence de lessive de soude et d'acétone donne un précipité jaune d'iodoforme).

L'*acide β oxybutyrique* ne peut se rechercher qualitativement ; on en fait seulement le dosage. On appréciait, il y a quelques années, son pouvoir levogyre au polarimètre, le degré de déviation constituait alors la mesure du danger (Marcel Labbé). Cette méthode longue et nécessitant un polarimètre spécial est actuellement abandonnée.

Le dosage des corps acétoniques dans l'urine, séparément, ne présente aucun intérêt. Ces corps ne coexistant pas dans une proportion constante. Le dosage des corps acétoniques totaux, par la méthode de Van Slyke a donné au contraire les résultats suivants. Normalement trouvés à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 02, par 24 heures, ils atteignent dans les acidoses plus sérieuses le taux de 0 gr. 15-0 gr. 30, dans les acidoses graves celui de 2, 3, 5, 10 gr., dans les cas très graves 10 à 20 gr. par 24 heures. Il n'était pas rare, avant l'apparition de l'insuline, de constater des poussées d'acétonurie de 40, 60, 100 gr. par 24 heures.

Outre ce dosage, on peut encore faire le *dosage de l'acidité titrique des urines* par la soude en présence d'un indicateur coloré, tel que la phénolphtaléine et *le dosage des acides organiques urinaires par la méthode de Van Slyke et W. Palmer*. Ces acides sont l'acide carbonique et phosphorique en combinaison calcique soluble et les acides aminés (créatinine et créatine) ; ils ajoutent leur acidité à celle des corps acétoniques. On peut également trouver trace dans l'urine d'acide lactique, acétique, propionique.

On a pu ainsi constater au cours d'acidose diabétique une dose d'acide de 10 à 50 fois plus élevée que chez le sujet sain (1).

(1) M. Labbé et F. Nepveux. *Acidose et Alcalose*, Masson 1928.

— Les acides ne sont point les seuls éléments intéressants à rechercher et à doser dans l'urine pour l'étude des acidoses.

Le dosage séparé de l'ammoniaque, de l'urée, des acides aminés urinaires, présente un grand intérêt. Les chiffres trouvés permettront en effet d'établir les rapports

$$\frac{\text{Azote des acides aminés}}{\text{Azote total}} \qquad \frac{\text{Azote uréique}}{\text{Azote total}}$$

$$\frac{\text{Azote de l'ammoniaque}}{\text{Azote total}}$$

Or on sait que les acides aminés sont issus de la désintégration des protéines et donnent naissance à l'urée et à l'ammoniaque. Les variations du taux de ces corps dans l'urine témoignent d'un trouble du métabolisme protéinique en rapport avec un état d'insuffisance hépatique qui peut jouer un rôle important dans la pathogénie des états de déséquilibre acido-basiques. Les résultats obtenus par M. et H. Labbé et Bith, au cours du diabète avec acidose, ont montré l'exagération de l'élimination des acides aminés et de l'ammoniaque.

Normalement de 0 gr. 05, 0,30 par 24 heures, l'azote aminé s'élève à 3 et 4 gr. Le rapport

$$\frac{\text{acides aminés}}{\text{azote total}}$$

passe de 1 à 3 %, chiffres normaux à 10 et 20 %.

L'ammoniaque urinaire atteint 2, 3, 6 et 8 gr. (Naunyn, Magnus Lévy, Van Noorden) et le rapport $\frac{\text{Azote ammoniacal}}{\text{azote total}}$ qui normalement ne dépasse pas 5 % s'élève dans l'acidose diabétique à 15 et même 25 %.

De même le coefficient d'imperfection uréogénique dit coefficient de Maillard, de 5 à 7 % à l'état normal, passe à 20 et 30 % dans l'acidose diabétique.

Telles sont les principales recherches chimiques qu'on devra effectuer dans les urines.

L'examen chimique du sang et notamment *le dosage des corps acétoniques totaux* par la technique de Van Slyke et Fitz peut présenter un grand intérêt dans certains cas. L'absence de corps acétonique dans les urines chez certains malades en état d'acidose, ne signifie pas de façon absolue qu'il s'agit d'une acidose sans cétose. Chez certains diabétiques atteints de néphrite chronique, le rein reste, en effet, imperméable au corps cétonique, qu'il faut alors doser dans le sang. Le taux des corps cétoniques plasmatiques, bien qu'il ne corresponde pas exactement à l'imprégnation des tissus par les acides, se montre cependant augmenté dans l'acidose diabétique. Normalement de 0 gr. 001 à 0 gr. 002 par litre, Marcel Labbé l'a vu alors atteindre 1 gr. 93 et Joslin 2 gr. 50.

A cette mesure on pourra ajouter l'établissement du *coefficient azotémique* qui, normalement de 48 %, peut apporter un complément de renseignements.

***

Nous avons jusqu'ici étudié le dosage titrique dans les urines et le sang d'un certain nombre de corps qui jouent un rôle important dans la perturbation de l'é-

quilibre acido-basique ; nous allons maintenant définir une autre conception de l'acidité ; celle qui mesure le plus exactement l'acidose : l'*acidité ionique*. Nous rappellerons d'abord quelques principes généraux.

Le poids moléculaire ou molécule-gramme d'un corps est le rapport entre le poids de la molécule d'un corps considéré à l'état gazeux et le poids de la molécule d'hydrogène choisi comme étalon.

Pour définir l'acidité titrique d'un corps, il faut se rappeler la loi d'Avogrado et d'Ampère : « Les divers gaz renferment dans des volumes égaux, à la même pression et à la même température, un même nombre de molécules ». Il suffit donc pour connaître le poids d'une molécule de CO^2 par rapport au poids d'une molécule d'hydrogène de peser un même volume de ces deux gaz dans les mêmes conditions de pression et de température.

Si l'on dissout dans une même quantité de solvant des corps acides différant de poids moléculaire, on obtient des solutions qui pour un même volume contiennent une même quantité de molécules. Deux solutions de même volume contenant l'une 36 gr. 5 d'acide chlorhydrique, l'autre 60 gr. d'acide acétique contiennent la même quantité de molécules puisque 36,5 est le poids moléculaire de l'acide chlorhydrique et 60 gr. celui de l'acide acétique. Ces deux solutions ont le même *titre*. Il faudra pour les neutraliser la même quantité de soude, et pourtant, bien qu'ayant la même acidité titrique, de ces deux solutions l'une (Hcl) a une saveur plus forte que la seconde ($C^2\ H^4\ O^2$), c'est qu'en effet HCl est un acide « fort » et $C^2\ H^4\ O^2$ est un acide « faible ». Le titrage d'un acide par une base est impuissant à mesurer cette différence. Il ne s'agit plus d'acidité titrique, mais d'acidité ionique.

L'acidité ionique est la concentration en ions acides d'hydrogène. Faraday avait le premier montré l'influence des courants électriques dans les solutions salines sur les charges des ions. En 1887, Arrhenius énonça la théorie de l'ionisation, c'est-à-dire la possibilité pour la molécule de se diviser en ses ions par la simple action de sa dissolution dans l'eau, en dehors de toute action du courant électrolytique. Suivant son taux de dilution, une molécule est capable de se dissocier dans les solutions acides ou basiques en un plus ou moins grand nombre d'ions H, une solution acide est caractérisée par un excès d'ions H, une solution alcaline par un excès d'ions OH, une solution neutre par une neutralisation des ions $\overset{+}{H}\overset{-}{OH}$; c'est le cas de l'eau.

En 1867, Guldberg et Waage avaient énoncé la loi d'action de masse : « La vitesse d'une réaction est proportionnelle au produit des concentrations des corps en présence). Arrhenius démontra que cette loi s'appliquait non seulement aux gaz, mais aussi aux solutions salines ionisées. La vitesse de réaction d'un acide en solution est donc proportionnelle à sa concentration en ions H. HCl contenant plus d'ions libres que $C^2\ H^4\ O^2$ est un acide plus fort que lui. Les chiffres capables d'exposer le nombre des *ions libres* sont trop élevés pour qu'on puisse s'en servir en pratique. De même qu'on ne peut se servir du nombre qui mesure le poids de l'atome et qu'on se sert de la molécule-gramme pour mesurer le titre d'une solution, de même Sorensen a proposé de représenter le nombre qui mesure l'acidité ionique par le logarithme changé de signe de la concentration en ions H. Ce symbole est devenu le pH d'une solution.

On voit donc toute la différence qui sépare l'acidité ionique, totale, potentielle de l'acidité ionique actuelle déjà libérée et prête à entrer en jeu dans une combinaison. Dans l'expression du pH, la neutralité absolue a été fixée à pH=7. C'est celle de l'eau.

Une solution sera d'autant plus riche en ions H que le pH s'abaisse de 7 à 0. Elle sera d'autant plus riche en ions alcalins que pH s'élève vers le chiffre 14.

La mesure du pH est applicable à tous les liquides contenant des corps en solution. Dans l'organisme humain, elle a été faite non seulement dans le sang et les urines, mais encore dans les selles, le suc gastrique, la salive.

*
* *

Les mesures du pH les plus usitées se font dans le sang et les urines.

La mesure du pH sanguin demande quelques précautions préliminaires : le sang doit être prélevé chez un sujet à jeun depuis 12 heures, car les sécrétions digestives augmentent le taux des bicarbonates du plasma, et au repos depuis au moins 1/2 heure, car la fatigue diminue le pH. La ponction veineuse doit se faire sans garrot, la stase diminuant le pH. Le sang est recueilli sous huile de paraffine à pH neutre, dans une seringue en verre neutre. Il est rendu incoagulable par une solution d'oxalate de potasse neutre à 12 % et centrifugé durant 5 à 7 minutes par un procédé empêchant toute perte de CO^2.

La mesure du pH sanguin peut se faire directement ou indirectement.

La plus précise des méthodes directes est la *méthode électrométrique*. Elle est basée sur le principe de Nernest : « Lorsqu'on plonge une électrode de platine chargée de noir de fumée et saturée d'hydrogène dans une solution aqueuse, il se produit entre cette électrode riche en ions H et la solution moins riche en ions H, une chute de potentiel proportionnelle à la concentration des ions contenus dans la solution ».

Si l'on prend deux électrodes à hydrogène semblables, dont l'une plonge dans une solution-étalon de concentration en H connue, et qu'on fasse communiquer les deux vases par un tube de verre et les deux électrodes par un fil conducteur, le courant qui se produit ne cesse que lorsque les deux solutions ont la même concentration en ions H. La mesure potentiométrique du courant donne donc directement le pH. Cette méthode ne peut s'appliquer qu'au pH plasmatique car l'hydrogène réduit l'hémoglobine des globules. Elle nécessite une installation électrique spéciale. En France, l'appareil employé est l'électrode de Sannié dérivée de celle d'Hasselbach et mise au point par Vérain.

Dans les urines, la détermination électrométrique du pH se fait à l'aide d'électrodes à quinhydrone.

La *détermination colorimétrique du pH* est d'une technique plus simple et plus compatible avec la pratique journalière. On ajoute une certaine quantité

d'indicateur (le rouge de phénol) à un volume défini de plasma dilué dans du sérum physiologique neutre et l'on compare la teinte obtenue avec la teinte fournie par une série de solutions de pH connu en présence du même indicateur.

— *La détermination colorimétrique du pH urinaire* se fait sur des urines partielles ou des urines de 24 heures recueillies sous toluène et sous huile de paraffine et conservées à la glacière. La méthode de Clark utilise comme indicateur bicolore le méthyl orange ; l'urine étudiée est diluée au 1/10, au 1/15 et même au 1/20 suivant sa richesse en pigments. Après addition de 3 gouttes de colorant, elle est portée au comparateur à six tubes.

Les urines éliminant des acides ont un pH plus bas que le sang. Normalement, le pH urinaire varie entre 4,8 et 7,4 ; il peut s'abaisser au cours de l'acidose diabétique à 4,6 et même 4,2, alors que le pH plasmatique normal est entre 7,30 et 7,40, traduisant une alcalinité légère du sang, ne tombe guère au cours du coma qu'à 7,10 et 7,05, et se maintient dans les états d'acidose grave à 7,25-7,20.

La méthode de mesure indirecte du pH est basée sur la détermination de l'acide carbonique libre et des bicarbonates qui entrent dans l'équation suivante d'Hasselbach :

$$pH = pK1 + \log. \frac{CO^3 BH}{CO^3 H^2}.$$

On mesure d'abord la somme des facteurs acide carbonique libre et acide carbonique des bicarbonates (CO^2 et CO^3 BH). L'appareil gazométrique de Van Slyke permet des mesures rapides et précises. Dans l'eudiomètre de cet appareil, le CO^2 du plasma est libéré par le vide réalisé par l'abaissement d'une colonne de mercure et l'action d'une solution d'acide sulfurique à 5 %. Un dispositif de robinet à deux voies permet de séparer le liquide du gaz et de mesurer sur le mercure le volume de CO^2 à la température du lieu et à la pression du moment. La graduation de l'appareil exprime un volume en CO^2 total par 100 cm³ de plasma. Des tables spéciales permettent de ramener la température à 0° et la pression à 760 mm. de mercure.

Pour déterminer la part qui revient dans le CO^2 total au CO^2 dissous dans le sang et aux bicarbonates du sang, il faut en outre mesurer le CO^2 alvéolaire. En effet, la quantité d'acide carbonique dissous dans le sang est en relation avec la pression de ce gaz dans l'air alvéolaire.

La mesure du CO^2 alvéolaire se fait au moyen de l'appareil de Fridericia qui permet de collecter dans un appareil gradué un volume déterminé d'air alvéolaire. Le CO^2 est absorbé par la potasse. La diminution du volume gazeux représente la quantité % du CO^2 alvéolaire. Connaissant le coefficient de solubilité de ce gaz, on calcule aisément son volume ramené à la température 38 et à la pression normale intra-alvéolaire de 40 mm. de mercure. On peut alors en soustrayant du CO^3 H^2 total le CO^2 alvéolaire avoir le taux des bicarbonates du sang et calculer le pH par l'équation d'Hasselbach.

On voit que cette mesure indirecte du pH nécessite une double détermination (CO^3 H^2 total et CO^2 alvéolaire) et des calculs compliqués.

En pratique, elle est assez délaissée. Le pH sanguin varie d'ailleurs peu. L'expression numérique de ses variations parle mal à l'esprit ; une décimale correspond en effet, comme nous l'avons vu, à une variation énorme d'acidité ionique. Il faut pour l'obtenir un taux d'acidose très décompensé (dyspnée de Kussmaul entraînant une forte diminution du CO^2 alvéolaire, états agoniques). On tend à remplacer la mesure du pH plasmatique par celle de la réserve alcaline, plus simple et d'expression plus souple parce que ses chiffres portent sur une plus grande échelle.

— *La réserve alcaline* est la capacité du sang en acide carbonique pour une pression donnée. Par le mot capacité, il faut entendre le pouvoir de combinaison du sang avec l'acide carbonique à une pression déterminée de ce gaz, et non la seule contenance du sang en CO^3 H^2 total. La réserve alcaline répond donc au volume de gaz carbonique correspondant aux bicarbonates contenus dans 100 cm³ de plasma et renseigne parfaitement le clinicien sur les forces de résistance que l'organisme peut mettre en action pour lutter contre l'acidose.

La plupart des opérateurs recueillent le sang sous huile et ramènent systématiquement la pression du CO^2 contenu dans le sang examiné à 40 mm. de mercure, pression normale alvéolaire. D'autres tiennent compte de la véritable pression du CO^2 alvéolaire du sujet examiné.

Les biologistes américains, avant que d'introduire le sang dans le gazomètre de Van Slyke pour mesurer le CO^2, mettent ce sang en contact avec le CO^2 alvéolaire. Pour cela, ils prélèvent le sang dans une seringue oxalatée ordinaire et non sous huile, ils l'introduisent dans un ballon à décanter où il se trouve en présence pendant 1/4 d'heure avec le CO^2 alvéolaire du sujet respirant à son contact. Le sang ainsi équilibré à la pression du CO^2 alvéolaire est ensuite centrifugé sous huile.

Il faut pour calculer par ce procédé la réserve alcaline, connaître le CO^2 total et le pH plasmatique ; on pourrait calculer la réserve d'après l'équation d'Hasselbach. Pour dispenser de trop longs calculs, il existe des tables donnant pour chaque pH le facteur de correction par lequel il faut multiplier le CO^2 total pour obtenir la réserve alcaline.

La mesure exacte d'une réserve alcaline oblige donc à tenir compte du pH plasmatique et à le déterminer par une méthode directe. Comme ce pH varie peu, on se contente, en pratique courante, de mesurer à l'aide de l'appareil de Van Slyke, le CO^2 total qui permet une estimation suffisamment précise des forces défensives de l'organisme.

Il existe pour calculer la réserve alcaline une méthode chimique créée par Van Slyke et modifiée par Guillaumin. Elle permet par l'acide sulfurique de mesurer titriquement le CO^2 du plasma.

Les résultats donnés par la mesure de la réserve alcaline sont les suivants :

Normalement, elle peut varier de 52 à 65 volumes ; dans l'acidose diabétique légère, elle s'abaisse entre

50 et 40 ; dans l'acidose grave entre 40 et 30 ; au-dessous de 25, les malades tombent dans le coma.

Les chiffres les plus bas cités sont : 13,8 (Blum), 11 (M. Labbé), 8,5 (Joslin).

Il faut insister sur ce point que réserve alcaline et pH expriment des états totalement différents ; alors que le pH exprime le degré d'acidité ou d'alcalinité d'un liquide organique, la réserve alcaline exprime les moyens de défense dont dispose l'organisme pour lutter contre l'acidose. L'étude des acidoses gazeuses, qui se produisent au cours des états d'hypopnée, montre qu'il peut y avoir à la fois augmentation de l'acidité ionique du plasma par le $CO^3\ H^2$ en excès et augmentation de la réserve alcaline par le même mécanisme. (*A suivre.*)

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

DEUXIÈME RAPPORT

Syndromes pancréatiques chroniques avec prédominance des troubles de la sécrétion externe. — A. CADE et PIERRE-P. RAVAULT, avec la collaboration radiologique de M. ROGER CADE. Les symptômes qui traduisent une lésion ou un trouble fonctionnel du pancréas sont souvent difficiles à percevoir et à identifier, par suite de la situation profonde de la glande, de l'importance des signes d'emprunt, et du fait que l'organisme peut suppléer au moins partiellement à la déficience du pancréas dans la digestion.

La viciation du fonctionnement glandulaire consiste surtout dans l'insuffisance totale ou partielle de sa sécrétion. La sécrétion externe du pancréas agit sur les divers ordres d'aliments, grâce à une série de ferments : la trypsine, qui pousse la dislocation de la molécule albuminoïde jusqu'au stade d'acides aminés, l'amylase qui agit sur l'amidon, la lipase qui exerce une action émulsive et saponifiante.

Dans ces dernières années, on a poussé très loin l'étude expérimentale du déficit pancréatique qui s'accompagne de troubles de l'absorption des graisses et des matières azotées. Ces troubles sont moindres si la réaction pancréatique a été incomplète. L'opothérapie les atténue. Enfin, ils s'accompagnent souvent de phénomènes trophiques résultant de la carence en acides aminés et peut-être aussi en vitamine liposoluble.

L'insuffisance pancréatique se traduit d'abord par des signes cliniques : diarrhée, modifications de l'appétit, amaigrissement rapide, anémie.

Les examens de laboratoire après repas d'épreuve fournissent des résultats très importants. L'examen des selles est capital. Il faut insister sur leur fréquence, leur volume, mais surtout sur leur étude microscopique et chimique. L'étude microscopique des graisses montre leur abondance et surtout celle des graisses neutres. Chimiquement, on dose les graisses neutres et les graisses saponifiées. On étudie surtout les rapports entre la graisse ingérée et la graisse excrétée ou *coefficient d'absorption*, et le rapport total entre la graisse neutre et la graisse totale excrétée. Ces examens permettent de constater, chez les insuffisants pancréatiques, l'élimination d'une quantité anormale de graisse ou stéatorrhée et le défaut de dédoublement de ces graisses ou hypostéatolyse. Toutefois, la stéatorrhée peut manquer en cas de lésions pancréatiques incomplètes ou d'obstacle à l'écoulement du suc gastrique et l'hypostéatolyse est sujette à des variations importantes. Mais de toutes façons, chez les pancréatiques, l'absorption de la graisse se fait mal.

L'insuffisance pancréatique se traduit encore par des troubles sérieux de la digestion des albuminoïdes. Ceux-ci peuvent se constater microscopiquement, en particulier par l'épreuve des noyaux. Enfin, le dosage chimique permet de se rendre compte de ce déficit par l'apparition de l'azotorrhée. On recherche également dans les fèces les hydrocarbones non digérés et la présence de bile. On a cherché à y mettre en évidence les divers ferments des sucres pancréatiques. La plus pratique de ces recherches est celle de l'amylase fécale, mais son absence ne peut guère témoigner que d'une obstruction du canal de Wirsung ou d'une achylie pancréatique par sclérose totale du pancréas.

On a enfin tenté d'évaluer l'activité du suc pancréatique dans l'intestin par épreuve du salol et plus récemment par l'appréciation du temps de rupture de capsules opaques glutinisées.

On a encore apprécié l'insuffisance pancréatique en recherchant dans le sang les ferments d'origine pancréatique et leurs variations, ainsi que les modifications de la lipémie. La première méthode se borne presque exclusivement à la recherche de l'amylase dont le taux comparé à l'amylase urinaire présente un intérêt réel, mais reste souvent difficile à interpréter. La recherche des graisses du sang soulève de sérieuses objections.

L'examen des urines montre parfois de la glycosurie, ce qui est un signe d'orientation pancréatique. La recherche de l'amylase dans l'urine a de la valeur, et il est intéressant de comparer son taux avec celui de l'amylase fécale.

L'examen du suc duodénal présente une importance considérable. Son prélèvement direct à l'aide du tube d'Einhorn permet d'y rechercher les divers ferments après s'être débarrassé de la bile par la méthode de Meltzer-Lyon. Dans le suc ainsi obtenu, on recherche la trypsine et surtout la lipase. Dans les pancréatites et les diabètes graves, on note une insuffisance des ferments. Dans les tumeurs, l'absence de ferments, de bile et de sang est en faveur d'un cancer de la tête du pancréas ; la présence de sang seul est en faveur d'une tumeur de l'ampoule de Vater. De même, la rétention biliaire pure doit faire conclure à une obstruction ou compression isolée du cholédoque.

On a cherché à rendre plus nets ces résultats en excitant la sécrétion pancréatique. De nombreuses épreuves telles que les injections intraveineuses de sécrétine purifiée ou de solutions glucosées ont été proposées dans ce but.

Toutes ces recherches sont longues et difficiles, et en règle générale, il faudra se limiter aux plus simples d'entre elles.

En résumé, l'exploration du fonctionnement pancréatique permet de mettre en évidence, quoique de manière inconstante, les insuffisances pancréatiques prononcées ou totales de l'obstruction du canal de Wirsung. Pour les insuffisances partielles, tout au plus pourra-t-on les soupçonner. Dans les grandes insuffisances pancréatiques, on obtiendra surtout des renseignements utiles du dosage des ferments pancréatiques dans le suc duodénal et de l'amylase dans les fèces.

Aux symptômes pancréatiques proprement dits s'ajoutent d'autres qui relèvent des rapports anatomiques et de la morphologie de la glande.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 87, p. 1541.

Parmi eux, il faut insister sur les douleurs. Elles revêtent le plus souvent le type de crises paroxystiques, simulant d'assez près la crise de colique hépatique. D'autres fois, elles prennent le caractère d'un syndrome pseudo-ulcéreux, ou de phénomènes douloureux continus.

Les douleurs provoquées par la palpation revêtent une valeur diagnostique certaine, lorsqu'elles siègent au point pancréatique ou dans la zone pancréatico-cholédocienne.

Le symptôme tumeur est encore plus inconstant. Dans quelques cas, on peut sentir une masse allongée transversalement plus ou moins bien individualisée. En général, seules les tumeurs de gros volume sont perceptibles.

L'ictère revêt dans les syndromes pancréatiques chroniques une importance de premier plan et représente le signe de beaucoup le plus fidèle des lésions de la tête du pancréas. Il s'agit d'un ictère chronique par rétention avec augmentation de volume du foie et distension vésiculaire. Les signes de compression des voies digestives, l'ascite, les œdèmes, la mélanodermie se rencontrent beaucoup plus rarement.

La radiologie enfin est susceptible d'apporter des renseignements intéressants. Dans les cancers du pancréas, on observe presque exclusivement des signes d'emprunt dus à la compression : encoche de la petite courbure, empreinte sur la grande courbure refoulée à droite, lacune centrale. L'image du pylore est souvent déformée.

Mais ce sont surtout les signes duodénaux qui ont de l'importance : retard du transit, sténose, changements d'aspect du cadre duodénal par élargissement simple ou s'accompagnant de déformations. Les signes coliques sont peu fréquents.

Dans l'ensemble, le refoulement du bulbe en haut et à gauche et l'élargissement de l'anneau duodénal sont le fait des tumeurs de la tête pancréatique, de beaucoup les plus fréquentes, tandis que les manifestations coliques ainsi que certaines déformations du corps de l'estomac dépendent plutôt des tumeurs du corps et de la queue.

Les kystes et pseudo-kystes du pancréas peuvent donner des signes radiologiques analogues.

Dans les pancréatites qui se traduisent en général par une hypertrophie assez discrète de la glande, les symptômes radiologiques sont plus atténués. Dans quelques cas exceptionnels, on a pu voir aux rayons X l'ombre directe d'un pancréas, très induré.

L'exploration radiologique des voies biliaires après injection de lipiodol par une fistule biliaire peut donner des résultats.

Enfin, la radiographie est indispensable pour affirmer avec certitude le diagnostic des calculs pancréatiques. Ils sont souvent difficiles à différencier des calculs du cholédoque et du rein ou des ganglions calcifiés paravertébraux ou mésentériques.

Les syndromes pancréatiques se groupent différemment pour donner des tableaux cliniques des pancréatites chroniques, de la lithiase, des kystes et des cancers.

Dans le vaste groupe des pancréatites, on peut individualiser les *pancréatites chroniques avec ictère.* Les lésions sont le plus généralement localisées à la tête du pancréas. L'ictère est le symptôme capital. L'hépatomégalie est de règle ; les signes de déficience pancréatique sont assez rares. Cette affection peut prendre une allure inflammatoire et fébrile ou revêtir une allure pseudo-néoplasique. Elle guérit régulièrement après drainage des voies biliaires.

Dans d'autres cas, c'est la douleur qui constitue le syndrome essentiel, par compression du plexus solaire ou réaction péritonéale.

Les *pancréatites à forme entérocolitique et dyspeptique* s'accompagnent fréquemment de signes d'emprunt. Aux symptômes gastriques s'ajoutent des alternatives de constipation et de diarrhée, des coliques douloureuses, de l'entérocolite. Ces formes seraient relativement fréquentes et de diagnostic difficile.

Quant aux petits syndromes d'insuffisance pancréatique, leur diagnostic ne peut se baser que sur des tests de laboratoire dont la valeur reste souvent discutable.

L'étiologie des pancréatites est variable. Le plus généralement elles sont d'origine biliaire, et dans l'immense majorité des cas la lithiase biliaire est en cause sous forme d'un calcul enclavé. Enfin, chez des malades atteints de cholécystite, quelques-uns des troubles digestifs observés peuvent dépendre d'altérations pancréatiques. Si l'on met à part le diabète bronzé, l'élément pancréatique ne se manifeste que faiblement chez la plupart des cirrhotiques.

L'ulcère gastro-duodénal peut se compliquer, lui aussi, de pancréatite chronique.

Les observations de pancréatite chronique secondaires à des infections aiguës sont rares. Plus fréquemment, c'est la syphilis héréditaire ou acquise qui est en cause, et qui détermine par infiltration gommeuse ou scléreuse un tableau clinique de pancréatite avec ictère.

Enfin, on a attiré l'attention sur l'existence de cirrhoses pancréatiques chez les artérioscléreux, les urémiques, dans l'anémie pernicieuse et dans certaines splénomégalies.

La *lithiase du pancréas* se caractérise surtout par des symptômes douloureux et l'élément essentiel du diagnostic réside dans l'exploration radiologique. L'évolution en est capricieuse. Elle peut arriver à guérir par expulsion des calculs.

On désigne sous le nom de *kystes du pancréas* les collections liquides qui s'y développent et qui peuvent être d'origine inflammatoire, adénomateuse, cancéreuse ou parasitaire. Les pseudo-kystes sont plus fréquents que les kystes vrais. La sémiologie des uns et des autres se caractérise essentiellement par l'existence d'une tumeur, de douleurs, et de quelques signes d'insuffisance pancréatique. Les commémoratifs jouent un rôle important dans le diagnostic. La marche de ces tumeurs est lente. Elles évoluent en plusieurs années vers la cachexie.

L'ictère domine l'histoire clinique du *cancer de la tête.* Les douleurs constituent le signe capital de la forme classique du *cancer du corps*, mais il existe de nombreuses formes anormales.

Les symptômes pancréatiques sont difficiles à individualiser en raison de la coexistence d'une rétention biliaire prépondérante. En général, le syndrome d'insuffisance pancréatique externe, malgré les présomptions qu'il peut apporter, permet rarement un diagnostic certain.

L'obscurité des signes cliniques objectifs, l'absence d'une sémiologie fonctionnelle pathognomonique, la difficulté d'interprétation des symptômes fournis par le laboratoire et la radiologie rendent particulièrement difficile la pathologie du pancréas. En dépit des progrès réalisés dans ces dernières années, elle reste souvent obscure du fait de la fréquence des symptômes d'emprunt.

Troisième rapport

Pancréatite chronique avec troubles de la sécrétion interne. — MM. Albert Puech et Pierre Rimbaud. — Le pancréas, glande mixte, déverse dans le sang une hormone, l'insuline, sans laquelle l'organisme ne peut utiliser le glucose, et qui possède encore une action sur l'équilibre des lipides et des protides. Accessoirement, le pancréas semble intervenir dans l'équilibre aqueux et le développement de la morphogenèse. Enfin, on a pu isoler quelques extraits sans insuline, utilisés en thérapeutique pour leurs effets cardio-vasculaires.

La fonction endocrine essentielle du pancréas est donc la sécrétion de l'insuline, et les troubles de la sécrétion pancréatique interne comprennent un syndrome d'hyperinsu-

linisme avec hypoglycémie et d'hypo-insulinisme avec hyperglycémie.

Les pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne constituent l'une des variétés principales des syndromes insuliniques. Elles se rencontrent dans les lésions de sclérose ou d'inflammation chronique de la glande ou accompagnent certaines altérations dégénératives des îlots de Langerhans. On peut donc comprendre dans leur description les états de dysinsulinisme fonctionnels provoqués par les cancers, les kystes ou la lithiase de la glande, ainsi que les syndromes où le trouble de la sécrétion pancréatique coexiste avec d'autres troubles fonctionnels endocriniens ou viscéraux. La pancréatite avec trouble de la sécrétion interne est la cause la plus importante des diabètes proprement dits par lésions du pancréas.

La pancréatite chronique serait relativement fréquente. Cependant, elle ne s'accompagne que rarement de glycosurie. Expérimentalement, la ligature du canal de Wirsung ne fait pas apparaître le sucre dans les urines et les expériences montrent qu'il faut enlever une partie importante de pancréas pour que le diabète apparaisse. C'est surtout autour de l'atteinte des îlots de Langerhans et des réactions insulo-pancréatiques que gravitent l'histologie et la physiopathologie des pancréatites diabétigènes.

Au cours des pancréatites chroniques, les troubles de la sécrétion interne sont subordonnés, en effet, aux lésions des îlots de Langerhans et dépendent moins de leur nature que de leur gravité et de leur étendue.

Les lésions insulaires diabétiques présentent divers types : sclérose, atrophie, dégénérescence hyaline ou hydropique. Cette dernière paraît traduire plus spécialement une réaction d'épuisement par surmenage fonctionnel des îlots. Contre ces processus destructeurs, le pancréas défend sa fonction endocrine par une régénération insulaire.

L'évolution du diabète pancréatique est commandée par la destruction progressive des îlots et sa gravité est due à ce que la régénération insulaire reste le plus souvent insuffisante. Les améliorations fonctionnelles du diabète ne paraissent pas correspondre à des régénérations anatomiques suffisantes pour que le pancréas tende à recouvrer son intégrité. Toutefois, l'insulinothérapie pourrait dans certains cas faciliter cette régénération.

La pancréatite chronique serait d'ailleurs la cause la plus fréquente de l'hyperinsulinisme. Cela explique la possibilité d'un syndrome d'hyperglycémie et de diabète pouvant succéder à l'hypoglycémie.

Quelques facteurs pancréatiques extra-insulaires paraissent déterminer secondairement des troubles de la sécrétion interne de la glande : atrophie lipomateuse, sclérose, artérite. Epstein a émis l'hypothèse que les troubles de la sécrétion externe interviendraient dans certaines conditions biologiques, en réduisant l'activité de l'insuline par sa neutralisation à l'intérieur même de la glande. Enfin, au dysfonctionnement insulaire peuvent s'associer d'autres facteurs extrapancréatiques susceptibles d'en modifier les effets : l'insuffisance hépatique et le dysfonctionnement des autres glandes endocrines.

En clinique, les pancréatites chroniques diabétigènes peuvent se produire par l'association au trouble glyco-régulateur de symptômes liés à l'insuffisance de la sécrétion externe : troubles digestifs, diarrhée chronique graisseuse, phénomènes douloureux abdominaux, ictère par compression. Exceptionnellement la pancréatite peut s'accompagner d'hyperinsulinisme et d'hypoglycémie.

Mais le plus souvent, elle reste cliniquement latente et son rôle n'est mis en évidence que d'une manière indirecte. C'est ainsi que l'on rapporte généralement les diabètes consécutifs aux infections générales aiguës (oreillons ou ictères catarrhaux), à des pancréatites. La sclérose pancréatique peut également se produire dans certaines affections vésiculaires ou par propagation d'un processus ulcéreux gastro-duodénal. Mais si son existence peut être cliniquement

soupçonnée dans de tels cas, on ne peut *a priori* l'affirmer.

L'atteinte du pancréas chez les hyperglycémiques peut être plus sûrement démontrée par l'étude du dysfonctionnement insulaire : épreuve de l'hyperglycémie provoquée, insulino-résistance.

D'autres signes pancréatiques peuvent être encore révélés chez les diabétiques par les procédés de laboratoire permettant de déceler les troubles de la sécrétion externe de la glande : dosage de l'amylase fécale, dosage des ferments pancréatiques dans le suc duodénal, épreuve des noyaux de Schmidt, dosage des diastases pancréatiques dans les urines et des lipases dans le sang. La constatation de ces signes est en faveur du diagnostic de pancréatite. Enfin, l'interférométrie vient d'apporter récemment une nouvelle méthode de recherche susceptible d'aider à ce diagnostic.

Un grand nombre de travaux ont permis d'affirmer qu'il existe dans la moitié des cas de diabète des modifications macroscopiques du pancréas. Les lésions microscopiques interstitielles sont encore plus fréquentes et les altérations insulaires sont presque de règle.

Cependant, le pancréas peut être trouvé indemne dans toutes les formes du diabète et plus particulièrement chez les diabétiques jeunes. D'autre part, quoique très rarement, des lésions même très importantes des îlots de Langerhans peuvent exister sans s'accompagner de glycosurie.

Il est difficile de juger du rôle des altérations pancréatiques dans la pathogénie du diabète, car les lésions insulaires peuvent être secondaires à l'hyperglycémie ou à une maladie associée et même produites artificiellement après la mort.

Deux tests toutefois sont à retenir pour apprécier le rôle joué par le pancréas dans la production du diabète : la diminution du nombre et de la dimension des îlots de Langerhans, la réduction de la quantité d'insuline dans le pancréas.

Il n'y a que d'assez lointains rapports entre les diverses lésions insulino-pancréatiques et les types cliniques du diabète ; cependant, la dégénérescence hyaline et la sclérose sont les plus fréquentes et se rencontrent dans les diabètes lentement évolutifs ; la dégénérescence hydropique, l'atrophie simple, l'infiltration lymphocytaire paraissent correspondre au diabète des jeunes.

Du point de vue thérapeutique, il semble que nous n'ayons à opposer aux troubles de la sécrétion interne déterminés par les pancréatites chroniques qu'un seul agent efficace, l'insuline. L'intérêt de l'opothérapie glandulaire totale est pratiquement nul. Le traitement étiologique est rarement indiqué. Seuls peuvent en bénéficier les diabètes légers et les glycosuries consécutives aux cholécystites chroniques et aux ulcères gastro-duodénaux.

Discussions

M. Pavel (Bucarest) insiste sur l'existence d'une pancréatite aiguë d'ordre médical évoluant au cours de certaines maladies générales, sans symptômes cliniques. Le fait est prouvé par les modifications du taux de la diastase urinaire. Aussi, les troubles glycorégulateurs existant dans la pneumonie et l'ictère catarrhal, et mis généralement sur le compte d'une atteinte hépatique, seraient d'ordre pancréatique. On pourrait expliquer ainsi l'augmentation du besoin d'insuline des diabétiques au cours des états infectieux, ainsi que l'augmentation de la tolérance à l'insuline des ictères catarrhaux.

Le diabète pancréatico-splénique après la résorption d'ascite au cours des cirrhoses hépatiques. — MM. Noel Fiessinger et G.-B. Brouet (Paris), après avoir signalé diverses associations de cirrhose et de diabète, rapportent l'existence d'une association qu'ils ont observée plusieurs fois : cirrhose hypertrophique avec ascite et œdèmes, suivie de guérison apparente avec disparition de l'ascite, puis apparition d'un diabète sans, puis avec dénutrition suivie de granulie. A l'autopsie, cirrhose diffuse avec pancréatite scléreuse et splénite fibreuse. Dans de tels cas, la pathogénie pancréatique domine, mais les auteurs se demandent, étant donnée l'importance de la fonction glyco-régulatrice de la rate, si l'apparition tardive du diabète n'est pas le fait de la double lésion pancréatique et splénique qu'augmente lentement l'évolution d'une cirrhose diffuse.

Quelques cas de pancréatites aiguës, guéris sans traitement chirurgical. — M. Max Einhorn (New-York). — La mortalité des interventions pour pancréatites aiguës est d'environ 50 p. 100. C'est une raison pour en chercher un traitement médical. L'auteur décrit 3 cas qui ont été traités avec succès par l'abstention. Deux de ces cas coïncidaient avec un ulcère gastro-duodénal, et furent alimentés par voie duodénale.

Etudes cliniques et radiologiques d'un cas de pancréatite kystique. — MM. J. Huber, J. Gatellier et G. Ronneaux (Paris). — Malade de soixante-trois ans chez laquelle deux examens radiographiques avaient montré un élargissement très notable de l'anneau duodénal, puis un étirement rectiligne du duodénum. L'intervention a montré une masse kystique volumineuse qui fut traitée par marsupialisation. Guérison par l'intervention suivie d'insulinothérapie.

(*A suivre.*) JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 30 octobre 1934)

M. le Président fait part de la mort de M. Manquat (de Nice), correspondant national depuis 1907 dans la section de médecine.

Notice. — M. Brocq-Rousseu donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Cadiot.

Rapport sur les vaccinations. — M. Camus, au nom de la Commission permanente de vaccine, présente à l'Académie le rapport général annuel sur les vaccinations antivarioliques pratiquées en France, aux colonies et dans les pays de protectorat.

En *France*, les opérations vaccinales pratiquées dans les séances publiques sont plus nombreuses que l'année précédente : 3.612 vaccinations en plus et 3.328 revaccinations en plus. Les vaccinations à domicile, estimées par le nombre de certificats déposés, sont également plus nombreuses : 5.405 en plus.

Le total des opérations vaccinales pratiquées dans les séances publiques est de 1.175.253.

Le chiffre global des opérations vaccinales est cependant inférieur à celui de l'année précédente, mais ceci tient à ce que dans le département de la Seine il y a eu 30.593 opérations vaccinales en moins.

La vaccination a donné satisfaction d'une façon générale ; cependant, dans six départements, les Commissions de vaccine ont signalé : les unes que le vaccin a provoqué de violentes réactions suivies de quelques accidents graves, les autres que son activité a été notoirement insuffisante.

On sait que l'Académie, consultée par M. le Ministre de la Santé publique, avait indiqué qu'elle pourrait réaliser le contrôle de toutes les préparations vaccinales si on lui augmentait son crédit. Non seulement le faible crédit dont dispose l'Académie n'a pas été augmenté, mais on vient de le

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

OLÉTHYLE-BENZYLE

SULFOÏDOL ROBIN
Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules
ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R. C., 221.839, Seine.
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
6, Rue Abel PARIS (12e)

NEVROSTHENINE FREYSSINGE
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul Ornano PARIS

réduire de 46 p. 100, ce qui rend très précaire le contrôle partiel qu'elle pouvait exercer par sondage sur les vaccins délivrés par les Centres vaccinogènes.

Variole. — 9 départements ont signalé la présence de la variole : 21 cas ont été observés à Rouen avec 7 décès ; 3 dans la Haute-Vienne avec 1 décès, et 1 à Marseille avec 1 décès.

En *Algérie*, la proportion des vaccinations est d'environ 10 p. 100 du nombre des habitants. On a enregistré 29 cas de variole pendant l'année.

Aux *Colonies*, on a pratiqué 10.175.206 vaccinations en 1932, contre 8.499.068 vaccinations en 1931. Le nombre de cas de variole en 1932 a été de 8.406 ; il n'était que de 5,170 en 1931.

Au *Maroc*, il a été pratiqué 611.202 vaccinations en 1933. La variole n'a donné lieu qu'à 112 cas de maladie contre 1.575 en 1932.

En *Tunisie*, il a été pratiqué 415.658 opérations vaccinales et il n'y a eu que 4 cas de variole.

A propos de la réaction de B.-W. — M. AUGUSTE, note présentée par M. MESNIL. Avant d'effectuer la réaction de Bordet-Wassermann (syphilis) ou la réaction de fixation dans la tuberculose, M. Auguste débarrasse le sérum de ses globulines précipitables par l'acide chlorhydrique N/300. Il augmente ainsi de façon très heureuse la sensibilité de la réaction de Wassermann : fréquence des résultats positifs augmentée de plus de 80 p. 100 ; intensité des réactions souvent triplée ou quadruplée. La sensibilité de la réaction de fixation pour la tuberculose est augmentée lorsqu'on utilise l'antigène à l'œuf de Besredka. Dans tous les cas, la spécificité est conservée.

Un nouveau paralysant du sympathique. — M. Raymond HAMET. Pour lutter contre les nombreux troubles qui dépendent de l'hyperexcitabilité du système nerveux sympathique, la thérapeutique ne disposait jusqu'à ce jour que de deux médicaments : les alcaloïdes de l'ergot de seigle et ceux du yohimbé. Dans le gambir, rubiacée de la région indo-malaise que l'industrie utilise en très grande quantité pour les tanins qu'elle renferme, M. Raymond Hamet a découvert un alcaloïde nouveau, la gambirine, qui possède une action sympathicolytique extrêmement énergique. Cette nouvelle substance n'a qu'une très faible action vasculaire, ce qui lui assure une supériorité incontestable sur les alcaloïdes de l'ergot qui sont des vaso-constricteurs très puissants et sur les alcaloïdes du yohimbé qui ont de forts effets vaso-dilatateurs. L'auteur pense que le nouvel alcaloïde pourrait être utilisé avantageusement dans la thérapeutique des sympathoses.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES HYPNO-ANALGÉSIQUES (1)

Par le docteur H. FAVIER.

D'après l'auteur, les indications de l'allonal sont toutes celles de la médication analgésique et sédative, algies de toute nature, états d'hypersensibilité, hyperesthésies traumatiques et même les insomnies. C'est dire qu'elles intéressent la médecine générale, la chirurgie, la psychiatrie, la gynécologie et surtout la pratique stomatologique. L'allonal se donne à la dose d'un à trois comprimés par jour. A ces doses thérapeutiques usuelles, qui peuvent d'ailleurs être dépassées dans les cas graves, l'allonal n'est pas du tout toxique, n'a aucune action nocive sur le cœur, les reins, les poumons.

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 49, déc. 1933.

LIVRES NOUVEAUX

L'aérophagie 3e édition, revue et augmentée (1), par le docteur G. LEVEN, ancien interne des Hôpitaux de Paris, Secrétaire général de la Société de Thérapeutique.

Une troisième édition de ce livre est justifiée par le rôle considérable que l'aérophagie joue dans un très grand nombre de cas pathologiques. Elle crée de toutes pièces des symptômes gastro-intestinaux, cardiaques ou respiratoires ; elle aggrave par sa présence des états pathologiques dont elle est contemporaine ; elle révèle souvent des lésions organiques, si discrètes dans leurs manifestations, que seul le diagnostic d'aérophagie est posé, alors que cette aérophagie est une aérophagie *accompagnatrice* d'un mal qu'il faut rechercher avec grand soin pour le préciser.

L'aérophagie et l'aérocolie sont de *grandes simulatrices*, assurément, comme le démontrent les diagnostics de cardiopathies, de pneumopathies, d'asthmes, d'appendicites, d'occlusions intestinales qui étaient purement et simplement des syndromes aérophagiques.

Cependant, il ne faudra prononcer le diagnostic ferme d'aérophagie pure qu'après des examens soigneux et répétés aidés parfois par la radiologie, ainsi que le montrent de nombreux faits rapportés par l'auteur, signalant des goitres plongeants, des lésions œsophagiennes, des hernies diaphragmatiques, etc., étiquetés aérophagies, tant les symptômes aérophagiques dominaient la scène.

M. G. Leven insiste surtout sur les cas où l'aérophagie est liée à des lésions cardiaques si discrètes qu'elles sont méconnues par les spécialistes les plus avertis, l'évolution des accidents et la mort subite parfois, révélant qu'il s'était agi d'aérophagie accompagnatrice.

Ces quelques remarques montrent au clinicien qu'un diagnostic d'aérophagie ne peut pas être fait rapidement, qu'il devra parfois attendre l'action de la thérapeutique si longuement et si soigneusement exposée dans ce livre pour juger tel ou tel cas.

La guérison sera toujours rapide, si tous les détails du traitement sont mis en œuvre. Dans ces conditions, si la guérison retarde ou n'est qu'incomplète, c'est que le diagnostic est sans doute... à reviser. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 5 novembre. — Jury : MM. Robert Debré, président ; Abrami, Turpin, Vallery-Radot. — M. GILBRIN : Recherches sur le génie épidémique. Etude du pouvoir pathogène et du pouvoir toxigène du bacille diphtérique.

Mardi 6 novembre. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Lereboullet, Chabrol, Olivier. — M. BOURROUET : Les origines ethnographiques de l'hygiène. — M. DE GASSICOURT : Joseph Souberville neveu de frère Côme. — M. CHABREYROUX : Etudes des extraits thymiques et orchitiques.

Jeudi 8 novembre. — Jury : MM. Roussy, président ; Nobécourt, Gastinel, Huguenin. — M. CASSAIGNE : Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses.

Mardi 6 novembre (Thèse vétérinaire). — Jury : MM. Tanon, président ; Létard, Vergé. — M. STÉVENIN : Approvisionnement en lait de la ville de Strasbourg et contrôle hygiénique du lait.

(1) In-8 de 280 pages avec 28 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

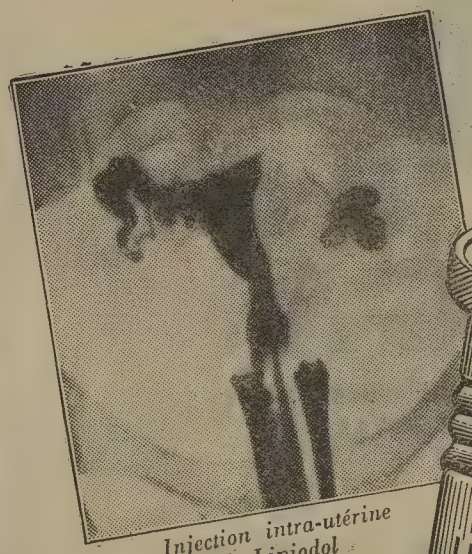
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LIPIODOL LAFAY

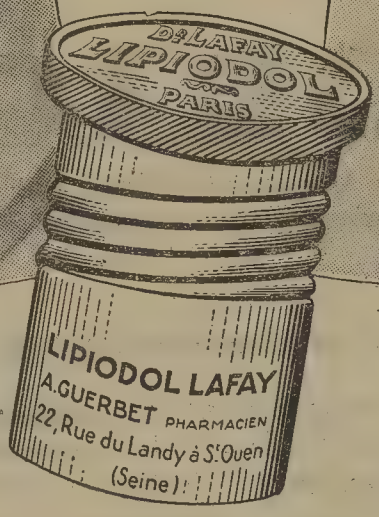
THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol



Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÉS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3, = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule, 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP-CARRÉ

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 7 NOVEMBRE 1934. — N° 89.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la chirurgie des surrénales, par M. le professeur R. Leriche.

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe Congrès français de médecine. — XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Suite. Compte rendu, par M. J. Huber.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. Prix décernés. — *Société médicale des hôpitaux*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le nouveau bureau du Comité de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, par M. Maurice Mordagne.

LIVRES NOUVEAUX

NOTES POUR L'INTERNAT

Pneumothorax tuberculeux. Signes et diagnostic (suite).

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours d'aide d'anatomie des hôpitaux. — Jury : MM. Robineau, Proust, Chifoliau, Bloch (René), Herscher.

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à dix places (au maximum) d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 3 décembre 1934, à 9 h., à l'administration centrale (salle des Commissions), 3, avenue Victoria.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir et qui rempliront les conditions réglementaires seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 h., du lundi 12 au mardi 20 novembre 1934 inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nancy. — *Concours de l'internat.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Bricquel, Penin, Weil, Roussel, Legait.

Ont été nommés internes provisoires : MM. Tieger, Houillon, Mathieu.

Concours de l'externat. — Ont été nommés externes : MM. Vigneron, Karcher, Castelain, Bertier, Holvec, Bardin, Pierron, Bussienne, Hirsch, Bergeron, Jacques, Herbeuval.

Ont été nommés externes à la suite : MM. Deloupy, Demange, Bouvenet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — A l'occasion de la séance solennelle de rentrée de l'Université, la Faculté (cours, examens, travaux pratiques, bibliothèque) sera fermée le samedi 10 novembre.

Le secrétariat sera ouvert aux heures habituelles.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Sors, médecin lieutenant à la 14e région (croix de guerre avec palme).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Brousseau est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Clermont (Oise). en remplacement de M. le docteur Chatagnon, nommé médecin chef de service des Asiles de la Seine.

— Le poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher) est vacant par suite du départ de M. le docteur Martimor, nommé médecin chef des Asiles de la Seine.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Sont nommés membres du Conseil :

Première commission (éducation physique) : MM. Latarjet, Chailley-Bert, Lesné, Marcel Labbé, Tissier (de Pau), Boigey (de Vittel), Bellin du Coteau, Collet (Marcel), le médecin général inspecteur Rouget, le médecin commandant de Chaise-Martin.

HÉMORROÏDES
ANUSOL
(Anciennement exploité par le Laboratoire MIALHE)
POMMADE — SUPPOSITOIRES
Echantillons sur demande à MM. les Médecins
Lab SUBSTANTIA, 13, rue Pagès, SURESNES (Seine)

Deuxième commission (campeurs, etc.) : MM. Pierre Durel, Lesné, Monsaingeon.

Troisième commission (sports) : MM. Lacq, Chappert, Lesné, Collet (Marcel), Bellin du Coteau, de Chaise-Martin.

Quatrième commission (préparation militaire) : MM. Monsaingeon, Bellin du Coteau, de Chaise-Martin.

UNION THÉRAPEUTIQUE (Association internationale fondée en 1934). — Les membres fondateurs de l'Union thérapeutique créée sous les auspices de la Société de thérapeutique de Paris, à la suite du Congrès français de thérapeutique de 1933, étaient réunis récemment dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, mise aimablement à leur disposition par M. le doyen Roussy.

Sous la présidence de M. le professeur Pouchet, ils ont élu le premier bureau ainsi constitué :

Président : M. le professeur Maurice Loeper; vice-présidents : MM. les professeurs Pende, Em. Perrot, Zunz, le docteur Poulton; secrétaire général : M. le docteur G. Leven; secrétaire général adjoint : M. le professeur agrégé André Lemaire; trésorier : M. le docteur G. Doin; archiviste : M. le docteur Babonneix.

Cette Union, comme le disent les statuts votés à l'unanimité, est une association internationale de médecins et de biologistes, particulièrement occupés de questions de thérapeutique. Elle établit entre ses membres des relations régulières, encourage des recherches originales, favorise les échanges d'idées, de publications et de livres.

Elle se réunit en assemblée générale une fois par an, au mois d'octobre, pour étudier le mouvement thérapeutique, affronter les méthodes et coordonner les efforts. Elle organise, en outre, des Congrès périodiques où peuvent s'inscrire les médecins et les biologistes étrangers à l'Union.

La première assemblée a décidé que le prochain Congrès aurait lieu en Suisse, à Berne, sous la présidence de M. le professeur Burgi, dans le courant de l'année 1936.

Les membres fondateurs constituent déjà un groupement de 250 membres. Les médecins et biologistes désireux d'adhérer à l'Union sont priés d'adresser leur demande au secrétaire général, 24, rue de Téhéran, Paris (VIIIe). Conformément aux statuts, leur admission sera décidée par la prochaine assemblée générale.

CENTRE HOMŒOPATHIQUE DE FRANCE. — Nous rappelons que l'enseignement du Centre homœopathique de France, 25, rue Murillo, reprend le mercredi 7 novembre. La séance d'ouverture aura lieu ce même jour, à 18 h., sous la présidence de M. le professeur Joubin, membre de l'Institut : « La fonction humaine », par le docteur Léon Vannier.

Pour le programme des cours en 1934-1935 et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général du Centre homœopathique de France, 25, rue Murillo, Paris (VIIIe), Carnot 70-14.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, décédé à Paris le 4 novembre 1934.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Macasdar (de Saint-Cyr-sur-Mer), Adolphe Nicolas (de Marseille); le professeur Edmondo Berger qui consacra toute sa carrière professorale à l'hôpital des incurables de Naples; le professeur Frenkel (de Toulouse), les docteurs Monfredi, conseiller général, décédé subitement à Orezza; Félix Allard (de Paris).

LE VENDREDI 30 NOVEMBRE 1934

à 15 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication de la fourniture des *instruments de chirurgie à anneaux*, des *instruments en gomme, caoutchouc, cristal, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration pendant l'année 1935, savoir :

1er lot. *Instruments de chirurgie à anneaux*. 60.000 f.
2e — *Instruments en gomme et caoutchouc*. 80.000
3e — — — 80.000
4e — *Gants et doigtiers en caoutchouc, tubes à drainage*..... 900.000
5e — *Articles de caoutchouc*..... 350.000
6e — *Tétines et obturateurs*..... 110.000
7e — *Thermomètres médicaux*.. non mis en adj.
8e — *Seringues en cristal*..... 350.600 f.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 13 novembre 1934, avant 16 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE NOUVEAU BUREAU DU COMITÉ DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

Le 17 octobre dernier, le Comité de la *Corpo* a élu son nouveau bureau. Il est réconfortant de constater qu'alors qu'une crise sans précédent vient d'anéantir la plus ancienne en date des associations d'étudiants de Paris, la *Corpo* continue de mener sa vie professionnelle sans se préoccuper des aléas de la politique. Mais ceci ne veut pas dire que son Comité s'enferme dans une prudente réserve. Au contraire, les campagnes ne l'effrayent pas, et il a très souvent pris la tête de mouvements importants, dont les plus récents sont dans toutes les mémoires.

Rappelons la lutte pour la loi Armbruster, pour le baccalauréat classique obligatoire, contre les certificats obligatoires de spécialités et contre les étudiants et médecins allemands.

Le choix du nouveau bureau est particulièrement heureux.

Ont été élus : président : M. Domart; trésorière : Mlle Lafontaine; secrétaire général : M. Laurence; trésorier adjoint : M. Gasch; bibliothécaire : M. Lambert, secrétaire adjoint : M. Dupuis; bibliothécaire adjoint : M. Faliu.

M. *Domart*, interne des hôpitaux de Paris, reprend une présidence qui ne manqua pas de brio et de succès et qu'il avait interrompue pour faire son service comme médecin sous-lieutenant au centre d'aviation de Nancy.

Mlle *Lafontaine* reprend une trésorerie que lui laisse en très bon état notre camarade Rault. Mlle Lafontaine est la fille d'un ancien de notre maison qui eut au Quartier son heure de célébrité avant de présider brillamment aux destinées de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Qui ne connaît le secrétaire général *Laurence*, ce bouillant externe des hôpitaux qui documente sans cesse le Comité sur les cas les plus suspects d'exercice illégal de la médecine ? Laurence a de puissantes antennes nécessaires à la défense corporative.

La bibliothèque est confiée aux soins de M. *Lambert*, un suburbain zélé, un pilier de toutes les librairies du quartier, toujours à l'affût du bouquin nouveau et de son auteur à pressentir pour un hommage gratuit. Enfin un homme délicat, politique habile, c'est le secrétaire adjoint M. *Dupuis*.

Avec un tel bureau, l'Association Corporative flottera de longues années sur le fleuve parisien.

MAURICE MORDAGNE.

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

Sirop Granules **CROSNIER** Cure sulfureuse

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

aux Douleurs dentaires dues aux Caries Pulpites Abcès etc

aux Névralgies faciales Intercostales Sciatiques

aux Insomnies provoquées par la Douleur ou le Surmenage

l'asciatine

Hypnotique

Antinévralgique

Analgésique

oppose sa triple action

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

ANŒSTRUS ŒSTRUS

Folliculine CHOAY

Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

CHOAY

LABORATOIRES CHOAY — 48 rue Theophile Gautier — PARIS (XVIe)

SUR QUELQUES RÈGLES GÉNÉRALES DE LA CHIRURGIE ENDOCRINIENNE

A PROPOS DE LA CHIRURGIE DES SURRÉNALES

Par M. le professeur René LERICHE.

La chirurgie surrénalienne peut paraître au premier abord un bien petit sujet, eu égard aux préoccupations habituelles de la chirurgie courante. Il est certain qu'à l'heure actuelle, elle demeure une pratique d'exception, qui n'est applicable qu'à des cas en apparence rares et dans des conditions encore discutables.

Mais, comme toute la chirurgie hormonale, elle a, sans doute, un grand avenir devant elle, si nous consentons à nous inspirer des directives générales de la pathologie endocrinienne.

Y a-t-il donc une chirurgie endocrinienne avec des règles spéciales ? Je le pense, ou du moins je crois qu'il y en aura une dans quelques années, et qui sera presque aussi individualisée que la neuro-chirurgie. Sans doute, il n'y a qu'une chirurgie. Mais, comme elle s'applique à des objets très divers, comme les tissus n'ont ni les mêmes propriétés ni les mêmes réactions, la chirurgie doit savoir s'adapter aux lois propres de chaque vie tissulaire.

Nos attitudes d'esprit et nos méthodes ne doivent pas être les mêmes en face de la chirurgie des os, de la chirurgie du cerveau et de celle des surrénales.

Et l'endocrino-chirurgie n'existera que quand nous saurons nous plier aux problèmes de la vie hormonale. Les difficultés actuelles de cette chirurgie nouvelle tiennent surtout aux modalités mêmes de la vie pathologique des endocrines. L'histoire déjà ancienne du traitement chirurgical du goitre exophtalmique le montre assez, pour qu'il soit inutile d'insister.

C'est pour cela qu'il était bon que soit discutée devant le Congrès de chirurgie, la question de la chirurgie des surrénales.

Je voudrais, à cette occasion, examiner tout d'abord aussi brièvement que possible quelques-uns des aspects généraux de la chirurgie endocrinienne. Ensuite, j'exposerai en fonction de cela, ce que m'ont appris 26 observations de chirurgie surrénalienne.

1° Problèmes généraux de la chirurgie endocrinienne. — A mon sens, une idée générale de la pathologie endocrinienne est nécessaire à qui veut aborder le traitement de l'une quelconque des maladies qui relèvent d'un trouble endocrinien.

Nos ignorances de physiologie sont encore trop grandes, pour que l'on puisse isoler les lois qui gouvernent cette pathologie, et je ne pense pas qu'il y ait, à l'heure actuelle, un esprit assez puissant pour aborder un essai de synthèse. Mais si on réfléchit à l'ensemble des conditions de la vie pathologique des endocrines, on voit se dégager quelques faits très généraux, qui ont des valeurs d'orientation. Il ne faudrait certes pas prendre la mise en formule de ces faits d'observation pour des axiomes à allure d'éternité. Je ne prétends pas à autre chose qu'à dire le résultat de mes propres réflexions.

Mon champ d'observation s'est limité à l'hypophyse, à la thyroïde, aux parathyroïdes, aux surrénales et à l'ovaire. Et je m'occupe de ces questions depuis 1920, époque à laquelle j'ai publié un premier travail (1) sur la chirurgie des endocrines en général, et depuis lors, je me suis tenu en contact étroit avec les histophysiologistes qui étudient ces questions.

Voici ce qui m'est apparu et ce que, sans doute, d'autres ont noté comme moi.

1° Les glandes à sécrétion interne sont peu atteintes par des processus infectieux locaux directs, et les infections générales ne les modifient sans doute qu'indirectement, en raison des troubles généraux qu'elles produisent. Du point de vue de la chirurgie, il y a peu de thyroïdite, peu de surrénalite, peu d'hypophysite, et je ne connais pas de parathyroïdite. Il est bien entendu qu'hyperhémie et tuméfaction ne veulent pas dire infection, car l'hypertrophie fonctionnelle suffit à produire ces réactions.

L'absence de canal excréteur, la prédominance du tissu épithélial sur le tissu conjonctif au niveau des endocrines sont probablement la cause de cette immunité relative.

2° Les glandes à sécrétion interne paraissent surtout dominées, dans l'ordre pathologique, par des variations qualitatives ou quantitatives de leurs sécrétions, soit de leur sécrétion propre pour chacune d'elles, soit de celles des autres glandes. En somme, *leur pathologie paraît en premier lieu une pathologie physiologique.*

3° Le premier en importance des processus ainsi créés, paraît être *l'hypertrophie par nécessité fonctionnelle, sous l'influence d'un appel à l'hormone, d'un besoin hormonal.*

Voici ce que ceci veut dire :

Quand une substance faisant partie des nécessités normales de la vie est fournie à l'organisme en quantité insuffisante eu égard aux besoins du moment, quand il y a besoin, la glande dont l'hormone régit le métabolisme de cette substance s'hypertrophie, fournit plus d'hormone et répond ainsi à l'appel.

Si la carence relative de la substance en question persiste ou se renouvelle, l'hypertrophie semble devenir définitive et peut revêtir l'aspect adénomateux. Elle peut même probablement s'organiser en adénome vrai (1) et ainsi se crée un mécanisme physiologique en quelque sorte d'hyperactivité hormonale, donc de gaspillage, donc d'état pathologique.

Je n'en donnerai ici qu'un seul exemple, pour ne pas allonger ma communication.

Quand il y a carence calcique relative par insuffisance d'apport alimentaire, par insuffisance de lumière, ou gaspillage par fistule biliaire, les parathyroïdes s'hypertrophient et peuvent arriver à l'adénomatisation. Erdheim l'avait déjà vu, mais cela avait été oublié. Oberling et Guérin viennent de le prouver chez des poules carencées en gravier ou en lumière. Dietrich, Loewy, Jung et moi, avons noté le même phénomène après les fistules biliaires expérimentales. Schmorl a vu cette prolifération adénomateuse dans les ostéopathies de famine. L'adénome de la maladie de Recklinghausen n'est sans doute qu'une production anatomique secondaire due à une excitation fonctionnelle et non une lésion primitive.

Ce fait est pour moi de telle importance, que l'on devrait se demander si l'hypertension artérielle n'est pas à son début l'aboutissant physiologique d'une modification surrénalienne conditionnée par un trouble fonctionnel des régulations sympathiques dans les émotions, la grossesse, etc., trouble qui provoque tout d'abord une hyperadrénalino-sécrétion et peut-être conditionne cette hypertrophie de la corticale que l'on retrouve souvent dans les suurrénales des sujets atteints de troubles circulatoires et expérimentalement après les opérations mytétiques.

(1) R. Leriche. La chirurgie des glandes endocrines, *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1920, p. 415.

(1) J'ai dit ailleurs la signification que peuvent avoir ces faits au point de vue de la compréhension générale des adénomes qui ne seraient plus ainsi que de fausses tumeurs.

En tout cas, c'est sans doute cette loi qui explique les hypertrophies habituelles du tissu restant après les ablations partielles ou unilatérales d'une glande hormonale et en particulier, les prétendues « régénérations » du corps thyroïde dans la maladie de Basedow après les thyroïdectomies partielles.

Le fait est probablement d'ordre général, et il y aurait lieu de rechercher expérimentalement si ce n'est pas lui qui est en cause dans ce que nous appelons les hypertrophies fonctionnelles.

4° L'état pathologique se réalise encore dans les endocrines *par le fait de leur interdépendance.*

Il est de plus en plus certain que nos glandes hormonales vivent en association, et l'on connaît bien aujourd'hui, en particulier, ce que l'on a appelé la domination hypophysaire par les stimulines pituitaires. Pathologiquement, ces corrélations semblent jouer un rôle important. L'expérimentation nous l'indique de tous côtés.

L'hormone parathyroïdienne injectée dans certaines conditions à des lapins, y produit de l'hypertrophie des îlots de Langerhans, et une prolifération de la médullaire surrénale qui revêt l'aspect caractéristique des tumeurs adénomateuses chromaffiniennes. Il en résulte secondairement des lésions importantes des artères de moyen calibre, siégeant dans la couche moyenne, et rappelant celles de la thrombo-angéite.

L'adénome basophile hypophysaire de Cushing détermine l'apparition d'adénomes surrénaux, dont la présence explique probablement l'hypertension habituelle dans ces cas, et il y a de même des signes d'hyperfonctionnement parathyroïdien, d'où une raréfaction squelettique diffuse.

Max Aron, injectant à des cobayes un extrait total de préhypophyse fraîche, observe des modifications importantes du corps thyroïde, et on tend à penser que la thyréo-stimuline par la répétition de son action peut déterminer l'apparition d'un adénome basedowifiant.

La *pathologie hormonale n'est donc pas une pathologie d'organes. C'est une pathologie de système,* dans laquelle on voit des variations quantitatives d'une hormone produire, dans une glande distante, des lésions anatomiques pathogènes pour leur propre compte.

Or, il suffit de très peu de choses pour qu'une hormone donnée varie qualitativement ou quantitativement. L'alimentation, la composition minérale des légumes, l'état de l'eau de boisson, le climat, l'état atmosphérique, suffisent expérimentalement à amener de grands changements. Et c'est pour cela, peut-être, comme je l'ai écrit ailleurs, que les caractères raciaux ne sont que le fruit d'une vie hormonale se déroulant dans des conditions identiques pour un certain nombre d'individus.

5° Ce n'est pas encore tout.

Bon nombre de glandes hormonales ont une action physiologique couplée avec celle du sympathique. J'ai signalé, il y a plusieurs années déjà, que du point de vue de la vaso-motricité, la parathyroïdectomie partielle a chez l'homme les mêmes effets sur la circulation périphérique, que la sympathectomie cervicale, dans son territoire d'action. De même, il y a similitude d'action vasomotrice dans une zone donnée entre surrénalectomie unilatérale et sympathectomie lombaire.

Il est très probable par ailleurs que les troubles sympathiques retentissent sur certaines endocrines. Goormathigh a trouvé chez des lapins à sinus carotidiens énervés par Heymans, des modifications histologiques de la médullo-surrénale et une hypertrophie de la corticale accompagnée d'un trouble évident des états lipoïdiques avec hypercholestérinémie.

J. White a vu, chez l'homme, qu'au niveau des membres, quand le sympathique a été totalement supprimé, il y a hypersensibilité adrénalinique et hyperactivité adrénalinique.

6° Il faut tenir compte de tous ces faits, quand on veut aborder *l'étude anatomo-pathologique des glandes à sécrétion interne.* Leurs réactions anatomiques, en dehors de la dégénérescence et de l'atrophie, sont d'une constatation difficile et d'une interprétation toujours épineuse. Elles sont en effet du type hypertrophie ou du type atrophie, et par conséquent s'inscrivent dans le cadre de simples variations qualitatives ou quantitatives. Aussi voit-on des pathologistes comme Oberling, comme Goormagthigh, hésiter à définir d'un mot ce qu'ils constatent.

Il ne faut donc peut-être pas, à l'heure actuelle, invoquer le silence anatomo-pathologique pour rejeter l'origine hormonale de tel ou tel syndrome. Dans les questions d'hormone, les réactions physiologiques informent plus sûrement que l'histologie. Peut-être, à l'avenir, ce sera-t-il autrement. Mais je parle pour le présent, et je me permets de rappeler à ce propos que longtemps, on a nié l'existence de lésions thyroïdiennes dans la maladie de Basedow. Dans sa thèse, en 1900, Herbet, qui fut un des brillants prosecteurs de l'époque, ne fait même pas allusion à la possibilité de lésion thyroïdienne quand il parle de la maladie de Basedow, et quand j'ai débuté dans la médecine, on classait encore cette maladie dans les névroses. Peut-être sommes-nous encore pour les parathyroïdes et pour les surrénales au stade de 1900. Mais il y a plus que cela : on sait bien aujourd'hui qu'il y a des états basedowiens curables par la thyroïdectomie et dans lesquels la thyroïde enlevée est histologiquement normale.

N'en est-il pas ainsi dans beaucoup d'états diabétiques. On peut mourir d'un diabète et avoir un pancréas apparemment à peine altéré.

Cela paraît être une sorte de caractéristique des états endocriniens.

J'ai fait examiner par divers histologistes, P. Masson, Policard, Géry, Noël, la plupart des surrénales que j'ai enlevées. Les réponses les plus précises ont été : sclérose corticale, grande richesse en tissu chromaffine. Le plus souvent, l'examen était négatif. Il en était ainsi notamment pour une surrénale enlevée chez un hypertendu. Elle a été pesée par Noël : elle pesait 18 grammes au lieu de 5 à 6, et histologiquement, Noël m'a répondu qu'elle était cependant presque normale.

Vous savez que la sclérodermie est une maladie que l'on réalise expérimentalement aujourd'hui de façon parfaite, avec le parathormone de Collip. Elle est donc vraisemblablement d'origine parathyroïdienne. J'ai enlevé des parathyroïdes à des sclérodermiques qui ont été considérablement améliorées, presque guéries. Histologiquement, on n'a pas trouvé de lésion dans les glandes enlevées. Je ne dis pas qu'il n'y en avait pas. Je dis que des histologistes qualifiés n'en ont pas trouvé. Et cependant, le résultat thérapeutique prouve que la parathyroïde soi-disant normale, était en jeu.

Ceci au reste s'explique peut-être simplement par le fait qu'il s'agit seulement de modifications d'ordre chimique avec des états tissulaires, qui ne sont pas pathologiques en eux-mêmes, mais dont les conséquences le sont à distance.

Quand nous voyons les évolutions tissulaires anormales que l'on peut produire, dans un organisme sain, avec des doses infinitésimales de telle ou telle hormone, faut-il s'étonner que de minimes variations hormonales quantitatives ou qualitatives au niveau d'une glande apparemment normale, puissent produire à la périphérie des désordres anatomiques terminaux identiques à ceux que l'on voit chez les vieux hypertendus, chez les artéritiques par exemple ?

Les hormones ont des propriétés cinétogènes qui s'exercent avec élection sur certains tissus.

Il ne faut pas se refuser à l'évidence de ces faits, et nous devons, dans l'avenir, tenir davantage compte des orientations nouvelles de pathologie que nous fournit l'expérimentation physiologique.

Ceci n'existe au reste pas que dans la pathologie hormonale. Dans les anévrysmes artério-veineux expérimentaux, quand on obtient une énorme hypertrophie cardiaque, qui est définitive, l'examen histologique du myocarde ne révèle aucune lésion. N'est-ce pas le même phénomène ? Ne soyons pas comme cet immortel Thomas Diafoirus, qui, jamais n'avait voulu comprendre ni écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes de son siècle, touchant la circulation du sang et autres opinions de même farine.

*
* *

Ces considérations justifient, je crois, ce que je disais en commençant, des caractères particuliers de la pathologie endocrinienne, pathologie en cascades, où la maladie clinique que nous constatons ne se passe pas dans l'organe frappé, où celui-ci assiste inaperçu aux effets lointains de la déchéance qu'il cause.

La maladie clinique est osseuse et la maladie tissulaire primitive est hypophysaire dans l'ostéofibrose de Recklinghausen, et je pense avec Oppel que si la maladie clinique est artérielle dans la thrombo-angéite, la maladie d'organe qui la commande est probablement surrénalienne.

Il en résulte que dans les maladies de ce type, le traitement ne doit pas viser les états anatomiques secondaires, mais l'organe dont le vice sécrétoire est responsable des troubles que l'on constate cliniquement.

On peut y parvenir par le procédé brutal de l'ablation ou par la voie indirecte de l'énervation et de l'ischémie provoquée. L'ablation, dans l'état actuel des choses, est indiquée quand il y a hyperplasie irréductible, un adénome par exemple. Pour la simple hypertrophie, elle n'est peut-être pas l'idéal. Je crois que dans l'avenir, nous devrons étudier davantage les procédés conservateurs, nerveux ou circulatoires.

Pour l'instant, l'ablation nous est encore habituellement imposée. On a dit contre elle que la suppression complète d'un tissu à fonction hormonale n'étant pas physiologiquement possible, sa suppression partielle est inutile, parce que sans action, et certains pensent que c'est une chimère que de chercher à réduire une activité hormonale par des opérations partielles. Ce que j'ai dit plus haut sur les hypertrophies fonctionnelles par besoin, tendrait à la même conclusion.

Il est certain, en effet, que la suppression chez un animal normal d'un seul lobe thyroïdien, ne change pas de façon durable le métabolisme basal, quand elle le change, de même la suppression d'une ou de deux parathyroïdes ne fait pas, chez d'animal normal, s'effondrer l'équilibre calcique, et l'on peut enlever une surrénale sans modifier sensiblement la tension artérielle.

Mais, *il n'en va pas de même chez l'animal pathologique*. L'hémithyroïdectomie, chez de nombreux basedowiens, assure une réduction notable du métabolisme de base. Dans la maladie de Recklinghausen, l'ablation d'un seul adénome peut provoquer une tétanie mortelle, et chez les hypertendus, une surrénalectomie unilatérale diminue souvent d'un tiers le chiffre de la tension maxima.

Beaucoup d'auteurs se sont trompés dans leurs jugements, pour n'avoir pas tenu compte de cette distinction capitale.

La thérapeutique des maladies endocriniennes ne se réduit d'ailleurs pas à l'ablation, à l'énervation, à l'artériectomie ischémiante.

J'ai rappelé plus haut la similitude d'effets vaso-moteurs que j'avais constatés après certaines ablations endocriniennes et après les sympathectomies. Ce fait a été retrouvé depuis que je l'ai signalé. On peut donc remplacer parfois une ablation d'endocrine par une ou plusieurs sympathectomies. Il ne me semble cependant pas que l'on puisse choisir indifféremment entre ablation d'endocrine et sympathectomie. Une opération hormonale a une action plus diffuse, plus générale qu'une sympathectomie, bien que celle-ci ait, elle aussi, une action générale. Je connais bien ce phénomène des effets généraux de la sympathectomie. Quand je l'ai signalé, il y a 17 ans, j'ai été traité de visionnaire. Tout le monde l'a constaté depuis. Mais, et j'y insiste, l'action durable d'une sympathectomie demeure surtout régionale. Et la maladie, un instant arrêtée, reprend toujours son évolution du côté non sympathectomisé.

Je viens de voir une maladie de Raynaud guérie depuis 10 ans par une seule sympathectomie humérale. Le côté opéré demeure guéri. L'autre a eu une reprise d'évolution depuis quelque temps.

J'ai examiné ces jours-ci un jeune artéritique ayant eu à droite, il y a plus de deux ans, une sympathectomie lombaire unilatérale pour des accidents unilatéraux. Il demeure en parfait état de ce côté, mais il souffre et a de petits troubles trophiques de l'autre. Il va falloir le réopérer.

Aussi, chez des malades sympathectomisés, ai-je parfois à longue distance regretté de n'avoir pas fait une parathyroïdectomie ou une surrénalectomie.

Mais d'autre part, j'ai l'impression que souvent le résultat des sympathectomies est plus intense, plus parfait, bien que plus localisé, que celui d'une ablation endocrinienne.

Au fond, les deux modes d'action se complètent. Wertheimer m'a parlé d'une malade, à laquelle il a fait une opération parathyroïdienne pour sclérodermie. Au cours de l'opération, il a découvert le ganglion stellaire pour le montrer à ses assistants. Il a tiré sur lui. Il ne l'a pas enlevé. La malade a eu un syndrome de Claude Bernard de ce côté et, conséquence de l'action sympathique cependant très passagère qu'il avait exercée, le résultat de l'opération parathyroïdienne est bien meilleur du côté de l'hémiface dépendant du sympathique touché, que de l'autre côté.

Aussi, à l'heure actuelle, ai-je tendance à combiner opération endocrinienne et opération sympathique, à faire en somme *une chirurgie neuro-endocrinienne ;* ainsi dans la chirurgie des artérites, à pratiquer dans le même temps et par la même incision, une surrénalectomie et une sympathectomie lombaire.

2° Chirurgie des surrénales. — C'est avec les directives générales que je viens d'indiquer, qu'il faut, à mon avis, étudier la chirurgie des surrénales, chirurgie endocrinienne au premier chef, et non simple chirurgie d'organe.

Le rapport de Stricker montre bien les multiples aspects de cette chirurgie qui ne se limite pas, comme on a pu le croire, au traitement des artérites.

Toutes les actions physiologiques des surrénales seront sans doute un jour l'objet de préoccupations chirurgicales.

Il est probable qu'un moment viendra, où nous saurons par la surrénale traiter les hyper- ou les hypotonies du tube digestif, comme je l'ai proposé, il y a quelques années, dans le livre jubilaire du professeur Hartmann, un moment où nous essaierons de modifier, par la surrénale, le métabolisme des lipoïdes quand il est troublé, un moment où nous corrigerons par la surrénale les troubles du métabolisme des hydrates de carbone, comme l'ont fait depuis les expériences de Ciminata, Donati, Corachan et

Giordano, un moment enfin où nous rectifierons par la surrénale certaines aberrations de l'évolution sexuelle même en dehors de tout surrénalome, bien que la possibilité d'adénomes aberrants rende la chose difficile.

Il y a là une série de problèmes chirurgicaux d'avenir, dont l'étude relève pour l'instant d'une expérimentation rigoureuse. C'est à ce titre que les travaux de l'école de Donati ont tant d'intérêt, et que les recherches expérimentales que Fontaine et Frœhlich conduisent dans mon laboratoire, ont une grande portée, puisqu'elles orientent dans un sens précis la chirurgie de la tension et celle du diabète, sinon celle des artérites.

Mais je veux me borner à vous dire le résultat de mon expérience à trois points de vue : au point de vue des greffes surrénaliennes — du traitement de l'hypertension — et de celui des artérites thrombosantes.

1° Greffes surrénaliennes. — J'ai fait deux fois des greffes de surrénale : une fois, comme l'a rapporté Stricker, dans un syndrome d'anémie pernicieuse, sans résultat, et une fois sans grand effet dans une maladie d'Addison à la demande de Monier-Vinard.

Les effets de la cortine rendront vraisemblablement inutiles dans l'avenir de pareilles tentatives. Si quelqu'un avait d'aventure, à faire des greffes, je crois qu'il est bon de rappeler qu'on ne doit pas greffer l'organe entier. Les greffes d'organe glandulaire doivent être toujours parcellaires, en petits fragments du volume d'un grain de blé ou d'un haricot, faute de quoi on expose l'opéré à une résorption massive de produits nécrotiques très actifs, ce qui est arrivé à Monier-Vinard et à Desmaret.

2° La question de l'hypertension. — Il ne nous appartient pas de prendre parti dans le débat médical pendant sur la genèse de l'hypertension. Mais, avec l'optique chirurgicale toujours un peu grosse et par là même allant plus droit au fait, on a l'impression que la question s'oriente nettement vers l'origine surrénalienne.

A vrai dire, si nous n'avions pas l'esprit embarrassé du fatras des discussions pathogéniques périmées, si nous avions le courage de faire table rase de tout ce que l'on a écrit sur ce sujet, à une époque où on ne savait pas ce que nous savons, si nous avions davantage la pensée physiologique, c'est la première hypothèse que nous devrions faire aujourd'hui sans nous embarrasser du poids que représentent les constatations trop tardives des autopsies. Du moment qu'il y a un organe dont un des produits représente le principal élément de la régulation du tonus cardio-vasculaire, qui élève la tension dès qu'on en injecte des doses infinitésimales, on devrait penser avec Vaquez que l'hypertension dépend en premier lieu des troubles de cet appareil, que nous savons très sensible, toujours en action, soumis à toutes sortes d'influences, et qui réagit au moindre mouvement physique ou moral.

D'autre part, certains faits pathologiques récents montrent que cette orientation est la bonne. On connaît ces hypertensions paroxystiques en marche vers le type permanent, qui évoluent en coïncidence avec une tumeur du tissu chromaffine, et que l'on guérit définitivement, si on enlève la tumeur adrénalinogène.

Enfin, il y a des observations montrant que des hypertensions permanentes ont été guéries pendant des années par la surrénalectomie, ainsi les cas de Galata, de Monier-Vinard et Desmarest.

Et si l'on ajoute à cela qu'une série d'auteurs japonais (Ken Kuré, Takaaki Nakaya, Seipi Murakomi et Okinaka) viennent de montrer que le sang artériel des hypertendus a plus d'adrénaline que le sang normal et que le sang veineux, l'origine surrénalienne de l'hypertension apparaît de plus en plus probable, ou tout au moins il semble bien que la surrénale soit un des chaînons essentiels de la maladie.

Cela ne veut pas dire que du point de vue thérapeutique, la question est résolue. Elle ne fait que commencer, et il est probable que si les essais continuent, il y aura de très nombreux échecs.

Il est bon de le dire dès maintenant : ce que nous savons des maladies de ce genre, incite en effet à penser que si la maladie clinique que nous appelons hypertension est bien d'origine surrénalienne, elle n'est que l'étape terminale d'un trouble surrénalien, évoluant depuis très longtemps, datant peut-être de l'enfance, ayant lentement constitué une élévation tensionnelle inapparente, une simple élévation de la tension moyenne par exemple, avec un minimum de signes cliniques, ne prenant le masque clinique d'une maladie connue qu'au moment tardif où des séries de lésions secondaires ont été créées par cette longue viciation physiologique.

Par conséquent, au moment où nous serons appelés à intervenir, le renversement de la situation ne sera probablement plus possible dans la majorité des cas. Ce n'est pas la réduction de 50 % du parenchyme surrénalien, qui pourra amener la guérison, parce que des lésions secondaires à distance, rénales, artérielles ou autres, évolueront pour leur propre compte.

Ne nous étonnons donc pas des échecs déjà publiés. Pour mon compte, c'est la possibilité du succès dans l'état actuel des choses qui m'étonne.

Il y aura donc sans doute des cas où nous ne pourrons rien. Les cas les meilleurs seront vraisemblablement ceux où l'hypertension apparaît comme la conséquence d'une perte de fonction, comme cela arrive à la ménopause et surtout après la castration chirurgicale, et où l'on sera en somme proche du début de la maladie.

Au contraire, quand il y aura eu un trouble physiologique de longue durée, il est probable que nous arriverons trop tard, même peut-être dans ces hypertensions juvéniles, dont la découverte clinique comporte un arrêt de mort, et contre laquelle la médecine est impuissante.

Il faudra évidemment de nombreux faits avant que nous soyons fixés.

De même, je pense qu'il en faudra beaucoup pour savoir s'il vaut mieux, dans ces cas, enlever la surrénale, l'énerver, ou faire l'opération de Pende, c'est-à-dire la résection du grand et du petit splanchnique.

Je suis personnellement assez tenté par l'opération de Pende, que Durante, et plus récemment Stropeni, ont réalisée dans des syndromes angiospatiques, et où l'on a noté de grands abaissements tensionnels. On aurait, en effet, ainsi le double effet hormonal et sympathique que je recherche actuellement dans la thérapeutique des syndromes endocriniens.

J'ai opéré jusqu'ici 4 hypertendus.

L'un était une hypertension paroxystique, diagnostiquée par le professeur Bauer, de Vienne. J'ai enlevé un paragangliome extrasurrénalien. Les crises d'hypertension ont été supprimées. L'observation a été publiée dans la *Presse Médicale* le 3 septembre dernier.

Dans les trois autres cas, il s'agissait d'hypertension solitaire à marche progressive.

Une de ces observations se trouve résumée dans le rapport de Stricker. La malade était dans un état alarmant depuis 1926. Elle avait une tension de 22 à 23 comme maxima avant l'opération. La surrénale était énorme (18 grammes), mais histologiquement normale. Actuellement, six mois après l'intervention, l'état est le suivant d'après mon collègue Paliard, médecin des hôpitaux de Lyon, qui m'a confié la malade que j'ai revue moi-même le 26 septembre : fin août, la malade, qui allait assez bien avec une tension maxima de 20, est allée sur le bord de la mer.

Assez rapidement, les insomnies qui avaient cessé depuis l'opération, sont revenues. L'agitation a crû, et elle a fait des crises thoraciques très douloureuses, correspondant probablement à de la dilatation cardiaque. Le 9, elle a présenté une crise tensionnelle 28/15 au Vaquez, avec tachycardie à 110. Une saignée a dû être faite, puis le calme est revenu, mais il s'est installé des crises douloureuses pénibles des membres. La malade a dû rentrer à Lyon, où Paliard a constaté une tension maxima de 18, minimum 11, un bruit de galop. Avec de la digitaline, l'état est en train de s'améliorer.

Voici le résumé de l'autre observation, à laquelle Stricker a simplement fait allusion.

Mme L., 50 ans, vue pour la première fois en novembre 1930 par mon collègue P. Ravault, médecin des hôpitaux de Lyon, avec une hypertension importante de 250/105. Cette hypertension a tous les caractères d'une hypertension solitaire, ne s'accompagne d'aucun retentissement cardiaque appréciable, et d'aucune atteinte rénale cliniquement décelable. Les divers traitements usuels, radiothérapie y comprise, n'ont eu aucune influence. Fin janvier 1934, la tension mx. est de 320, mn. de 170. C'est alors que Ravault me confie la malade. Le 3 février, j'enlève la surrénale gauche, qui est dense, adhérente de partout, et ne se laisse pas cliver dans la graisse. Elle pèse 7 grammes. L'examen histologique montre une glande entièrement normale, sans surcharge excessive de la médullaire en granulations chromaffines.

En fin mai, la tension est de 215/135. La malade se sent mieux. Les vertiges, les palpitations, sans avoir complètement disparu, paraissent s'être atténués. Mais au 15 septembre, donc au bout de huit mois, la tension paraît en train de remonter. Ravault, qui a revu la malade, me dit : mx= 24, Mn. 150. L'état subjectif est peu satisfaisant. Il y a des vertiges, des céphalées, de la lassitude, de l'éréthisme cardiaque. Donc résultat nul.

Le troisième cas m'avait été confié par les docteurs Hanns et Israël, de la clinique médicale de Merklen. Le malade avait 53 ans. Il s'agissait d'un hypertendu à 235/130, ayant eu des monoplégies successives, la dernière en mai 1934, c'est-à-dire évidemment des crises vasculaires graves et menaçant la vie. Je suis intervenu le 16 juin. J'ai enlevé la surrénale gauche. Le malade est mort au 4e jour avec de la congestion pulmonaire bilatérale. A l'autopsie, on a trouvé une pancréatite nécrotique, complication opératoire dont je ne m'explique pas la genèse.

De ces cas, peu encourageants, je ne tire aucune conclusion. Je pense que nous devons poursuivre l'étude de cette question, dont l'importance vient de la fréquence même de la maladie. Les échecs ne doivent pas nous arrêter. Ils s'expliquent aisément dans l'état actuel des choses.

(A suivre.)

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le Dr G.-H. Niewenglowski, ancien assistant à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, avec une préface du Dr A. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences. Librairie centrale des sciences ; Desforges, Girardot et Cie, 29, quai des Grands-Augustins, Paris (6e). — Prix : 6 fr.

L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique), par Charles Flandin, médecin de l'hôpital Bichat ; Jean Bernard, interne des hôpitaux de Paris, et François Joly, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 128 pages avec schémas dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

DEUXIÈME QUESTION

Traitement chirurgical des pancréatites

Premier rapport

Traitement chirurgical des pancréatites aiguës. — MM. Brocq (Paris) et Varangot (Paris). — Les résultats obtenus par la chirurgie dans le traitement des pancréatites aiguës sont loin d'être excellents et cela, sans doute, parce qu'on n'a pas encore réussi à pousser assez loin la recherche des causes initiales de ces pancréatites.

Un traitement rationnel devrait prévenir les causes d'activation du suc pancréatique, arrêter le processus lorsqu'il est déclenché et lutter contre le choc qui en est la conséquence.

Le traitement varie, suivant qu'il s'agit de formes aseptiques ou suppurées. Les formes aseptiques, qui représentent l'évolution pure de l'autodigestion pancréatique, sont les plus intéressantes.

La pathogénie de la nécrose pancréatique a donné lieu à d'innombrables travaux. On sait aujourd'hui que l'activation fortuite de la trypsine à l'intérieur de la glande constitue le point de départ de l'autodigestion pancréatique. Expérimentalement, les substances les plus diverses portées à l'intérieur du pancréas, un traumatisme, une résection partielle, peuvent déclencher l'action tryptique.

L'entérokinase et la bile peuvent exercer leur rôle en amont de la lumière intestinale. Toutefois, on ne sait pas comment la bile, qui n'active pas la trypsine *in vitro*, est capable de le faire *in vivo*, ni pourquoi le processus de la nécrose pancréatique se localise, alors que physiologiquement l'activation de la trypsine une fois déclenchée devrait se continuer de façon automatique.

Chez l'homme, certains auteurs considèrent que le processus d'autodigestion est déclenché par une lésion vasculaire, d'autres que l'activant de la trypsine pénètre dans la glande par le canal de Wirsung. Ces théories doivent contenir chacune une part de vérité et peuvent se compléter. En tout cas, il faut insister sur l'association clinique très fréquente d'une lésion des voies biliaires avec une pancréatite hémorragique.

Il existe enfin des pancréatites cryptogénétiques, poussées œdémateuses localisées qui traduisent peut-être une réaction anaphylactique locale.

La mort, fréquente dans les pancréatites aseptiques, paraît se produire par intoxication, dans des conditions analogues à celles qui suivent le choc ou certains ictères graves. L'insuffisance hépatique laisserait passer dans la circulation les substances intermédiaires du métabolisme des protides.

A côté de cette intoxication, l'atteinte profonde de l'appareil insulaire et l'intensité du choc nerveux contribuent à déterminer la mort.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 87, p. 1541 ; n° 88, p. 1557.

On a cherché à isoler un syndrome humoral de la pancréatite hémorragique : il se caractérise par de la leucocytose, une hypochlorémie notable, une élévation des graisses totales du sang et de la cholestérine ; enfin, chez l'homme, par de l'hyperglycémie.

Le traitement des pancréatites aseptiques a été pendant longtemps considéré comme consistant uniquement dans une intervention rapide. Depuis quelques années, un certain nombre d'auteurs ont conseillé l'abstention.

Mais il est bien rare de faire cliniquement le diagnostic de pancréatite aiguë avec certitude, et il faut éviter de laisser évoluer un ulcère perforé ou une péritonite appendiculaire. Aussi la majorité des chirugiens est-elle interventionniste.

Le traitement doit viser, outre son rôle diagnostique, à : 1° drainer l'épanchement, les sécrétions pancréatiques et les produits résultant de l'action digestive locale ; 2° supprimer le facteur déterminant la pancréatite et en particulier agir sur les voies biliaires ; 3° lutter contre le shock et l'intoxication ; 4° protéger le pancréas.

L'acte chirurgical consiste à découvrir le foyer pancréatique et à le drainer. On peut le faire par trois voies : l'épiploon gastro-hépatique, le mésocôlon transverse et surtout le ligament gastrocolique.

Une fois dans l'arrière-cavité de l'épiploon, s'il y a simplement œdème et nécrose au début, il convient de rompre le feuillet séreux de la glande. Si l'on se trouve en présence d'un hématome important, on l'incisera et on l'évacuera. Si l'hématome est déjà rompu, on détergera le foyer; on tamponnera en cas d'hémorragie abondante. Inciser, évacuer, drainer, voilà l'essentiel de l'acte opératoire.

L'exploration des voies biliaires doit être faite, mais elle est parfois rendue très difficile par les circonstances opératoires. Elle peut montrer une distension des voies biliaires ou une lithiase. La plupart des auteurs sont d'accord pour pratiquer une cholécystostomie immédiate si la vésicule est distendue et l'ablation des calculs si elle en contient. Dans les cas plus rares où la distension porte sur la voie biliaire principale, il faudrait la drainer.

Enfin, on ne négligera pas d'explorer, autant que le permettront les circonstances, l'estomac et la région duodéno-jéjunale.

Parallèlement, on traitera le shock. On luttera contre l'hypochlorémie par une rechloruration massive. L'hyperglycémie commande l'insulinothérapie. Ces thérapeutiques seront poursuivies sous le contrôle des dosages du chlore et du sucre sanguin.

On essaiera également d'enrayer l'extension du processus en freinant la sécrétion pancréatique : le jeûne absolu, le lavage de l'estomac avec des solutions alcalines, l'ingestion de peptone, l'atropine, ont donné à ce sujet quelques résultats.

Dans les cas favorables, la maladie évolue vers la guérison en quinze jours à trois semaines. Mais trop souvent l'intervention n'amène aucune amélioration et la mort survient en deux à trois jours. Même si le malade passe les trente-six heures qui suivent l'opération, de nombreuses complications peuvent se produire : extension de la nécrose, récidive précoce, suppuration de l'hématome, élimination des séquestres pancréatiques, hémorragies secondaires, apparition de faux kystes ou de fistules pancréatiques. La multiplicité de ces accidents justifie la nécessité d'une surveillance continue des malades opérés de pancréatite aiguë, qui peuvent craindre encore des récidives tardives et surtout l'évolution d'une sclérose pancréatique. Celle-ci, qui existe anatomiquement chez tous les malades guéris, peut déterminer une pancréatite chronique s'accompagnant de diabète.

La mortalité des opérés est de 30 à 50 p. 100. Toutefois, les statistiques s'améliorent par suite de la pratique du drainage des voies biliaires et des interventions plus précoces dans les formes œdémateuses et subaiguës, mieux individualisées.

On peut, d'autre part, envisager un véritable traitement prophylactique consistant dans le traitement des lésions des voies biliaires et en particulier des cholécystites.

Les pancréatites aiguës d'origine microbienne ont été divisées en pancréatites suppurées et gangreneuses, mais cette distinction paraît bien difficile à établir. Ces formes évoluent avec une allure inflammatoire. Le plus souvent, c'est en pleine santé apparente que la crise éclate. Très rapidement, on constate dans la région épigastrique la présence d'une voussure, ou bien on sent une masse profonde et diffuse, fixe, douloureuse, étalée transversalement. La laparotomie mène sur un foyer pancréatique où l'on trouve dans un hématome infecté des lambeaux sphacélés de la glande. Ces formes se terminent par péritonite et septicémie, à moins d'une intervention très précoce.

Fréquemment, toutefois, la marche de l'affection n'est pas aussi aiguë et les lésions s'enkystent. Les phénomènes bruyants s'atténuent, puis de nouvelles poussées surviennent. En pareille circonstance, on peut observer des signes d'altération de la fonction pancréatique. Finalement, la collection se développe après plusieurs poussées et on doit intervenir pour la drainer.

Enfin, la pancréatite suppurée peut avoir dès le début une allure traînante aboutissant lentement à la constatation d'une tumeur de siège le plus souvent épigastrique. Quelquefois le pus peut fuser sous le diaphragme ou dans la région lombaire. Dans quelques cas, ces collections se vident dans un organe creux abdominal. Une ouverture précoce doit prévenir ces accidents.

Le pronostic des pancréatites suppurées est souvent moins grave que celui des pancréatites aiguës ou hémorragiques et leur évolution est plus lente.

Le traitement donne, là encore, des résultats médiocres. Les cas où la glande est complètement infiltrée de pus ne laissent que peu de chance de survie. Dans les formes en foyer, l'intervention donne de meilleurs résultats. En principe, on utilise la voie antérieure. L'incision lombaire n'est plus employée que dans les formes à évolution franchement postérieure, ou utilisée comme contre-ouverture.

(*A suivre.*)

JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1934)

Sur les équilibres calcophosphoriques réalisés dans les fromages. — MM. Gustave GUITTONNEAU et René CHEVALIER.

Immunité naturelle du hérisson vis-à-vis du venin d'abeilles. — Mme Marie PHISALIX.

PRIX DÉCERNÉS EN 1933

Médecine et chirurgie. — Grand prix Jean Dagnan-Bouveret, de 15.000 fr., partagé également entre MM. Auguste-Ch. Marie, de l'Institut Pasteur, et Paul Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Tanger, pour leurs travaux sur la rage.

Le grand prix Lacaze, de 10.000 fr., est décerné au professeur Portier, de l'Académie de médecine, pour ses travaux de physiologie animale.

Les prix Montyon, formant un ensemble de 15.500 fr., sont ainsi attribués : prix de 2.500 fr. aux docteurs Armand-Delille, Ch. Lestocquoy et Huguenin, pour leurs

travaux sur la tuberculose ; prix de 2.500 fr. à M. Henri Lagrange, pour ses travaux sur la tuberculose de l'iris, et prix de 2.500 fr. à MM. Heymans, Bouckaert et Paul Régniers, de Grand ; mentions honorables de 1.500 fr. chacune à MM. F.-P. Merklen, A.-R. Prévost, Jean Quénu et Rémy Collin, de Nancy ; prix de 1.000 fr. chacun à MM. P. Jeramec et L. Potin (statistiques). Prix Bréant, de 3.500 fr., à MM. Constant Mathis et C. Durieux, de l'Institut Pasteur de Dakar ; prix de 1.500 fr. à M. Jacques Bailly, de Tanger, pour ses travaux sur la rage ; le prix Barbier, de 2.000 fr., à M. G. Stéfanopoulo ; le prix Bellion, de 1.400 fr., à MM. Troisier et Boquien ; le prix Pourat, de 1.500 fr., à MM. Zénon Bacq et L. Brouha ; le prix Martin-Damourette, de 1.400 fr., à M. Edmond Benhamou, d'Alger ; prix de 1.000 fr. chacun à M. Teissier (Roscoff), Mme Gilberte Pallot (Lyon), M. Lassablière, pour leurs travaux de médecine ou de physiologie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1934)

Radiokymographie dans les épreuves fonctionnelles du cœur. — MM. DELHERM, BORDET, THOYER-ROZAT et FISCHGOLD. Etude des battements cardiaques par la radiokymographie. La réponse oculo-cardiaque détermine une hypotonie diastolique avec augmentation de contractibilité du ventricule. L'épreuve de Valsalva réalise l'expression des cavités ventriculaires. A l'occasion de l'épreuve du nitrite d'amyle, on a constaté un arrêt total du cœur pendant plus de 4 secondes.

Endocardite pneumococcique greffée sur une lésion congénitale du cœur. — MM. AUBERTIN, ROBERT-LEVY et LEVY-BRUHL. Observation d'une endocardite pneumococcique développée sur un sujet porteur d'une communication interventriculaire suivie depuis longtemps. Diagnostic fait par l'hémoculture. Végétations sur la tricuspide contenant le pneumocoque. Ce fait est un exemple d'une endocardite infectieuse greffée sur une lésion valvulaire ancienne.

47 cas de Wassermann irréductibles. — MM. TZANCK, SIDI et PAUTRAT. A retenir l'importance de la précocité du traitement de la syphilis. Les malades supportant bien le traitement, aucune thérapeutique ne s'est trouvée efficace, ni l'hyposulfite, ni l'or, ni la malariathérapie. La poursuite intensive de médications antisyphilitiques s'est montrée inopérante.

47 cas de Wassermann irréductibles montrent que tous concernent des malades insuffisamment traités ou reconnus trop tard.

Abcès du foie à staphylocoques dorés. — MM. FIESSINGER, Bernard DESPLAS et MESSIMY. Abcès du foie ayant évolué sans fièvre, mais avec une cachexie lente consécutive à pleurésie suppurée guérie depuis 2 ans. A la ponction : pus cytolisé, infecté par du staphylocoque doré. Après une opération survint une amélioration importante. Un autre abcès survint sur la rate et le malade mourut. A retenir la torpidité de l'infection à staphylocoques.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — MM. LIAN et WELTI versent au-dessus du ganglion étoilé un peu de novocaïne et le tiraillent en coupant toutes ses branches

LE VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL de la Maladie veineuse et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46, Avenue des Ternes _ PARIS (17e)
G. CHENAL _ PHARMACIEN

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS
SCILLARÈNE
"SANDOZ"
Glucoside cristallisé, principe actif isolé du Bulbe de la Scille
CARDIO-RÉNAL POUR TRAITEMENTS PROLONGÉS. — DIURÉTIQUE GÉNÉRAL
DIURÉTIQUE AZOTURIQUE VRAI
AMPOULES 1/2 à 1 par jour. — GOUTTES XX, 2 à 8 fois par jour. — COMPRIMÉS 2 à 8 par jour. — SUPPOSITOIRES 1 à 2 par jour.
PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e. B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.* *Toutes Pharmacies.* — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

avant de l'enlever. Anesthésie locale. Résultats lointains : amélioration dans 2 cas sur 3.

Cas sporadique de maladie de Friedreich avec arythmie cardiaque et Cheyne-Stokes. — MM. RATHERY, MOLLARET et STERNE. Observation de maladie de Friedreich au cours de laquelle apparurent des troubles du rythme cardiaque dont la nature nerveuse apparaît certaine. La valeur pronostique de ces accidents est très nette et la mort survient l'année même où ils ont débuté.

Respiration de Cheyne-Stokes dans l'asystolie. Rôle de l'hypertension intra-cranienne. — MM. CARNOT, CAROLI et FIEHRER. Observation d'un hypertendu qui, au cours d'une insuffisance myocardique, présenta une respiration de Cheyne-Stokes. La ponction lombaire et le traitement toni-cardiaque ont fait disparaître l'arythmie respiratoire, en même temps que la pression intra-cranienne devenait normale. L'hypertension intra-craniene semble n'agir que lorsqu'il y a blocage du liquide céphalo-rachidien.

Oblitération embolique de l'aorte terminale. Rôle des coagulations secondaires dans la production de l'ischémie. — M. LANGERON (Lille). Observation anatomo-clinique dans laquelle apparurent des symptômes d'ischémie limités à l'extrémité d'un membre inférieur, et ultérieurement étendus à la totalité des deux membres. Il existait une embolie de l'aorte terminale : malade atteint de rétrécissement mitral et d'une insuffisance aortique. A retenir de ce fait les difficultés du diagnostic entre embolie et thrombose par artérite pouvant avoir un début brusque.

Hydronéphroses méconnues. — MM. MERKLEN et BILGER montrent combien peuvent passer inconnues les hydronéphroses, qui ne donnent pas toujours lieu à des signes fonctionnels pouvant guider le diagnostic. La pyélographie peut, en l'espèce, rendre de grands services.

Déshydratation avec chloropénie et azotémie. — MM. MERKLEN, GONNELLE et ADNOT. Observation d'une malade qui souffrait de diarrhée depuis un an. Elle absorbait en cachette 18 à 20 pilules laxatives par jour. Déshydratation rapide et complète, intolérance gastrique. La chloruration associée à la suppression de la cause amena la guérison.

Fibroadénie, sclérose pulpaire et macrophagie dans une splénomégalie cirrhogène hémorragique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER. Présentation de coupes du foie et de la rate avant la splénectomie. La rate présente de la fibro-adénie à prédominance folliculaire. Le foie présente une cirrhose banale à la période interinsulaire. L'hépatite a suivi la splénite, d'où l'utilité de la splénectomie.

La forme bénigne de la néphrite saturnine. — MM. RATHERY, M. DÉROT et MOLINES ont observé un cas d'intoxication saturnine secondaire à l'ingestion de faibles doses répétées de sous-acétate de plomb. On retrouve chez leur malade les symptômes autrefois décrits par Rathery et Michel dans l'anurie saturnine, mais ces symptômes étaient très atténués ; il y avait du subictère, de l'albuminurie, de la cylindrurie, des troubles discrets de l'équilibre acidosique et des éliminations azotées et chlorurées. L'évolution se fit vers la guérison.

Néphrite mercurielle à évolution subaiguë. — MM. RATHERY, M. DÉROT, J. SALLET et MOLINES. Observation de néphrite secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de mercure, qui a évolué vers la mort en 56 jours. Après une courte phase d'anurie ayant duré 3 jours, la diurèse se rétablit et l'évolution parut se faire vers la guérison.

Le 16e jour, une tumeur de l'hypocondre droit apparaît. Une intervention exploratrice sur le rein droit montra une hypertrophie considérable du rein sans collection suppurée. Cette intervention exploratrice fut bien tolérée, mais la mort survint trois semaines plus tard par suite d'un facteur infectieux surajouté. Une biopsie rénale a permis une étude histologique très précise ; à côté de lésions toxiques dont certaines avaient déjà une allure chronique, il existait des lésions inflammatoires ; les lésions observées étaient en effet semblables aux lésions expérimentales autrefois réalisées chez l'animal par Rathery et Castaigne.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie du pancréas (1), par P. BROCQ, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. MIGINIAC, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le pancréas est resté longtemps en dehors des préoccupations du chirurgien.

Organe profond, caché sous le péritoine pariétal postérieur, protégé en arrière par la colonne vertébrale et l'épaisse paroi des lombes, matelassé en avant par le foie, l'estomac, le côlon, ses lésions traumatiques n'étaient guère recherchées, il y a quelques années, dans les laparotomies pour contusions ou plaies de l'abdomen. Or, leur fréquence est loin d'être négligeable, comme l'ont démontré les morts précoces sous leur dépendance ou les séquelles secondaires ou tardives (hématomes, faux kystes, fistules), qui sont la signature de la lésion primitive.

Toujours à cause de la situation profonde de cette glande, mais aussi par suite de l'ignorance de l'aspect si spécial des lésions, les pancréatites aiguës ont été d'abord ignorées. Comment aurait-il pu en être autrement ! Quel organe dans l'économie, en dehors du pancréas, réagit sous ce triple aspect de l'hémorragie, de la nécrose glandulaire, de la cytostéatonécrose. Sans doute les premiers opérateurs avaient-ils vu soit le sang seul, soit le sang et les taches de bougie, mais ils n'avaient pas su aller au pancréas, en rechercher l'origine. Il a fallu, pour ce premier résultat pratique, les constatations faites au cours de l'autopsie, et, pour comprendre ces manifestations inusitées, il a fallu s'adresser à la physiologie et connaître la vie intime de l'organe en cause. C'est également aux études biologiques que l'on doit maintenant d'entrevoir l'explication de quelques-uns des mystères qui entourent la genèse des lésions ; et c'est par elles que l'on doit s'efforcer de trouver la meilleure solution thérapeutique.

P. Brocq, qui a étudié pendant de nombreuses années les pancréatites aiguës, sous l'impulsion du professeur Delbet, a réuni dans un chapitre d'ensemble les notions acquises et les hypothèses imaginées pour expliquer la genèse de ces lésions, tout en exposant ses expériences et ses idées personnelles.

P. Brocq et G. Miginiac, qui avaient été, au 39e Congrès français de Chirurgie, chargés d'un rapport sur les pancréatites chroniques, ont voulu « faire le point » sur cette question encore obscure et qui intéresse tout chirurgien opérant pour un ictère chronique, pour un syndrome douloureux de l'étage sus-mésocolique ou pour un syndrome de compression gastro-duodénale. En insistant sur la nécessité de toujours examiner le pancréas en pareil cas, les auteurs ont montré les apparences diverses que revêtent les scléroses glandulaires, les moyens d'en préciser la nature par l'exploration directe, par la biopsie, par les méthodes de la-

(1) In-8 de 428 pages avec 74 figures et 1 planche en couleurs. — Prix : 75 fr. — Paris, Masson et Cie,

En hiver

la lumière intégrée peut se substituer à celle que masque l'écran atmosphérique et l'administration du

FORTOSSAN IRRADIÉ

est le procédé le plus efficace pour rétablir l'équilibre eutrophique des jeunes organismes qui souffrent de la carence solaire.

1/2 cuillerée à 2 cuillerées à café par jour

TOLÉRANCE PARFAITE

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND, 109-113, boulev. de la Part-Dieu, LYON

boratoire. Une collection originale de figures histologiques, provenant de coupes de pancréatites humaines et expérimentales constitue une importante contribution à l'histoire des pancréatites chroniques.

Une importante statistique, qu'ils ont édifiée à l'aide de documents personnels, d'observations inédites ou déjà publiées, leur ont permis d'apporter des directives thérapeutiques.

La syphilis et la tuberculose, à forme de tumeur, entraînant des phénomènes de compression des organes voisins, peuvent nécessiter l'intervention sanglante, les auteurs ne l'ont pas oublié.

Traumatismes, pancréatites aiguës et chroniques sont assez souvent suivis de séquelles, hématomes, faux kystes, fistules, insuffisance pancréatique externe ou interne, qui ont fait l'objet de chapitres spéciaux.

A l'aide des mémoires et des faits épars dans la littérature ou recueillis par eux-mêmes, les auteurs ont résumé les connaissances actuelles sur les kystes vrais et leur origine si discutée sur la lithiase pancréatique, son diagnostic par la radiographie et les indications opératoires qu'elle comporte, sur les tumeurs malignes (sarcomes et épithéliomes), sur les anomalies — pancréas annulaires, pancréas aberrants.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

a) SIGNES CLINIQUES. — *Le point de côté* qui siégeait dans la région du mamelon ou de l'omoplate s'est atténué.

La dyspnée persiste et l'on compte 30 à 40 respirations par minute.

L'expectoration diminue.

L'état du poumon opposé sera noté avec grands soins.

2. *Déplacement des organes.* — Refoulement du cœur ou abaissement du foie.

3. *Signes généraux.* — Température, pouls et tension artérielle, asthénie, amaigrissement ; interroger le malade sur ses antécédents.

b) *Signes radiologiques.*— Le cliché radiographique permet d'apprécier l'état du poumon opposé (au besoin varier les incidences et la pénétration des rayons), il faut noter le déplacement exact des organes (cœur, foie).

c) *Signes bactériologiques.* — Déceler le *bacille de Koch* dans l'expectoration.

III. **Evolution du pneumothorax.** — Elle est à envisager à un double point de vue :

1. Evolution du pneumothorax.
2. Evolution de la tuberculose pulmonaire.

1. *Evolution du pneumothorax.* — *a*) Très rarement évolution rapidement grave : forme suffocante.

b) Exceptionnellement résorption, sans complication pleurale.

c) *Dans l'immense majorité des cas la plèvre s'infecte* et le pneumothorax ne reste pas pur : il évolue vers l'hydropneumothorax, du 4e au 8e jour.

L'apparition du liquide se traduit :

Cliniquement, par de la *matité* à la base ; surtout par la constatation de la *succussion hippocratique* (malade assis ou couché : Chauffard) — les bruits de fistule (Riegel) ou de glou-glou (Variot) sont rares.

Radiologiquement, image d'un vase à demi-rempli d'encre : zone opaque sous-jacente à une zone claire avec ligne de séparation horizontale, restant horizontale, quelle que soit la position du malade. Elle est le siège d'ondulations dans les mouvements brusques, « *succussion visible* ». Enfin la limite opaque s'élève à l'inspiration « *phénomène de Kienböck* ».

La ponction exploratrice donne un liquide citrin, contenant des polyalterés et des cellules endothéliales dégénérées. On y recherchera le bacille de Koch directement par culture, par inoculation.

La présence de nombreux bacilles à l'examen direct ou le développement de cultures macroscopiques sur milieux spéciaux (Lœwenstein) indiquerait la persistance de la *fistule pleuro-pulmonaire* ou la fonte caséeuse de néo-membranes pleurales.

L'évolution de l'hydrothorax est essentiellement chronique :

a) Rarement, *il se résorbe* spontanément.

b) Souvent *il augmente :* le liquide peut remonter si haut que les signes de pneumothorax disparaissent ; on croirait à une pleurésie ordinaire. Mais la succussion hippocratique existe, en position couchée.

c) Le liquide *persiste* pendant des mois et des années.

d) Tôt ou tard des ponctions répétées montrent l'évolution vers le *pyopneumothorax.*

Le pyopneumothorax ne détermine aucune modification des signes physiques.

L'état général s'altère : fièvre irrégulière, amaigrissement, troubles digestifs.

La *ponction* ramène du *pus* mal lié, grumeleux.

L'évolution du pyopneumothorax est variable, toujours grave :

a) Les *infections secondaires* sont fréquentes.

b) *Fistulisation* possible soit à la peau, au niveau d'un orifice de ponction « empyème de nécessité », soit dans une bronche : vomique, rarement.

c) Parfois *persistance pendant longtemps* d'un état général relativement satisfaisant.

d) Mort par *cachexie*, ou *dégénérescence amyloïde.*

e) Rarement le liquide d'hydro-pneumothorax peut se résorber : il est alors suivi de *symphyse étendue.*

2. *Evolution de la tuberculose pulmonaire.* — a) Parfois le pneumothorax a une influence heureuse sur les lésions pulmonaires : c'est l'observation de tels faits qui a conduit à la méthode du pneumothorax artificiel.

Il s'agit de *formes discrètes, unilatérales.*

Bientôt la température baisse, l'expectoration disparaît, le malade grossit.

Il y a alors intérêt à entretenir le pneumothorax et à transformer ainsi ce pneumothorax spontané en pneumothorax artificiel. *Mais on doit insister sur cette notion : les cas heureux sont l'exception.*

b) Le plus souvent, l'*influence du pneumothorax est défavorable. La poussée évolutive* qui a déterminé l'épanchement gazeux *continue ;* le *poumon opposé* est fréquemment *atteint* et on voit alors se développer une tuberculose fibro-caséeuse rapide dont les accidents s'intriquent avec les complications pleurales.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 87, p. 1546.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

NÉVROSES INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

sirop "roche"
au thiocol
toutes les affections des voies respiratoires
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon — PARIS

TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :
CAPARLEM
HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)
QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE
Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

LAC-SER
LACTOSERUM DESSÉCHÉ
Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel
Boîte de 30 paquets
LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 10 NOVEMBRE 1934. — N° 90.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
L'équilibre acide-base en physiopathologie (fin), par M. J.-E. Thiéry.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société de chirurgie. — Société de thérapeutique.
NÉCROLOGIE
Paul Ravaut, par F. L. S.
NOTES DE PRATIQUE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Séance du 5 novembre. — Questions données : « Configuration extérieure et rapports des capsules surrénales. — Physiologie du suc pancréatique. »

Questions restées dans l'urne : « Anatomie macroscopique des bronches extrapulmonaires. — Fonction glycogénique du foie. — Anatomie macroscopique du canal déférent. — Absorption intestinale. »

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — M. le professeur Maurice Brouha (de Liége) a reçu le titre de docteur honoris causa.

MÉDAILLE D'HONNEUR DU SERVICE DE SANTÉ. — La médaille en bronze est décernée à M. Larget, médecin capitaine de réserve.

GUERRE. — Val-de-Grace. — Sont nommés professeurs à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à compter du 20 décembre 1934, les professeurs agrégés du Val de-Grâce ci-après désignés :

Chaire des maladies et épidémies des armées et de bactériologie : M. le médecin lieutenant-colonel Le Bourdelles, de l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart.

Chaire d'hygiène et de prophylaxie : M. le médecin commandant Codvelle, de l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon.

Chaire de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale : M. le médecin lieutenant-colonel Vanlande, de l'hôpital militaire Maillot, à Alger.

Chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et de radiumthérapie : M. le médecin commandant Didiée, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à Paris.

— Sont nommés assistants des hôpitaux militaires les médecins capitaines de l'armée active ci-après désignés qui reçoivent les affectations suivantes :

Section de médecine : MM. Henrion. Viala et Ratié, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Emond et Bourdon, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section de chirurgie : MM. Meunier, Klizowski et Favre, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Barbé, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Section d'électroradiologie : MM. Gallouin et Guillamet, à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon ; Veyssi, Clavel et Marty, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

PRIX DÉJERINE. — La Société de neurologie a attribué le prix Déjerine pour 1934 au docteur Laruelle, l'éminent neurologue de Bruxelles.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. ((Professeur : M. H. Claude.) — *Cours élémentaire de séméiologie psychiatrique.* — Ce cours facultatif, public et gratuit, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage.

Ce cours aura lieu tous les dimanches, à 9 h., à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), à partir du dimanche 18 novembre 1934.

BIOPHORINE GIRARD

Kola-Glycérophosphatée

ASTHENIE = NEVROSES - CONVALESCENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE THÉRAPEUTIQUES. — M. le professeur Maurice Villaret commencera son cours d'hydrologie et climatologie thérapeutiques le mercredi 14 novembre 1934, à 16 h., dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera ses leçons au petit amphithéâtre les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (Hospice des Enfants-Assistés. Clinique Parrot.) — M. le professeur P. Lereboullet reprendra ses leçons cliniques le mercredi 14 novembre, à 10 h. 45, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ. (Hôpital Cochin.) — M. le professeur Ch. Lenormant commencera son cours de clinique chirurgicale le jeudi 29 novembre 1934, à 10 h. du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE. — Les bureaux du Comité sont transférés au ministère de la Santé publique, 18, rue de Tilsitt, Paris (XVIIe).

Paul RAVAUT

(1872-1934)

Paul Ravaut vient d'être enlevé par une courte maladie. Il y a quelques jours encore, je l'avais vu à l'Académie de médecine, plein de vie et d'activité, et nous avions parlé de nos souvenirs de jeunesse....

Ravaut était un ami très ancien et très cher pour mon frère et pour moi. Ensemble nous avions été « roupious » chez notre maître Chauffard, ensemble nous avions disséqué, préparé l'externat, puis l'internat. Ravaut était un camarade charmant, plein d'allant et plein de cœur. Son esprit était sans cesse en éveil, il aimait le travail pour la difficulté à vaincre, il était un chercheur, et un chercheur heureux. Aussi son œuvre est-elle considérable et empreinte d'une véritable originalité.

Trois de ses maîtres, Thibierge, Chauffard et Widal, ont eu une influence décisive sur Ravaut.

Chauffard et Widal orientent son esprit vers l'étude clinique et biologique des maladies générales. Widal et Ravaut mettent au point la technique du cytodiagnostic (1900). Partant de l'étude des épanchements des séreuses, ils étendent leur méthode à l'étude du liquide céphalo-rachidien. Avec Sicard, ils associent le cytodiagnostic à la ponction lombaire, dans l'étude des méningites (1901). Dès 1902, dans le service de Thibierge à l'hôpital Broca, Ravaut applique à l'étude des affections cutanées et vénériennes, la même « conception moderne et si vivante de l'état pathologique », et c'est cette conception qui donne une si haute valeur à ses travaux.

Ravaut met alors en évidence les altérations du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis nerveuse, avant même l'apparition de tout signe clinique (1903).

Il ne néglige pas la thérapeutique et c'est à lui que l'on doit d'avoir indiqué que l'arsénobenzol dissous dans une faible quantité d'eau distillée met à l'abri des accidents observés avec les dilutions trop étendues du début.

Est-il nécessaire de rappeler aussi les travaux poursuivis avec Thibierge sur la syphilis expérimentale chez le macaque, sur le chancre mou, la sporotrichose, etc...

Pendant la guerre, après deux ans passés au front, Ravaut est chef de secteur à Marseille. Il fait alors d'importantes recherches sur le paludisme et la dysenterie amibienne. Pour celle-ci, il préconise le traitement par les injections d'émétine et d'arsénobenzol. Il administre le stovarsol par la voie buccale et donne la formule d'une pâte « la pâte de Ravaut ».

Nommé médecin des hôpitaux en 1907, il devient en 1919 chef de service à l'hôpital Saint-Louis et s'impose bientôt comme un des maîtres de la dermatologie française. Parmi ses très nombreux travaux, citons seulement ceux qu'il consacre à la maladie de Nicolas-Favre, et aux rectites dont il éclaire la pathogénie. Il y a peu de jours encore, le Congrès français de chirurgie l'appelait à participer à la discussion sur cette question.

On ne saurait trop insister sur l'importance considérable des conceptions de pathologie générale que Ravaut devait à ses maîtres Chauffard et Widal. Ravaut considérait les maladies cutanées comme des maladies humorales. La notion de choc, celle de la sensibilisation de l'organisme ont ainsi reçu des applications nouvelles, dont a largement bénéficié la thérapeutique dermatologique.

En 1929, Ravaut fut appelé à siéger à l'Académie de médecine. C'est à lui, peu après, que revint l'honneur de prononcer l'éloge de Chauffard. Nous n'oublions pas les accents pleins de cœur et de gratitude qu'il mit dans ce dernier et émouvant hommage à celui qui fut son premier maître.

Avec un profond chagrin, nous adressons un dernier adieu à notre ami, et nous prions sa veuve et ses sœurs d'agréer l'expression très émue de notre respectueuse sympathie.

F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTEMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'Adonis agit surtout en soutenant le cœur, en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et, dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'Adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc*

Huile non Caustique

LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'*Oléate d'Éphédrine*

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :
L. GAILLARD, Pharmacien
26, Rue Pétrelle, Paris (9e)

Se fait en
Solution et en Rhino-Capsules

VOMISSEMENTS
Vomissements de la grossesse
Mal de mer
Etats nauséeux
ATONIE GASTRIQUE

CETRAROSE

du Docteur GIGON
à base d'Acide protocétrarique.

MODE D'EMPLOI
20 à 30 gouttes en une fois sur un morceau de sucre ou dans un peu d'eau, dose pouvant être répétée plusieurs fois, sans dépasser 200 gouttes par 24 heures.

Laboratoire des Produits du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Bd Beaumarchais - PARIS

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCH^ns - 3, rue WATTEAU - COURBEVOIE - Seine

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GENERALE

L'ÉQUILIBRE ACIDE-BASE EN PHYSIOPATHOLOGIE [1]

Par J.-E. THIÉRY,
Chef de clinique médicale à la Faculté.

Le pH et la réserve alcaline ont donc une remarquable constance dans l'organisme normal. Nous allons passer en revue les facteurs qui perturbent cet équilibre et ceux qui le rétablissent.

Les acides et les bases qui interviennent pour rompre l'équilibre acido-basique sont exceptionnellement d'origine exogène. Nous ne ferons que rappeler brièvement le rôle que peut jouer une intoxication par un acide minéral ou par un alcalin pris à trop grosses doses (tel le bicarbonate de soude), dans la pathogénie de certains états acidosiques ou alcalosiques.

Dans la règle, les causes de déséquilibre ont une origine endogène ; les unes sont liées aux troubles du métabolisme des substances apportées par l'alimentation (acidose du diabète, acidose de l'insuffisance hépatique) ; les autres à l'élimination insuffisante des substances acides par les émonctoires (acidose des néphrites) ; d'autres encore à l'élimination exagérée d'acides par le tube digestif (alcalose d'origine digestive). Enfin la ventilation pulmonaire joue un rôle particulièrement important dans la répartition du CO^2 dans l'organisme, au cours des divers états d'acidose et d'alcalose.

Parmi les acidoses dues à un trouble du métabolisme, les unes sont dites cétosiques, les acides formés étant seulement des corps acétoniques (acétone, acide diacétique, acide β oxybutyrique) ; les autres sont des acidoses sans cétose.

Bien que l'on ait démontré que la cétogénèse pouvait être due en partie aux troubles du métabolisme hydrocarboné, puisque les hydrates de carbone sont susceptibles de produire de l'aldéhyde acétique, on admet généralement que les corps acétoniques dérivent essentiellement des graisses et des albumines.

Les substances cétogènes par excellence sont les graisses, et parmi elles la palmitine, l'oléine, la stéarine, et plus encore les albumines et, parmi celles-ci, celles de la viande, du sang (globines) et du lait. Les albumines des œufs, celles des légumes secs, du gluten de blé, le sont à un moindre degré et l'on doit de préférence les employer dans l'alimentation des diabétiques acidosiques.

L'acide le plus toxique est l'acide β oxybutyrique ; c'est son oxydation qui donne l'acide diacétique qui par perte d'acide carbonique donne l'acétone.

Ces corps acétoniques se forment normalement dans l'organisme mais en très faible quantité : 0,002 dans le sang par litre, 0,01 à 0,02 dans les urines par 24 h. Au cours du diabète, au contraire, on les trouve en très grande quantité. L'origine de cette cétose diabétique est encore très discutée. Y a-t-il excès de production de ces acides ou défaut de destruction par le foie ou, comme le veut Snapper, par le rein ?

Trois théories se sont affrontées pour expliquer l'absence de destruction des corps acétoniques au cours du diabète. La première est celle de l'action anticétonique des hydrates de carbone. « Les graisses sont brûlées au feu des hydrates de carbone » (Rosenfeld). Vienne le métabolisme des substances hydrocarbonées à être troublé, les graisses ne sont plus détruites, les corps acétoniques apparaissent ; l'insuline en permettant au glucose de se fixer sur le foie, rétablit le métabolisme hydro-carboné et par contre-coup empêche l'acidose. Cette théorie n'est pas toujours vérifiée par les faits qui montrent que l'insuline agit parfois plus vite sur l'acidose que sur le métabolisme hydro-carboné.

Une deuxième théorie fait jouer le principal rôle au trouble du métabolisme azoté qui accompagne celui des hydrates de carbone dans le diabète.

Marcel Labbé pense que la cétose diabétique est due à une insuffisance diastasique ; l'insuline a certainement une action polyvalente ; elle agit à la fois sur le métabolisme hydrocarboné et sur la destruction des corps acétoniques. Cependant son action anticétogène ne se manifeste qu'au cours du diabète. Son emploi dans les autres états pathologiques accompagnés d'acidose et de cétose reste la plupart du temps sans effet. Sans doute faut-il distinguer l'acidose diabétique de ces autres acidoses.

Les corps acétoniques ne sont pas les seuls acides organiques qui peuvent se former dans l'organisme. Les albumines donnent naissance aux acides aminés, transformés en partie en urée et en ammoniaque, corps qu'on retrouve, nous l'avons vu, dans les urines.

Les graisses donnent naissance à d'autres acides gras. Certains acides minéraux sont apportés par l'alimentation : l'acide sulfurique en faible proportion. D'autres, comme l'acide chlorhydrique du suc gastrique, prennent naissance dans l'organisme.

L'acide urique qui vient de la désintégration des nucléo-protéines ne semble jouer aucun rôle dans l'équilibre acido-basique, mais la précipitation des cristaux d'urates est la conséquence d'un excès d'acide, d'où l'emploi dans la goutte, d'une thérapeutique alcalinisante.

Quant à l'acide oxalique, il n'existe pas de méthode permettant de le doser comme l'acide urique dans le sang. La précipitation des oxalates de chaux se fait en milieu alcalin. La thérapeutique alcalinisante au cours de la lithiase urique peut donc être tenue pour responsable de la transformation de cette lithiase urique en lithiase oxalique.

La précipitation des phosphates dans l'urine dite phosphaturie apparente, relève d'une alcalose ; l'acide phosphorique se trouvant normalement dans les urines sous forme de phosphates bi-acides.

Des bases sont apportées également par l'alimentation végétale et surtout sous la forme alcalino-terreuse ; le suc pancréatique est d'autre part alcalin et neutralise le suc gastrique.

L'équilibre acide-base risque donc à chaque instant d'être compromis par les troubles du métabolisme qui sont sous la dépendance des altérations organiques (pancréas, foie, reins, tube digestif, poumons) et

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 88, p. 1553.

par les apports alimentaires, alimentation trop carnée, acidogène ou trop végétale, alcalogène.

Quels sont les facteurs dont l'organisme dispose pour se défendre ?

Ils sont également d'ordre organique et d'ordre chimique. Parmi les éléments organiques de défense, *le poumon* joue un rôle très important. Nous avons vu quel rôle joue le CO^2 alvéolaire dans le calcul de la réserve alcaline. Au cours de l'acidose diabétique les bases des bicarbonates sont employées pour saturer les acides. Il y a libération de CO^2. Ce CO^2 en excès augmente encore l'acidité du plasma et doit être chassé ; le centre respiratoire est heureusement fort sensible à toute augmentation d'acidité. Il réagit en augmentant la ventilation pulmonaire dans ce but. Le type de cette augmentation de ventilation est la respiration de Küssmaul.

Le second organe dont le rôle émonctorial est essentiel pour lutter contre l'acidose *est le rein*. Il peut en effet éliminer directement les acides sans qu'il soit besoin pour l'organisme de les neutraliser. Concurremment à l'élimination des acides, on constate dans les états d'acidose la présence d'une importante ammoniurie, l'organisme semble lutter contre l'acidose en fabriquant de l'ammoniaque et certains auteurs américains, en particulier Nash, Benedict et Russel, pensent que l'ammoniaque se forme au niveau du rein. Pour d'autres auteurs, l'ammoniaque représente seulement le produit de la désintégration des acides aminés au niveau du foie. Dans certains états d'insuffisance hépatique, le foie est incapable de fabriquer l'urée ; l'ammoniurie apparaît. La constatation d'une ammoniurie au cours d'une acidose traduirait donc ou bien une réaction de défense selon les uns ou bien un trouble du métabolisme des protéines lié à une insuffisance hépatique selon les autres. Mais là ne se borne peut-être pas le rôle du rein. Etudiant l'acidose au cours des néphrites, Ambard introduit un nouveau facteur pathogénique de l'acidose : le chlore.

Dans certaines néphrites, il y aurait dissociation du chlorure de sodium. Dans le premier cas, le rein serait imperméable au sodium qui irait se déposer dans les tissus ; c'est le cas des néphrites hydropigènes. Dans un deuxième cas, il serait imperméable au Cl, le sodium irait saturer les acides organiques, le Cl irait se fixer sur les cellules nerveuses du bulbe (Blum) causant une dyspnée qui amènerait secondairement l'élimination du CO^2 alvéolaire et l'abaissement de la réserve alcaline.

Cette théorie a soulevé de nombreuses discussions. Cependant l'étude du rapport chlore globulaire-chlore plasmatique et de ses variations et le rôle du chlore dans l'acidose semblent avoir été abandonnés par les auteurs qui ont repris l'étude de l'acidose d'origine rénale (Rathery, M. Labbé).

A un moindre degré, le tube digestif est aussi un émonctoire éliminant des bases alcalino-terreuses et des acides ; certaines diarrhées acides peuvent appeler une importante mise en action des bases et entraîner une diminution de la réserve alcaline. Certains vomissements abondants entraînant une perte d'acides entraînent les accidents de tétanie gastrique traduisant l'alcalose.

Le rôle des organes, pour important qu'il soit, n'est peut-être que minime par rapport au rôle considérable joué par certaines substances du sang appelées par Fernbach et Hubert substances-tampons, et qui assurent la fixité du milieu. Ces corps sont constitués chimiquement par le sel d'un acide faible (tel l'acide acétique) et d'une base forte (la soude, acétate de soude), ou par le sel d'une base faible et d'un acide fort en présence de la base (Ex.: Acide carbonique et bicarbonate de soude, protéine et protéinates alcalins). C'est la coexistence de ces corps tampons qui fait que l'acidité ionique du plasma n'est pas modifiée par les acides. Le fait est facile à comprendre et à vérifier in vitro. Son importance est grande, les substances tampons s'opposeront en effet à toute tendance d'acidification de l'organisme.

Les substances-tampons du sang sont en puissance décroissante, les bicarbonates, les phosphates mono et bi-basiques, l'hémoglobine des globules rouges, les oxyhémoglobinates, l'hémoglobine réduite et les hémoglobinates réduits, les protéines du plasma et les protéinates.

Les bases fixes sont représentées par le potassium et le sodium ; la diminution des substances tampons est à la base de certaines acidoses (acidose des anémies).

A côté des subtances-tampons, il faut faire jouer à l'eau un rôle important dans le mécanisme de l'équilibre acido-basique. Sa diminution crée en effet une cause de diminution de la dissociation ionique et des tampons, aussi observera-t-on des acidoses au cours des grandes déshydratations : vomissements incoercible, gastro-entérites, athrepsies, acidose post-opératoire.

***

La connaissance du mécanisme de l'équilibre acido-basique a permis une classification des états d'acidose et d'alcalose où se résument leurs caractéristiques.

Cette classification a été proposée par Haldane ; elle est basée sur le rapport :

$$\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$$ qui est { **augmenté dans les acidoses,** / **diminué dans les alcaloses.**

Dans les acidoses, on trouve (1) :

{ Une acidité urinaire / Une ammoniurie } **augmentées.**

Ces deux facteurs urinaires sont diminués dans les alcaloses.

1) *Parmi les acidoses :*

Rapport $\frac{CO^3H^2}{CO^3BH}$ **augmenté.**

1° Certaines sont dues à la diminution des bicarbonates, ce sont les acidoses non gazeuses :

$$\frac{CO^3H^2 \text{ normal,}}{CO^3BH \text{ diminués.}}$$

La ventilation pulmonaire y est accélérée, le CO^2 alvéolaire augmenté, la réserve alcaline augmentée. C'est le cas de la plupart des acidoses : acidoses résul-

(1) M. LABBÉ et F. NEPVEUX. *Acidose et alcalose*, Masson, 1928.

tant d'un trouble du métabolisme, des intoxications par les acides minéraux, de l'acidose des états fébriles, et du travail musculaire intense :

a) Les unes sont cétogènes : acidose diabétique, vomissements acétonémiques, acidose post-opératoire, acidoses du jeûne.

b) Les autres ne sont pas cétogènes : acidose des néphrites.

2° Certaines acidoses sont dues à l'augmentation de l'acide carbonique ; ce sont les acidoses gazeuses :

$$\frac{CO^3\ H^2 \text{ augmenté,}}{CO^3\ BH \text{ normaux.}}$$

La ventilation pulmonaire est ralentie, le CO^2 alvéolaire augmenté, la réserve alcaline augmentée. C'est le cas de toutes les hypopnées :

Intoxication par inhalation de CO^2.
Tuberculose pulmonaire étendue.
Emphysème.
Asthme bronchique.
Pneumonie.
Intoxication morphinique.

2) *Parmi les alcaloses :*

$$\text{Rapport } \frac{CO^3\ H^2}{CO^3\ BH} \text{ diminué.}$$

1° Les unes sont des alcaloses non gazeuses dues à l'augmentation des bicarbonates :

$$\frac{CO^3\ H^2 \text{ normal,}}{CO^3\ BH \text{ augmentés.}}$$

La ventilation pulmonaire est ralentie, le CO^2 alvéolaire augmente, la réserve alcaline augmente. C'est le cas des intoxications par ingestion trop abondante de bicarbonate de soude ou de phosphate bilasique, le cas des déperditions trop abondantes d'acide chlorhydrique au cours de vomissements incoercibles (tétanie gastrique).

2° Les autres sont des alcaloses gazeuses :

$$\frac{CO^3\ H^2 \text{ diminué,}}{CO^3\ BH \text{ normaux,}}$$

la respiration y est accélérée, le CO^2 alvéolaire diminué, la réserve alcaline diminuée. C'est le cas des hyperventilations prolongées, du mal des montagnes, de l'intoxication par l'oxyde de carbone, des anémies.

La classification de Haldane ne tient pas compte d'un autre groupe d'acidoses. Les acidoses circulatoires décrites par Dautrebande, desquelles il faut rapprocher les acidoses du choc anaphylactique.

Elle ne tient pas compte non plus du degré de gravité des acidoses. Il faut encore distinguer les cas où le rapport $\frac{CO^3\ H^2}{CO^3\ BH}$ est voisin de la normale (1/20e) et où le pH n'est pas influencé (ce sont les acidoses ou les alcaloses *compensées*) ; et les cas où le rapport est très modifié et où le pH plasmatique est influencé (ce sont des acidoses ou alcaloses décompensées) :

$$\left.\begin{array}{l}\text{Un pH} < 7{,}30 = \text{acidose} \\ \text{Un pH} > 7{,}40 = \text{alcalose}\end{array}\right\} \text{décompensées.}$$

Les applications à la clinique des notions que nous venons d'exposer sont multiples et nous ne pouvons entreprendre ici leur étude détaillée, nous ne voulons insister que sur quelques points intéressant particulièrement le clinicien.

Il existe un syndrome clinique des acidoses, individualisé par Marcel Labbé. Il est fait de troubles nerveux : céphalée, somnolence, hypothermie ; de troubles digestifs : anorexie, vomissements ; de troubles respiratoires : respiration de Küssmaul, respiration de Cheyne-Stokes. Ce syndrome décrit dans le coma diabétique n'appartient pas en propre au diabète ; ses éléments se retrouvent aussi bien au cours de l'acidose des cardio-rénaux, de l'acidose des nouveaunés. Sa constatation ne permet pas non plus de mesurer exactement le degré du danger de façon précise. C'est à la réserve alcaline qu'il faut alors s'adresser. Grâce à elle, « on peut donner au terme d'acidose une signification aussi définie que celle de la fièvre ou de la tachycardie » (Van Slyke). Cette détermination se fait au laboratoire en quelques instants, par la technique de Van Slyke. C'est la connaissance de la réserve alcaline qui permettra de diriger le traitement et d'apprécier les bons effets du régime alcalinisant et de l'insuline chez le diabétique. Le clinicien qui constate dans les urines d'un diabétique la présence de corps acétoniques doit mesurer la réserve alcaline. Si cette dernière reste normale, il s'agit d'une acidose légère qui rétrocédera vite sous l'influence de la cure de légumes verts, ou au besoin de faibles doses d'insuline. Si au contraire, la R. A. est déjà en baisse, tout doit être mis en œuvre pour aider l'organisme du malade à se défendre.

L'insulinothérapie s'est substituée à l'emploi du bicarbonate de soude à fortes doses qui, cependant, avait à son actif quelques succès dans le traitement du coma diabétique. C'est à l'importance de la diminution de la réserve alcaline qu'on devra proportionner les doses d'insuline sous peine de laisser le malade tomber dans le coma.

Les acidoses d'origine rénale viennent compliquer les néphrites chroniques parallèlement à la rétention uréique. L'existence d'une acidose rénale prend un intérêt tout particulier lorsqu'on connaît l'extrême fréquence des troubles rénaux chez les diabétiques. Au cours du diabète sans dénutrition, il n'est pas rare de constater en même temps que la glycosurie, une albuminurie et une cylindrurie. La constante d'Ambard, et le taux de l'urée sont élevés. Si l'on pratique l'épreuve d'hyperglycémie au glucose, on constate une élévation fréquente du seuil d'élimination de ce corps normalement situé entre 1 gr. 60 et 1 gr. 80.

Vienne le diabète à s'aggraver et le malade à tomber dans le coma, le diagnostic peut être extrêmement difficile entre coma diabétique ou coma urémique ; aucun signe du coma diabétique ne lui appartient en propre et si la respiration de Küssmaul est plus fréquente au cours du coma diabétique on peut la voir remplacer celle de Cheyne-Stokes au cours d'états urémiques. D'ordinaire la présence de corps acétoniques en abondance dans les urines enlèvent les doutes et font porter le diagnostic de coma acidosi-

que diabétique, mais il faut savoir que le rein du diabétique peut ne pas laisser passer les corps acétoniques qu'il faudrait alors doser dans le sang, dosage long et minutieux. S'il existe à ce moment dans les urines une albuminurie et une cylindrurie, si le taux de l'urée est élevé, dans le sang, malgré l'abaissement de la réserve alcaline, c'est à une acidose d'origine rénale plutôt qu'à une acidose diabétique qu'il faut penser. Dans ce cas, le traitement par l'insuline reste alors souvent inactif, puisqu'il ne s'agit plus de diabète.

En dehors des maladies de la nutrition, l'étude des modifications du pH a trouvé son application à de nombreuses branches de la pathologie. Laignel-Lavastine l'a proposé comme test d'émotivité chez les psychopathes. Birguard et Bigwood ont montré que le pH était élevé en période de crise chez les épileptiques et ont ouvert la voie à la thérapeutique acidifiante (tartrate borico-potassique, emploi du chlorure de calcium chez les spasmophiles). L'étude du pH a encore été appliquée en dermatologie, à la recherche de l'origine de certaines affections comme l'eczéma ; en chirurgie, des états d'acidose ont été observés après l'intervention chirurgicale ; ils peuvent être liés alors soit au jeûne pré-opératoire, soit à l'affection elle-même (appendicite, salpingite, cholécystite, sténose pylorique) ; soit à l'anesthésie. L'étude de l'équilibre acide-base a été aussi faite au cours des vomissements incoercibles de la grossesse, des vomissements cycliques du nouveau-né et au cours des gastro-entérites infantiles ; l'apparition des symptômes de tétanie (bouche en museau de tanche, main d'accoucheur) au cours de certains états alcalosiques, a amené à constater inversement l'existence d'une alcalose au cours de la tétanie vraie parathyréoprive.

Mais une des applications les plus intéressantes des idées modernes sur l'équilibre acido-basique a été l'étude pathogénique de l'intoxication par l'oxyde de carbone. Henderson a pu démontrer qu'il s'agissait non point d'une intoxication vraie, mais d'une alcalose gazeuse due à l'hyperventilation provoquant la diminution du CO^2 alvéolaire et l'abaissement de la réserve alcaline. Il faut donc lutter contre cet état non pas en faisant respirer de l'oxygène sous pression aux asphyxiés, mais bien un mélange d'oxygène et d'acide carbonique, l'acide carbonique ayant en outre sur le centre respiratoire bulbaire d'un malade en état d'apnée une action bien connue. Les travaux d'Henderson ont été repris en France par Cot qui a fait adopter le carbogène par les sapeurs-pompiers de Paris chargés des premiers secours, et qui l'emploient avec succès.

*
* *

Les moyens thérapeutiques dont nous disposons pour lutter contre un déséquilibre acide-base sont donc multiples et doivent s'adresser avant tout aux causes de ce déséquilibre. Il importe d'établir auparavant l'état fonctionnel des organes qui président au métabolisme et à la défense contre l'acidose : Pancréas (diabète), Foie (métabolisme des substances azotées), Rein (néphrites), Poumon (acidose gazeuse). Il faudra corriger par un régime approprié les déficiences organiques en prescrivant aux acidosiques un régime alcalinisant (surtout végétal) comportant une réduction des corps cétogènes) ; aux insuffisants hépatiques un régime hypotoxique lacto-végétarien, aux alcalosiques un régime carné ou un régime gras. Il faudra s'efforcer d'augmenter les substances-tampons qui jouent un rôle si important dans la régulation de l'équilibre acide-base ; on utilisera dans ce but avantageusement soit les alcalins tels le bicarbonate de soude, soit les acides tels que le phosphate bi-acide, le chlorhydrate d'ammoniaque, l'acide phosphorique ou l'acide chlorhydrique étendu.

*
* *

La notion de l'équilibre acide-base a donc été particulièrement féconde, puisqu'elle a pris place en physiologie au rang des grandes fonctions de l'organisme et qu'elle a éclairé d'un jour nouveau la pathologie en nous apportant des possibilités thérapeutiques nouvelles.

BIBLIOGRAPHIE

Ambard (L.), Schmid (F.) et Arnovlyevitch (M.). L'influence des sels neutres sur la charge en acides de certaines substances, *Bul. Soc. Chimie Biol.*, t. IX, 3, 1927.

Ambard (L.), Schmid (F.) et Adnot (A). *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, t. 50, 22 janv. 1926.

Ambard (L.), Schmid (F.) et Arnovlyevitch. Du mécanisme régulateur de la réserve alcaline, *Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 3 févr. 1927.

Ambard (L.) et Schmid (F.). Remarques sur deux formes typiques de rétentions chlorées, *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 3 févr. 1927.

Bigwood. L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie, *Ann. de Méd.*, t. XV, nos 1 et 2, janv.-févr. 1924.

Chace et Myers. Acidosis in nephritis, *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1920.

Clark. *The determination of hydrogen ions*, Baltimore, 1922.

Dautrebande. L'acidose, Rapport au 18e *Congrès français de Méd.*, Nancy.

Desgrez, Bierry, Rathery. *C. R. Ac. Sciences*, juill. 1923, *Presse méd.*, 4 nov. 1924.

Fredericia. *Hospitalstitenden*, Copenhague, 57-585, 1914.

Gerhardt. Diabetes mellitus u. Aceton, *Wien. Med. Presse*, 1865, n° 28, S. 672.

Guillaumin. *Journ. Pharm. et Chimie*, 1er janv. 1924.

Hasselbach. *Brochem. Zeitsch.*, 74, 18, 1912.

Henderson. *Ergeb. der Physiol.*, 1909.

Henderson (J.-L.). *Ergeb. der Physiol*, 8, 254, 1909.

Henderson et Prince. *J. Biol. Chem.*, 1917.

Joslin. *The treatment of diabetes mellitus*, 2e édition 1923, Philadelphia et New-York.

Kaulich. Acetonbildung im menschlichen Organismus, *Paager Vierteljahresschr.*, 67, 1860, S. 58.

Kulz. *Klin. Erfahrung üb. Diabetes*, Iéna, 1899.

Kussmaul. *Deutsch Arch f. Klin. Med.*, Bd. XIV, 1874.

Labbé (M.). Clinique et thérapeutique du coma diabétique, Rapport au *Congrès de Lyon*, 1911.

Labbé (M.). *Le diabète*, Masson, éd., 1920 ; L'action comparée de l'insuline sur la glycosurie et l'acidose, *Presse méd.*, 19 avr. 1924.

Labbé (M. et Violle. La théorie de l'acidose et le coma diabétique, *Presse méd.*, 8 avri. 1911.

Labbé (M.), Nepveux (F.) et Forsas (P.). *Etudes sur la pathogénie de l'acidose.*

Labbé (M.), Labbé (H.) et Nepveux (F.). Dosage de l'acétone

de l'acide diacétique et de l'acide oxybutyrique dans l'urine, *Presse méd.*, 24 févr. 1923.

Labbé (M.) et Nepveux (F.). Rapports sur l'acidose, 18e *Congrès français de médecine*, Nancy, 1925.

Labbé (M.), Labbé (H.) et Nepveux (F.). Le titrage des acides organiques par la méthode de Van Slyke et Palmer dans l'acidose, *Presse méd.*, 6 juin 1923.

Labbé (M.), Bith (H.). et Nepveux (F.). Elimination des acides organiques dans l'urine des diabétiques acidosiques, *C. R. Soc. Biol.*, 8 juill 1922.

Labbé (M.), Labbé (H.) et Nepveux (F.). Proportions respectives des corps acétoniques éliminés par les urines au cours des états d'acidose, *C. R. Soc. Biol.*, t. LXXXIV, 1921.

Labbé (M.) et Bith (H.). L'amino-acidurie chez les diabétiques, *Congrès méd. Lyon*, 1911 ; *Progrès méd.*, 1911 ; L'amino-acidurie, *Soc. méd. Hôp.*, 1913 et *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, déc. 1913.

Labbé (M.), Nepveux (F.) et Welcker (A.). La réserve alcaline et le pH du plasma chez les diabétiques, *Ann. de méd.*, avr. 1926.

Labbé (M.), Nepveux (F.) et Slosse (J.). Valeur pronostique de la réserve alcaline dans l'acidose diabétique, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 25 juill. 1924.

Labbé (M.), Nepveux (F.) et Mouzzaffer. Les corps acétoniques totaux dans le sang des diabétiques, *Soc. de Biol.*, oct. 1927.

Minkowski. Oxybuttersaüre im Harn ber diab. mell., *Arch. f. exp. Path.*, Bd XVIII, 1884, S. 35.

Naunyn. *Der Diabetes Mellitus*, Vienne, 1908.

Petters. Untersuchungen über die Honingharnuruhr, *Prager Vierteljahresschr.* 55, 1857, S. 81.

Sannie. Description d'une électrode d'hydrogène pour la mesure du pH sur de petites quantités de liquides biologiques. *C. R. Soc. Biol.*, t. XC, p. 84, 1924.

Sannie et Vincent. Technique pour la détermination électrométrique du pH dans le sang et les liquides biologiques contenant CO^2, *Bull. Soc. Chim. Biol.*, t. VI, p. 448, 1924.

Solano (Ramos) et Garcia Fox. Rôle de l'eau dans le maintien de l'équilibre acido-basique du sang, *Ac. Sc. Méd. de La Havane*, 25 sept. 1925.

Sorensen. *Comptes rendus des travaux du laboratoire de Carlsberg*, t. XV, n° 6, 1924.

Snapper. *Grumbaum. Biochem. Zeit.*, 1924, 1926, 1927.

Stadelmann. *Arch. f. exp. Path. in pharm.*, 1883 ; *Arch. f. klin. Méd.*, 1885, 1886.

Van Slyke. *Journ. of Biol. Chem.*, 1917, t. 30, p. 347 ; 1921, t. 48, p. 153 ; 1922, t. 51, p. 359 ; 1922, t. 52, p. 495 ; *Physio Reviews*, 1921, t. 1, p. 141.

Van Slyke et Fitz. *Journ. of Biol. Chem.*, 32, 495, 1917.

Van Slyke et Palmer (W. W.). *Journ. of Biol. Chem.*, t. XLI, n° 4, avr. 1930.

Violle. *Th. de Paris*, 1910.

Walter. Recherches sur l'action des acides sur l'organisme des animaux, *Arch. für exper. Path. und Pharm.*, LVII, 1877.

Weil et Guillaumin. L'acidose des néphrites, *Soc. méd. Hôp. Paris*, 18 nov. 1923.

Le Bulletin chirurgical des accidents du travail (N° 63, nov. 1934), publie les articles suivants :

Stern et Vautrin. Les ruptures sous-cutanées du tendon du long extenseur du pouce.

R. Fauquez. Les fractures de l'extrémité supérieure du tibia.

H. Werthamm. Les lésions traumatiques graves du genou. L'influence des assurances sociales sur les résultats de leur traitement.

Rey. Le dérobement du genou simulé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 6 novembre 1934)

M. Siredey, président, fait part à l'Académie du décès de M. Paul Ravaut.

Notice. — M. Justin Jolly donne lecture d'une notice nécrologique consacrée à Santiago Ramon y Cajal.

Présentation. — M. Louis Martin présente à l'Académie une monographie sur l'œuvre scientifique de Maurice Nicolle, par M. J. Magrou.

Après la mort de Maurice Nicolle, Cantacuzène et J. Magrou avaient conçu le projet de rendre un suprême hommage au savant disparu ; ensemble, ils avaient dressé le plan de l'ouvrage ; la mort de Cantacuzène a empêché la réalisation de ce projet. Magrou, avec un rare bonheur, a fait revivre dans une vérité saisissante la noble figure de Nicolle, nous montrant sa haute intellectualité, sa physionomie morale et la place que son œuvre scientifique a occupée dans le mouvement des idées de son époque.

Ce livre est une œuvre d'équité, dont on doit sincèrement remercier M. Magrou.

Anniversaire de M. Guéniot. — M. le président adresse à M. Guéniot, le vénéré doyen de l'Académie, toutes ses félicitations pour son anniversaire.

M. Guéniot entre, en effet, dans sa 103e année.

Note préliminaire sur l'organisation de la défense antipoliomyélitique dans le sud-ouest de la France. — M. Stillmunkes. A l'occasion de quelques cas de poliomyélite qui se sont manifestés dans la région toulousaine, M. Netter donne lecture d'une communication de M. Stillmunkès, rappelant les conditions d'efficacité du sérum de convalescents ou d'anciens malades.

Un centre de sérothérapie existe à Toulouse, qui prépare des sérums de convalescents et qui a mis dans ses plans l'organisation de la lutte contre la poliomyélite. Deux concours sont indispensables : celui du médecin traitant qui doit faire, autant que possible, un diagnostic précoce ; celui d'un centre de préparation et de distribution du sérum qui doit s'efforcer de canaliser le médicament dans les plus brefs délais.

L'auteur rapporte quelques exemples d'activité du sérum et de la rapidité de son arrivée à destination : il laisse entrevoir que l'organisation du centre de Toulouse permettra de faire traiter immédiatement et à distance, des malades qui pourraient difficilement attendre l'arrivée du sérum. Un enfant de Bayonne, pour lequel un message par T. S. F. avait été lancé, put, dans l'heure consécutive, être mis à l'abri de graves dangers, grâce à la connaissance précise d'un ancien malade qui habitait cette ville.

Le centre de sérothérapie de Toulouse jette ainsi les bases d'une œuvre intéressante : celle de l'assistance contre la poliomyélite.

Fièvre jaune. — Les recherches les plus récentes ont établi que le sang de toutes les personnes, qui ont été atteintes de fièvre jaune, même de la forme inapparente de cette maladie, renferme des substances immunisantes. M. Recio, médecin cubain, s'est préoccupé de vérifier cette déduction sur ses compatriotes.

Seules les personnes nées avant que Cuba ne fut purgée de la fièvre jaune (1908), ont des immunisines dans le sang; les sujets nés postérieurement n'ont pas d'immunisines.

C'est la preuve que la fièvre jaune avait effectivement disparu de l'île.

La vaccination antiamarille comporte-t-elle des dangers dans la région où la fièvre jaune sévit endémiquement et où les Stegomyia abondent ? (1re note). — MM. MATHIS, DURIEUX et ADVIER.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1934)

M. LE PRÉSIDENT prononce une allocution et rend hommage au roi Alexandre Ier de Yougoslavie et à M. Louis Barthou. La séance est suspendue en signe de deuil.

Traitement des fractures de cuisse. — M. PROUST analyse un travail de M. Becher (de Lausanne), qui conseille l'extension directe sur les os, par broches de Kirschner.

M. ROUX-BERGER réclame un contrôle radiologique des extensions au lit du malade.

M. SOUPAULT juge que l'ostéosynthèse de la diaphyse fémorale, lorsqu'elle est nécessaire, est très facilitée par les tractions à la broche de Kirschner.

M. MATHIEU insiste sur la force nécessaire pour réduire une fracture fémorale.

M. SORREL est également favorable à l'emploi de la broche de Kirschner.

M. HUET connaît quelques cas d'arthrite purulente du genou provoqués par la broche de Kirschner.

M. ALGLAVE a toujours trouvé faciles les ostéosynthèses pour fracture du fémur.

M. ROUHIER appuie l'opinion de M. Alglave.

Rapports du canal de Bochdalek avec le phlegmon du plancher de la bouche. — Ce travail de M. Clermont (Toulouse) est rapporté par M. TRUFFERT. L'auteur insiste sur l'existence de glossites suppurées avec siège vers le V lingual.

Présentation d'instruments :

M. BAZY présente un hystéroscope.

M. SOUPAULT présente un davier pour résection costale.

M. GRIMAULT présente un écran radiologique stérilisable.

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1934)

Ostéome d'une greffe osseuse. — M. J.-C. BLOCH avait pratiqué l'opération d'Oudard pour luxation récidivante de l'épaule. Au bout d'un an, il s'était développé sur l'extrémité du greffon coracoïdien un ostéome. La radiothérapie fit diminuer cet ostéome qui était jeune et non calcifié.

Plaies du côlon transverse. — M. J.-C. BLOCH a observé une plaie en séton du côlon transverse avec grosse infiltration sanguine des parois et du méso. Les sutures apparaissant très difficiles, il s'est contenté de faire l'extériorisation du côlon. Un autre malade subit le même traitement pour une lésion semblable. Les deux blessés ont guéri. M. B. estime que cette méthode ne constitue pas un pis-aller, mais paraît au contraire être une méthode de sécurité.

MM. QUÉNU et MOURE sont du même avis.

MM. LANCE et PROUST ont employé cette méthode à plusieurs reprises avec succès.

Septicémies chirurgicales. — M. SAUVÉ envisage la symptomatologie des septicémies à staphylocoques et à streptocoques. Il insiste sur la fréquence des hémocultures négatives et sur la nécessité d'ensemencer au moins 15 à 20 cc. de sang dans une grande quantité de bouillon.

Calcification du nucleus pulposus. — M. MOUCHET analyse un travail de MM. Guichar et Simon (marine). Il s'agissait d'un malade chez qui on avait fait le diagnostic de mal de Pott.

M. PETIT-DUTAILLIS a découvert une fois une telle lésion à la suite d'un traumatisme rachidien important. Il a guéri son malade par une greffe d'Albee.

M. SORREL insiste sur le caractère diffus du processus de calcification.

Lunarite du poignet. — M. MOUCHET rapporte une observation de M. Nedelec (Angers). Un homme présentant des douleurs assez vives aux deux poignets, on découvre par la radiographie une opacification des deux semi-lunaires avec aplatissement de l'os. Il croit à l'étiologie traumatique de cette affection.

M. MADIER en a vu un certain nombre de cas.

Mycoses. — M. SORREL relate une observation de M. Pellé et un travail de M. Meyer. La première concerne un homme qui présentait une tumeur au niveau du sein gauche, qui fut extirpée.

Les sept observations de M. Meyer concernent des mycoses osseuses. Les images radiographiques sont caractéristiques : aspect kystique avec liseré opaque, absence de décalcification voisine.

M. SORREL ajoute une observation comparable de mycose thoracique ayant nécessité des résections costales multiples.

M. MAUCLAIRE a observé une sporotrichose de l'humérus.

M. MOURE rappelle que 5 % environ des suppurations chroniques sont de nature mycosique.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE SOLENNELLE DU 18 OCTOBRE 1934)

Le cholestérol et ses dérivés dans l'organisme ; leurs rapports avec le métabolisme. — MM. Guy LAROCHE et A. GRIGAUT exposent les connaissances actuelles sur la constitution du cholestérol, ses relations avec le coprostérol, l'ergostérol et les acides biliaires. Dès 1913, l'un d'eux (Grigaut) avait étudié les relations du cholestérol et des acides biliaires ; il avait établi que le niveau de la cholestérolémie était tributaire de la fonction cholalégénique du foie.

Les hormones oestrogènes ont également la structure fondamentale du cholestérol. D'après Butenandt, la folliculine provient du cholestérol.

Le métabolisme du cholestérol est lié à celui des graisses et des lipoïdes. Le parallélisme des courbes de la cholestérolémie, de la lécithinémie et de la lipémie est remarquable.

Une relation étroite unit le métabolisme du cholestérol, celui des matières grasses et des lipoïdes, fait capital dans les cures de décholestérolisation. Le sang efférent des muscles et des viscères contient plus de cholestérol et de lipides que le sang afférent.

L'inverse se produit pour le sang efférent du foie et des poumons. Cette fonction tissulaire est sous l'influence de l'influx nerveux.

Des arguments chimiques et physiologiques démontrent que l'acide cholalique tire son origine du cholestérol.

Le foie ne se borne pas à éliminer le cholestérol par la bile, mais il le transforme en sels biliaires (fonction cholalogénique).

Les variations du cholestérol dépendent de centres régulateurs mis en évidence par Chauffard et les auteurs.

Les capsules surrénales jouent un rôle important aussi dans cette régulation.

La cholestérolémie est influencée par l'état de la thyroïde. Clinique et expérimentation le montrent (maladie de Basedow, thyroïdectomie, injections d'extraits thyroïdiens).

Abelous et Soula ont vu l'action de la rate.

Une augmentation de la cholestérolémie, mise à part l'action d'une alimentation anormale relève de deux causes : une viciation du métabolisme général des matières grasses et un déséquilibre des centres régulateurs de la cholestérolémie parmi lesquels le foie joue un rôle principal en raison de sa fonction de lipopexie et de transformation du cholestérol en sels biliaires.

La thérapeutique découle de cet exposé : un régime pauvre en graisses et en aliments riches en cholestérol. L'amélioration du métabolisme des graisses doit être utilisée.

Le retour de l'organisme à l'équilibre normal (repos au lit, le réalisant parfois), la cure d'exercice de Chaisemartin y contribue aussi dans certains cas.

Corps thyroïde, insuline, sont à utiliser. La feuille d'artichaut a rendu des services à des auteurs. Les cures minérales agissant sur la cellule hépatique, agissent aussi sur le taux du cholestérol sanguin.

L'émonctoire hépatique de la cholestérine. — MM. Etienne Chabrol et Marcel Cachin constatent que cette question est dominée par l'important problème de la parenté chimique des sels biliaires et du cholestérol, et se demandent si l'on est en droit d'assimiler rigoureusement la destinée du complexe cholalique à celle de la bilirubine.

Au cours de leurs recherches expérimentales poursuivies sur des chiens soumis à la cholécystectomie et porteurs d'une fistule cholédocienne temporaire, ils ont reconnu que le cycle d'excrétion du cholestérol était étroitement superposable à celui des taurocholates, la concentration de ces substances extractives évoluant dans le même sens que le débit hydrique de la bile, aussi bien à l'état normal que sous l'effet des cholérétiques ; la bilirubine obéit à une loi inverse.

Après avoir constaté que la splénectomie augmentait sensiblement l'élimination biliaire du complexe cholalique par rapport à celle des pigments, les auteurs dressent la liste des substances pharmacodynamiques qui donnent les plus belles excrétions de cholestérol et de taurocholates. Sachant que cette excrétion peut subir à l'état normal des variations horaires, allant du simple au quadruple, ils font une critique sévère des nombreux cholérétiques que l'on a indistinctement préconisés dans ces dernières années. Parmi les principes biliaires, l'acide cholalique vient en tête, faisant varier le débit horaire des taurocholates de 1 à 15 et celui du cholestérol de 1 à 6. Les sels biliaires donnent des résultats moins brillants ; de même les oléates. La bilirubine n'a qu'une action modeste ; la cholestérine s'est montrée sans effet, par voie veineuse ; les fluctuations provoquées par l'extrait hépatique restent dans les limites physiologiques. En regard des principes biliaires, l'atophan et les naphtoates ont un pouvoir décholestérinisant qui ne le cède en rien à celui de l'acide cholalique ; on doit s'étonner de

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

MUTHANOL
TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR L'HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE
LABORATOIRE G. FERMÉ
55, Bd de STRASBOURG PARIS (10e)

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS
Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

ne pas en avoir le reflet immédiat dans le plasma sanguin, le chiffre de la cholestérine ne subissant dans les premières heures que des variations minimes et inconstantes.

Les auteurs rappellent les résultats positifs que leur ont permis d'obtenir, en 1931, les infusions de feuilles fraîches d'artichaut administrées par voie veineuse et soulignent leurs échecs expérimentaux avec les spécialités de cynara qui se réclament de leurs publications.

Dans la deuxième partie de leur exposé, les rapporteurs confrontent les données expérimentales et les renseignements que l'on peut attendre chez l'homme du tubage d'Einhorn. Ils n'acceptent pas ces derniers sans réserves, connaissant les fluctuations horaires de la sécrétion biliaire à l'état physiologique et aussi la grande cause d'erreur qu'introduit dans le tubage le réservoir-annexe de la vésicule lorsque celui-ci se libère par intermittences, sans attendre l'injonction du sulfate de magnésie.

De leur statistique personnelle reposant sur plus de quatre cents prélèvements duodénaux, il ressort que dans la lithiase, le déficit des sels biliaires n'est pas plus démontré que l'excès du cholestérol. Opérant sur de la bile non filtrée, ils ne trouvent que quatre fois sur quarante une dissociation cholestérino-pigmentaire. Par contre, ils soulignent une fois de plus l'appauvrissement de la bile en glyco-taurocholates et en cholestérine au cours des ictères et des cirrhoses de Laënnec.

La troisième partie du rapport est consacrée à la discussion de l'ingénieuse théorie du « balancement » entre les sels biliaires, et la cholestérine, telle que Grigaut l'a développée dans sa thèse. En suivant sur des ictériques le débit d'une fistule de Kehr, les auteurs n'ont point vu de brusques débâcles de glyco-taurocholates refléter par leur abondance l'élimination du cholestérol tissulaire ou sanguin. Le chiffre des sels biliaires ne s'élève que lorsque la bile a repris son cours normal vers l'intestin ; le tubage d'Einhorn en fournit aisément la preuve. D'autre part, les physiologistes américains ne sont point parvenus à réaliser des éliminations anormales d'acides biliaires, en faisant ingérer à leurs chiens fistulisés des quantités considérables de cholestérol. C'est avec des substances albuminoïdes et non point avec les lipoïdes que l'on obtient de belles excrétions cholaliques, sans contester que le cholestérol du sang intervient dans l'édification des sels biliaires, les rapporteurs retiennent de leurs expériences personnelles qu'il existe non pas un balancement, mais un parallélisme dans l'excrétion hépatique de ces substances.

La conclusion est qu'il ne faut pas exagérer la part des hypercholestérinémies d'origine hépatique. L'Ecole de Chauffard a justement opposé ces hypercholestérinémies passives des rétentions, les lipoïdémies actives d'origine endocrinienne que l'on observe dans le mal de Bright et l'état puerpéral. Connaissant par l'exemple du diabète la complexité des facteurs qui entretiennent ces troubles humoraux, les auteurs se demandent si la cholestérolémie la plus simple en apparence, celle que l'on observe dans les ictères cholédociens, relève exclusivement d'une rétention hépatique. Ne faut-il pas voir en elle l'expression d'une réaction tissulaire de défense, sans l'agression toxique des pigments et des sels biliaires ? On connaît le rôle antihémolytique de la cholestérine ; on sait que l'hypercholestérinémie n'existe pas en période fébrile dans les lithiases ictérigènes compliquées d'angiocholite, fait bien en accord avec la loi générale qui veut que le taux des lipoïdes du sang s'abaisse à la période d'état des maladies infectieuses, pour s'élever seulement lors de la convalescence et apparaître comme un test d'immunité.

Par ailleurs, on ne peut assimiler étroitement l'excrétion hépatique du cholestérol à celle de la bilirubine. Ces substances figurent dans le sang et dans la bile en des rapports tout différents. Aucun de nos organes ne joue vis-à-vis des pigments le rôle de réservoir, de régulateur et de destructeur, que nous prêtons aux surrénales, aux ovaires, aux parenchymes splénique, pancréatique et pulmonaire vis-à-vis de la cholestérine.

Conclure sur ces réserves, c'est souligner l'importance que l'on doit attacher à l'étude des lipoïdes en pathologie générale, et c'est aussi rappeler au clinicien que pour éprouver la défaillance de l'émonctoire hépato-biliaire, il est plus simple et plus rigoureux d'interroger la bilirubine du sang que de doser du cholestérol.

Le traitement de l'hypercholestérinémie. — MM. Léon TIXIER et Marcel ECK font remarquer que traiter une surcharge cholestérinique ne se résume pas à lire deux analyses de sang, l'une avant un traitement, l'autre après. Le problème est plus complexe ; leurs recherches prouvent que le taux de la cholestérine circulante est moins important que l'appréciation de la cholestérine précipitée.

L'effort des thérapeutes doit tendre vers la solubilisation de la cholestérine déposée ; et c'est dans ce sens qu'ont été orientés les travaux de Loeper, sur l'action de l'insuline ; de Lemoine, sur l'action des phosphatides et des auteurs du rapport sur l'action du cynara.

L'hypercholestérinémie pure peut être le premier stade de la surcharge cholestérinique avant qu'il n'y ait précipitation ; mais lorsque l'organisme s'imprègne de cholestérine, le taux de la cholestérinémie n'est plus qu'un infidèle témoin de la situation réelle du malade. Aussi sous l'influence de thérapeutiques différentes, il n'est pas exceptionnel de voir le taux du cholestérol sanguin s'élever ; cette élévation étant la signature d'une décharge de cholestérine, dont la mobilisation plus rapide que l'élimination se traduit par une hypercholestérinémie transitoire.

L'iode, la thyroïde peuvent faire baisser le taux du cholestérol sanguin ; le professeur Loeper met en valeur une notion capitale : l'augmentation du pouvoir cholestérolytique du sérum sous l'influence de cure d'insuline.

Les auteurs ont étudié le cycle de la cholestérine après stimulation des fonctions hépato-rénales, au moyen d'un principe cristallisé injectable isolé du cynara en juillet 1933, par G. Edgard-Rosa. Chez une série d'athéromateux, le pouvoir cholestérolytique était négatif avant tout traitement ; après les premières injections, ce pouvoir devient positif, le sérum pouvant dissoudre un surcroît de cholestérine et il s'ensuit, par suite d'une véritable décharge, une accentuation de l'hypercholestérinémie. Enfin, à l'issue du traitement, le pouvoir cholestérolytique reste positif, tandis que la cholestérinémie redescend à la normale. Du point de vue clinique, les résultats obtenus par l'emploi du cynara semblent bien démontrer que cette simple a une action sur la mobilisation de la cholestérine fixée : amélioration ou disparition de toute une série de troubles qu'il est habituel de rattacher à l'athérome ; amélioration de certains cas de rétinites ; diminution radiologique de calcifications aortiques, etc...

Action des radiations sur le cholestérol. — MM. E. et H. BIANCANI montrent le rôle de la peau dans le métabolisme du cholestérol, et l'action des rayons infra-rouges, lumineux et ultra-violets sur la fixation de ce corps, ses transformations, sa mobilisation, son excrétion. Ils résument les travaux de Roffo sur la fonction héliotropique de la peau, et ceux de Loeper et de ses élèves sur les variations du cholestérol sanguin sous l'influence des rayons ultra-violets. Ils discutent ensuite les mécanismes d'action et montrent le rôle que peuvent jouer les radiations dans certaines maladies où il existe une perturbation du métabolisme du cholestérol, une tendance à la précipitation.

Cholestérolémie et cures thermales. — M. L. JUSTIN-BESANÇON rappelle que les mesures de la cholestérolémie font

hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES

INFECTIONS VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES

DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à 6 DRAGÉES
PAR JOUR

ANA

LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL - PARIS.XIIe

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY S/s BOIS

partie des moyens de contrôle des cures hydrominérales. Tous les malades, dont la cholestérolémie est perturbée, ne sont pas justiciables d'un envoi aux eaux. Il faut, d'après l'ensemble de l'examen clinique, distinguer parmi les hépatiques (lithiasiques, petits insuffisants hépatiques, xanthomateux), les hypertendus (rénaux et artéritiques), les goutteux et les petits diabétiques, les arthritiques, etc., tous plus ou moins hypercholestérolémiques, ceux qui peuvent bénéficier d'un traitement thermal. Ces malades sont améliorés surtout par les eaux sulfatées calciques et bicarbonatées sodiques. Quelques autres stations (oligométalliques, chlorurées-sulfatées, magnésiennes, sédatives ou carbo-gazeuses) ont leurs indications dans certaines formes cliniques. Les recherches biologiques confirment l'efficacité de ces cures, comme le montrent non seulement les modifications de la cholestérolémie, mais, parallèlement, celles de l'azotémie, de l'uricémie, de la cholémie, etc., sous l'influence de la crénothérapie. Il est vraisemblable que certains de ces traitements thermaux agissent sur la cholestérolémie par l'intermédiaire du foie, d'un drainage hépato-biliaire. Mais il semble qu'ils aient une action encore plus profonde, bien qu'encore très mystérieuse, sur le métabolisme des stérols.

L'exercice physique, moyen thérapeutique, son influence sur la cholestérolémie. — MM. Guy LAROCHE, DE CHAISEMARTIN, A. GRIGAUT. — M. DE CHAISEMARTIN présente au nom de ses collègues et au sien, neuf observations qui montrent l'influence heureuse qu'ont exercée les exercices physiques sur la cholestérolémie.

Il s'agissait de neuf stagiaires de l'Ecole supérieure d'éducation physique de Joinville, qui présentaient à leur arrivée dans cette Ecole un taux assez élevé de cholestérol dans le sang. Ces stagiaires furent soumis à un entraînement hygiénique méthodiquement conduit.

Cette véritable cure d'exercices fut poursuivie durant six semaines ; or, bien qu'aucun régime alimentaire spécial n'ait été institué, ni aucun médicament réducteur administré, le taux du cholestérol sanguin s'abaissa sans exception chez tous les sujets. La diminution fut si marquée que presque tous revinrent au chiffre considéré en général comme moyen.

Dans ces conditions, il semble bien logique d'admettre que l'exercice produisait ces résultats bienfaisants.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée (1), publié sous la direction de M. le professeur Emile SERGENT et de MM. L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. — *Radiologie* : II. *Radiothérapie, Rayons X, Radium*, par M. Paul COTTENOT et Mme Simone LABORDE.

Dans cette nouvelle édition d'un livre dont le premier tirage est épuisé depuis longtemps, les auteurs ont cru préférable de décrire en même temps la thérapeutique par les rayons X et par les rayons du radium. « Ces rayonnements, écrivent-ils, ont en effet des propriétés analogues, leur mode d'action thérapeutique est le même et leurs indications sont du même ordre. »

L'ouvrage est divisé en quatre parties : La première comprend un aperçu des propriétés physiques des rayons X, la description schématique des appareillages de rœntgenthérapie et l'exposé des techniques générales de traitement.

Dans la deuxième partie, on trouvera un résumé des propriétés physiques des substances radioactives et la description des appareils de curiethérapie et des procédés d'application du radium.

Dans la troisième partie, à laquelle les auteurs ont cru devoir avec juste raison donner une certaine extension, en raison de son intérêt pratique, on trouve une étude à la fois condensée et complète des principales notions de radiobiologie.

Un dernier chapitre traite enfin des moyens de protection.

Dans son ensemble, le volume renferme donc, clairement exposées, toutes les notions nécessaires pour entreprendre avec fruit l'étude si difficile de la radiothérapie. Les auteurs ont fait bénéficier le lecteur de leur grande expérience ; ils l'ont fait surtout avec une simplicité et une méthode bien propres à encourager ceux qui veulent s'instruire.

F. L. S.

Intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique) (1), par Charles FLANDIN, médecin de l'hôpital Bichat ; Jean BERNARD, interne des hôpitaux de Paris, et François JOLY, interne des hôpitaux de Paris.

Sur cette question à l'ordre du jour, aucun travail d'ensemble récent n'existait. Les auteurs, qui ont contribué, par leurs recherches personnelles, à éclairer certains points importants du diagnostic, du pronostic et du traitement des intoxications barbituriques étaient particulièrement qualifiés pour réunir les éléments d'une monographie complète sur un sujet d'actualité.

Dans ce travail, on trouvera tout ce qu'il faut savoir des intoxications par les somnifères de la série barbiturique : chimie, toxicologie, clinique, thérapeutique sont traitées complètement et avec compétence.

Ce livre, d'une lecture facile et attrayante, est le document français le plus complet à l'heure actuelle. Son apparition comble une lacune.

C'est un ouvrage qui instruira et qui rendra service.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 12 *novembre*. — Jury : MM. Fiessinger, président; Strohl, Dognon, Troisier. — M. MOULLE. De la méthode dans l'examen radiologique du poumon.

Mardi 13 *novembre*. — Jury : MM. Bezançon, président ; Brindeau, Abrami, Gastinel. — M. AMPHOUX. Les hémorragies méningées cataminiales. — M. PONSAC. Maternité et formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire. — M. ROTENSTEIN. Nettoyages radiologiques chez les tuberculeux pulmonaires. — M. GAUTHIER. Déformation de la tête fœtale dans la présentation du siège. — Mlle MARGOSCHES. Les indications thérapeutiques du sérum de génisse en médecine humaine. — M. NEXON. Quelques considérations sur l'état du col utérin six semaines après l'accouchement.

Jeudi 15 *novembre*. — Jury : MM. Pierre Duval, président ; Tanon, Gatellier, Joannon. — M. LESAGE. A propos d'un cas de pancréatite ligneuse chez un syphilitique ayant un syndrome d'ictère chronique par rétention. — M. VEXLER. L'état actuel de la prophylaxie de la fièvre ondulante en France.

(1) Deuxième édition. In-8. — Paris, N. Maloine.

(1) In-8 de 128 pages avec schémas dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME
GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... **12** fr.

POUR BAINS :
Le flacon..... **8** fr.

COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... **12.50**

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

Tolérance stomacale absolue
Neutralisation des Toxines
Amélioration rapide des accidents diarrhéiques

2 FORMES | **Cachets pour Adultes**, 2 à 6 par jour. | **Poudre pour Enfants**, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.

Echantillon médical gratuit
AUBRIOT
56, Boulevard Ornano — PARIS
R. C. Seine, 20.019

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE
Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 14 NOVEMBRE 1934. — N° 91.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
A propos de la chirurgie des surrénales (fin), par M. le professeur R. Leriche.
ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, par M. Godlewski. — *La diphtérie.*
NÉCROLOGIE
Santiago Ramon y Cajal, par M. J. Jolly.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de médecine de Paris. — Société de stomatologie.
CHRONIQUE
La Journée médicale du raisin.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Pneumothorax tuberculeux. Signes et diagnostic (suite).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Mutations. — 1. *Chirurgiens.* — A l'hôpital Beaujon de Clichy, MM. les docteurs Basset, Okinczyc et Guimbellot, de l'ancien hôpital Beaujon. — A l'hôpital Laennec (remplacement de M. le docteur Proust, nommé professeur de clinique gynécologique à l'hôpital Broca), M. le docteur Lardennois, de l'hospice des Ménages.

2. *Accoucheurs.* — A l'hôpital Beaujon de Clichy, M le docteur Levant, de l'ancien hôpital Beaujon. — A l'hôpital Bichat (service créé), M. le docteur Metzger, de l'hôpital Bretonneau. — A l'hôpital Bretonneau, M. le docteur Guéniot, de l'hôpital de la Charité (service fermé).

— Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 5 novembre. — MM. Fontaine, 22; Delmotte, 27; Rodier, 24; Chigot, 23; Bloch, 24.

— Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris, comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au bureau du Service de santé de cette administration, 3, avenue Victoria, avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — La séance de rentrée de l'Université de Paris a eu lieu samedi à la Sorbonne. Parmi les nouveaux docteurs honoris causa figure pour la médecine le professeur Anton von Eiselsberg (de Vienne). M. le doyen Roussy exposa l'œuvre considérable du grand chirurgien, et notamment ses travaux sur les maladies de l'appareil digestif, les tumeurs cérébrales et les glandes endocrines.

GUERRE. — Les médecins capitaines de l'armée active ci-après désignés sont nommés :

Chirurgiens des hôpitaux militaires : MM. Roques, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Broussais à Nantes; Lieux, médecin adjoint à l'Ecole du Service de santé militaire; Idrac, assistant des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Maillot à Alger.

Spécialiste des hôpitaux militaires (bactériologie et anatomo-pathologie) : M. Accoyer, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Sédillot à Nancy.

(Stomatologie et prothèse dentaire) : M. Ginestet, chirurgien des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes à Lyon.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Queuille, député, est nommé ministre de la Santé publique et de l'Education physique, en remplacement de M. Louis Marin qui devient ministre d'Etat.

Le titre de directeur général a été conféré à M. Serge Gas, conseiller d'Etat, directeur de l'hygiène et de l'assistance.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le docteur Bandelac de Pariente (de Paris) a reçu la grand'croix de la Couronne de Yougoslavie.

Le docteur de Parrel (de Paris), ancien combattant en Serbie, a reçu la croix de commandeur du même ordre.

Le docteur H. Boucher (de Grenoble) a reçu la croix de commandeur du Nicham-el-Anouar.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — *Séance du Conseil d'administration du 30 octobre 1934.* — M. Glénard communique un travail sur la propagande en faveur des stations thermales et climatiques. A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Armand-Delille, Molinéry, Pierret, Laignel-Lavastine, une commission de trois membres (Glénard, Molinéry, Pierret) est chargée de faire un rapport sur cette question.

M. Lemaître rend compte de sa mission en Extrême-Orient. Une fois l'Ecole d'Hanoï réorganisée avec un nouveau directeur, il est probable qu'elle attirera des Siamois, des Chinois et même des Hollandais venant de Java.

M. Hartmann rend compte de la dernière réunion du Comité médical franco-japonais, relié à l'A. D. R. M. Un Comité composé de professeurs de Tokio a été constitué. Dès aujourd'hui des échanges scientifiques vont avoir lieu entre le Comité de Tokio et celui de Paris.

Election de nouveaux membres : MM. Etienne (de Nancy), Walther (de Paris), Podkolinski (de Varsovie), M. Pettigrew (de Québec), Coffey, Cunningham, Harold Quinlan, Coleman Saunders, James B. Magennis (de Dublin).

MÉDAILLE DU PROFESSEUR J.-L. FAURE. — La remise de la médailte du professeur Jean-Louis Faure aura lieu le dimanche 18 novembre 1934, à 10 h. précises, à l'hôpital Broca, 111, rue Broca.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ. — M. le professeur Robert Proust a pris possession de la chaire de clinique gynécologique et fait sa leçon inaugurale le 6 novembre, à l'hôpital Broca.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — M. Bernard Aschner, privat docent à l'Université de Vienne, fera le 15 novembre, à 15 h., une conférence sur « La notion de constitution biologique dans l'espèce humaine ». La conférence sera présidée par M. Vignes, professeur agrégé.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis.* — M. le professeur Balthazard fera son cours en janvier et février, et M. Piédelièvre, agrégé, fera le sien en novembre et décembre.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Fondation de la Ville de Paris. Hôpital Broussais. Professeur : M. Emile SERGENT.) — *Cours de perfectionnement sur l'exploration radiologique de l'appareil respiratoire*, du lundi 10 décembre au samedi 15 décembre 1934 inclus, par MM. Sergent, Benda, Francis Bordet, Cottenot, Couvreux, Henri Durand, Kourilsky, Mignot, Pruvost et Turpin.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des exercices pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midi.

Les exercices pratiques seront réservés aux assistants qui auront versé un droit d'inscription de 250 fr.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.

Névralgies Névrites **BROMÉINE MONTAGU**

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carlos Chagas, directeur de l'Institut Oswald Cruz, à Rio de Janeiro, correspondant de l'Académie de médecine de Paris; Joan Alves Delima, de São Paulo, correspondant de la Société de chirurgie de Paris; Auguste Boursier (de Contrexéville); Adolphe Lucas (d'Antibes), ancien professeur à la Faculté libre de Lille; le professeur Granel (de Montpellier), ancien directeur du Jardin des Plantes, professeur honoraire à la Faculté de Montpellier, décédé à l'âge de 81 ans.

CHRONIQUE

Journée médicale internationale du raisin à Paris. — Sous la présidence de M. le professeur Labbé, de l'Académie de médecine, a eu lieu à Paris, le 6 novembre, une importante manifestation médicale internationale, à laquelle avaient accordé leur patronage : M. le Ministre de la Santé publique, M. le Ministre de l'Agriculture ; M. Barthe, président de la Commission interministérielle du Raisin de table ; M. Walter, président de l'Académie de Médecine ; M. Roussy, doyen de la Faculté de Médecine ; M. Achard, secrétaire général de l'Académie de Médecine ; M. Dibos, président de la Confédération des Syndicats médicaux français ; M. Berthelmy, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Une large discussion s'est ouverte, de très nombreux rapports ont été présentés, notamment sur le Raisin aliment, par le professeur Zunz, de Bruxelles ; le professeur Vogel, de Dresde ; sur le Raisin et l'Enfant, par le docteur Rouanet, de Moissac ; le docteur Le Lorier, de Paris ; sur le Raisin et la Médecine pratique, par le docteur Legrain, le docteur Boudry, de la Bourboule, et le docteur Revilliod, de Genève. Enfin, sur l'Avenir colonial du Raisin, par le docteur Santschi, de Kairouan.

Des débats auxquels ont donné lieu les différents rapports qui ont été présentés, il faut conclure que cette journée médicale aura rempli son but, si elle a créé un courant de sympathie en faveur de l'usage, de plus en plus répandu, du raisin comme aliment et comme source de traitement ; or, à ce point de vue, le résultat est certain si elle a déterminé les industriels, créateurs de firmes de dérivés analcooliques du raisin, d'une part, à donner toute satisfaction aux exigences de la science, et, d'autre part, aux besoins de la population. A ce point de vue, le Congrès a formulé de précieuses indications, qui devront être ultérieurement développées dans un Congrès spécial, mi-partie médical, mi-partie industriel.

LE VENDREDI 7 DÉCEMBRE 1934

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes* et *produits chimiques hors série (chlorure de méthyle pur et oxygène)* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant six mois pour les substances pharmaceutiques et produits chimiques et pendant une année pour les produits chimiques hors série (chlorure de méthyle et oxygène) à compter du 1er janvier 1935.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures

Dépôt des demandes jusqu'au 22 novembre 1934.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XVe)

OUABAÏNE ARNAUD

Seul produit ayant servi aux essais cliniques et aux observations des Professeurs et Docteurs VAQUEZ et LUTEMBACHER, CLERC, RIBIERRE, LIAN, JOSUÉ, LAUBRY et PEZZI, BONNAMOUR, D'OELSNITZ et CARCOPINO, PAGLIANO, MINET, DIMITRACOFF, etc...

Seul produit dont les constantes physico-chimiques, les essais physiologiques et les toxicités ont été publiés, donnant ainsi au Corps Médical toute garantie d'action et de sécurité.

CARDIOTONIQUE ÉNERGIQUE

DIURÉTIQUE PUISSANT

DOSAGE RIGOUREUX

MOINS TOXIQUE QUE LES STROPHANTINES

ACTION CONSTANTE ET SÛRE

INDICATIONS

Insuffisance du cœur gauche
Insuffisance ventriculaire droite
Arythmies et Tachycardies

FORMES

COMPRIMÉS .. .. A Un milligramme.
SOLUTION .. .. A Quatre pour Mille.
AMPOULES .. .. Au 1/4 de milligramme pour injections intraveineuses.
AMPOULES .. .. Au 1/2 milligramme pour injections intramusculaires.

DRAEGER

* *

DIASTOGÈNE F

Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines

Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)

abrège les convalescences

2 à 3 cachets par jour

Laboratoire
66 rue Nationale

Dehaussy
Lille

PRATIQUE MÉDICALE

RECHERCHES SUR L'ULCÈRE EXPÉRIMENTAL ET SUR LE ROLE DES ACIDES AMINÉS DANS SON ÉVOLUTION (1)

Par le docteur Emile Aron.

L'auteur qui, depuis longtemps déjà, poursuit des recherches excessivement importantes sur le rôle des acides aminés dans l'organisme soit avec le Prof. Fontès, dont on connaît les remarquables travaux sur l'action des acides aminés dans le traitement des anémies, soit avec le Prof. ag. Weiss — s'est occupé tout spécialement de l'ulcère gastro-duodénal au point de vue de sa pathogénie et il a publié, dans la *Presse Médicale* du 22 novembre 1933, une étude très détaillée qui confirme les publications précédentes qu'il a faites en collaboration avec M. Weiss, à la Société de Biologie de Strasbourg et à la Société Nationale de Chirurgie.

Ces deux auteurs ont transporté en effet en clinique les données de leurs expériences et, pour cela, ils ont utilisé l'hémostra, solution à 2 % de tryptophane et à 4 % de chlorhydrate d'histidine, dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Le traitement moyen a duré 21 jours, comportant chaque jour l'injection intramusculaire tout à fait indolore d'une ampoule de 5 centimètres cubes de cette solution sans aucun adjuvant médicamenteux et avec un régime alimentaire normal ; dans tous les cas, ils ont constaté une sédation vraiment impressionnante des phénomènes douloureux et de l'intolérance gastrique. Ils continuent leurs recherches et il semble bien que c'est l'histidine qui agisse dans ces cas.

Les derniers essais, en effet, ont été faits exclusivement avec une solution à 4 p. 100 d'histidine (Laristine « Roche ») et les résultats enregistrés permettent toutes les espérances car, dans toutes les observations recueillies, la douleur et l'intolérance gastrique ont été radicalement supprimées et les malades ont pu être considérés comme guéris. De nouvelles publications donneront sans doute la possibilité de conclure d'une manière définitive, mais, d'ores et déjà, on peut affirmer que les succès obtenus font apparaître la Laristine comme un médicament susceptible à lui seul de guérir cliniquement une crise ulcéreuse.

(1) *Th. de Strasbourg*, 1934.

LIVRES NOUVEAUX

Technique du traitement des fractures (2), par Lorenz Böhler, directeur de l'hôpital des accidentés, privat-docent de chirurgie à l'Université de Vienne. Traduction d'après la quatrième édition entièrement refondue, par M. Boppe, chirurgien des hôpitaux de Paris. Préface du professeur Hartmann.

Lorenz Böhler, placé à la tête d'un grand hôpital uniquement consacré aux accidents du travail et où passent chaque année des milliers de blessés, y a réalisé une organisation technique remarquable qui a fait l'admiration de tous ceux qui l'ont visitée, et il s'est acquis par ses travaux sur les fractures une réputation mondiale ; c'est dire l'intérêt que présente la traduction française de la dernière édition refondue de ce livre qui envisage toute la thérapeutique des fractures.

De la lecture de cet ouvrage, un premier fait ressort : c'est que, par un traitement convenable, appliqué immédiatement après l'accident, on peut, d'une manière générale, s'abstenir des interventions sanglantes auxquelles on avait souvent recours il y a quelques années. Ces opérations sanglantes ne doivent vivre que des contre-indications du traitement orthopédique et ces contre-indications sont rares lorsque le traitement est bien dirigé.

Les grands principes de la méthode réglée par L. Böhler consistent dans l'emploi méthodique de l'anesthésie locale du foyer (ou quelquefois de la rachi-anesthésie), la connaissance approfondie des actions musculaires s'exerçant sur les fragments (qui sont expliqués par des schémas ingénieux et clairs), la réduction par manipulation directe et traction continue, le contrôle radiologique de tous les instants, et le plus souvent le maintien de la réduction ainsi obtenue et contrôlée par un appareil plâtré appliqué directement sur la peau.

Le traitement de chaque variété de fractures et de luxations est étudié minutieusement dans tous ses détails pratiques, et à propos de chacune d'elles, l'auteur consacre un chapitre fort instructif aux « fautes » que l'on ne doit pas commettre.

Les idées de L. Böhler, toujours originales et basées sur une longue expérience, sont riches d'enseignement, les quelques objections que l'on pourra faire à certaines de ses méthodes n'enlèvent rien à leur valeur.

Cet ouvrage, dont l'illustration comporte un nombre considérable de très belles figures, présente un intérêt pratique de premier ordre pour le praticien et surtout pour le chirurgien de carrière, il leur suffira pour s'en rendre compte de parcourir le passage de la préface où le professeur Hartmann indique le succès obtenu par les méthodes de L. Böhler auprès des accidentés et des compagnies d'assurances. L. G.

(2) Grand in-8 de 652 pages avec 1.046 figures. — Prix : broché, 140 fr.; relié toile, 160 fr. — Paris, Masson et Cie.

Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure (1), par Georges-Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Collection « Hygiène et Diététique ».

Le Dr Georges-Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, vient de faire paraître, chez Doin, un petit livre de 120 pages sur « l'Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure ». Après avoir décrit dans un premier chapitre la morphologie et le développement du cheveu, Georges-Lévy étudie dans un 2e chapitre l'hygiène du cuir chevelu, sain.

Il indique minutieusement comment il convient de nettoyer le cuir chevelu et la chevelure, comment doivent être pratiqués les savonnages, les lavages au jaune d'œufs, les dégraissages, le poudrage. Le chapitre III traite de la coiffure : Convient-il de porter des cheveux longs ou des cheveux courts ? Les frisures et les ondulations. Plusieurs pages des plus intéressantes sont consacrées à l' « indéfrisable » dont Georges-Lévy expose les avantages et les inconvénients.

Les chapitres suivants ont pour titre : les pellicules et la séborrhée ; les cheveux secs ; l'hygiène du cuir chevelu pelliculaire ; la séborrhée et les cheveux gras ; la chute des cheveux, les alopécies et la calvitie. Un chapitre spécial est consacré au massage du cuir chevelu. Enfin le chapitre XI traite des décolorants et des teintures dont Georges-Lévy donne un certain nombre de formules. Le volume se termine sur un aperçu d'hygiène scolaire.

Voilà un petit ouvrage dont la lecture sera utile aussi bien au médecin qu'au profane. Bien édité, très clair, facile à lire, et cependant très complet, il est appelé à un succès mérité. L. G.

(1) In-16 de 120 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

ULCÈRES, GASTRITES, COLITES
BISMUTH TULASNE

Boite : 10 paq. de 10 g.

Pansement gastro-intestinal au sous-nitrate de bismuth kaoliné, préparé suivant la méthode de A. Tulasne, ex-chef de laboratoire à la Pitié. Pouvoir sédatif et cicatrisant incomparable, innocuité absolue, facilité d'absorption, dosage rigoureux en paquets de 10 gr.

Un paquet (ou deux) dans un verre d'eau le matin à jeun ou par prises fractionnées dans la journée.

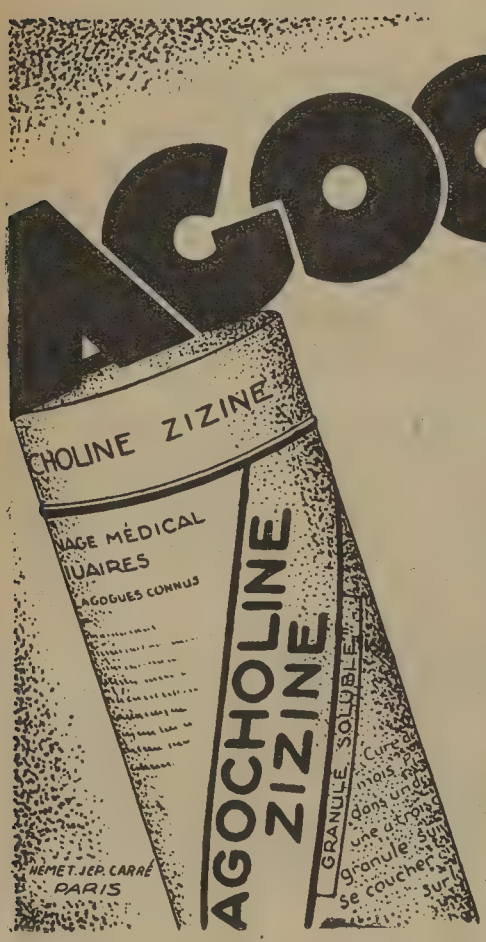
Autres indications :

DYSPEPSIES, AÉROPHAGIE
VOMISSEMENTS, DIARRHÉES
FERMENTATIONS, OXYUROSE

LABORATOIRES BOUILLET
48, Bd des Batignolles, PARIS

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit } hépato biliaire

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

SUR QUELQUES RÈGLES GÉNÉRALES DE LA CHIRURGIE ENDOCRINIENNE

A PROPOS DE LA CHIRURGIE DES SURRÉNALES [1]

Par M. le professeur René LERICHE.

3° La question des artérites. — J'en viens maintenant *à la question des artérites.*

Les artérites sont une des maladies que nous connaissons le moins, malgré leur fréquence. Je ne me place pas au point de vue clinique, bien qu'elles soient d'habitude longtemps méconnues. Je veux parler seulement de leur origine.

Le problème est d'importance, car il ne vise pas que les artérites des membres. Il vise aussi les artérites coronariennes, mésentériques, cérébrales. Je pense que si l'on avait une solution pour l'une d'entre elles, on aurait celles de toutes.

Pour les membres, nous avons l'habitude de dire qu'il y en a deux sortes : les juvéniles et les séniles. La division est enfantine : l'âge n'est pas un facteur que l'on puisse prendre en ligne de compte. A 50 ans, si l'on a une artérite, est-elle juvénile ou sénile ? Présénile, n'est-ce pas ?

Cependant, il est certain qu'il y a au moins deux grandes catégories d'artérites thrombosantes : les artériosclérotiques, et les autres.

C'est pour les autres que la question de la surrénalectomie se pose. Il y a parmi elles des artérites localisées, demeurant toujours localisées qui sont justiciables de la seule artériectomie, comme les artérites traumatiques et les artérites infectieuses, mais je crois qu'elles sont très exceptionnelles. J'ai personnellement admis le diagnostic d'artérite rubéolique, il y a 6 ans, pour un homme jeune, dont les accidents avaient débuté quelques années auparavant dans la convalescence de la rougeole. Or, actuellement, cet homme est amputé des deux cuisses. Il s'est agi évidemment d'une thrombo-angéite.

Ce qui rend difficile l'identification, c'est que souvent, dans nos pays du moins, la maladie demeure pendant longtemps cliniquement unilatérale. S'il y a eu au début un stade d'angor, comme je l'ai vu deux fois avec Fontaine, le diagnostic est facile, mais quand il n'y a que de la claudication unilatérale, ou des douleurs, ou de l'érythromélie, on ne pense pas à la thrombo-angéite, maladie que beaucoup croient rare, alors qu'elle ne l'est pas. Actuellement, je crois que c'est à elle qu'il faut presque toujours songer, quand on n'est pas dans les conditions de l'artériosclérose, car c'est une maladie très fréquente.

Il serait précieux d'avoir dès le début des éléments de diagnostic. L'oscillométrie ne les donne que rarement. Je crois que l'artériographie va pouvoir nous les fournir. En effet, quand on examine un certain nombre d'artériogrammes pris dans des maladies artérielles, on s'aperçoit très vite qu'il y a deux sortes de dessins artériels, parmi les artères perméables dans les états artéritiques. Il y a des artères bien dessinées, mais petites, comme contractées au maximum, et des artères de calibre normal ou légèrement dilatées.

Or, comme l'a vu Fontaine avec Frich, d'abord, puis avec Maître, les artères petites, contractées, correspondent toutes à des cas de thrombo-angéite. C'est pour nous, à l'heure actuelle, à la clinique de Strasbourg, un signe certain de la maladie.

Il y a donc *des artérites, dans lesquelles la thrombose paraît précédée d'une contracture plus ou moins généralisée des artères.*

Ce que l'artériographie démontre, on l'avait déjà noté au reste, et on a dit maintes fois que les malades atteints de thrombo-angéite ont une hypoplasie artérielle généralisée ou segmentaire. Tout récemment, Rollando, à la Société piémontaise de chirurgie, y insistait encore.

Il me semble qu'il y a là d'abord un excellent élément de diagnostic et ensuite un argument important en faveur de l'intervention dans la genèse de la maladie d'un élément sympathico-surrénalien.

Mais ceci admis, il reste à savoir comment se fait le phénomène capital, bien que secondaire, dans le temps, de la thrombose ? Il est très probable que le mécanisme de la thrombose dans les artères est le même en toutes circonstances, et qu'il exige une minime lésion pariétale, permettant aux ferments de la coagulation de passer dans la lumière artérielle, et qu'à partir de ce jour, il se fait une thrombose ascendante et descendante, d'autant plus étendue et d'autant plus rapide, que le vaisseau est plus contracté.

Mais comment cela se fait-il ? *Quel est le mécanisme de la lésion pariétale dans la thrombo-angéite ?* Nous n'en savons encore rien de façon précise. Evidemment, le spasme artériel facilite la thrombose, mais ce n'est pas lui qui la détermine. Il est très difficile de saisir le processus en acte. C'est d'autant plus difficile, que du point de vue clinique, il passe complètement inaperçu. Jusqu'à il y a quelques mois, je croyais avoir pu saisir dans l'interrogatoire des malades de petits signes traduisant l'apparition de la thrombose. Si cette réunion avait eu lieu en juillet, je l'aurais dit. Or un fait récent m'a montré que ç'eût été une erreur. En août dernier, j'ai vu un homme de 27 ans, en parfaite santé, n'ayant jamais eu de troubles circulatoires, qui, brusquement, prit une douleur dans le mollet et dut s'aliter. Il n'avait pas d'oscillations, ni à la jambe, ni à la cuisse. L'artériographie montrait que la fémorale était complètement oblitérée, et il y avait une circulation collatérale bien dessinée. J'interviens et trouve une oblitération ancienne allant de la fémorale commune au creux poplité. Je réséquai un segment artériel de 17 cm. C'était un cordon plein, dur, complètement organisé. Evidemment, la thrombose ne datait pas de 15 jours, comme je l'avais cru d'après les signes cliniques.

Après pareille constatation, *nous sommes obligés d'admettre que nous n'assistons pour ainsi dire jamais au début réel* de la coagulation qui n'a pas de signe clinique. C'est pour cela qu'il est si difficile de savoir exactement comment le malade passe du spasme à la thrombose.

Toujours est-il que la thrombose peut passer longtemps inaperçue, pendant des années. Puis, soudain, l'artéritique entre dans la vie clinique. Pourquoi ? J'aurais tendance à admettre que c'est l'apparition du spasme au niveau des artères collatérales, qui en est responsable. Cet élément spasmodique est dû en partie aux réflexes vaso-constrictifs qui partent de la paroi artérielle oblitérée quand le travail d'organisation inflammatoire atteint l'adventice. Il est certain, en effet, que les artériectomies, surtout si elles sont assez étendues, font cesser pour un temps les accidents douloureux, amènent la cicatrisation des troubles trophiques, et font disparaître les douleurs. Il y a une douzaine d'années, j'avais eu l'impression que les effets de l'artériectomie étaient très passagers et, à diverses reprises en 1924, dans mon livre de thérapeutique chirurgicale, en 1927, à propos de mon rapport au Congrès sur la sympathectomie péri-artérielle, j'ai déconseillé l'artériectomie. Depuis que j'ai fait des artériectomies beaucoup plus étendues, j'ai eu des résultats durables.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934. n° 89, p. 1569.

Un prêtre, déjà amputé d'un côté, dont j'ai publié l'observation avec Fontaine, a été artériectomisé le 13 février 1933. Il m'a envoyé de très bonnes nouvelles de son membre inférieur, le seul restant en juin 1934, soit au bout de 17 mois. Il n'a ni douleur, ni trouble trophique, et n'a perdu aucun orteil.

En 1928, j'ai fait une artériectomie de l'iliaque externe chez un homme ayant eu des douleurs, des troubles trophiques, et de la claudication. En 1933, il a été amputé de l'autre côté, malgré une sympathectomie lombaire, et c'est seulement en août 1934 qu'il a dû être amputé du côté artériectomisé. Le résultat a donc duré de ce côté près de six ans.

D'autre part, il est bien certain que si les sympathectomies lombaires ont d'heureux effets, c'est parce qu'elles font cesser le spasme périphérique et lui substituent un régime de vaso-dilatation.

On voit par là pourquoi on peut penser que c'est le spasme qui fait entrer l'artéritique dans la vie clinique.

Le rôle du spasme domine en somme complètement l'évolution de la maladie dite thrombo-angéite.

Or, spasme, cela veut dire action sympathique ou action surrénale. Il faut choisir. Il n'y a pas d'autres possibilités.

Le sympathique seul ne donne guère de spasmes permanents d'après ce que j'ai observé depuis quinze ans que j'étudie les troubles circulatoires. Je pense qu'il est plus physiologique d'incriminer la surrénale.

C'est à cause de cela que j'ai incité Strickler à essayer de produire des artérites par des injections d'adrénaline. Il n'a pas abouti. Cela ne prouve rien contre la genèse surrénalienne du spasme, parce qu'il faut sans doute une action permanente et durant des mois, sinon des années, pour qu'un spasme permanent ou semi-permanent s'installe. L'action des injections d'adrénaline est trop passagère, trop fugace, pour donner un résultat.

Plus heureux, Nicolo Maggi et Ernest Mazochi auraient obtenu des artérites oblitérantes en greffant chez des lapins des surrénales omoplastiques. Je ne pense cependant pas que le problème puisse être considéré comme résolu. De semblables expériences doivent être répétées et devront donner des résultats en série, pour qu'on puisse en admettre la conclusion. Ne les ayant pas renouvelées moi-même, je ne prends pas parti. Je me méfie un peu des greffes dans l'ordre expérimental, parce que les facteurs entrant en jeu sont alors très complexes.

Je serais plus séduit par les expériences faites par Pescatori et Bernabeo, à l'instigation de Paolucci, avec de la parathormone ; ces auteurs ont obtenu en 90 jours des hypertrophies langerhansiennes, des lésions marquées des surrénales : prolifération médullaire et atrophie corticale, la médullaire prenant « *l'aspect caractéristique des tumeurs adénomateuses de la surrénale à disposition alvéolaire etc.* », et *enfin des lésions marquées de la média des artères de gros et moyen calibre, avec des signes d'hyperplasie et d'hyperfonctionnement du tissu musculaire lisse.* Les planches qu'ils donnent ne laissent aucun doute sur l'existence d'une thrombose de certaines artères chez leurs animaux et de lésions rappelant celles de la thrombo-angéite.

Je pense que ces recherches doivent être répétées et que, si elles étaient confirmées, nous aurions fait un grand pas dans la connaissance de la thrombo-angéite. Il faut au reste remarquer que les expériences des chirurgiens de Bologne s'accordent assez bien avec les hypothèses de Bastai et Dogliotti qui ayant obtenu des améliorations chez les artéritiques avec la parathyroïdectomie, admettent un point de départ parathyroïdien aux artérites, l'hypercalcémie stimulant le sympathique, et l'hyperfonctionnement sympathique déclenchant l'hyperadrénalisme.

Cela peut paraître très compliqué. Mais tant de faits démontrent la solidarité du sympathique et des glandes hormonales, que le mécanisme de Bastai et Dogliotti est, pourrait-on dire, dans la règle du jeu.

C'est une idée du même genre qui a guidé Pende quand il a préconisé la section des splanchniques dans les syndromes angiospastiques et dans la maladie de Buerger. Il voulait influencer les surrénales en même temps qu'agir sur la vasomotricité de l'abdomen et des membres inférieurs, et c'est un fait que l'opération de Pende a considérablement amélioré les artéritiques de Durante comme ceux de Stropeni.

En tout cas, quelle que soit l'hypothèse, *toujours la surrénale apparaît comme un des intermédiaires essentiels de la production de la maladie.*

On voit donc que toute une série de faits expérimentaux et chirurgicaux conduisent à la justification de l'idée d'Oppel et tendent à faire admettre le rôle de la surrénale dans la thrombo-angéite.

Personnellement, je pense que les vues d'Oppel sont justes, avec ce correctif que la surrénale n'est peut-être qu'un maillon de la chaîne pathologique. Mais, je n'attache aucune importance ni aux essais de démonstration qu'ont cherché à faire ses élèves de l'hyperadrénalisme, ni aux efforts de ses contradicteurs pour montrer qu'il n'y en a pas. Il y a trop de causes d'erreurs et trop de difficultés pour nous, chirurgiens, dans une chimie biologique encore si imprécise. N'avons-nous pas entendu Gley, il y a quelques années, proclamer qu'il n'y avait pas d'adrénalinémie physiologique, et peu après Tournade établir qu'il y en a certainement une ! Des questions aussi complexes ne peuvent pas être encore jugées expérimentalement par nous à mon avis. Il y a trop de causes d'erreurs.

Je n'admets pas, au reste, la valeur de l'argument si souvent répété, d'après lequel, du moment qu'il n'y a pas d'hyperadrénalinémie décelable chez les artéritiques, la surrénale ne joue certainement pas.

Avons-nous isolé la thyroxine dans le sang des Basedowiens, la parathormone dans l'ostéofibrose, et l'hormone hypophysaire chez les acromégales ? Alors que nous ne savons pas comment agissent les hormones, c'est aborder la question par le côté le plus abrupt, que de rechercher dans le sang des produits difficilement décelables.

Les travaux de Asheim et Zondek nous montrent bien comment du jour au lendemain un problème hormonal peut changer de face. Aussi est-ce autrement, par l'analyse physiologique de la maladie, par l'expérimentation et par la thérapeutique que nous devons attaquer la question difficile des artérites, si nous voulons avoir le moins de chances de nous tromper.

Comme je le disais il y a un an, dans une conférence au Collège de France, c'est en interrogeant les aspects de la crase sanguine, en cherchant à percevoir les interférences du métabolisme calcique (partie prenante dans le phénomène de coagulation) et du cycle des substances vaso-constrictives — adrénaline en particulier, c'est en les faisant varier par des opérations dont la valeur thérapeutique est connue, que nous aurons chance d'arriver à connaître les artérites. Il faut penser aussi que l'origine de la thrombo-angéite peut relever de toute la surrénale et non pas seulement de la glande adrénalinique.

Je suis personnellement très frappé par le fait que certaines maladies artérielles paraissent en relation étroite avec le métabolisme des cholestérols. Aschoff, qui a poursuivi sur ce sujet de patientes recherches expérimentales, a montré que l'on pouvait, en partant des cholestérols, réaliser l'athérome artériel et des lésions qui conduisent à la thrombose. Or, physiologiquement, c'est la cortico-surrénale qui règle le métabolisme des cholestérols. Nous ne savons rien de ce qui unit les deux glandes si curieusement juxtaposées dans la surrénale. Elles nous paraissent distinctes. Le sont-elles en

réalité ? Quand on voit comment la pathologie artérielle tourne autour des deux parties de la surrénale, on se prend à penser que peut-être il y a union entre elles, bien que les chimistes ne soient pas arrivés à trouver un lien entre les produits de leur activité.

Les récentes (1929) constatations de Goormaghtigh et d'Elaut nous montrent que l'hypothèse est valable. Ils ont vu en effet qu'après les énervations sino-carotidiennes, après une phase de réaction chromaffine, il se fait un bouleversement cortical dans le sens de l'hypertrophie, et cela m'explique pourquoi, dans les surrénales que j'ai fait examiner, le seul aspect anormal trouvé est cortical et non médullaire.

Toutes ces réflexions, et les résultats que j'ai obtenus dans certains cas avec la surrénalectomie, tendent de plus en plus à me faire admettre que la surrénale joue un rôle important, un rôle déterminant, dans la genèse de la thrombo-angéite, que la glande soit primitivement atteinte ou qu'elle le soit par ricochet, et c'est ce qui fait que je reste fidèle à la surrénalectomie dans cette maladie à certain moment de son évolution.

Cette maladie, je la connais bien maintenant. C'est en 1919 que je l'ai rencontrée pour la première fois. Je n'ai pas su alors l'identifier. Pendant deux ou trois ans, j'en ai vu plusieurs cas, sans savoir à quoi j'avais à faire. J'ai fait des diagnostics rétrospectifs après avoir échoué avec des sympathectomies périartérielles, avec des artériectomies et des résections de veines atteintes de phlébite migratrice, ce qui ne me donnait que des résultats sédatifs passagers.

Depuis lors, j'en ai vu un assez grand nombre, et c'est sur 58 cas personnellement étudiés que se base mon expérience actuelle.

Ayant quelque peu la manie de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'introduction d'un facteur nouveau dans l'évolution d'une maladie, et aimant à étudier les maladies en elles-mêmes, sur les malades, sans m'embarrasser beaucoup de ce que l'on en dit, avec ce que Nicolle appelle « l'esprit frais, l'esprit lavé », j'ai tout essayé comme thérapeutique : les injections longtemps prolongées de solution de Ringer ou hypertoniques, les médicaments vaso-dilatateurs, l'insuline, la radiothérapie surrénale ou sympathique (peu m'a importé de nom), les sympathectomies diverses, la surrénalectomie, la radicotomie postérieure et la chordotomie. Dans un certain nombre de cas, je n'ai rien fait que les amputations successives qui m'étaient imposées.

Etant donné ce que j'ai vu, je me sens très à l'aise pour donner mes impressions, mais uniquement d'après ma propre expérience. Je ne ferai pas de la scholastique avec les observations des autres, en sollicitant ce qu'ils ont écrit dans le sens d'une opinion de sentiment ou d'une question de personne. Je dirai tout simplement ce que j'ai vu : *trois opérations me paraissent avoir une réelle efficacité : les sympathectomies ganglionnaires, l'artériectomie et la surrénalectomie.*

Je crois que l'on peut épargner à beaucoup de malades des amputations successives, que les injections de solutions salines, sédatif utile, sont insuffisantes à arrêter l'évolution fatale des accidents graves et que si l'on veut s'adresser au sympathique, il faut faire des opérations ganglionnaires ou des ramisections, avec, parfois, artériectomie complémentaire.

En 1921, me basant sur ce que j'avais observé, j'ai dit que les sympathectomies périartérielles étaient insuffisantes. Malgré les quelques résultats favorables que l'on a publiés, et malgré le bien qu'en disait M. Leibovici en 1928, j'ai persisté à penser *que la sympathectomie périartérielle n'a pas d'indication dans la thrombo-angéite.*

Mais je suis moins enthousiaste que Diez et qu'Adson à l'endroit de la sympathectomie lombaire, peut-être parce que j'ai été plus critique qu'eux, plus exigeant dans le diagnostic, me corrigeant sans cesse moi-même, et parce que j'ai cherché à avoir une expérience personnelle d'autres méthodes, pour avoir des éléments de comparaison.

J'ai fait ou fait faire, de 1919 à aujourd'hui, 906 opérations sur le sympathique, sans compter les opérations sur le sympathique pelvien. La sympathectomie lombaire est une opération que je crois connaître assez bien. J'ai fait mes premières opérations en 1924, à une époque où personne en Europe, je crois, n'avait jamais essayé, à la même époque que Royle, avant Diez et avant Adson. Depuis, j'ai fait ou fait faire 119 sympathectomies lombaires dans les circonstances les plus variées, dans les maladies vaso-motrices et artéritiques, dans l'hyperhidrose, dans la sclérodermie, dans la maladie de Little, dans diverses affections osseuses. J'en ai étudié les diverses actions physiologiques avec Fontaine, comme j'avais avec Heitz, en 1917, étudié celles de la sympathectomie périartérielle qui est à l'origine de toute la chirurgie actuelle du sympathique. Je connais bien la marge d'efficacité de cette opération. *Je serais en droit d'avoir quelque partialité à son endroit.*

Et cependant, j'ai l'impression qu'elle ne m'a jamais donné ce que j'ai eu parfois avec la surrénalectomie. Comme avec la surrénalectomie et dans les mêmes conditions, j'ai souvent échoué avec la sympathectomie lombaire. Cette année même, j'ai opéré ainsi trois malades, qu'il a fallu tous trois amputer quelques mois plus tard ; dans l'un de ces cas, les accidents révélateurs dataient cependant de quelques jours seulement. Ils étaient cliniquement peu importants. La fémorale et la poplitée étaient oblitérées. La sympathectomie n'a pas arrêté la marche de la gangrène, qui s'annonçait sur un seul orteil, et qui a gagné tout le pied.

Dans d'autres cas, j'ai eu de bons résultats. J'ai revu ces jours-ci un jeune homme qui, opéré d'un côté il y a deux ans et demi pour des troubles unilatéraux, n'a plus rien du côté opéré, mais il souffre et a des troubles trophiques de l'autre côté.

Mais je n'ai jamais eu avec la sympathectomie lombaire l'arrêt brusque et de longue durée de toute la maladie, que j'ai eu avec la surrénalectomie. Toutes les sympathectomies ont une action vasomotrice générale, je le sais. C'est Fontaine et moi qui l'avons montré pour le sympathique lombaire, et cela à l'époque a été traité d'illusion de visionnaires. Mais *l'action thérapeutique durable demeure unilatérale.* Si l'opération a été unilatérale, la maladie, après un certain arrêt apparent, évolue inchangée du côté opposé. Au contraire, la surrénalectomie, quand elle est faite dans des cas où il existe encore des possibilités d'action pour elle, a des effets généraux indéniables ; elle semble agir sur toute la circulation.

Je ne rapporterai ni observations, ni statistiques pour le démontrer. La plupart de mes observations ont été citées par les rapporteurs. L'un d'eux, qui a vu mes malades, considère que quelques-uns en ont eu un bénéfice considérable, qui persiste depuis sept ans dans deux cas. L'autre, qui ne les a pas vus, n'attribue aucune valeur à mes observations et les rejette comme il fait de celles d'Oppel. Je dirai donc seulement qu'un de mes opérés (surrénalectomisé le 16 mars 1927), vient de m'écrire qu'il allait bien, sept ans après l'opération, ce qui fait sur 14 cas de surrénalectomie dans la thrombo-angéite, 2 guérisons datant de sept ans.

J'ai au reste plus souvent échoué que réussi. J'ai cherché à comprendre pourquoi, et il m'a semblé, après des années d'observation, que c'est dans l'état même des malades au moment de l'opération, et non dans la nature même de la maladie, qu'il faut chercher la raison de mes échecs. Quand un malade a des oblitérations artérielles étendues, quand la nutrition de ses membres ne se fait plus que par des collatérales peu nombreuses soumises depuis longtemps à de nombreuses actions vaso-constrictives, réflexes et hormonales, il n'est probablement plus possible à la surrénalec-

tomie de sauver un membre. Même si l'opération arrêtait net et définitivement toutes possibilités de troubles surrénaliens, le malade n'en resterait pas moins un homme dont la circulation n'a plus de marge de sécurité. Rien au monde, peut-être, ne peut l'empêcher d'être amputé un jour. De même, autrefois, la suppression de l'ergot de seigle n'arrêtait pas la gangrène ergotée. *Aussi je ne pense pas qu'un test rigoureux de l'action de la surrénalectomie puisse être trouvé dans la diminution absolue du nombre des amputations pour une certaine catégorie de malades.* A un certain degré de thrombose, ce n'est pas l'état surrénalien qui conditionne le rejet ou l'indication d'une amputation. Si Oppel a pu donner cet argument, je crois qu'il n'y faut voir qu'un argument de polémique. L'analyse physiologique de l'état de la circulation chez certains artéritiques montre, en effet, qu'une surrénalectomie ne peut pas, dans ce cas particulier, éviter une chose inévitable. C'est pour cela que je crois beaucoup à l'utilité de l'artériographie comme moyen de recherche des étapes de la maladie, avant de décider d'une surrénalectomie. Si l'artériographie montre une circulation collatérale abondante, la surrénalectomie est justifiée. Elle donnera probablement un bon résultat. Si non, non. Chez certains artéritiques, toute action vaso-constrictive née du froid, d'une émotion, d'un jeu digestif, d'une forte vaso-dilatation viscérale, peut provoquer une nécrose ischémique au niveau d'un membre, en fermant, ne fût-ce que quelques instants, les seules voies restantes du sang vers la périphérie. C'est ainsi que j'ai vu une fois une injection malencontreuse de sérum adrénaliné provoquer, chez un thrombo-angéitique, la brusque nécrose d'un orteil.

Il est probable que, pendant longtemps encore, le nombre sera grand des artéritiques chez lesquels on arrivera trop tard, et pour lesquels la surrénalectomie ne sera pas indiquée.

Pour le même motif, pendant longtemps encore, il sera difficile de savoir si vraiment la surrénalectomie est le traitement définitif des thrombo-angéitiques. Je le répète, le début clinique de la maladie ne répond pas au début des thromboses, mais au début de l'insuffisance circulatoire elle-même.

Il me reste à dire un mot *du mode d'action de l'opération.*

Il est curieux, à ce sujet, de voir combien l'histoire se répète.

Quand les physiologistes ont entrepris de démontrer que le corps thyroïde était autre chose qu'un réservoir de sang dans l'effort, on a prétendu que le myxœdème post-opératoire ou expérimental était dû à la dilacération des plexus nerveux périthyroïdiens. Quand von Mering et Minkowski ont montré que la suppression du pancréas était suivie d'un état diabétique, Thiroloix s'est efforcé de prouver que le diabète expérimental ne provenait pas de la suppression d'une fonction glandulaire, mais d'une dilacération du plexus nerveux au cours de l'opération. Il y a peu de temps encore, la chute de la calcémie après les opérations parathyroïdiennes a été attribuée à la sympathectomie intratissulaire que l'on avait faite en opérant, ce qui n'est certainement pas exact.

Pour la surrénalectomie, il en va de même. Quand on réduit de 50 p. 100 un tissu glandulaire dont la sécrétion est essentiellement vaso-constrictive, si l'on observe de la vaso-dilatation périphérique, si la circulation s'améliore, si des ulcérations se cicatrisent, c'est, d'après certains, parce que l'on a fait une sympathectomie involontaire !

Qu'en enlevant une surrénale, on fasse une sympathectomie, embryologiquement c'est certain, puisque la médullaire est un vaste système de cellules d'origine sympathique.

Physiologiquement, il est tout aussi certain que l'on a une action sympathique, puisque le propre de l'adrénaline est d'agir à la jonction myo-neurale du sympathique. Et c'est en ce sens que j'ai pu dire de la chirurgie surrénale qu'elle était une annexe, un prolongement de la chirurgie du sympathique. Mais il est pour le moins vraisemblable que l'ablation de 50 p. 100 d'un tissu à sécrétion, à spécialisation vaso-constrictive, est aussi pour quelque chose dans la réduction des hypertonies sympathiques périphériques.

Si la surrénalectomie agit, c'est peut-être aussi parce qu'elle fait cesser l'exagération du tonus vaso-constricteur, parce qu'elle diminue les possibilités du spasme artériel, et établit ainsi un régime circulatoire plus riche que celui qui existait auparavant.

Aussi, pour ce motif, je serais très porté à essayer de la surrénalectomie par énervation à la façon de Pende, c'est dans ce sens que j'ai l'intention de faire porter mon effort désormais.

***

Et maintenant, il me faut conclure.

Je le ferai en exposant la ligne de conduite et les idées auxquelles je suis arrivé après quinze années d'étude de la pathologie artérielle.

La thrombo-angéite me paraît être une maladie d'origine hormonale, débutant par une contracture généralisée du muscle lisse artériel. *Son évolution toute entière est dominée par l'existence de phénomènes vaso-constrictifs.*

Il est dans l'ordre physiologique de penser que la surrénale, glande vaso-constrictive régulatrice du métabolisme des lipides, et le sympathique dont le tonus est vaso-constricteur, sont des éléments importants de son déterminisme.

Il est conforme à la physiologie et à la saine chirurgie d'essayer de modifier son évolution, en agissant sur la surrénale et sur le sympathique, malgré qu'au stade où nous voyons la maladie, à la phase angiospastique, s'est surajouté un état de thrombose extrême.

Il est possible qu'un état sanguin anormal puisse jouer un rôle dans l'évolution de la maladie. Les caractéristiques du sang des thrombo-angéitiques sont celles que l'on a relevées expérimentalement dans les études de l'adrénaline. La thérapeutique peut essayer de modifier ce facteur de la maladie par des injections de solutions salines de compositions variées. Et depuis longtemps elle s'y est essayée (Koga, Meyer, Silbert). Mais il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner. Je l'ai beaucoup utilisée, et je ne l'ai jamais vue empêcher une amputation qui me paraissait nécessaire.

On tend aujourd'hui à nous montrer dans les injections salées le traitement héroïque de la thrombo-angéite. Mais sur les belles photographies que M. Silbert a projetées, et sur celles que M. Leibovici a reproduites dans son rapport, *je n'ai vu que de belles plaies et pas une seule gangrène.*

Un de mes amis, excellent médecin, me dit souvent qu'il n'a jamais eu l'occasion de faire opérer une appendicite aiguë, et qu'avec de l'huile de ricin, il calme toutes les crises. Il a de belles statistiques.

Je pense que nous ne voyons pas les mêmes malades.

Pour les thrombo-angéitiques, parmi les très nombreux malades que je vois, la plupart ont de telles gangrènes du pied, que l'amputation immédiate est la seule ressource possible. J'espérais que la statistique de M. Silbert me permettrait d'éviter dans l'avenir de faire des mutilations que j'ai en horreur. Je n'ai rien vu, dans ce qu'il nous a montré, qui me permette de l'espérer. Nous ne parlons pas des mêmes choses.

On ne doit pas oublier, en effet, qu'au stade où nous voyons les malades, dans nos pays, la maladie n'est plus simplement angiospastique. Des thromboses artérielles extensives se sont produites, oblitérant définitivement les artères principales des membres et parfois des viscères, sans

que nous sachions pourquoi, comment, à quel moment. *Le thrombo-angéitique que nous voyons est généralement un homme sans fémorale et sans poplité.*

Ces thromboses sont irréversibles, et quoi qu'on puisse faire, *le malade qui les a restera toute sa vie un homme sans perméabilité de ses troncs artériels importants, n'ayant sa vie tissulaire assurée que par une circulation collatérale*, de débit toujours inférieur au débit normal, qui, contrairement à ce que certains peuvent croire, ne s'améliore pas avec le temps, l'action spastique s'exerçant sur les voies collatérales comme sur les gros troncs.

Ceci le rend incurable au sens absolu du mot, et l'expose à toutes sortes d'accidents ischémiques, même si la maladie était arrêtée, et par l'effet de causes extérieures.

Qund on nous parle de guérisons datant de neuf ans, chez des malades à artères bouchées à la suite d'injections salines, je me demande si vraiment les artères servent à quelque chose — à moins que les artères de ces malades ne soient encore perméables, ce qui est possible. Mais alors, ce n'est plus là la thrombo-angéite que je connais.

Le traitement chirurgical doit se proposer avant tout de faire cesser les actions vaso-constrictives qui s'exercent sur les artères encore perméables et sur les voies collatérales.

Il peut le faire par artériectomie, par sympathectomie ganglionnaire, ou par surrénalectomie unilatérale. Il est souvent préférable de combiner ces diverses opérations. C'est le développement du réseau collatéral au moment de l'intervention et son degré de perméabilité anatomique, qui règlent l'efficacité de l'une ou l'autre de ces opérations.

Si le réseau est très développé et entièrement perméable, on peut obtenir des résultats durables par la sympathectomie, peut-être définitifs par la surrénalectomie, bien que les réflexes partis des artères thrombosées aient toujours un rôle nocif. C'est pour cela que l'artériectomie peut avoir des indications. Après y avoir renoncé, je l'ai reprise dans ces derniers temps.

Si le réseau est peu développé, la marge de sécurité circulatoire n'existe plus. Le malade est toujours, quoi qu'on fasse, au seuil de l'ischémie en certains points. Il est voué à la nécrose ischémique, même si une sympathectomie vasodilatatrice est pratiquée, même si la surrénalectomie bloque le facteur primitif de la maladie. Un état pathologique grave, d'origine artérielle, survit en effet toujours à la suppression de ce qui l'a provoqué. Mais ces opérations sont cependant utiles, en rendant moins aléatoire le sort des artères encore perméables.

L'artériographie, en permettant de juger de l'état de la circulation collatérale et de l'étendue des oblitérations, est un excellent moyen à ce stade de juger des possibilités thérapeutiques des sympathectomies et de la surrénalectomie. Il ne faut pas rééditer au sujet de ce merveilleux mode d'exploration toutes les objections à priori que l'on a faites au lipiododiagnostic et à la ventriculographie.

Avec ces directives générales, je crois la surrénalectomie ou peut-être l'énervation surrénale indiquée toutes les fois que, l'état général étant encore bon, il n'y a pas de gangrène étendue en évolution. Elle convient aux cas qui ne se traduisent que par de la claudication intermittente, par des douleurs et par des troubles trophiques. A l'heure actuelle, je ne me crois pas encore autorisé à opérer d'emblée ceux qui n'ont que de la claudication pure.

Peut-être, dans quelques années, serai-je plus actif dans ces cas, évidemment les meilleurs. Je pense que vous comprendrez ma prudence. Je fais de préférence l'opération à droite, par une incision transversale sous-costale latéro-postérieure, ou par une incision de néphrectomie. Je préfère actuellement celle-ci, que Fontaine a employée dans mon service, parce que j'ai tendance actuellement à compléter la surrénalectomie par la résection, dans la même séance, du sympathique lombaire qu'elle découvre très bien. Je ne puis pas vous dire si le résultat est ainsi meilleur, parce que n'ai fait la double opération qu'une fois et récemment (1).

Quand le diagnostic n'est pas certain, quand la maladie est encore unilatérale, quand il y a gangrène vraie, je préfère la sympathectomie lombaire, que je fais par voie sous-péritonéale, et en évitant autant que possible de déchirer les voies lymphatiques et en drainant toujours, parce que les lymphatiques et les ganglions sont toujours infectés, quand il y a ulcération ou gangrène.

Je réserve l'artériectomie aux cas de diagnostic douteux, ou comme opération complémentaire quand une sympathectomie lombaire n'a pas supprimé toutes les douleurs. Par deux fois, j'ai vu la gangrène d'un orteil se limiter et ne devenir indolore qu'après l'artériectomie, qui a permis d'éviter l'amputation.

Dans cette maladie, il faut en somme lutter contre le spasme artériel de toutes les façons que nous avons en notre pouvoir. Aucune arme n'est de trop, car aucun de nos modes d'action ne peut à lui seul supprimer complètement le spasme.

C'est de cette façon, je crois, que l'on a le plus de chances d'arriver au but poursuivi, que nous n'atteignons encore que rarement.

*
* *

J'avais espéré que M. Ssmarin, l'élève et le successeur d'Oppel à Leningrad, viendrait nous apporter les résultats des recherches de son maître sur la pathologie surrénalienne. Il m'avait dit qu'il comptait venir. Il voulait nous donner la substance des études faites sur la surrénalectomie dans l'hypertension, dans les troubles du métabolisme des hydrates de carbone et dans les artérites thrombosantes. Il a dû, au dernier moment, remettre son voyage.

Nous devons, je crois, regretter beaucoup qu'il ne soit pas là aujourd'hui.

Puisqu'il n'est pas parmi nous, je voudrais tout de même rendre ici un public hommage à Oppel, dont la vie entière a été consacrée à la recherche et à l'exploration de terres nouvelles.

L'homme qui a introduit dons notre discipline la chirurgie des parathyroïdes et celle des surrénales, en tant que glandes humorales, a droit à notre respect et à notre reconnaissance.

Cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette (2), par A. Moreaux.

Ce cours élémentaire de dessin d'anatomie du squelette est destiné aux étudiants en médecine, aux candidats au professorat, aux élèves de l'Ecole des Beaux-Arts, et à tous les débutants en général qui désirent s'entraîner pour des raisons de carrière à la pratique du dessin d'anatomie.

Cette brochure est en réalité un recueil d'exercices conçus par un praticien du dessin d'anatomie, dont l'expérience remonte maintenant à bien des années et dont les travaux ont illustré un nombre important d'ouvrages médicaux et de revues et notamment le traité d'anatomie du professeur Rouvière ; son but est de guider l'étudiant en lui donnant une méthode de travail. La répétition régulière de ces exercices le conduira rapidement à dessiner correctement, dans leur aspect et leur forme réelle, les principales pièces du squelette humain.

L. G.

---

(1) J'en ai fait deux autres depuis.

(2) **Une brochure de 44 pages dont 33 formant planches. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.**

ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(XIIIe Session, octobre-novembre 1934.)

LA DIPHTÉRIE

Synthèse des conclusions des assises départementales, par le docteur Henri GODLEWSKI.

La diphtérie n'a plus le caractère de pandémie qui décimait jadis périodiquement même les populations villageoises. Les ruraux sont au contraire aujourd'hui privilégiés : chez eux, la diphtérie est devenue endémique, voire sporadique et généralement bénigne. Le *croup disparaît.*

La malignité, encore périodique, est bien plus citadine que rurale, et surtout concentrée dans les services civils de contagieux. A diverses reprises, massive et brutale, elle a sévi par zones, depuis une dizaine d'années, avec une acuité plus marquante autour des grandes agglomérations, principalement du Nord et de la vallée du Rhône.

La contagion affecte surtout les enfants vivant en collectivité. Sous le toit familial la contagion est plus inconstante ; à une époque donnée, des familles sont sensibles et d'autres résistantes.

La mortalité générale ne s'est pas accentuée, au contraire.

Ces résultats sont incontestablement liés à la vigilance médicale. Toutes nos assises départementales, *sans exception,* mettent en valeur que le praticien observe une loi que Roux posa comme essentielle : *la précocité de la sérothérapie.*

Cette précocité nécessaire est péremptoirement démontrée par la diphtérie dans l'armée : le soldat n'hésite pas à voir le médecin, il est alors très rapidement soigné. Il s'ensuit qu'au cours des dernières épidémies, les salles militaires des hôpitaux sont restées à peu près indemnes des diphtéries hypertoxiques dont les salles civiles étaient surchargées. Il est constaté aussi, en Alsace, que les campagnards venus de loin recevoir tardivement des soins à l'hospice de Strasbourg, subissent ainsi une mortalité de trois à huit fois supérieure à celle des habitants de la ville elle-même, soignés plus tôt.

Partout le clinicien insiste sur la nécessité de ne pas perdre un temps précieux à attendre les résultats de l'analyse bactériologique. Au moindre doute, il injecte du sérum. Le sérum ordinaire de l'Institut Pasteur reste beaucoup plus employé que le sérum désalbuminé.

Les doses de sérum antidiphtérique utilisées varient dans de larges proportions suivant les régions, le milieu rural ou citadin (surtout hospitalier). Les hautes doses paraissent avoir été appliquées en province, à l'hôpital, à peu près exclusivement. En clientèle, on est à peu près unanime à convenir qu'on n'y a pas recours ou qu'on y a renoncé. On convient que dans l'augmentation systématique des doses n'est pas la solution du traitement des diphtéries graves.

Dans les régions où la malignité est exceptionnelle, on se contente encore d'injecter habituellement de 10 à 30 centimètres cubes. Là où la diphtérie maligne a sévi, on atteint de 100 à 300 cc., les doses supérieures tendant à redevenir exceptionnelles.

Les *accidents sériques,* variables en fréquence et intensité suivant les régions, ne paraissent pas en relation avec la quantité de sérum injecté (Seine-et-Oise), mais plutôt d'une fréquence proportionnelle à la gravité des cas (Alpes-Maritimes).

Les *paralysies diphtériques* restent fréquentes un peu partout. Il y a tendance à ne traiter au sérum que celles apparues sans sérothérapie antérieure. On préfère l'utilisation de la strychnine. Celle-ci est, avec les extraits surrénaux, la médication adjuvante la plus utilisée dans la diphtérie. L'arsénobenzol, depuis quelques années, connaît une faveur progressive. Le médecin proclame presque à toutes les assises la nécessité de soins adjuvants généraux et surtout l'hydratation par voie rectale (Doubs, Seine-et-Oise, Loiret, Pas-de-Calais, Lot-et-Garonne, Charente-Inférieure, Dordogne, Maine-et-Loire, Vaucluse, Gironde, Bouches-du-Rhône). Les soins adjuvants locaux les plus répandus sont les lavages et siphonages. L'usage des collutoires est plus discuté.

Vaccination. — Pour propager la découverte de Ramon, le médecin a apporté le concours le plus large et le plus désintéressé, bien que la divulgation publique de cas présentés comme défavorables ait rendu sa tâche parfois délicate et ingrate.

Maintenant, la vaccination est bien répandue. Là où elle ne l'est pas encore, cela tient plus à la bénignité régionale de la maladie qu'aux accidents de l'anatoxine, qui se limitent à quelques unités par dizaines de milliers de vaccinés. Par contre, la confiance populaire est affectée lorsque la diphtérie survient en série chez les vaccinés. Des vaccinations défectueuses ou incomplètes ont certainement été à l'origine de certaines de ces constatations, mais celles-ci ont été faites aussi chez des vaccinés certains.

A leur sujet, nos assises apportent des constatations nouvelles et fournissent une explication digne de susciter des recherches : des enquêtes épidémiologiques au village, telles celles de Franche-Comté, montrent la diphtérie sévissant en série dans des familles de vaccinés, alors que des familles restent indemnes de contagion dans leurs membres vaccinés dans les mêmes conditions et par le même vaccinateur. De telles observations posent une fois de plus la question du terrain et des aptitudes pathologiques familiales, objet de notre session d'assises d'avril-mai prochain.

Les résultats généraux de la vaccination dans les collectivités sont reconnus par tous. Dans l'armée, la diphtérie tend à disparaître de certains corps d'armée (Maine-et-Loire, Puy-de-Dôme) et dans la population civile depuis la systématisation de l'anatoxine, les médecins voient beaucoup moins de cas de diphtérie (assises de la Meuse, de Seine-et-Oise). Les résultats les plus typiques sont ceux obtenus pour les colonies de vacances (Hérault, Charente-Inférieure).

La *réaction de Schick* est dans l'ensemble peu en usage dans la population civile, et cela sans dommage. L'injection de rappel est parfois difficile à imposer. Les vaccinations associées commencent à se répandre, surtout antidiphtérique et antitétanique. L'adjonction de la vaccination T.A.B. a, au contraire, la faveur sur le littoral, dans le Var et les Bouches-du-Rhône.

Les *porteurs de germes* sont en général peu recherchés, sauf dans l'armée. La durée de l'isolement nécessaire, parfois prolongé de longs mois, est décevante, malgré la multiplicité des traitements. Physiothérapie, autovaccins et arsénicaux sont cependant signalés le plus favorablement.

Conclusions des Assises nationales. — Il y a unanimité pour admettre que la précocité de l'injection de sérum est une condition essentielle de son action.

Les épidémies de diphtérie sont périodiques, non généralisées, sévissant par zones, centrées par des foyers actifs. L'enquête épidémiologique les définit et permet les mesures qui entravent l'évolution du fléau.

La malignité de la diphtérie est loin d'être constante. Elle s'observe principalement dans les agglomérations et surtout chez les enfants arrivés tardivement dans les services de contagieux. Dans les salles militaires, où les soldats bénéficient de la promptitude des soins, cette malignité est exceptionnelle.

TROUBLES DU CYCLE OVARIEN
Puberté
Ménopause

OESTROBROL
"ROCHE"
(Sédobrol folliculiné)

Chaque Tablette contient: Na Br 1 Gr.
Folliculine 100. Unités

Calmant régulateur
des dysovaries

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon. PARIS (IVe)

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL
LAFAY
Huile Iodée à 40 %

Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis

Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules

Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés

A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTOSPLÉNOL

Granulés
ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111 BIS rue de Turenne PARIS 3e

Le médecin utilise contre la diphtérie des doses de sérum basées sur son expérience *de la région, du milieu et de l'ambiance endémique ou épidémique.*

Toutefois les hautes doses sont restées d'une pratique très localisée, alors que les doses moyennes ont la faveur générale. Les doses minimes de jadis sont aussi d'usage courant dans maintes régions, où la bénignité de la diphtérie est habituelle, où les anciennes pandémies sont maintenant inconnues, où le croup tend à disparaître.

La situation favorable s'est particulièrement accusée dans les régions où les collectivités infantiles et scolaires ont bénéficié de la vaccination antidiphtérique. Le médecin a apporté à cette vaccination le concours le plus large et le plus désintéressé. Il identifie par l'observation d'épidémies de village que la diphtérie laisse indemnes des familles entières de vaccinés, tandis qu'elle peut cependant affecter d'autres familles, vaccinées également, en même temps et dans les mêmes conditions. Le médecin met ainsi en valeur l'importance biologique du terrain familial et son rôle qui apparaît ainsi capital à la connaissance de l'immunité.

Santiago RAMON y CAJAL

(1852-1934)

Par M. J. JOLLY [du Collège de France] (1).

C'est une destinée bien rare pour un savant que de vivre assez longtemps pour assister au triomphe à peu près complet de ses idées. Cajal a eu ce bonheur. Il le doit à sa longue vie remplie par le travail, et aussi à son génie et à son caractère, à cette persévérance, à cette obstination, à cette ferveur modeste qui d'un bout à l'autre de son existence, ont soutenu son laborieux et immense effort.

Né en 1852, fils d'un médecin de Saragosse, il embrasse la carrière paternelle qui le conduit, bien jeune encore, médecin militaire, à Cuba. Revenu en Espagne, il y poursuit ses études, et, résistant à des goûts artistiques dont on retrouve la trace dans ses merveilleux dessins, il s'oriente vers les recherches histologiques. Sur ses économies, il achète un microscope et se monte un petit laboratoire ; *les Leçons d'Anatomie générale* et le *Traité d'Histologie* de Ranvier, sont ses livres de prédilection ; il a lui-même rendu hommage à l'impression profonde et fructueuse qu'ils avaient faite sur lui. En 1884, il obtient au concours la chaire d'Anatomie de l'Université de Valence. C'est à partir de cette époque qu'il s'initie à la méthode de Golgi et que se précise dans son esprit la notion du neurone indépendant. Il obtient au concours la chaire de Barcelone, puis, en 1892, celle de Madrid. A ce moment, la principale partie de son œuvre est faite ; ses idées commencent à se répandre ; elles sont synthétisées dans des monographies, puis dans des traités dont plusieurs sont traduits en français, et dans les Trabejos del Laboratorio, de l'Université de Madrid. Il y publie, pendant des années, les observations patientes, par lesquelles il vérifie, sur de nouveaux objets, sa découverte fondamentale, et il y discute, toujours avec courtoisie, les objections de ses contradicteurs restés fidèles à l'idée de la structure réticulée du système nerveux.

Les débuts avaient été modestes et difficiles ; mais bientôt, les honneurs commencent à lui arriver. En 1904, il reçoit la médaille d'or de Humboldt décernée par l'Académie des Sciences de Berlin ; en 1906, il partage le prix Nobel avec Golgi ; il est élu associé de notre Académie et correspondant de l'Institut. Dans son pays, il est nommé sénateur à vie en 1910. Au moment de sa retraite, le roi Alphonse XIII fonde pour lui l'Institut Cajal, où il continue de travailler, entouré d'élèves qui ont poursuivi et étendu son œuvre. L'âge n'avait point éteint son ardeur : c'est en 1933, à quatre-vingt un ans, qu'en pleine possession de ses facultés, il publie encore un exposé synthétique dans une plaquette où il passe en revue tous les arguments de ses adversaires, en leur opposant ses propres constatations. C'est en plein travail que la mort le surprend le 17 octobre dernier.

L'œuvre scientifique de Cajal est immense ; mais elle n'est pas dispersée. Tout entière au service d'une hypothèse fondamentale, elle est partie d'une observation précise, dont il a tout de suite compris la valeur, et à laquelle il a apporté, sans se lasser, pendant près d'un demi-siècle, le contrôle de nouveaux faits. C'est l'œuvre d'un anatomiste, un des plus grands certainement, mais d'un anatomiste guidé par une idée physiologique : la connaissance exacte de l'architecture facilitera l'explication de la fonction.

Au moment où Cajal est né, au milieu du XIXe siècle, on ne savait à peu près rien de la manière dont les cellules nerveuses pouvaient être unies. Les observations de Robin sur les ganglions spinaux des poissons, avaient montré, en 1847, la continuation d'un nerf à myéline avec une cellule. Mais c'est seulement en 1865 que Deiters, un élève de Max Schultze, en dissociant la moelle épinière dans l'acide chromique dilué, avait découvert que les cellules des cornes antérieures possèdent un prolongement qui, à une certaine distance, se recouvre d'une gaine de myéline et se continue avec le cylindre-axe d'une fibre nerveuse.

Le nerf à myéline était donc un prolongement de la cellule ; mais comment les cellules étaient-elles unies entre elles ? Gerlach, en 1871, appliquant pour la première fois aux coupes de la moelle la coloration par le carmin, crut reconnaître que les autres prolongements de la cellule, s'anastomosaient. De là à penser que les terminaisons des fibres sensitives, dans la moelle, se confondaient dans le réseau de Gerlach, il n'y avait qu'un pas. C'est ce que l'on admettait en 1882, au moment où Golgi imagine sa méthode au chromate d'argent qui imprègne en noir le corps cellulaire et ses prolongements. Avec elle, Golgi soumet le système nerveux central à une analyse beaucoup plus poussée. Il découvre les rameaux collatéraux des cylindres-axes, et surtout il reconnaît que les expansions protoplasmiques de la cellule se terminent par des extrémités libres. Il était donc dans la bonne voie. Et pourtant, influencé par la théorie de Gerlach, il fut conduit à supposer l'existence d'un réseau formé par l'intrication des ramuscules collatéraux. Les prolongements protoplasmiques, ainsi exclus d'une participation à la transmission, devaient servir, non à conduire l'influx nerveux, mais à apporter à la cellule les sucs nutritifs, en se mettant en rapport avec les vaisseaux et avec la névroglie. Mais contre pareille idée s'élevait Ranvier qui, à la suite de ses études sur la rétine, avait été amené à affirmer la nature nerveuse des expansions protoplasmiques, dans ces lignes qui terminent son *Traité d'histologie* et sur lesquelles Cajal a dû se pencher plus d'une fois : « Toutes les fibres du nerf optique passent dans le prolongement cylindre-axile des cellules multipolaires de la rétine, de telle sorte que les impressions sensitives de cette membrane, pour arriver au cerveau, doivent nécessairement passer par les prolongements protoplasmiques des cellules multipolaires... Les prolongements des cellules ganglionnaires sont des équivalents des fibres nerveuses. »

Cajal s'initie à la méthode de Golgi ; il l'applique à la moelle, au cervelet. En 1898, — il a trente-six ans — il découvre le fait capital. Dans le cervelet, le cylindre-axe des cellules étoilées se termine autour des cellules de Purkinje, qu'il enveloppe de ses ramifications. Il comprit tout de suite l'importance de cette observation ; c'était le premier fait bien établi d'une terminaison cylindre-axile dans les cen-

(1) Notice lue à l'Académie de médecine.

LA PREMIÈRE THÉRAPEUTIQUE NATURELLE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE

Biomucine

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'estomac, l'anti-acide et le protecteur naturel de la muqueuse gastro-duodénale

HYPERACIDITÉ - ULCÈRES

Entéromucine

la première préparation de mucine naturelle du mucus de l'intestin, le régulateur et le protecteur naturel de la muqueuse intestinale

CONSTIPATION - COLITES

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE 37, Rue de Bourgogne. PARIS. VII. A. TABART docteur ès sciences physiques

Puissant Accélérateur de la Nutrition Générale

VIOXYL

MOUNEYRAT

Céro-Arsénio-Hémato-Thérapie Organique

Favorise l'Action des
VITAMINES ALIMENTAIRES
et des DIASTASES INTRACELLULAIRES
Retour très rapide
de l'APPÉTIT et des FORCES

FORMES : ÉLIXIR GRANULÉ

DOSES { *Adultes :* 2 à 3 cuillerées à café ou 2 à 3 mesures / *Enfants :* 1/2 dose } par jour

Indications
Asthénies diverses
Cachexies
Convalescences
Maladies consomptives
Anémie
Lymphatisme
Tuberculose
Neurasthénie
Asthme
Diabète

Littérature et Échantillons : Établissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-la-GARENNE, près St-DENIS (Seine)

Laboratoires R. HUERRE, Docteur ès Sciences — Pharmacien
12, Boulevard de Bonne-Nouvelle, PARIS

Traitement d'usure de la Syphilis par le Mercure

Huile Grise VIGIER à 40 %
en flacons et en ampoules.
Huile au Calomel VIGIER
à 0,05 cg. par cmc en flacons et en ampoules.
Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile Grise VIGIER
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg
Lactermol VIGIER
(Sirop stable au lactate Hg. à 1/1.000).
Sirop Iodermol VIGIER
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir stomatites et gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le
Savon Dentifrice VIGIER

tres. On avait bien suivi le trajet des fibres nerveuses dans la substance grise jusqu'à une distance plus ou moins grande ; mais personne n'avait été témoin de leur terminaison. Devinant qu'il était en présence, non d'un fait isolé de connexion nerveuse, mais, comme il le dit lui-même, de la loi qui commande les rapports de toutes les cellules nerveuses, il fut pris d'une émotion profonde et ne pensa plus qu'à chercher la vérification de ces observations dans toutes les parties du système nerveux, dans la moelle, dans l'écorce cérébrale, le bulbe olfactif, la rétine..., travail gigantesque qui le conduisit à explorer toute l'architecture nerveuse. Partout, il retrouva, sous des formes variées, le même fait : la terminaison des cylindres-axes au contact des cellules.

Dans la moelle, la voie du réflexe, cherchée par les histologistes depuis plus de cinquante ans, était enfin connue : la fibre centripète de la cellule ganglionnaire, en arrivant dans les cordons postérieurs, se bifurque en une branche ascendante ou une branche descendante, donnant à angle droit des collatérales transverses ; celles-ci se portent vers les cellules de la corne antérieure qu'elles entourent de leurs arborisations terminales et avec lesquelles elles se mettent en contact..

Les cellules nerveuses sont donc des unités indépendantes ; elles ne s'anastomosent jamais entre elles, ni par leurs rameaux protoplasmiques, ni par leur expansion cylindre-axile. Tout cylindre-axe se termine par des arborisations analogues à celles qui se mettent en contact avec le muscle strié. Ces arborisations terminales s'appliquent, soit sur le corps de la cellule nerveuse, soit sur ses expansions, établissant ainsi des connexions par contact dans lesquelles le corps cellulaire, tout aussi bien que les expansions protoplasmiques, joue le rôle de conducteur. Le contact va des expansions ou neurites au cylindre-axe, à travers la cellule.

Ainsi était établie la notion du neurone indépendant. Elle était née d'une interprétation lumineuse des images observées. Cajal avait vu clair là où les autres n'avaient vu que confusion. Il avait été ainsi soutenu dans son travail par des faits reconnus avant lui, mais dont il avait eu le mérite de comprendre toute l'importance : partout, dans l'organisme, les nerfs sensibles et moteurs se terminent par des arborisations libres ; le cylindre axe sectionné subit un bourgeonnement centrifuge ; au cours du développement, les neuroblastes se présentent toujours comme une cellule isolée avant la production de ses expansions ; les nerfs croissent du centre à la périphérie. Mais ni His ni Ranvier n'avaient vu de faits capables de résoudre le problème. C'est Cajal qui, par son interprétation géniale des préparations microscopiques a pu démontrer l'existence des arborisations terminales dans les centres et les connexions médiates qu'elles établissent autour des cellules nerveuses.

Tous ces faits, bientôt confirmés par les travaux de Kölliker, de His, de Rezius, de Lenhossek, de Van Gehuchten, de Sala, conduisent Cajal à affirmer l'indépendance des cellules nerveuses ou neurones et leur articulation par contact ou synapse. Mais cependant, un certain nombre d'auteurs, influencés par les ordinaires théories réticulaires, et se basant sur les résultats donnés par de nouvelles méthodes d'imprégnation argentique et capables de mettre en évidence les neuro-fibrilles, admirent ensuite que la charpente neuro-fibrillaire passe d'une cellule à l'autre au niveau des synapses, établissant ainsi la continuité. Cette manière de voir fut adoptée par Apathy à la suite de ses recherches chez les Hirudinées, et par Bethe, Held, Bielchowsky, Holmgren, sur divers objets. Mais la conception du réseau nerveux fibrillaire continu n'a pas convaincu la plupart des biologistes. Cajal, à l'aide de sa méthode à l'argent réduit, poursuivant pour les neuro-fibrilles le travail qu'il avait fait pour les neurites, étudie avec soin les synapses. Il y voit bien des réseaux fibrillaires, mais sans continuité et sans passage d'une cellule à l'autre. La fonction du système nerveux n'exige pas, du reste, la continuité et des connexions fibrillaires sans interruption ; le contact et la discontinuité, en multipliant les combinaisons fonctionnelles possibles, s'accordent beaucoup mieux avec le résultat des expériences physiologiques. Qu'il y ait soudure ou contact du reste, les limites du neurone sont bien là où Cajal les a fixées : tous les faits de dégénérescence, les phénomènes de régénération, les observations récentes sur les cultures sont en faveur de la théorie de l'indépendance. C'est ce qui explique que le plus grand nombre des biologistes soient restés fidèles, aujourd'hui, aux idées que Cajal exprimait, pour la première fois, avec force, il y a quarante ans. C'est, dans l'histoire des sciences, une étape assez belle. On ne peut préjuger des perfectionnements que l'avenir réserve à la théorie ; on peut constater seulement qu'au moment où le grand anatomiste disparaît, les fondements qu'il a jetés sont encore debout.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1934)

A propos des spécialités pharmaceutiques. — M. A. HIRCHBERG. La présentation commerciale des spécialités pharmaceutiques offre au médecin quelques inconvénients. Dans l'intérêt du corps médical et, d'ailleurs, dans l'intérêt aussi des maisons des produits spécialisés, il serait utile que nous ayons à notre disposition des médicaments ne portant sur l'étiquette que le nom du produit et sa composition exacte. M. A. Hirchberg demande aussi la suppression de la brochure explicative. Ainsi le médecin aura plus de liberté d'action vis-à-vis des malades dans l'emploi des spécialités.

La gonococcie génitale d'emblée chez l'homme. — M. Ch. DAVID montre que la gonococcie génitale d'emblée a suscité ces dernières années de nombreux travaux à l'étranger et y a conquis droit de cité. Elle est encore trop ignorée en France, où son existence est contestée par quelques urologistes. Leur principal argument est que l'existence de cette infection est basée uniquement sur la spermoculture. Or dans les observations publiées, le gonocoque a été trouvé à l'examen direct et la gonoréaction a été positive. Il est donc impossible de contester cette variété d'infection d'ailleurs rare que l'on rencontrera plus fréquemment quand on la recherchera systématiquement.

Hystéroscopie. — M. Ch. DAVID présente un nouvel hystéroscope à optique télescopique muni d'un tube de lavage continu de la cavité utérine et de l'optique, de manière à avoir constamment une vision parfaitement nette. Cet instrument donne passage à une pince à biopsie, à une sonde diathermique et permet ainsi d'opérer dans la cavité utérine sous le contrôle de la vue.

Le flutter et la fibrillation auriculaires. — M. A. PRUCHE projette une série d'électrocardiogrammes de flutter, de fibrillation et de fibrillo-flutter. Il montre avec quels autres troubles du rythme cardiaque les états fibrillatoires auriculaires peuvent prêter à confusion ; enfin il insiste tout particulièrement sur les contre-indications de la quinine (quinicardine, sulfate de quinidine) dans le traitement de la fibrillation et sur l'absolue nécessité, quand on utilise cette médication, d'un contrôle orthodiagraphique et surtout électrocardiographique rigoureux et quotidien.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

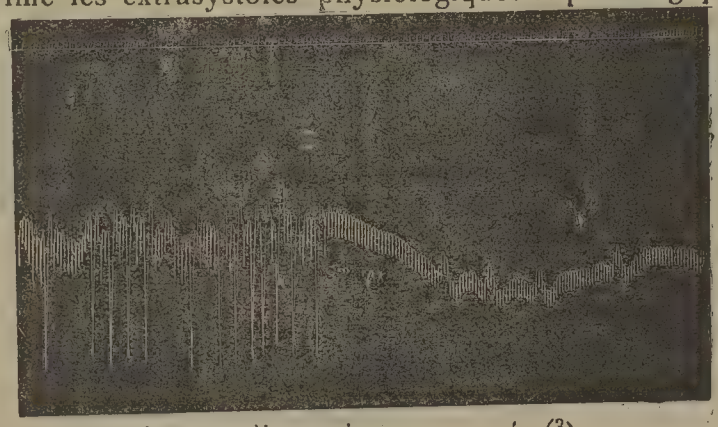
La Spartéine "Houdé"

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDE**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

SOCIETE DE STOMATOLOGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1934)

Cémentomes radiculaires. — M. THIBAULT présente les radiographies d'incisives et de prémolaires inférieures dont les apex montrent des zones arrondies radio-opaques cerclées d'un petit anneau transparent.

Il s'agit de cémentomes, tumeurs qui, à l'inverse des autres tumeurs péri-apicales, n'auraient pas une origine inflammatoire et dont Stafne, de Rochester, a publié récemment une étude complète.

Trois observations de rhizalyse de dents permanentes. — M. PEYRUS rapporte trois cas de rhizalyse (résorption pathologique des racines), provoquée par la migration de dents ectopiques (dent de sagesse ou canines). La résorption se produirait par l'intermédiaire d'un trouble vaso-moteur.

A propos de cette communication, M. Dechaume lit une observation de M. Mahé, dans laquelle la rhizalyse d'une incisive centrale paraît avoir une origine infectieuse.

De la résistance des dents à la calcination. — MM. PIÉDELIÈVRE, DECHAUME et DEROBERT rapportent le résultat de leurs expériences. Les altérations histologiques s'observent à partir de 215°, et la dent devient de plus en plus friable quand la température augmente.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

Variétés cliniques. 1° *Etiologiques :* il est classique de citer le pneumothorax dû à la rupture d'une *bulle d'emphysème* (jeune conscrit). Notons encore les cas beaucoup plus rares de pneumothorax compliquant une *pleurésie purulente* (dehors en dedans) et les cas exceptionnels succédant à une tuberculose ganglionnaire bronchique, à un abcès froid de la paroi...

2° *Symptomatiques.*

Les classiques distinguaient :

1° Un pneumothorax *ouvert :* la pression intra-pleurale est égale à celle de l'air atmosphérique.

2° Un pneumothorax *fermé.*

3° Un pneumothorax *à soupape :* le tableau est alors particulièrement dramatique ; les phénomènes asphyxiques sont menaçants ; une intervention d'urgence s'impose : *la ponction de l'épanchement gazeux,* le manomètre indique une pression fortement positive. L'évacuation d'une certaine quantité de gaz abaisse cette pression et soulage le malade : *savoir que cette intervention demande parfois à être répétée à plusieurs reprises.*

Le tableau du pneumothorax suffocant ne correspond pas toujours à une disposition en soupape de la fistule pleuro-pulmonaire. Il est parfois dû à :

4° Un *pneumothorax associé à des lésions parenchymateuses étendues du côté opposé.*

5° *Un pneumothorax associé à des phénomènes de défaillance cardiaque aiguë.*

6° Exceptionnellement à un *pneumothorax bilatéral.*

7° A côté de ces formes bruyantes de pneumothorax généralisé, on doit encore signaler :

Les formes muettes : les signes fonctionnels habituels existent bien, mais pendant plusieurs jours, on n'a pas de signes physiques cliniques et le pneumothorax est une *surprise de radiologie.*

8° Des *formes atténuées :* mais elles sont plutôt le fait des pneumothorax localisés.

II. **Pneumothorax localisé du tuberculeux avéré.** — Les pneumothorax des tuberculeux avérés s'éloignent beaucoup du tableau clinique précédent.

Là encore, nous distinguerons :

a) Phase de début, souvent insidieuse.

b) Phase de pneumothorax confirmé.

c) L'évolution.

a) Phase de début : elle passe facilement inaperçue et ce n'est qu'au cours d'un examen systématique que l'on décèle parfois le pneumothorax.

Signes fonctionnels : souvent atténués.

1° Soit *douleur thoracique, simple point de côté,* éventualité banale chez un tuberculeux : c'est pourtant un signe à ne pas négliger et qui nécessite un examen minutieux.

2° Soit *dyspnée* modérée, *s'accentuant* chez un tuberculeux.

3° Soit l'augmentation passagère puis la *diminution considérable d'une expectoration habituellement abondante :* c'est un fait qui doit également attirer l'attention.

Signes physiques : 1° soit typiques mais *dans une zone limitée ;*

2° Soit atypiques : l'*adjonction de signes pulmonaires* les rend souvent peu nets ou même les masque complètement.

Signes radiologiques : c'est alors un diagnostic de radioscopie.

b) Phase de pneumothorax confirmé.

1. Signes physiques. — Savoir qu'un pneumothorax insidieux peut aussi être muet.

α) On recherchera le trépied de Gaillard :

a) L'abolition des vibrations ; mais elle est parfois difficile à noter chez des malades fatigués et dyspnéiques.

b) L'abolition du murmure vésiculaire ; le murmure vésiculaire peut persister ; rechercher l'*atténuation ou la disparition des signes stéthacoustiques préalablement perçus, chez un malade suivi.*

c) Le *tympanisme : c'est le signe le plus important.*

β) On recherchera la succession hippocratique traduisant un hydropneumothorax : c'est parfois *le premier signe clinique d'un pneumothorax.*

2. Signes radiologiques. — La radioscopie est donc indispensable soit pour déceler soit pour confirmer l'existence d'un épanchement gazeux chez un tuberculeux avéré.

a) Soit signes habituels, mais localisés ;

b) Soit signes radiologiques d'*une interprétation difficile* parfois, d'où :

1° Bien étudier l'image gazeuse sous écran en variant les incidences et l'intensité des rayons X ; en particulier rechercher les modifications possibles à l'*épreuve de la toux.*

2° Faire prendre *des clichés,* sous différentes incidences

c) L'évolution du pneumothorax localisé.

1. L'épanchement liquide survient lorsque la cavité gazeuse présente une certaine étendue ; pneumothorax et ses conséquences.

2. Au point de vue de l'évolution générale l'importance du pneumothorax localisé est moindre que celle du pneumothorax d'alarme. Survenant chez des malades atteints de tuberculose évolutive d'un pronostic déjà sombre, ils déterminent *une aggravation.* (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.,* 1934, n° 87, p. 1546; n° 89, p. 1578.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DE LA CONSTIPATION

TAXOL

À BASE DE :

1 à 6 Comprimés avant chaque repas

1° EXTRAIT TOTAL des GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS action anti-microbienne et anti-toxique.

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, 46 - PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

NESTLÉ

FARINE LACTÉE

Aliment scientifiquement complet contenant par kilo les éléments utiles de 2 litres du meilleur lait frais, parfaitement homogène, inalterable, complètement assimilable, soigneusement malté a l'avance.

Ste NESTLÉ (FRANCE)
6, Av. Portalis,
PARIS (8e)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 17 NOVEMBRE 1934. — N° 92.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. (Fin. Compte rendu, par M. DARIAU.)
Deuxième question : « Traitement des arthrites suppurées du genou, en dehors des traumatismes de guerre. » Rapporteurs : MM. P. HUET (de Paris) et DE FOURMESTRAUX (de Chartres).
Discussion.
Troisième question : « Chirurgie des surrénales. » Rapporteurs : MM. LEIBOVICI (de Paris) et STRICKER (de Mulhouse).
Discussion.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société médicale et anatomo-clinique de Lille.
NÉCROLOGIE
Lucien Camus, par F. L. S.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Syndicat des chirurgiens français.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — La chaire de chimie analytique et hydrologie de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille est déclarée vacante.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — *Prix Gingeot* (1.500 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « Les œdèmes et le métabolisme de l'eau dans les affections du foie. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, doivent être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

Les arrérages permettront, s'il y a lieu, de décerner plusieurs prix.

Prix Paul Le Gendre (3.000 fr.), triennal. — Le concours pour ce prix doit avoir lieu à la fin de l'année 1935. Le sujet mis au concours est le suivant : « L'enseignement de la déontologie au lit du malade. Comment apprendre aux étudiants à résoudre les problèmes sociaux, psychologiques et légaux de la pratique professionnelle. »

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés sur le bureau de la Société, 12, rue de Seine, le premier vendredi de novembre 1935.

COLLÈGE DE FRANCE. — *Laboratoire des maladies infectieuses et épidémiques.* — M. le professeur Hyacinthe Vincent, membre de l'Institut, commencera son cours le mercredi 5 décembre 1934, à 5 h. (salle 5), et le continuera les mercredis suivants.

Sujet du cours : L'infection et l'immunité.

CONFÉRENCES DU DIMANCHE. — L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1934-1935, une série de conférences hebdomadaires. Elles auront lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 h., à l'amphithéâtre de la rue des Saints-Pères (angle du boulevard Saint-Germain ; entrée : 49, rue des Saints-Pères).

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1934-1935. — 18 novembre : professeur Baudouin. Données récentes sur la névralgie faciale.

25 novembre : docteur Etienne Bernard. La typhobacillose.

2 décembre : docteur Le Lorier. La dystocie « fabriquée » (projections).

9 décembre : docteur Bariéty. L'amylose.

16 décembre : docteur Devraigne. De la môle hydatiforme.

23 décembre : professeur Laignel-Lavastine. L'infraclinique.

INSTITUT D'ACTINOLOGIE. — Un cours sur les ondes courtes en thérapeutique avec présentation d'appareils et

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

démonstrations de technique sera fait à l'Institut d'actinologie les lundi 17, mardi 18 et mercredi 19 décembre, de 20 h. 30 à 23 h.

S'inscrire au secrétariat de l'Institut d'actinologie, 6, passage Dombasle (223, rue de la Convention), Vaug. 17-07. — Prix : médecins, 200 fr.; étudiants, 100 fr.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours le lundi 19 novembre 1934, à 16 h., au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et continuera ce cours les lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Histoire résumée de la médecine française de Laennec à 1934.

— CHAIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Robert DEBRÉ.) — M. le professeur Robert Debré commencera son cours le lundi 26 novembre, à 18 h., à l'amphithéâtre Vulpian, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Les bactéries pathogènes pour l'homme.

— CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Marcel LABBÉ.) — M. le professeur Marcel Labbé commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la Clinique médicale, le mardi 27 novembre 1934, à 10 h. 30, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. BRINDEAU.) — *Cours de perfectionnement du jeudi soir.* — Ce cours gratuit est destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine français et étrangers déjà au courant des questions obstétricales et désireux de se perfectionner.

Il comprendra une série de leçons qui auront lieu le jeudi soir, à 20 h. 45. Chacune de ces leçons sera l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Le cours commencera le jeudi 13 décembre 1934 et continuera chaque jeudi pendant le semestre d'hiver.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la Clinique Tarnier.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Petit-Dutaillis, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le samedi 5 janvier 1935, à 17 h. (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : Affections de l'abdomen, du rachis et de la moelle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jardin, à Bouëre (Mayenne), décédé à l'âge de 60 ans, à la suite d'un accident d'automobile; Rampont, médecin de la marine, victime d'un accident d'hydravion, près de Cherbourg.

VENTE aux ench. pub., après faill. **Fouquet**, à **Ivry-sur-Seine**, 21, rue Victor-Hugo, le mercredi 21 novembre 1934, à 9 h. 15.
MATÉRIEL imp. bluteuse **Engineering**, Remplisseuse **Day et Cie**, env. 3.000 pots onguent et crème beauté, vaseline, import. lot flaconn. vides. M. ROGER WALTHER, com. pris., 16, r. Provence. 286

Fds de **BAINS** Douches, 12, Bd Villette M. à. p : 40.000 fr (pt. ét. b.) Mat. march. sus. cons. 5.000 fr. adj. Et. R. DAUCHEZ, not. 37, Quai de la Tournelle, le jeudi 29 Novembre 1934, à 14 h. 30. S'y adresser. 287

Lucien CAMUS

(1867-1934)

Avec une bien douloureuse émotion, nous avons appris la mort du Dr Lucien Camus, directeur de l'Institut supérieur de la vaccine, ancien vice-président de la Société de biologie, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 9 novembre 1934.

Il était le frère aîné de Jean Camus, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, si prématurément enlevé il y a peu d'années, et de Paul Camus, actuellement médecin de l'hospice de Bicêtre.

Lucien Camus, après avoir passé sa licence ès sciences physiques et sa thèse de doctorat en médecine, avait été chef du laboratoire des cliniques de l'Hôtel-Dieu (1892-1895), puis chef adjoint des travaux pratiques de physiologie avec Laborde (1896-1906). Il fut ensuite professeur suppléant à l'école d'anthropologie, assistant de Marey, et enfin en 1906, il fut nommé chef du service de la vaccine à l'Académie de médecine.

Jusqu'à sa mort, il devait occuper ces importantes fonctions auxquelles s'ajouta bientôt la lourde direction du laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques.

Lucien Camus est l'auteur de nombreux travaux sur la circulation et sur le sang, sur le fonctionnement glandulaire et les produits de sécrétion, sur l'immunité et l'immunisation, en collaboration avec Gley ; sur l'anesthésie, en collaboration avec Nicloux ; sur différentes questions de pharmacologie, etc.

Camus était un savant modeste, aussi estimé qu'aimé par ses confrères, il sera profondément regretté.

Très sincèrement, nous adressons à son fils, le Dr Pierre Camus, chef de clinique laryngologique à la Faculté, et à son frère le Dr Paul Camus, l'expression de notre bien affectueuse sympathie.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Jeudi 22 novembre. — Jury : MM. Carnot, président ; Tiffeneau, Henri Bénard, Hazard. — M. CLÉOSTRATE : Contribution au traitement préventif et curatif des accidents sériques par l'hyposulfite de magnésium. — M. SANDOR : Etudes des antigènes des microbes pathogènes.

Jury : MM. Guillain, président ; Tanon, Chevallier, Joannon. — M. SPYRANTIS : La forme nerveuse de la dengue. — M. CHAUMEIL : Etude des colonies de vacances et des camps thermaux.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE **MANGAÏNE** DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT . 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Toux Dyspnée **IODEINE MONTAGU**

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc.

ANGIOXYL

par son action trophique vasculaire
et vagotonisante
CONSTITUE LA MÉDICATION SPÉCIFIQUE

dans
L'ANGINE DE POITRINE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
L'ARTÉRIOSCLÉROSE
LES ACCIDENTS DE LA MÉNOPAUSE
LA MALADIE DE BASEDOW
LA MALADIE DE RAYNAUD
LES TROUBLES CIRCULATOIRES

AMPOULES : 1 à 3 par jour
en injection intra-musculaire

SIROP : 2 à 3 cuill. à dessert par jour

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

r.c. 18.000

Roger Dacosta. Edit.

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux.
COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.) - France

R.C Versailles 25.292

PRATIQUE MÉDICALE

L'IODOTHÉRAPIE DE LA MALADIE DE BASEDOW (1)

Par le docteur J. COULON.

Parmi tous les médicaments préconisés dans la thérapeutique de la Maladie de Basedow, l'iode est certainement le plus employé, qu'on l'utilise sous forme de solution de Lugol ou mieux encore sous forme de diiodotyrosine, ainsi que viennent de le confirmer, dans leur si important travail de la *Presse Médicale* (1934, n° 47), MM. Guy Laroche et Boris Klotz. Comment concevoir le mode d'action de la diiodotyrosine ? Sans doute par l'iode qu'elle contient. Il est d'ailleurs possible de supposer une corrélation entre l'action de la thyroxine et celle de la diiodotyrosine, l'insuffisance de l'une ou de l'autre amenant un déséquilibre de l'endocrinie thyroïdienne. Si la thyroglobuline représente l'hormone thyroïdienne, on conçoit la possibilité de dysthyroïdies par dysharmonie des composants de cette hormone. L'absorption de diiodotyrosine rétablirait ainsi l'équilibre nécessaire. En somme, la diiodotyrosine, sans être un médicament vraiment spécifique des états hyperthyroïdiens, constitue une thérapeutique nouvelle d'une réelle efficacité. Elle a sur l'iode l'avantage d'être mieux tolérée par l'estomac ; elle paraît parfois même plus active que le Lugol. Il semble que, comme l'iode, et peut-être mieux que l'iode, la diiodotyrosine Roche puisse contribuer, avec le régime, le repos, les traitements calmants du système nerveux, à guérir presque toutes les formes du syndrome de Basedow, surtout, bien entendu, les formes légères et moyennes.

Dans tous les cas, la diiodotyrosine constitue un bon traitement d'attaque ou d'entretien, le traitement définitif ne pouvant être réalisé que par les méthodes physiothérapiques et chirurgicales.

(1) *Courrier médical*, Paris, n° 39, sept. 1933.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de physiologie normale et pathologique (2), publié sous la direction de G.-H. ROGER, professeur honoraire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et Léon BINET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. Tome VII : *Sang et Lymphe. Réactions d'immunité*. Deuxième édition, par MM. Ch. Achard, Justin-Besançon, A. Besredka, Léon Binet, J. Bordet, L. Cuénot, H. Delaunay, R. Fabre, J. Jolly, M. Laudat, Ph. Pagniez, G.-H. Roger, E. Schulmann, P.-E. Weil, E. Zunz.

Ce tome du traité de physiologie paraît en 2e édition. Il est entièrement consacré au sang, à la lymphe ainsi qu'aux réactions d'immunité.

Tous les articles ont été révisés et un certain nombre d'entre eux ont subi des modifications importantes.

Les articles consacrés à l'étude des éléments figurés du sang et à celle de leur origine (Jolly, Pagniez, G.-H. Roger), les chapitres sur les hémorragies et la transfusion (Delaunay, Weil) ont été remis à jour ; il convient d'attirer l'attention sur les excellents documents photographiques de J. Comandon, sur le sang, qui viennent illustrer les premières pages de ce tome.

La biochimie du sang a été considérablement amplifiée. A côté de l'article de Fabre sur l'hémoglobine, il faut souligner l'important chapitre écrit par M. Laudat, portant sur les constituants chimiques du sang chez l'homme et chez l'animal, à l'état normal et à l'état pathologique. Le biologiste et le médecin auront ainsi sur ce sujet dans un seul article une documentation très complète. L'importante question de la coagulation du sang a été magistralement traitée par E. Zunz, qui expose les théories de ce phénomène, et étudie les facteurs de la coagulation ainsi que les divers coagulants dont l'analyse est très poussée.

M. Ch. Achard a augmenté considérablement le chapitre consacré au système lacunaire.

A côté de la lymphe, MM. Léon Binet et Justin-Besançon étudient la circulation lymphatique et rapportent les travaux originaux et les illustrations de Pecquet.

Enfin les articles importants de J. Bordet sur l'immunité, les antigènes et les anticorps, et de A. Besredka sur l'anaphylaxie et la sensibilisation, ont été très amplifiés.

L. G.

(2) In-8 de 730 pages avec figures. — Prix : broché, 100 fr. ; relié, 120 fr. — Paris, Masson et Cie.

Traité élémentaire d'exploration clinique ; technique et séméiologie (1), par Emile SERGENT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. Francis Bordet, Paul George, Hazard, d'Heucqueville, Camille Lian, René Mignot, Oury, Pierre Pruvost, Ribadeau-Dumas, Emile Sergent.

Il y a quelque vingt ans paraissait, sous le titre *Technique clinique et séméiologie élémentaire*, un petit volume, qui grandit et grossit d'année en année et fut le guide de plusieurs générations d'étudiants et de médecins, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Après plusieurs années de silence, l'ancienne Technique clinique reprend la parole. Elle est devenue le Traité élémentaire d'exploration clinique.

Si elle est plus grande et plus grosse encore, elle a gardé son caractère et n'a pas changé de but. Elle s'attache à préciser la technique des moyens et procédés d'exploration dont dispose actuellement le médecin et la signification des résultats fournis par la mise en œuvre de ces moyens d'exploration.

Tel est l'esprit dans lequel est conçu ce livre. Tous les appareils, tous les organes, tous les systèmes, sont étudiés, suivant ces principes, par des collaborateurs qui sont tous rompus à la méthode clinique. Tous les moyens d'exploration qui sont d'une application classique, aussi bien « au lit du malade » qu'au laboratoire sont décrits avec la plus rigoureuse méthode ; la valeur séméiologique des troubles qu'ils permettent d'enregistrer est discutée avec la plus grande précision.

Cet ouvrage s'est proposé un double but : guider l'étudiant à ses débuts, et aider le médecin praticien dans l'établissement, si difficile parfois, du diagnostic clinique ; c'est-à-dire mettre à leur disposition l'exposé des notions bien établies par l'expérience du temps qui peuvent leur permettre de dépister la maladie et, par conséquent, d'apercevoir la voie dans laquelle doit se diriger la thérapeutique.

L. G.

(1) In-8 de 1.176 pages avec 410 figures et 10 planches en couleurs. — Prix : broché, 120 fr. ; cartonné toile, 145 fr. — Paris, Masson et Cie

L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique), par Charles FLANDIN, médecin de l'hôpital Bichat ; Jean BERNARD, interne des hôpitaux de Paris, et François JOLY, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 128 pages avec schémas dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Résyl Ciba

Ether Glycéro-gaïacolique soluble

Traitement efficace
des affections broncho-pulmonaires
Bronchites
Bronchorrée
Bronchectasies
Tuberculose

*Le **RÉSYL** réalise l'antisepsie pulmonaire et possède tous les avantages de la médication gaïacolée, sans aucun de ses inconvénients.*

C'est à n'en pas douter, un des meilleurs agents dont dispose la thérapeutique de nos jours pour lutter contre l'invasion tuberculeuse de l'organisme.

COMPRIMÉS - SIROP - AMPOULES

Laboratoires CIBA O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part Dieu LYON 239

Le DIDIAL "Ciba"

Hypnotique = Analgésique

Procure repos et sommeil à tous les algiques

Tous les malades qui ne dorment pas parce qu'ils souffrent, trouvent dans le DIDIAL le médicament analgésiant et soporifique qui leur permet de passer calmement les heures nocturnes.

COMPRIMÉS : un ou deux, le soir, avant le coucher.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, 109-113, Bd de la Part-Dieu, LYON

XLIIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

Paris, 8-13 octobre 1934 (1).

DEUXIÈME QUESTION

Traitement des arthrites suppurées du genou, en dehors des traumatismes de guerre.

Résumé du rapport de MM. P. HUET (de Paris) et DE FOURMESTRAUX (de Chartres).

Le titre même du travail paraît discutable aux rapporteurs. Il n'y a pas, à la réflexion, de différences tellement tranchées entre les traumatismes de guerre et ceux de la pratique civile. « Il n'y a pas de chirurgie de guerre », disait Lecène, « mais seulement la Chirurgie, dont les principes doivent être appliqués avec sagacité suivant les circonstances ».

Cette mise au point étant faite, les auteurs nous annoncent qu'ils laisseront de côté les arthrites suppurées d'origine blennorragique, si bien étudiées par Mondor, et qui, manifestement, n'entrent pas dans les limites de la question.

En présence d'une arthrite traumatique suppurée du genou, le chirurgien doit poursuivre trois buts : d'abord sauver la vie, puis, conserver le membre ; enfin, s'efforcer d'obtenir par des soins judicieux le meilleur fonctionnement de l'articulation lésée.

Prendre parti entre ces trois alternatives sera pour chaque cas affaire de sens clinique. Au total, c'est à tenter de préciser les circonstances auxquelles on devra appliquer la thérapeutique conservatrice, celles dans lesquelles on devra accepter l'ankylose, et celles pour lesquelles l'amputation seule pourra sauver « la vie » que les rapporteurs vont consacrer leur étude.

Fréquence et étiologie. — Trois mécanismes sont possibles :

a) L'infection articulaire par effraction ;

b) L'infection articulaire par lésion suppurée ou infection de voisinage ;

c) L'infection d'origine hématogène.

Il faut savoir que les épanchements articulaires louches ou puriformes qu'on observe au cours des maladies infectieuses sont presque toujours amicrobiens. Ils guérissent d'ordinaire à la suite d'une simple ponction.

L'agent causal le plus fréquemment rencontré est le streptocoque. La présence du pneumocoque, quoique rare, mérite d'être signalée. On la rencontre au cours des pneumococcies, dans la broncho-pneumonie, la pneumonie franche aiguë. C'est entre le dixième et le quinzième jour qu'apparaît l'arthrite. Quoi qu'on en ait dit, elle se rencontre chez l'enfant comme chez l'adulte. On a pu, exceptionnellement, déceler la présence du bacille d'Eberth, et dans un cas de E. Michon, la dothienenterie remontait à 20 ans ; le squelette ne présentait aucune lésion à l'examen radiographique.

Arthrites de causes chirurgicales. — A. *Arthrites traumatiques.* — Ce sont les plus fréquentes. Elles apparaissent comme la conséquence de plaies articulaires accidentelles méconnues, ou de plaies manifestes mais insuffisamment ou trop tardivement traitées. Le plus souvent il s'agit de plaies dont on n'a pas extrait le corps étranger inclus. Une fracture exposée, diaphysaire basse du fémur peut avoir intéressé l'extrême fond du cul-de-sac quadricipital ; de même certaines lésions de la région poplitée.

Mais il n'y a pas que les plaies accidentelles qui puissent donner naissance aux arthrites suppurées du genou. Les interventions chirurgicales pratiquées à son voisinage peuvent être la cause de pyarthroses graves. L'extension continue par les procédés modernes qui s'appliquent directement sur l'os, a été parfois responsable d'accidents redoutables. Des interventions d'apparence insignifiante ont pu aboutir à cette redoutable complication, telles la suture de la rotule, ou l'ablation d'un kyste poplité.

B. *Arthrites non traumatiques.* — Elles résultent de la propagation d'infections de voisinage gagnant la synoviale.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'ostéomyélite. Chez le nourrisson, l'ostéomyélite épiphysaire infecte d'emblée l'articulation à telle enseigne qu'ostéomyélite et arthrite suppurée ne font qu'un. Chez l'adolescent et chez l'adulte souvent, l'ostéomyélite du bulbe peut se compliquer également de pyarthrose, mais deux mécanismes sont possibles :

I. Dans l'un il y a irruption brusque du pus dans l'article, par perforation du cartilage conjugal, décollement capsulo-périosté ; il s'agit d'une arthrite suppurée grave d'emblée, septique au maximum.

II. Dans l'autre, l'infection se fait par filtration lente. L'épanchement est peu virulent et cède à un traitement simple, à condition qu'on traite énergiquement la lésion osseuse dont vient tout le mal.

A ces arthrites suppurées non traumatiques il convient d'annexer 2 autres causes : les bursites suppurées et les lymphangites septiques du membre inférieur. Dans tous ces cas, le streptocoque est en cause.

Remarques sur la Bactériologie et la Cytologie. — La connaissance des germes pathogènes n'aurait pour les auteurs qu'une importance relative. La gravité de l'affection ne serait pas fonction du germe responsable. Il importerait cependant d'identifier ce dernier pour le cas où l'on aurait confiance aux thérapeutiques dites spécifiques.

L'examen cytologique de l'épanchement articulaire portant sur le résultat de ponctions répétées peut fournir d'utiles indications pratiques. Il y a là un élément d'appréciation du progrès ou de la régression de l'infection en cause.

Au total, toutes les méthodes employées dans le traitement des arthrites suppurées du genou ont connu des succès et des insuccès. C'est que, les formes en sont très diverses et les cas différents. Un même traitement ne saurait donner des résultats constants.

Physio-pathologie. — L'articulation réagit contre l'infection par des procédés qui lui sont propres. La synoviale n'est pas histologiquement une séreuse, mais, dans ses « façons d'agir », elle présente avec elle bien des analogies Elle crée notamment un épanchement riche en albumine.

Les polynucléaires franchissent la barrière que constitue sa face interne, envahissent l'épanchement, s'attaquent aux molécules albuminoïdes, les transforment et les rendent telles qu'elles constituent alors un milieu éminemment favorable aux pullulations microbiennes.

On comprend, dans ces conditions, que l'évacuation par simple ponction du liquide ait pu donner d'excellents résultats thérapeutiques. Elle diminue la tension intra-articulaire, permet l'exsudation d'une nouvelle quantité de li-

(1) *Association de la Presse médicale française.* — Fin. Voir séance d'ouverture, *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 81, p. 1426, et n° 87, p. 1537.

quide frais, doué de propriétés bienfaisantes, en particulier d'un pouvoir bactéricide marqué.

A un stade plus avancé, l'épanchement n'est plus séro-purulent, il est constitué par du pus vrai avec polynucléaires et germes divers généralement abondants. La synoviale bientôt s'épaissira, se chargera de placards fibrineux et se laissera envahir par la flore microbienne surtout au voisinage du feuillet externe celluleux. Ce sera là l'origine des œdèmes périarticulaires et des infiltrations leucocytaires.

Le cartilage articulaire est pourvu d'une assez grande résistance à l'endroit de l'infection. Dans les cas traités trop tard ou insuffisamment, on verra ce cartilage s'éroder et l'ankylose s'installer. Parfois, l'infection se concentre pour ainsi dire au niveau du tissu spongieux de l'épiphyse, entraînant la nécessité d'une résection plus ou moins étendue.

Ainsi donc, à côté des ostéo-arthrites primitives où l'infection de l'os était initiale, celle de la synoviale secondaire, existent des cas où la synoviale est lésée tout d'abord, le squelette n'étant atteint que plus tardivement.

Rappel anatomique et anatomie pathologique. — Après un exposé rapide de l'anatomie du genou, les rapporteurs décrivent deux types anatomiques fondamentaux de pyarthroses :

a. *L'empyème articulaire*, ancienne synovite purulente de Volkmann qui constitue une forme favorable avec tendance manifeste à la réparation ; il s'agit de lésions superficielles de la synoviale ; le liquide distend la capsule et les ligaments, sans les infecter ; la fonction est entravée, mais non supprimée.

b. *Le phlegmon capsulaire ou panarthrite* qui se développe dans la celluleuse sous-synoviale. Rapidement l'impotence est absolue et des destructions graves atteignent capsule et ligaments, même si l'épanchement est peu abondant. C'est cette forme qui met parfois le membre entier en danger et menace la vie du malade. Ces deux formes existent bien réellement, mais on ne saurait faire entrer dans ce cadre trop schématique la totalité des cas.

Les fusées suppurées. — Les rapports qu'affecte la synoviale avec les bourses séreuses voisines expliquent la possibilité de ces fusées à distance : fusées fémorales par effondrement du cul-de-sac et de la bourse séreuse sous-quadricipitale, se dirigeant vers le quadriceps et gagnant parfois la loge des adducteurs ; fusées jambières à travers la bourse séreuse du demi-membraneux, du jumeau interne et du poplité se dirigeant vers le mollet jusqu'au contact du soléaire. La propagation à l'articulation péronéo-tibiale se verrait dans 15 % des cas.

Les abcès. — Les rapporteurs adoptent la classification de Chaput :

a. Abcès du mollet, entre le jumeau et le soléaire, ou bien entre ce dernier et les muscles profonds ;

b. Abcès de l'angle condylo-diaphysaire ;

c. Abcès sous-tricipitaux, les plus fréquents, les plus précoces et qu'on trouve à la face postérieure du quadriceps crural ;

d. Abcès de la loge antérieure de la jambe.

Du point de vue des indications opératoires, il convient de distinguer les quatre aspects cliniques que voici :

1. L'empyème articulaire localisé au genou antérieur ou étendu à la totalité de l'articulation ;
2. Le phlegmon capsulaire ;
3. Les ostéo-arthrites primitives ou secondaires ;
4. Les formes compliquées de fusées purulentes.

Diagnostic. — On se gardera de confondre l'arthrite suppurée et l'arthropathie tabétique. Cette erreur grossière est facilement évitable. La distinction est plus délicate avec certaines formes particulièrement sévères de rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic s'établira avant tout sur les caractères de l'épanchement et l'examen aux rayons.

Le prélèvement du liquide exige les précautions d'asepsie les plus minutieuses tant pour garder toute sa valeur à l'examen bactériologique qui suivra, que pour éviter une surinfection toujours grave.

Le plus souvent, on devra pratiquer la ponction au niveau de la partie antérieure de l'articulation. Le liquide sera rapidement transmis au laboratoire et l'ensemencement fait en milieu favorable.

Faute de prendre ces précautions, on peut voir se commettre les pires erreurs.

La radiographie sera souvent négative, mais parfois elle révèlera le point de départ de l'infection : métaphysaire ou ostéo-myélitique.

Mais là ne se borne pas son utilité. Après une arthrotomie qui ne donne pas les résultats espérés, elle peut renseigner sur les altérations du cartilage et faire prévoir l'atteinte grave du squelette. Elle démontre dans ces cas l'inanité de tout traitement conservateur et indique la nécessité, soit de réséquer l'article, soit d'amputer le membre.

Ses services peuvent être considérables dans la recherche des foyers ostéo-myélitiques de l'enfant.

Traitement. — Les interventions qui ont été préconisées et pratiquées sont, dans l'ordre d'importance croissante :

1° La ponction à l'aiguille ou au trocart.
2° La ponction élargie au bistouri ;
3° Les arthrotomies ;
4° La synovectomie ;
5° L'opération de Lawen ;
6° La résection ;
7° L'amputation.

L'action salutaire de la *ponction simple*, même dans les cas d'arthrite à streptocoques, s'explique surtout par les modes de défense propres à la synoviale. Une fois vidée de son contenu, elle exsude une nouvelle provision de liquide frais apte à lutter de nouveau contre l'infection.

On lira avec intérêt les observations de Mauclaire, Quénu et Grégoire. Mais il va sans dire que de tels succès nécessitent après la ponction une surveillance attentive et prolongée.

L'arthrotomie peut porter sur des points différents ; ainsi est-on amené à distinguer :

a. Les arthrotomies simples linéaires, antérieures externes ou antérieures internes ;

b. Les arthrotomies de décharge, antérieures ou postérieures ;

c. Les arthrotomies élargies, sans mutilation de l'appareil extenseur, avec désinsertion de cet appareil.

L'arthrotomie antérieure externe est réalisée par une incision passant à 1 centimètre du bord externe de la rotule et s'étendant d'un point situé un peu au-dessous de la pointe de ces os et remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de son bord supérieur. La synoviale est ouverte sur toute la longueur de l'incision cutanée. L'hémostase doit être soignée.

L'arthrotomie antérieure interne suppose une incision oblique en haut et en dedans, un peu arquée afin de ménager le bord du vaste interne.

La question du drainage est fort discutée. La plupart des auteurs semblent y renoncer en raison surtout de l'exfoliation des cartilages qu'entraîne assez vite le contact des drains. Sont discutées également l'opportunité des lavages articulaires et celle de la fréquence des pansements.

Les rapporteurs rappellent que Lucas-Championnière, puis récemment Willems ont insisté sur l'importance de la mobilisation précoce. Bien que tous les chirurgiens ne soient pas unanimes à reconnaître les bienfaits de la méthode, il semble cependant qu'on puisse dans certains cas lui faire confiance ; mais encore faut-il se conformer aux prescriptions de Willems, c'est-à-dire : pratiquer une arthrotomie large et bilatérale, et se borner à une mobilisation purement active, sans tenir aucun compte de la nature du microbe décelé.

L'avenir jugera le procédé ; il semble bien dès maintenant qu'il ne puisse guère être appliqué dans des cas d'arthrites suppurées graves d'emblée où le traitement classique immobilisateur reprend tous ses droits.

La synovectomie, dont Albertin s'est fait le défenseur, n'est indiquée que dans les arthrites sévères, persistantes, profondes. Elle comporte l'ablation plus ou moins étendue de la synoviale, mais laisse intacts ligaments et ménisques. Il semble qu'on ne l'ait que rarement pratiquée. Speed s'en montre partisan et conseille la mobilisation passive dès le deuxième jour.

La désarticulation temporaire du genou comprend la section du ligament rotulien, la section suffisante des ligaments latéraux pour permettre la demi-flexion de la jambe sur la cuisse. Ainsi est obtenu un entrebâillement de l'articulation qu'on peut drainer et désinfecter. Lorsque la suppuration paraît enrayée, on procède à la réarticulation. Un double collier plâtré fémoral et tibial muni d'attelles latérales assure la contention. Malheureusement, l'ankylose est quasi fatale.

L'*opération de Läwen* est un procédé de drainage ingénieux qui peut dans certaines circonstances parfaire une arthrotomie classique. Elle consiste, après arthrotomies postérieures externe et interne, à réséquer dans un plan frontal la partie postérieure des condyles et les deux ménisques tout en laissant intacts les ligaments croisés et la face postérieure de la capsule. Là aussi l'ankylose est de règle.

La résection utilise l'incision en U de Farabeuf. La rotule est extirpée après relèvement du lambeau. L'exérèse osseuse ne présente rien de particulier, mais la dissection et l'extirpation de la synoviale doivent être minutieusement poursuivies.

Les chirurgiens diffèrent d'opinion au sujet de la conduite à tenir à ce moment. Faut-il immobiliser en maintenant l'écartement ? Faut-il multiplier les pansements et les lavages ? Convient-il de pratiquer la suture osseuse et d'immobiliser en gouttière plâtrée ? Comment traiter les blessés qui ne « coaptent » pas ?

L'amputation sera pratiquée suivant les principes généraux qu'impose le voisinage de lésions septiques. C'est ainsi qu'on laissera le moignon ouvert. La circulaire à fente externe facilitera la section haute du fémur. Après désinfection de la tranche, on pratiquera la suture secondaire des parties molles.

Cet important travail se termine par d'intéressantes considérations sur les traitements dits spécifiques : vaccinothérapie, bactériophagie, sérothérapie, chimiothérapie, etc. et par un exposé des formes cliniques de l'arthrite suppurée chez le vieillard et chez l'enfant.

Discussion.

M. Lawen (de Königsberg), expose la technique de son opération. Sur 25 cas, il a obtenu 19 guérisons, avec 4 amputations secondaires suivies cependant de guérison, deux morts post-opératoires par pneumonie et septicémie.

M. Chiarolanza (de Naples), est partisan de la méthode de Willems qu'il a vulgarisée en Italie. Il pense cependant qu'il est utile d'ajouter à la technique de Willems : mobilisation active, une mobilisation passive bien réglée.

M. Hortolomei (de Bucarest), est plutôt éclectique. Il a eu 2 beaux résultats après ponction simple, mais aussi 4 succès sur 6 opérés par arthrotomie. La méthode de Willems lui paraît excellente. Mais il craint que l'anesthésie locale préconisée par les rapporteurs, ne soit parfois une cause d'ensemencement redoutable.

Au total, l'arthrotomie suivie de mobilisation immédiate est peut-être le meilleur mode de drainage. Si après quatre ou cinq jours, on n'obtient pas de résultat satisfaisant, il convient de se résoudre à la résection.

M. Delrez (de Liége), résumant ses impressions sur 33 observations personnelles, conclut :

1° Que chez les sujets de plus de 50 ans, les moyens conservateurs ont peu de chances de sauver l'articulation. Mieux vaut pratiquer une amputation précoce.

2° Que chez l'enfant, les ponctions répétées associées à l'extension continue permettent souvent la conservation de la fonction.

3° Que chez l'adolescent et l'adulte jeune, l'arthrotomie et la mobilisation active donnent des résultats intéressants.

M. Lambotte (d'Anvers), est partisan de l'immobilisation plâtrée, des ponctions répétées ou de l'arthrotomie. La mobilisation lui paraît un « non sens » allant à l'encontre de tout ce que l'on sait de l'évolution des lésions inflammatoires.

« Traiter une arthrite suppurée », dit-il, « par la mobilisation, est aussi illogique et dangereux que de traiter « une appendicite aiguë par le massage ».

L'amputation et la résection sont à rejeter en principe. Les vaccins et les sérums ont une action douteuse.

M. Frœlich (de Nancy), apporte deux observations d'arthrites suppurées particulièrement graves. On aurait pu croire l'amputation nécessaire d'emblée. L'auteur draina par « son incision » en « tabatière ». Il put les deux fois conserver le membre.

M. Patel (de Lyon), aux incisions latérales classiques de l'arthrotomie du genou, ajoute l'ouverture du cul-de-sac sous-quadricipital préconisée par Jaboulay. Cette technique jointe à l'élévation du membre dans un appareil spécial, rend les pansements plus faciles et moins douloureux.

M. Tixier (de Lyon), étudie spécialement l'arthrite suppurée sans lésion osseuse.

Le traitement le meilleur consiste en une arthrotomie précocement exécutée. Un surjet au catgut fixe la synoviale articulaire à la peau au niveau des grandes incisions d'arthrotomie classiques latéro-rotuliennes. Il est bon d'ajouter une incision complémentaire du bas-fond du cul-de-sac sous-quadricipital.

Cette technique présente sur l'arthrotomie banale les avantages suivants : hémostase parfaite et immédiate, isolement par la séreuse évasée s'opposant à toute fusée purulente dans le tissu conjonctif et les espaces inter-musculaires de voisinage ; étalement de la cavité articulaire qui peut être pansée pour ainsi dire « à plat » ; assèchement rapide permettant une mobilisation de tout le membre dans un grand plâtre pelvi-fémoro-pédieux. Les pansements doivent être rares et renouvelés seulement si la suppuration est par trop nauséabonde.

M. Masini (de Marseille), utilisait avant la guerre la double arthrotomie para-rotulienne, combinée parfois au drainage du creux poplité. La rotule était suspendue suivant

les conseils de Patel, et l'articulation lavée chaque jour à l'éther.

Depuis la guerre, l'auteur a employé la méthode de Willems dans dix cas. Une seule fois, l'amputation fut nécessaire, du fait d'une septico-pyohémie avec état général grave.

Actuellement, le traitement de choix consisterait à ponctionner pour identifier le germe responsable. En cas d'arthrite à staphylocoques, l'injection intra-articulaire de bactériophage suffirait souvent à donner la guérison. S'il s'agit d'arthrite à streptocoques, il conviendrait de renoncer au bactériophage, d'inciser et de drainer. Dans ce dernier cas, l'usage des vaccins serait à conseiller.

M. ALBERT (de Liége), rapporte trois observations d'arthrites purulentes du genou particulièrement graves qu'il a traitées avec succès par la méthode de Willems.

Toutes les arthrites purulentes n'exigent pas d'emblée l'arthrotomie, certaines guérissent très simplement par ponctions répétées.

Mais le traitement qui convient dans la plupart des cas est celui de Willems : arthrotomie verticale, bilatérale et précoce, immédiatement suivie de mobilisation active. Les échecs imputés à la méthode sont la conséquence d'une technique défectueuse.

Depuis que l'auteur a appliqué cette technique, il n'a plus jamais eu à pratiquer ni résection, ni amputation. L'âge avancé ne constitue pas une contre-indication.

MM. H.-L. ROCHER et Louis POUYANNE (Bordeaux) rapportent 23 cas d'arthrites suppurées du genou observées chez des enfants de 18 mois à 14 ans.

Ils groupent ces cas en trois séries :

a) Arthrites par inoculation traumatique (11 cas) ;
b) Arthrites métastatiques (7 cas) ;
c) Arthrites ostéomyélitiques (5 cas).

Ils ont eu deux décès, tous deux dans cette dernière série, et une amputation, pour une arthrite suppurée post-scarlatineuse.

Les 21 autres cas, tous traités par arthrotomie et immobilisation, ont donné 6 ankyloses et 14 restitutions fonctionnelles, pour la plupart complètes. Plus le sujet est jeune, moins il est exposé à l'ankylose ; ce fait est particulièrement net chez les nourrissons.

Les auteurs font suivre leur statistique de quelques réflexions concernant :

1° Les arthrites aiguës microbiennes, par inoculation septique au voisinage de l'article : ces arthrites, dont l'allure clinique peut être inquiétante, guérissent complètement par ponctions, immobilisation et injection articulaire de bactériophage. Il est possible que dans certains cas, on évite, par ce traitement précocement appliqué, l'apparition d'arthrites microbiennes d'évolution grave.

2° Les arthrites métastatiques, qui, dans la plupart des cas, ont guéri avec conservation de la mobilité.

3° Les arthrites d'origine ostéomyélitique, qui paraissent de beaucoup les plus graves (2 morts, une ankylose sur 5 cas).

Au point de vue thérapeutique, l'arthrotomie, associée à l'immobilisation stricte est, lorsque les ponctions se révèlent insuffisantes, la seule thérapeutique à envisager chez l'enfant.

En terminant, les auteurs indiquent l'intérêt de l'emploi de la broche de Kirschner, dans les arthrites suppurées de l'adulte, soit comme agent d'immobilisation par extension continue, soit pour maintenir provisoirement, après une résection, les fragments écartés à volonté (broche transcalcanéenne).

M. Y. DELAGENIÈRE (du Mans), approuve les conclusions des rapporteurs. Il présente une observation d'arthrite suppurée limitée au cul-de-sac sous-quadricipital à la faveur d'un cloisonnement, reliquat probable d'un traumatisme antérieur.

Il attire enfin l'attention sur certaines péri-arthrites suppurées du genou sans atteinte de l'articulation et dont il a observé deux cas. Le diagnostic de ces périarthrites est difficile. De tels faits invitent à une grande prudence si l'on croit devoir ponctionner ou inciser, sous peine d'infecter l'articulation demeurée jusque-là indemne.

M. CHATON (de Besançon), ne considère que les cas graves aux deux phases par lesquelles passe le chirurgien : période d'optimisme où l'on espère conserver la fonction et la vie, période d'inquiétude où la vie du sujet est en danger.

Dans le premier cas, l'auteur préconise le drainage postérieur et rappelle la technique d'Ollier qui incisait les coques condyliennes. Dans le second cas, il convient de recourir à l'amputation, sans tenter la résection.

M. BOPPE (de Paris), rapporte trois observations d'arthrites pyohémiques graves traitées par la désarticulation temporaire, avec 2 succès et 1 décès.

Dans les arthrites ostémyélitiques des enfants, l'auteur conseille l'arthrotomie classique avec drainage par lames de caoutchouc, plâtre et pansements rares. L'ankylose est longue à obtenir.

M. BILLET (de Lille), rend compte des résultats obtenus par l'usage des vaccins et des bactériophages chez l'enfant. Ce sont là des méthodes infidèles, mais qu'il ne faut pas rejeter.

Les vaccins réussissent souvent, les bactériophages plus rarement.

L'auteur estime que la méthode de Willems est applicable chez l'enfant. Elle lui a donné d'heureux résultats.

MM. BOURDE et BOUYALA (de Marseille), considèrent l'arthrotomie bilatérale comme la méthode de choix, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

La simple ponction des arthrites à liquide louche leur a donné 50 % de succès.

Dans les cas d'épanchement purulent avec grumeaux, la méthode des ponctions est insuffisante, et les injections de vaccins ou de bactériophages plus nuisibles qu'utiles. Un essai de désarticulation temporaire n'a pas été suivi d'un résultat satisfaisant.

TROISIÈME QUESTION

Chirurgie des surrénales.

Résumé du rapport de MM. LEIBOVICI (de Paris) et STRICKER (de Mulhouse).

Après un bref rappel de l'anatomie des surrénales et de leurs accessoires possibles, les auteurs signalent que pour des raisons de facilités opératoires, Oppel a conseillé de s'attaquer uniquement à la surrénale gauche. Exception faite de Vorschutz, tous les chirurgiens ont suivi ce conseil.

Les interventions pouvant porter sur cette glande sont en définitive peu nombreuses. La plus importante et la plus fréquente est la *surrénalectomie* qu'il est bon de ne réaliser que partiellement. La *médullo-surrénalectomie* proposée par Costantini serait plus logique, mais demeure d'exécution plus difficile.

Tout acte chirugical portant sur ces organes suppose un minimum de connaissances anatomiques que les rapporteurs résument rapidement :

Technique de la Chirurgie des Surrénales. — Il faut distinguer :

1° L'exérèse des tumeurs volumineuses, bénignes ou malignes, solides ou kystiques ;

2° La chirurgie endocrinienne, hormonale, où l'on cherche à niveler une hyperépinéphrie physiologique, sur une glande dont le volume somme toute est normal ou presque.

A. CHIRURGIE DES TUMEURS. — On les abordera par la voie abdominale antérieure, trans-péritonéale. Suivant le conseil de Lecène, l'exploration anatomique sera très attentive avant toute tentative de décortication. Elle aboutira au bilan des possibilités d'exérèse. C'est que, dans cette chirurgie, « commencer » c'est se condamner à aller jusqu' « au bout », en dépit des difficultés opératoires liées à une vascularisation souvent très développée « ni définie, ni constante ».

Selon les cas, on enlèvera la tumeur seule, ou la tumeur et le rein.

B. CHIRURGIE DE L'HYPERÉPINÉPHRIE. — S'il s'agit de lutter contre une thrombo-angéite oblitérante, on peut penser qu'on ne trouvera pas de tumeur, car sur 200 cas opérés, on a toujours fait cette constatation négative. Et, puisqu'il convient dès lors de réduire simplement le volume du parenchyme glandulaire, il demeure tout indiqué de s'adresser à la glande gauche d'accès plus facile.

Mais quand le problème relève de l'hypertension artérielle permanente ou paroxystique, il en va tout autrement, car là, la présence d'une tumeur est possible. Dans ce cas, l'exploration des deux surrénales s'impose. Si la recherche est négative des deux côtés, on enlèvera indifféremment l'une ou l'autre des glandes.

La surrénale qu'on a décidé de supprimer étant découverte, on procédera d'abord à son isolement. Il importe de travailler toujours au contact du rein, car la graisse inter-surréno-rénale adhère à la surrénale et non au rein. La glande n'étant plus maintenue que par ses pédicules vasculo-nerveux, l'ablation en devient aisée par ligature et section des pédicules.

La surrénale est d'une extrême fragilité ; il faut agir avec douceur et utiliser les pédicules comme moyens de traction. Malgré toutes ces précautions, l'ablation en « un bloc » est souvent impossible. Oppel conseille de toujours conserver un fragment glandulaire par crainte d'accidents graves par insuffisance surrénalienne. Il importe de pratiquer très vite un examen histologique ; certains chirurgiens n'ont pas trouvé la glande ; d'autres ont extirpé de bonne foi un lobule graisseux sur la nature duquel ils se sont mépris.

Deux autres opérations sont possibles :

a) La médullectomie surrénale ;

b) L'énervation surrénale.

La destruction de la portion médullaire dont la fonction est nettement adrénaligène, laisse intacte la portion corticale indispensable à la vie. Mais cette destruction est difficile au bistouri, aussi Stricker a-t-il songé à la réaliser en usant de fixateurs histologiques : alcool à 95°, bichromate de potasse, liquide de Wiesel. C'est là un procédé aveugle qui du reste n'a pas satisfait son auteur.

L'énervation fut pratiquée pour la première fois en 1929 par Donati dans un cas de diabète, puis par Corachan.

Après section des nerfs, on réalise une sympathectomie chimique au niveau du tissu péri-surrénal à l'aide d'une solution de phénol à 4 pour 100.

Crile a tenté la même intervention contre l'hyperthyroïdie résiduelle ou récidivante, contre l'hyperthyroïdie primitive grave.

La section du splanchnique a été proposée en 1926 par Pende. Elle équivaut chez l'animal à une médullectomie physiologique. Gino Pieri l'exécuta cinq fois contre l'hypertension, une fois dans un cas d'artérite sénile avec menace de gangrène.

Physiologie de la médullo-surrénale. — L'adrénaline agit sur le cœur à la façon d'un excitant. On note une augmentation des battements et une accélération du rythme. Injectée dans l'organisme, l'adrénaline détermine au contraire un ralentissement du rythme cardiaque. Il faut attribuer cet effet à l'action cardio-modératrice du bulbe, car la section des pneumogastriques ou leur paralysie par l'atropine laisse l'adrénaline accélérer les battements du cœur comme si cet organe était isolé.

Dans ces conditions, il semble logique d'admettre une double action de l'adrénaline sur le cœur : modératrice d'une part, à la suite d'une stimulation des origines du pneumogastrique au niveau du centre bulbaire, accélératrice d'autre part, à la suite d'une excitation des terminaisons sympathiques intracardiaques.

Il est incontestable que l'adrénaline provoque la constriction de tous les vaisseaux, y compris les capillaires. Elle augmente la concentration du sang et sa coagulabilité ; sous son influence, les hématies et les globules blancs paraissent plus nombreux. Elle semble jouer un rôle important, régulateur, dans le métabolisme des hydrates de carbone ainsi qu'une action inhibitrice sur le tonus et le mouvement rythmique de l'intestin et en général sur toute la musculature du tube digestif.

Les diverses manifestations de l'adrénaline se résument dans une excitation spécifique par cette hormone, des terminaisons du sympathique. Aussi, Leriche a-t-il pu dire que « la chirurgie médullosurrénale était en quelque sorte une annexe de la chirurgie du sympathique ».

Physiologie de la cortico-surrénale. — L'importance de la cortico-surrénale est considérable. Sa suppression totale déclanche des vomissements, de la diarrhée, un ralentissement de la respiration, une chute de la pression aboutissant au collapsus et à la mort. C'est au sein de cette glande que s'élaborent la cholestérine, ses sels et diverses léci-thines. Son rôle dans le métabolisme des hydrates de carbone est bien connu, sa suppression entraîne une baisse de la glycémie, une diminution du glycogène du foie et des muscles. Son action s'exerce encore sur la composition sanguine et la pression artérielle. L'ablation de la substance corticale est suivie d'une augmentation des lymphocytes et des hématies et d'une diminution des neutrophiles, enfin d'une chute nette de la tension.

Les relations physiologiques des surrénales et des autres glandes endocrines sont pleines d'intérêt ; les rapporteurs les exposent en détails, notamment en ce qui concerne l'ovaire et le testicule.

Indications et résultats des opérations. — Les indications sont multiples :

1° Pour des tumeurs ou des kystes de la glande ne s'accompagnant d'aucune manifestation endocrinienne ;

2° Pour des tumeurs se traduisant cliniquement par un syndrome endocrinien nettement caractérisé ;

3° Pour des maladies déterminées ou simplement influencées par un hyper ou dysfonctionnement glandulaire dans lesquelles on ne rencontre pas de tumeur, quelquefois seulement une hyperplasie glandulaire, souvent même un aspect histologique absolument normal.

4° On a tenté parfois de combattre par des greffes de surrénales des maladies se traduisant par une déficience glandulaire ou attribuées à un hyperfonctionnement endocrinien.

5° La surrénalectomie et l'énervation capsulaire ont été pratiquées dans l'épilepsie, l'hypertension permanente et paroxystique, dans les maladies de Buerger et de Raynaud, le diabète, l'hyperthyroïdisme, l'asthénie neuro-circulatoire, l'ulcus gastro-duodénal, les tumeurs de la corticale et de la médullaire, les hémorragies et les kystes surrénaliens.

Quels ont été les résultats ?

Dans l'épilepsie, la thérapeutique chirurgicale a été abandonnée.

Dans les hypertensions, notamment dans celles qui paraissent liées à la ménopause, on a noté, à côté de quelques succès, des échecs manifestes.

Dans la maladie de Buerger, la surrénalectomie est efficace si le sujet possède des voies artérielles périphériques suffisamment perméables, susceptibles de vaso-dilatation post-opératoire.

Dans la maladie de Raynaud, les sympathectomies périvasculaires sont d'ordinaire efficaces ; aussi n'a-t-on pratiqué qu'exceptionnellement la surrénalectomie.

L'énervation surrénalienne au cours du diabète a peut-être amélioré le métabolisme des hydrates de carbone dans des cas insulino-résistants. La même opération préconisée dans certains syndromes d'asthénie d'origine neuro-circulatoire et dans l'ulcus gastro-duodénal a été pratiquée trop rarement pour qu'on puisse en juger sainement les résultats.

Quant aux greffes surrénaliennes, elles semblent, sauf exception, nettement inefficaces.

Crile aurait énervé 71 fois les surrénales pour des crises d'hyperthyroïdisme au cours de la maladie de Basedow, avec 95 % de guérisons. Le plus souvent les malades ainsi traités avaient déjà subi une thyroïdectomie et la maladie de Basedow avait récidivé.

Giordano conseille l'énervation avant toute intervention grave portant sur la thyroïde.

Si l'on veut mettre quelque clarté dans l'étude des résultats obtenus dans le traitement des tumeurs cérébrales, il convient de distinguer :

1° Les tumeurs des éléments embryonnaires qui se généralisent trop rapidement pour qu'un traitement puisse être pratiqué assez tôt :

2° Les ganglioneuromes qu'aucun symptôme clinique n'accompagne et qui de ce fait sont la plupart du temps des trouvailles nécropsiques ;

3° Les paragangliomes que traduisent des crises d'hypertension paroxystiques et qui le plus souvent sont de nature bénigne. Presque toujours elles appartiennent au cortex. Elles conditionnent suivant les cas, le syndrome génito-surrénal, le syndrome hypertensif, le syndrome d'insuffisance surrénale. Certaines audaces chirurgicales ont été couronnées de succès, mais il faut avouer que presque toujours ces tumeurs avaient dégénéré au moment où l'on décidait de les extirper.

Les chances de succès opératoires au cours des hémorragies intra-surrénaliennes sont minimes. On intervient d'ordinaire sans diagnostic précis, on ne découvre pas toujours le foyer, et la bilatéralité fréquente de ces hémorragies complique encore leur thérapeutique. Les grands kystes hématiques doivent être enlevés ou marsupialisés.

La seconde partie de cet intéressant travail est une étude critique de la surrénalectomie dans le traitement des artérites oblitérantes.

Après un rappel des travaux d'Oppel pour qui l'artérite spontanée est la conséquence d'une hyperadrénalinémie, Leibovici, spécialement chargé de ce chapitre, constate que les travaux en question ne présentent aucune base clinique, anatomique ou expérimentale certaine. De plus, en présence d'une affection aussi lente que la thrombo-angéite oblitérante, on ne saurait parler de guérison que si l'on disposait de résultats nombreux et observés depuis plusieurs années. Au total, pour juger, il faudrait un recul aussi considérable que celui qu'on exige d'ordinaire pour apprécier la valeur d'une thérapeutique anti-cancéreuse.

Il est donc trop tôt, pour la plupart des observations rapportées par les différents auteurs, de parler de guérisons définitives. Du reste, la valeur de la surrénalectomie ne peut se mesurer qu'à son aptitude à éviter l'amputation, et cette « aptitude » varie avec les statistiques des opérateurs.

Statistique d'Oppel. — Elle comporte 42 résultats éloignés dont 29 seulement remontent à plus de deux ans. On note 19 récidives dont 3 mortelles ; 8 malades furent amputés des 2 membres inférieurs ; 8 présentèrent une extension progressive des lésions oblitérantes. Parmi les 25 cas considérés comme des succès, 14 seulement datent de 2 ans. Mais l'auteur appelle « succès » les cas où le pouls a réapparu au niveau d'une artère qui ne battait plus, même si l'on a dû quand même pratiquer une ou deux amputations. Au total, les 12 plus beaux résultats se rapportent à des malades chez qui la surrénalectomie précocement pratiquée semble avoir évité la gangrène et permis la conservation des deux membres inférieurs.

Statistique de Herzberg. — Sur 106 malades surrénalectomisés, beaucoup furent soulagés, mais presque toujours le résultat fut éphémère. « On avait espéré », dit l'auteur, « que l'épinéphrectomie serait un traitement causal qui guérirait la gangrène spontanée, mais ces espoirs ne se sont pas réalisés et c'est pourquoi l'épinéphrectomie ne s'est pas répandue. »

Statistique de Leriche. — Il s'agit de 12 observations avec 5 échecs complets, 2 échecs partiels, 5 succès dont 3 parfaits et 2 relatifs ; encore certains de ces résultats sont-ils bien récents.

Statistique de Hertz. — L'auteur ne cache pas sa déception. « Avec un recul de 7 ans, dit-il, mon avis est le même que quand j'ai publié les observations de mes 6 surrénalectomisés. » Il ne voit pas de différence entre les cas opérés et les autres.

Le rapporteur conclut que la surrénalectomie n'est encore qu'une opération expérimentale et qu'il convient de lui préférer jusqu'à nouvel ordre la sympathectomie lombaire.

Certes, il ne s'agit pas là d'un traitement causal, mais plus modestement d'une méthode efficace, susceptible de provoquer souvent une vaso-dilatation assez durable pour améliorer une circulation jusque-là déficiente.

Les traitements non-opératoires. — *La radiothérapie* agirait davantage sur le système sympathique que sur la surrénale elle-même. Elle semble surtout efficace contre l'élément douleur.

On a proposé l'*injection endo-veineuse de vaccins* dans le but de provoquer une élévation de la température et conséquemment une vaso-dilatation. Cette méthode est encore à l'étude.

Mais la thérapeutique médicale la plus intéressante est celle de *Silbert* (*de New-York*). Cet auteur voit dans l'abus du tabac une des causes les plus fréquentes de la thrombo-angéite oblitérante. Il interdit complètement l'usage de ce toxique et pratique trois fois par semaine une injection intra-veineuse de sérum hypertonique (300 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 5 %).

Si la gangrène est très localisée et s'accompagne de fortes douleurs, il convient d'ajouter une névrectomie des rameaux sensitifs du pied.

Sur 116 malades ainsi traités depuis 2 ans, Silbert n'a fait que 21 amputations. 49 d'entre eux ont été suivis de 2 à 3 ans, 26 de 3 à 4 ans, 16 de 4 à 5 ans, 5 de 6 à 7 ans. Sur 45 sujets qui avaient déjà perdu un membre, 7 seulement furent amputés de l'autre côté, soit 16 %. Une série analogue d'uni-amputés non traités donnait 46 % d'amputations du second membre dans les 10 ans.

Sous l'influence de ce traitement, il semble bien que l'artérite se stabilise. On note aussi une amélioration sensible de toute la circulation générale.

Le rapporteur souligne qu'aucune autre thérapeutique n'a évité autant d'amputations. Mais il lui semble que la

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 3 grammes
par jour

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C. Seine.

suppression du tabac soit une condition « sine qua non » des résultats escomptés.

Discussion.

M. SILBERT (de New-York) traite les artérites oblitérantes médicalement ; grâce à sa technique personnelle exposée en détails par les rapporteurs, sur 500 malades environ suivis de 2 à 9 ans, il a obtenu 98 % de succès.

19 amputations ont été nécessaires, mais on a pu presque toujours les pratiquer au-dessous du genou (16 contre 3 à la cuisse).

Dans les formes ulcérées, on compte 174 guérisons sur 255 malades avec 42 morts et 39 sujets non guéris (23 fois abandon de traitement et 16 trop récemment traités).

M. CORACHAN (de Barcelone), se basant sur ses expériences personnelles, arrive aux conclusions suivantes :

I. Le rôle physiologique des surrénales dans la régulation du métabolisme des hydrates de carbone est incontestable.

II. L'énervation des surrénales détermine chez l'animal une atténuation marquée des troubles d'origine diabétique.

III. Les essais tentés sur l'homme sont encourageants et dans tous les cas ne présentent aucun danger. Il importe cependant d'en perfectionner la technique.

M. LERICHE (de Strasbourg). — La question traitée par les rapporteurs incite l'auteur à définir certains points de la pathologie endocrinienne encore si mal connue.

I. Les glandes à sécrétion interne sont rarement atteintes par l'infection. Leur pathologie réside surtout dans les variations qualitatives ou quantitatives de leurs produits de sécrétion.

II. Il y a d'abord un type pathologique que l'on peut appeler une hypertrophie par nécessité physiologique sous l'influence d'un appel à l'hormone. Dans les cas extrêmes, cette hypertrophie peut aller jusqu'à l'adénomisation.

III. Il existe aussi un état pathologique du fait de l'interdépendance des glandes hormonales ; un excès d'une sécrétion hypophysaire par exemple déclanche l'apparition d'adénomes surrénaux ou une hypertrophie adénomateuse thyroïdienne.

IV. L'union physiologique du sympathique et du système endocrinien complique souvent ces manifestations pathologiques.

V. En vérité, l'étude anatomo-pathologique des lésions hormonales est fort peu avancée. Il n'y a pas très longtemps, le corps thyroïde était considéré comme normal dans la maladie de Basedow.

VI. S'inspirant de ces faits, Leriche se déclare « conservateur ». Ses préférences thérapeutiques sont pour l'énervation et les opérations sympathiques. Il rapporte deux observations de greffes surrénaliennes et étudie la physiologie de l'hypertension qui lui paraît de plus en plus d'origine endocrinienne. Il a opéré 4 cas : une hypertension paroxystique par exérèse d'une petite tumeur chromaffine, trois hypertensions solitaires graves, avec une mort opératoire et 2 guérisons.

Pour ce qui est de la maladie de Buerger, l'auteur pense qu'il existe au début un spasme artériel généralisé qui précède la thrombose. Ce spasme serait fonction de la surrénale plus que du sympathique. L'expérimentation a montré en effet que l'injection de la parathormone provoque des thromboses artérielles et entraîne une hyperactivité fonctionnelle de la surrénale.

Suivant les cas, le traitement comportera l'artériectomie, les sympathectomies ganglionnaires, la surrénalectomie.

MM. FONTAINE, SALDARRIAGE et FRŒHLICH signalent les services considérables qu'on peut attendre de l'artériographie dans le diagnostic de la nature et de l'étendue des artérites.

Ils montrent qu'au stade pré-oblitératif, les différentes variétés d'artérites possèdent des images radiographiques ; l'artériogramme d'une maladie de Buerger diffère de celui d'une artérite sénile.

Plus tard, au stade des oblitérations, on est frappé par la fréquence des obstructions très localisées. L'artériographie en précise la topographie et montre comment se rétablit la circulation en aval.

Dans une seconde partie de leur communication, les auteurs considèrent les résultats de l'énervation des surrénales. Pratiquée sur une seule des glandes ou même sur les deux glandes, elle n'entraîne qu'une chute passagère de la tension ; il n'y a jamais d'hypotension durable. Cependant chez des chiens ainsi traités, certains réflexes hypertenseurs ne peuvent plus être obtenus.

L'énervation de la surrénale est sans effet sur les hypertensions chroniques consécutives à une névrectomie sinusocarotidienne bilatérale.

M. APPELMANS (de Louvain) communique une intéressante observation de tumeur surrénale avec hypertension paroxystique. En dépit d'un examen très complet, clinique, histologique et chimique, l'auteur déclare ne pouvoir arriver à une conclusion ferme quant à la nature exacte du néoplasme qu'il suppose cependant être une tumeur de la médullaire.

MM. ZIMMERN et BRUNET (de Paris) ont obtenu quelques guérisons par la radiothérapie des surrénales au cours des artérites oblitérantes. Mieux connue et mieux expliquée, cette thérapeutique éviterait certainement bien des amputations.

M. JIANO (de Bucarest) apporte 13 observations : 8 surrénalectomies, 4 énervations, 1 homogreffe. L'ablation de la glande a été faite 2 fois pour hypernéphrome (une amélioration et une mort), 2 fois pour épilepsie essentielle (deux échecs), 4 fois pour artérite oblitérante (un cas trop récent, trois échecs mais ayant permis des amputations économiques).

L'énervation pratiquée chez des diabétiques athéromateux n'a pas modifié les troubles vasculaires, mais les crises viscérales et les douleurs fulgurantes ont disparu.

L'homogreffe massive, tentée dans un cas de neurofibromatose généralisée, a donné une amélioration.

M. WELTI (de Paris) considère l'opération préconisée par Crile comme efficace et non dangereuse. Il l'a pratiquée avec succès dans un cas d'asthénie neuro-circulatoire avec sympathicotonie et légère hypertension artérielle.

On aborde la surrénale par la voie lombaire. Sa découverte est parfois laborieuse. C'est sa couleur et surtout sa consistance qui guident le chirurgien. Une fois reconnue, la glande est soulevée à l'aide d'un instrument spécial en forme de fourchette. Ce procédé rend visibles les filets nerveux que l'on veut sectionner.

Si l'on intervient des deux côtés, il est nécessaire, avant d'enlever la deuxième glande, d'attendre que la glande opérée ait cessé d'être inhibée par le traumatisme opératoire. Un intervalle de trois mois doit ainsi séparer les deux interventions.

Dans la maladie de Basedow, on ne doit jamais recourir d'emblée à l'énervation surrénalienne. Celle-ci peut être la cause d'accidents graves d'hyperthyroïdisme post-opératoire. Il faut avant tout réséquer le corps thyroïde ; la guérison de l'hyperthyroïdisme suivra dans la plupart des cas, sinon, il sera toujours temps de procéder secondairement à l'énervation surrénalienne.

E.-A. DARIAU.

GYNŒSTRYL

FOLLICULINE CRISTALLISÉE

DU Dr ROUSSEL

(HORMONE OVARIENNE CHIMIQUEMENT PURE)

Voie buccale

DI-HYDRO-FOLLICULINE
ASSIMILABLE A 100 %
Deux Présentations : GOUTTES / COMPRIMÉS

DOSE MOYENNE (EN 3 PRISES)
50 Gouttes ou 4 Comprimés correspondent à 1000 U.I.

Le Flacon ou la Boîte représente :
10 000 U.I. — 18 Frs

Voie intra-musculaire ou sous-cutanée

SOLUTION HUILEUSE
titrée à 1/10e de milligramme par c.c

soit 1.000 UNITÉS INTERNATIONALES par ampoule
(De 1/4 c.c. à 1 c.c. tous les deux jours)

6 ampoules de 1 c.c. 20 Frs

PATHOLOGIE DES RÈGLES
PUBERTÉ - MÉNOPAUSE
HYPOTROPHIE DES PRÉMATURÉS ET DES NOURRISSONS

LABORATOIRES DU DOCTEUR ROUSSEL
89, Rue du Cherche Midi - PARIS (VIe)

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1934)

M. le PRÉSIDENT WALTHER renouvelle à M. Guéniot les félicitations et les vœux de l'Académie, à l'occasion de son entrée dans sa 103e année.

Le vénéré doyen de l'Académie, salué par des applaudissements chaleureux, remercie très affectueusement ses collègues.

M. le PRÉSIDENT fait ensuite part de la mort de M. Lucien Camus, membre titulaire, et de M. Chagas (de Rio de Janeiro), correspondant étranger.

M. BOUGAULT lit une notice nécrologique sur M. Meillère.

Service de l'hygiène. — M. Louis MARTIN donne lecture de son rapport concernant le service de l'hygiène et des maladies contagieuses.

Passant en revue les différents types d'hôpitaux actuellement en service depuis l'hôpital carré (Saint-Louis), l'hôpital en croix (Laënnec), l'hôpital à pavillons séparés (Boucicaut), etc..., jusqu'à l'hôpital bloc (nouveau Beaujon), M. Martin examine d'abord les conditions de réalisation d'un hôpital moderne, envisagé au point de vue de l'hygiène hospitalière.

Dans la seconde partie de son rapport, il passe en revue les documents envoyés chaque année par les hygiénistes sur les maladies contagieuses et leur prophylaxie.

Ses conclusions sont les suivantes :

Pour la typhoïde, on n'use pas assez des excellents moyens de prophylaxie que sont la vaccination et la javellisation des eaux ; quant à la diphtérie, elle devrait disparaître si la vaccination était plus généralisée. Le moment est venu d'envisager la vaccination obligatoire, déjà demandée par l'Académie.

La mortalité diminuerait si les médecins voulaient bien se souvenir, comme le disait M. Roux, que la diphtérie est un empoisonnement dans lequel il faut intervenir d'autant plus vite que le bacille est plus toxigène.

Nature des ultravirus et du bactériophage. — MM. C. LEVADITI, P. HABER et G. HORNUS. La nature des virus invisibles et du bactériophage est loin d'être précisée. Sont-ils de la matière organisée vivante, reproductible et adaptable, ou bien se rapprochent-ils des toxines et des diastases ? Les auteurs apportent des preuves expérimentales en faveur de la première de ces conceptions. L'emploi de la gonacrine *in vitro* leur a permis de rapprocher les ultravirus et les bactériophages des bactéries cultivables et de les séparer des ferments solubles et des toxines microbiennes, telles la toxine tétanique et diphtérique. Ainsi, les virus invisibles et les bactériophages doivent être considérés comme des êtres organisés, capables de se multiplier si les milieux s'y prêtent, et adaptables, quoique d'une constitution plus simple que celle des bactéries proprement dites.

Intoxications inapparentes dans les industries et surveillance médicale des ateliers. — M. F. HEIM DE BALSAC. Les intoxications professionnelles dans les industries présentent une période d'invasion précédant la période d'état : présaturnisme, prébenzénisme, dont l'étude conditionne, pour une large part, les progrès de l'hygiène industrielle.

L'existence d'une imprégnation latente, progressive, de l'organisme par le toxique, est révélée par l'emploi de méthodes de laboratoire, alors que le sujet ne présente pas encore de signes cliniques.

En proposant le terme d'intoxications inapparentes pour désigner ces états d'imprégnation latente, l'auteur souligne l'importance primordiale de cette notion pour la surveillance médicale des ateliers produisant ou manipulant des toxiques.

Sur le traitement du zona par le vaccin antistaphylococcique. — M. CAMESCASSE.

Election. — M. le professeur Vigo Christiansen (de Copenhague), l'éminent neurologiste danois, est élu associé étranger.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1934)

Granulie froide chez un indigène syphilitique et paludéen : traitement antisyphilitique. Méningite tuberculeuse. — M. LEVI-VALENSI. Observation de granulie froide un moment réchauffée chez un paludéen syphilitique. Ce cas est la transition entre les granulies chroniques et les granulies aiguës classiques. La généralisation sanguine a suivi de près la mise en œuvre du traitement spécifique.

Le bismuth passe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien? — MM. SÉZARY, BARBÉ et Mlle LACKENBACKER disent que ni une solution glycoléo anionique et un complexe de bismuth et d'iode, ni les solutions huileuses d'iodure de bismuth et de sodium ou de campho-carbonate de bismuth ne sont capables de passer du sang dans le liquide. Les résultats contraires publiés sont erronés, — ce qui tient à l'imperfection de la méthode employée.

Néphrite mercurielle à évolution subaiguë. — MM. RATHERY, DEROT, SALLET et MOLINES. Néphrite par intoxication par l'oxycyanure de mercure ayant évolué vers la mort en 56 jours. Le 16e jour apparut une tumeur de l'hypocondre droit, due à une hypertrophie considérable du rein sans collection suppurée. Il apparaît, en l'espèce, qu'un facteur infectieux s'est surajouté au facteur toxique, car à côté de lésions toxiques existaient des lésions inflammatoires.

Forme bénigne de la néphrite saturnine. — MM. RATHERY, DEROT, MOLINES. Observation d'une intoxication saturnine secondaire à l'ingestion de faibles doses répétées de sous-acétate de plomb. Comme symptômes : subictère, albuminurie, cylindrurie, troubles de l'équilibre acidosique et des éliminations azotées et chlorurées. Guérison.

Un cas de bradycardie atteignant 10 pulsations par minute avec crises convulsives donnant le tableau du syndrome de Stockes-Adam, liée à une diphtérie pharyngée. — MM. DENECHAU et RUFFAULT (d'Angers).

Flutter auriculaire durant 10 années avec crises angineuses provoquées par des accès de tachysystolie ventriculaire. — MM. ROCH, SCICLOUNOFF et DUCHOSAL (Genève). Observation d'un homme de 57 ans, souffrant depuis dix ans de crises douloureuses prolongées, survenant chaque fois que le flutter auriculaire imposait son rythme rapide aux ventricules. Traitement par digitaline à hautes doses, ramena momentanément le rythme normal et une amélioration. A l'autopsie, lésions cicatricielles de myocardite ancienne.

Diabète avec dénutrition. Cancer du pancréas et cancer secondaire du foie. Disparition du diabète. — M. BICKEL.

DERMATOSES
PRURITS
3 CACHETS PAR JOUR
EUPHORYL
CAS AIGUS : INTRAVEINEUSES
ANAPHYLAXIES
LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS - XII^e

L'ASCOLÉINE RIVIER
renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)
Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.
Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**
H. RIVIER, Ph^ien, Succr de LANCELOT & C^ie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE-INCOLORE PROPRE-INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

Observation d'un grand diabétique traité par l'insuline. Au cours de l'évolution, crises douloureuses abdominales avec développement de l'abdomen, gros foie, ascite, troubles l'insuffisance pancréatique. Diminution et disparition de la glycosurie, aggravation de l'état général. Mort dans le coma ; à l'autopsie, foie rempli de métastases cancéreuses ; tumeur à cellules langerhansiennes dans le pancréas.

Accès d'hypoglycémie convulsive précédant un diabète juvénile grave. — M. BICKEL. Jeune fille de 19 ans montrant une hyperglycémie exagérée suivie d'une hypoglycémie excessive tombant jusqu'à 0,44 : une des crises fut accompagnée d'épilepsie. Développement ultérieur d'un grand diabète juvénile.

Néphrite chronique douloureuse pseudo-lithiasique. — M. COSTEDOAT. Malade très hypertendu présentant dans la région lombaire des douleurs très violentes intermittentes, parfois quotidiennes, semblables à celles de la lithiase, et irradiant en ceinture, suivies parfois d'hématurie. Mort par urémie. A l'autopsie, néphrite chronique scléro-atrophique, sans calcul ni infarctus.

Myasthénie et glucides. — MM. COSTEDOAT et AUJALEUR Cas de syndrome de Erb-Goldflamm. Traitement prolongé par l'insuline. Pas d'amélioration appréciable. Les auteurs croient vraie la théorie expliquant la myasthénie par un trouble de la reconstitution du glycogène musculaire après la contraction.

Vaccin antilépreux de Vaudremer. Son action thérapeutique. — MM. SÉZARY, G. LÉVY et BOLGERT. Sur 4 cas, le vaccin a eu une action rapide et incontestable sur certaines manifestations allergiques, telles que : gros œdèmes de la face, des mains et des pieds, douleurs névralgiques, iritis : amélioration rapide de l'état général : sans action sur les manifestations lentes : tubercules lépreux, névrite des gros troncs.

Orchi-épididymite streptococcique au cours d'une streptococcie grippale. — MM. ANDRIEU, GUICHÈNE et PARNET. Orchi-épididymite à streptocoques hémolytiques chez un grippé grave au 22e jour, et une broncho-pneumonie. Extrême rareté de cette complication. Distinction à faire entre l'orchi-épididymite grippale primitive due au virus grippal et la secondaire due aux germes d'infection secondaire.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1934)

Sur les syndromes hépato-thyroïdiens. — MM. PARTURIER et PENAU.

Note sur les syndromes parathyroïdiens. — MM. PARTURIER, PENAU et VALLERIX.

Fièvre typhoïde avec ictère grave et hyperazotémie : l'azotémie infectieuse et son action hypothermisante. — MM. BERNARD et LEFEBVRE DE SAINT-LAURENT.

Fièvre typhoïde et pleuro-typhus. — M. BERNARD.

Psoriasis guéri par injections de vaccin antistaphylococcique. — M. DELATTRE.

Intoxication mortelle par le laudanum de Sydenham. Tentative de traitement par l'alcool intra-veineux. — M. LESAGE.

Eclampsie grave avec coma prolongé. Guérison. — MM. KLEIN et CAMUS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

L'assemblée générale du syndicat des chirurgiens français s'est tenue le 10 octobre 1934, sous la présidence du professeur Lambret, de Lille.

200 chirurgiens environ y assistaient.

D'importantes résolutions ont été prises, résumées par les ordres du jour suivants :

Statut corporatif des chirurgiens. — 1. — Ordre du jour (Dr Colombet) :

Les membres du syndicat des chirurgiens français,

1° Rappellent à leurs collègues qu'il est contraire à la discipline corporative d'opérer des malades non indigents à un tarif inférieur au tarif syndical minimum.

2° Leur recommandent de refuser ou de cesser toute collaboration avec les fondations publiques ou privées qui ne demanderaient pas à ces malades :

1° Un prix de journée normalement établi ;

2° Des honoraires chirurgicaux conformes au tarif syndical minimum ;

3° Chargent leur bureau de veiller énergiquement au respect de ces principes essentiels à la moralité et à la dignité de notre profession.

2. — Ordre du jour (Dr Leveuf) :

Les membres du syndicat des chirurgiens français sont priés d'envoyer au secrétariat des renseignements précis sur les fondations privées qui ne sont ni des hôpitaux de l'Assistance publique, ni des maisons de santé privées.

3. — Ordre du jour (Dr Picard) :

Après avoir pris connaissance de l'article paru dans l'Hôpital : « Une conception syndicaliste de l'organisation hospitalière », l'assemblée :

Proteste énergiquement contre l'affirmation de l'insuffisance des cliniques chirurgicales particulières, cliniques qui constituent au contraire une part importante de l'armement sanitaire français moderne,

Regrette que la généralisation d'un tel projet ait pu être proposée, au mépris des intérêts les plus légitimes de ceux d'entre nous qui ont dû créer et entretenir ces cliniques, au prix de lourds sacrifices personnels, et non grâce à l'appoint des contribuables et des deniers publics.

4. — Ordre du jour (Dr Le Filliatre) :

Les membres du syndicat des chirurgiens français émettent le vœu que le Conseil intervienne auprès des pouvoirs officiels pour leur demander l'*interdiction absolue*, à moins d'urgence, de l'admission des malades ou blessés non indigents dans les hôpitaux de l'Assistance publique créés pour les seuls indigents, conformément à la loi.

Enseignement. — L'assemblée générale félicite le professeur Portmann, pour sa défense des intérêts du corps médical et approuve son projet de loi sur la réglementation des étudiants dans les Facultés de médecine,

Déclare souhaitable que le nombre des médecins soit limité d'après les besoins de la population, grâce à un concours imposé aux futurs étudiants en médecine, à la sortie du P. C. N.

Brevet de chirurgien (Dr Buizard). — Le titulaire du brevet de chirurgien conserve tous les droits et tous les prérogatives de son diplôme de docteur en médecine ; mais il est évident qu'il ne pratiquera l'exercice de la médecine générale ou d'une autre spécialité non chirurgicale qu'à titre exceptionnel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

Granulé - Comprimés - Injectable

RACHITISME - FAIBLESSE DES OS - CROISSANCE CHEZ LES ENFANTS

ALLAITEMENT - GROSSESSE - SURMENAGE INTELLECTUEL, ETC.

R. C., 221.339, Se.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ESTOMAC DYSPEPSIE GASTRALGIE | **INTESTIN** ENTÉRITE *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée

DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[t] Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.

VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie!!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours

le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie

J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

LA SAUVEGARDE DU REIN

GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

DÉSINFECTION INTESTINALE = **CHLORAMINE FREYSSINGE**

1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT

RHIZOTANIN CHAPOTOT

TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE

NEUTRALISATION des TOXINES

AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES

2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.

Avoir soin de bien spécifier.

Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS

R. C. Seine, 20.019

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE

DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE

ELIXIR GREZ ET PILULES

CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs

DOSES, 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. *Enfants :* 1 à 2 cuillerées à dessert

Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

OPOTHÉRAPIE ISCOVESCO

LIPOÏDES H.I : Extrait naturel total & stable de l'organe

AMPOULES INJECTABLES ET PILULES

HORMONES NATURELLES DE L'OVAIRE

GYNOCRINOL

Toutes les indications de l'Opothérapie ovarienne

HORMONES ORCHITIQUES

ANDROCRINOL

Asthénie Génitale, Surmenage. Opothérapie croisée complémentaire

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE SANS ADRÉNALINE

ADRÉNOL TOTAL

Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde; Asthénie des Hypertendus.

POSOLOGIE : *Une injection hypodermique journalière ou 6 à 9 pilules par jour*

LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, Rue DES DAMES - PARIS

Tél. WAGRAM 07-90

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 21 NOVEMBRE 1934. — N°93

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Syndrome de Landry à forme sensitivo-motrice, par M. Félix Dancenis.

XVIe RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE. (Compte rendu, par MM. M. Lance et P. Bertrand.)

Première question : « Traitement chirurgical du thorax en entonnoir. » Rapporteur : M. Ch. Garnier (de Paris).

Discussion.

Deuxième question : « Le traitement des paralysies spasmodiques. » Rapporteurs : MM. J. Delchef (de Bruxelles) et G. Roudil (de Marseille).

Discussion.

Communications diverses.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société de pédiatrie.

CHRONIQUE

Remise d'une médaille au professeur J.-L. Faure, par F. L. S.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

NOTES POUR L'INTERNAT

Pneumothorax tuberculeux. Signes et diagnostic (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Jury : MM. les docteurs Courcoux, Ramond (Félix), Tinel, Lereboullet, Herscher.

Censeurs : MM. les docteurs Pollet, Pichon.

— *Chirurgie et accouchements.* — Jury : MM. les docteurs Gernez, Wilmoth, Capette, Métivet, Guéniot.

Censeurs : MM. les docteurs Sénèque, Gueullette.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Nouveau régime* (session de février 1935). — Les consignations pour la session de réparation de février seront reçues les lundi 10 et mardi 11 décembre, au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 h., guichet 2 pour les 1re, 2e et 3e années; guichet 3 pour les 4e et 5e années.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — *Ouverture d'un concours pour six places d'interne en médecine et la désignation d'internes provisoires à l'hôpital franco-musulman.* — Un arrêté préfectoral, en date du 16 octobre 1934, a autorisé l'ouverture d'un concours pour six emplois d'interne en médecine à l'hôpital franco-musulman et la désignation d'internes provisoires. Ce concours commencera le lundi 17 décembre 1934. Les inscriptions seront reçues du 17 novembre au 1er décembre inclus (dimanches et fêtes exceptés), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., à la Préfecture de la Seine, annexe Lobau, 2, rue Lobau, service de l'Assistance départementale, 3e bureau, escalier A, 2e étage, porte 227, où tous les renseignements complémentaires pourront être donnés aux candidats.

Renseignements sur l'hôpital. — L'hôpital franco-musulman comptera environ 260 lits réservés aux malades musulmans de Paris et de sa banlieue. Ces lits seront répartis dans les services suivants :

Médecine générale : docteurs Rousseau et Nicolas, médecins des dispensaires musulmans.

Maladies vénériennes et cutanées : docteur Machtou, médecin de l'Institut prophylactique.

Tuberculose pulmonaire : docteur Sakka, médecin de l'Office public d'hygiène sociale.

Chirurgie et tuberculose osseuse : docteur Thalheimer, chirurgien des hôpitaux.

Electro-radiologie : docteur Ledoux-Lebard, radiologiste des hôpitaux.

Maladie des yeux : docteur Montbrun, médecin des hôpitaux.

Nez, gorge, oreilles : docteur Leroux, médecin des hôpitaux.

NATIBAÏNE

ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

L'hôpital constituera pour les internes un centre complet d'études. Ils auront notamment la possibilité d'y étudier les affections particulières aux originaires de l'Afrique du Nord et de l'Orient. Leurs recherches pourront être poursuivies dans les services et leurs observations complétées, notamment en ce qui concerne la parasitologie et la microbiologie, dans les laboratoires de l'hôpital, lesquels seront placés sous la direction de M. le docteur Jausion, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE. — Sont nommés membres du Conseil supérieur dans la section des sciences biologiques :

MM. les professeurs Achard (Paris), Bouin (Strasbourg), Lapicque (Faculté des sciences de Paris), André Mayer (Collège de France), Policard (Lyon), Vlès (Strasbourg).

Membres hors section : MM. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, et le professeur Roussy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE DANS LES DÉPARTEMENTS DU HAUT-RHIN, DU BAS RHIN ET DE LA MOSELLE. — Un arrêté du commissaire général de la République du 24 septembre 1919 maintenait le droit d'exercer à tout dentiste non diplômé en exercice en Alsace et Lorraine au 11 novembre 1918. Le même arrêté donnait l'autorisation de s'installer aux dentistes non diplômés d'origine alsacienne ou lorraine, ou ayant acquis la qualité de Français en exécution du traité de paix « qui auront commencé leur apprentissage avant le 11 novembre 1918 et qui justifieront d'une durée d'apprentissage suffisante... »

Cette mesure transitoire cessera d'être appliquée à partir du 1er novembre 1934.

Un décret, en date du 7 novembre, décide que désormais il ne sera plus délivré aux dentistes non diplômés l'autorisation de s'installer pour exercer l'art dentaire dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

A LA MÉMOIRE DES MEMBRES DU SERVICE DE SANTÉ MORTS POUR LA PATRIE. — Un Comité présidé par M. le médecin général inspecteur Rouget adresse un appel pour l'érection d'un monument de la reconnaissance nationale :

A la mémoire des 1.600 médecins et pharmaciens tués ou morts de leurs blessures pendant la grande guerre.

A la mémoire des 150 officiers d'administration tués.

A la mémoire des 140 dentistes tués.

A la mémoire des 70 aumôniers de toutes confessions qui succombèrent dans l'accomplissement de leur ministère.

A la mémoire des infirmières tuées au chevet de nos soldats ou victimes d'épidémies.

A la mémoire des officiers et hommes de troupe du train des équipages du Service de santé.

A la mémoire des 9.000 brancardiers tombés pour le salut de leurs camarades.

Le monument sera élevé à Lyon, siège de l'Ecole du Service de santé militaire.

Le trésorier est M. Deffins, pharmacien lieutenant-colonel de réserve, 40, faubourg Poissonnière, à Paris (Xe), chèques postaux Paris n° 36.243.

ASSOCIATION NATIONALE DES MÉDECINS MUTILÉS ET PENSIONNÉS DE GUERRE. — L'assemblée générale de l'Association nationale des médecins mutilés et pensionnés de guerre se tiendra le 9 décembre 1934, à 9 h. 45, au siège social, 85 *bis*, rue du Faubourg Saint-Honoré.

Un déjeuner amical suivra, à 12 h. 45, au restaurant Giroix, 16, rue du Château-d'Eau.

Le secrétaire général est le docteur R. Wurmser, 128, boulevard de Clichy, Paris (XVIIIe).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 3 décembre 1934, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une douloureuse émotion la mort du docteur Chastenet de Géry, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital Paul Brousse, membre de la Société nationale de chirurgie.

La *Gazette des hôpitaux* publiera prochainement une notice sur son cher collaborateur disparu.

— Nous apprenons aussi la mort de MM. les docteurs Toussaint Guilheaume (de Manosque), F.-J. Donnat (d'Avignon); René Semelaigne, ancien interne des hôpitaux de Paris; Belletrud, ancien conseiller général des Alpes-Maritimes; Bodin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE

REMISE D'UNE MÉDAILLE AU PROFESSEUR J.-L. FAURE

A l'occasion de sa retraite, les élèves et les amis du professeur Jean-Louis Faure lui ont remis dimanche une belle médaille à son effigie, due au sculpteur Pillet.

La cérémonie a eu lieu à l'hôpital Broca, dans l'amphithéâtre de la clinique gynécologique où, en 1919, Faure succéda à Pozzi. Après tant d'années d'un enseignement qui a revêtu un éclat incomparable, J.-L. Faure, atteint par l'âge de la retraite, cède maintenant la place à Robert Proust. Une fois encore il a pu voir réunis dans le vaste amphithéâtre ses collègues de l'Institut, de l'Académie de médecine, de la Faculté, des hôpitaux, tous ses élèves et d'innombrables amis.

M. Siredey, vice-président de l'Académie de médecine, prit le premier la parole.

Rappelant son ancienne collaboration avec le maître, il dit avec esprit toute la fierté qu'il ressentit un jour, lorsqu'un malade l'appela : « M. Siredey-Faure. »

Puis, M. le doyen Roussy, au nom de la Faculté de médecine, M. Georges Labey, président de la Société de chirurgie, M. Boudy, au nom de l'Assistance publique, le médecin général inspecteur Sieur, M. le Dr Henrotay, d'Anvers, au nom de l'Association Internationale de chirurgie ; M. Douay, au nom des collaborateurs de M. J.-L. Faure lui exprimèrent leur admiration, leur gratitude et leur affection. Mlle Suzanne Lévy donna ensuite lecture de nombreux télégrammes, et en particulier d'une remarquable lettre de M. le professeur Forgue (de Montpellier.)

Enfin, M. J.-L. Faure, très ému, remercia ses amis. Et ce fut pour tous une joie d'entendre une fois encore cet orateur brillant, original, aux envolées généreuses rappeler les étapes de sa longue vie consacrée au service des malades, aux travaux scientifiques et aussi à la recherche du bien public.

F. L. S.

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE *Rachitisme, Lymphatisme*
PILULES ET GRANULES

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULe PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

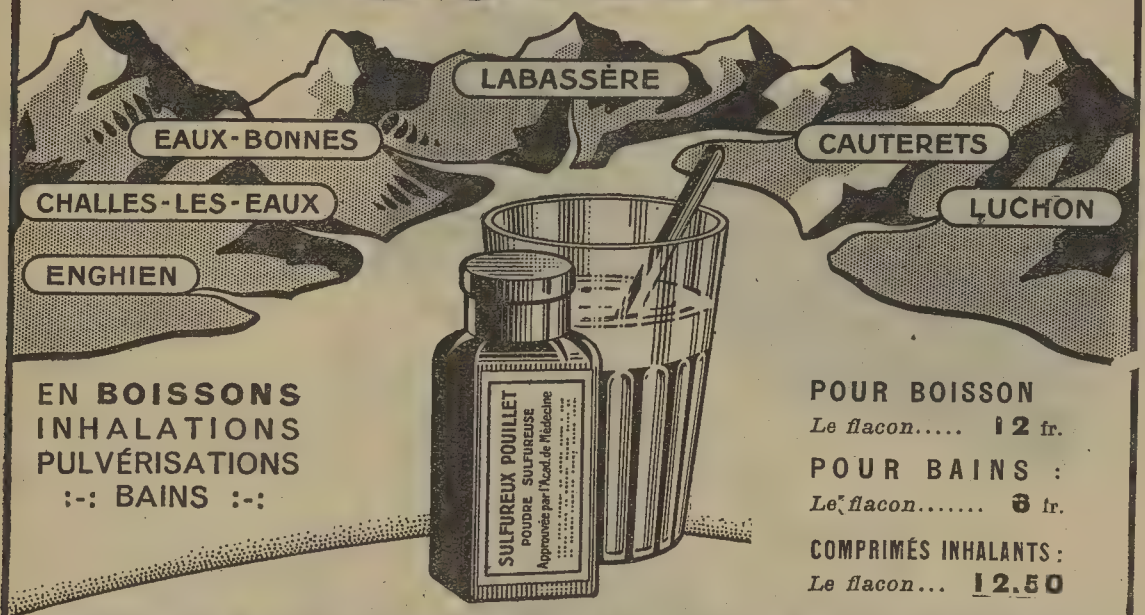
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

* *

SULFUREUX POUILLET



EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 6 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

CONSTIPATION
SPASMODIQUE

CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

IL EST INDISPENSABLE QU'UN MALADE SOIT BIEN COUCHÉ

On peut sourire de ce titre, qui semble énoncer une belle naïveté ! Qui ne songe tout de suite à assurer à un malade un couchage parfait ?

Sans doute, mais vouloir et pouvoir sont deux. En réalité il a été, jusqu'à nos jours, presque impossible de coucher un malade comme il doit l'être, aussi bien dans l'intérieur le plus riche que dans l'hôpital ou la clinique les plus modernisés. Et cependant le retour rapide à la santé, parfois même le retour à la vie, dépendent d'un couchage vraiment parfait.

Combien de malades passent des nuits blanches, sans qu'en réalité leur insomnie soit provoquée par leur maladie ou par l'affection dont ils souffrent. Certes beaucoup de ces maladies et de ces affections entraînent des troubles du sommeil. Mais ces insomnies-là sont justiciables du médecin ; par médication, psychothérapie, régime, hydrothérapie, etc..., il apportera un remède à ces troubles.

Mais que de causes d'insomnie ne sont pas personnelles au malade, et ne proviennent que de son lit, tout simplement.

Le simple fait de se tourner et retourner dans son lit, avec le tassement de la laine qu'il provoque, finit par faire de la couche du malade une vraie « couche de misère ». De ceci souffrent tous ceux qui sont condamnés à rester alités quelques jours. On a beau refaire le lit — quand, bien entendu, il est possible de « bouger » le malade ; — au bout de quelques heures, tout est à recommencer. Si le pauvre malade souffre de « douleurs », comme dans l'arthritisme, les rhumatismes, la sciatique, il ne sait comment se coucher et endure une véritable torture.

Ne craignons pas d'entrer dans les détails intimes. Qui de nous, hélas, ne les connaît ! Le matelas d'un malade a tendance à s'échauffer. Les fiévreux lui communiquent leur température élevée ; la transpiration maintenue au contact du corps le glace ou le brûle tour à tour, les frissons de fièvre sont par là accentués.

Le manque d'aération du matelas, en même temps que l'humidité et la chaleur du corps, communiquent fréquemment au lit une très mauvaise odeur, dont souffrent non seulement le malade, mais encore ceux qui le soignent ou l'approchent.

Enfin, et c'est là un des graves défauts des matelas de crin ou de laine, leur entretien est très difficile. Les poussières s'y accumulent, en dépit des soins minutieux et des battages répétés. Certaines catégories de malades en souffrent plus que d'autres : ceux qui sont atteints d'asthme et de rhume des foins. Rien en effet n'est irritant comme les poussières ; parfois non seulement des poussières, mais encore de menues particules de crin ou de plume envahissent leurs muqueuses et aggravent bien douloureusemnt leur mal.

On voit donc que la question du coucher des malades n'est pas aussi simple qu'on peut le croire.

Que d'inventions pour la résoudre et que d'échecs ! On a pensé à donner aux malades des matelas à air ou à eau. Mais ces matelas sont d'une manipulation difficile et ils présentent divers inconvénients provenant du caoutchouc dont ils sont faits ; l'inconvénient grave que l'air ne circule pas dans leur masse et que très souvent ils sont froids et humides ; ajoutons qu'aussi ils répandent une odeur bien désagréable à des odorats délicats.

Il faut donc louer comme un incomparable progrès dans le secours aux malades, dans leur bien-être pourrait-on presque dire, le fait que, grâce à des procédés spéciaux, on est arrivé à fabriquer une substance aussi précieuse que le « Dunlopillo ». Tous les inconvénients très graves qui viennent d'être rappelés ont disparu. En effet, le « Dunlopillo » est fait avec du « latex » longuement battu et vulcanisé ensuite dans des moules qui ont la forme des objets à créer, des coussins, des rembourrages, des matelas, etc... Le caoutchouc ainsi obtenu garde une porosité complète, qu'il doit aux bulles d'air qu'y a fait entrer le fouettage. Il en résulte que les mouvements mêmes du coucheur sur « Dunlopillo » provoquent une aération continuelle du matelas, qui supprime à la fois l'échauffement, les mauvaises odeurs et l'humidité.

Cette circulation constante de l'air dissipe naturellement l'humidité du corps. Les malades y trouvent un apaisement incomparable. Leur repos s'accroît aussi du fait qu'un matelas en « Dunlopillo » offre au poids du corps une « résistance souple » ; il ne se creuse, temporairement, que sous ce poids. Mais il ne se déforme jamais et garde toujours une surface parfaitement douce, stable, lisse.

On voit combien appréciable est une telle invention pour tous les malades qui souffrent de rhumatismes, de douleurs articulaires, de troubles cardiaques, qui sont obligés de garder le lit longtemps.

Et pour les phlébiteux, quel secours qu'un matelas qu'on n'a jamais ni à retourner ni à battre.

Aussi constate-t-on déjà que de nombreux hôpitaux (l'Assistance publique, Lariboisière, Colmar, Limoges, Vierzon, Blida, Alger, Oran, l'Hôpital américain de Neuilly, etc...) ont adopté le matelas « Dunlopillo », et l'on a parfois entendu des malades, revenus à la santé dans ces maisons de santé modèles, et rentrés chez eux, regretter — quoi ?... — le lit qu'ils y avaient laissé !

L'infarctus du myocarde. Etude expérimentale, électrocardiographique et clinique (1), par EDUARDO COELHO, professeur de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Santa Marta, Lisbonne.

L'étude de l'occlusion des artères coronaires a acquis, au cours de ces derniers temps, une grande importance en pathologie cardiaque. Certains syndromes, tels que le blocage des branches du faisceau de His, des cas spéciaux de dissociations auriculo-ventriculaire, que l'on attribuait auparavant à des lésions du tissu spécifique, sont une conséquence de l'occlusion coronaire.

L'auteur de cet ouvrage a étudié depuis plusieurs années le problème de l'infarctus du myocarde, tant sous son aspect clinique qu'expérimental et électrocardiographique. Dans cet ouvrage, qui représente une contribution très personnelle à un chapitre important de cardiologie, il examine la question sous ses différentes formes.

Divisions de l'ouvrage. — I. — *La circulation coronaire.* La circulation artérielle, topographie de la vascularisation artérielle, anastomoses du système artériel coronaire, la circulation veineuse, la physiologie de la circulation coronaire.

II. — *Occlusion expérimentale des artères coronaires.* — Expériences personnelles, conséquences immédiates et conséquences éloignées de l'oblitération des coronaires, interprétation des altérations de l'électrocardiogramme, application des données expérimentales à la pathologie humaine.

III. — *L'infarctus du myocarde en clinique.* — Conditions anatomiques, formes cliniques, signes ectracardiographiques, étiologie, symptomatologie clinique, symptomatologie électrocardiographique, diagnostic topographique de l'infarctus, diagnostic différentiel, pronostic, bibliographie,

L. G.

(1) In-8 de 212 pages avec 103 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

TROUBLES DU MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE

RACHITISME
OSTÉOMALACIE
DÉCALCIFICATION
FRACTURES
CARIES DENTAIRES
GROSSESSE LACTATION
CONVALESCENCE

ERGORONE

SOLUTION HUILEUSE
RENFERMANT
OGR015 POUR 100 DE
VITAMINE D CRISTALLISÉE

Soit 6000 unités internationales par cc
200 unités internationales par goutte

MÉDICATION D'UNE POSOLOGIE PRÉCISE
CONTRÔLÉE
PHYSIQUEMENT ET
BIOLOGIQUEMENT

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON-PARIS

QUELQUES PRÉPARATIONS MAGISTRALES
DAUSSE

Médications :

ANTIDIARRHÉIQUE — La **SALICAIRE** DAUSSE (*fluide*) - 3 à 5 grammes par jour.

ANTIFURONCULOSIQUE — L'**ANTIFURONCULEUX** DAUSSE - (Bardane stabilisée, Etain, Manganèse) 3 pilules matin, midi et soir..

ANTISPASMODIQUE — L'**INTRAIT de PASSIFLORE** (Intraits de Passiflore, de Valériane, Aubépine, Gelsémium) - 2 cuillerées à café par jour, 1/4 d'heure avant le repas de midi et du soir.

ANTITUBERCULEUSE — Les **CAMPHODAUSSE** injectables

a) **Strychniné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,20; Sulf.-Strych. 0,001)
1 ampoule par jour.

b) **Cholestériné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02)
1 ampoule tous les 2 ou 3 jours.

c) **Strychniné-Cholestériné**, *amp. 2 c. c.*
(Camphodausse 0,10; Cholesterine 0,02; Sulf.-Strychniné 1/2 millig.)

d) **Spartéiné**, *ampoules 2 c. c.*
(Camphodausse 0,20; Sulf.-Spartéine 0,04)
1 à 3 ampoules par jour.

HÉPATIQUE — **ARTICHAUT** (*pilules* DAUSSE) 4 à 6 par jour avant les repas — **HÉPATIQUE** *tisane* DAUSSE) 1 tasse à thé d'infusion le soir au coucher

NERVEUSE — Les Gouttes **ARSÉNOSTHÉNIQUES** DAUSSE
(Strychnine, Méthylarsinate, Extrait Cola, Extr. Quina)
XX gouttes = Sulf.-Strych. 0,001 ; Méthyl. 0,005.

Débuter par 10 gouttes à chaque repas, progressser jusqu'à l'apparition des symptômes de saturation ; on peut atteindre ainsi progressivement 100 et même 200 gouttes par repas. (Cette dernière dose 0,01 de Strychnine.

SYNDROME DE LANDRY A FORME SENSITIVO-MOTRICE

Par M. Félix DANCENIS.

Voici une observation de syndrome de Landry qui peut être intéressante par quelques particularités peu fréquemment rencontrées. Il s'agit d'un jeune soldat entré à l'hôpital militaire de Verdun (Service du Docteur G. Royer), le 18 décembre 1933, parce qu'il ne peut marcher. Il présente en effet une paralysie flasque du membre inférieur gauche, la station debout est cependant possible et la marche se fait tantôt en fauchant comme chez un hémiplégique, tantôt en talonnant et en steppant comme s'il présentait une paralysie du sciatique poplité externe. Couché ou assis, les mouvements du membre ne sont pas possibles, la masse quadriceps est hypotonique et flasque, comparée au quadriceps adelphe. Il ne présente rien d'autre au point de vue moteur, les trois autres membres sont indemnes.

La sensibilité est abolie au membre inférieur droit, mais d'une abolition à type syringomyélique avec conservation du tact. Aucun trouble de la sensibilité subjective.

Les réflexes tendineux sont partout normaux, répondant bien ; seuls les réflexes cutanés, abdominaux et crémastériens sont abolis ; le réflexe cutanéo-plantaire de Babinski se produit en extension des deux côtés, les manœuvres d'Oppenheim, de Gordon, de Schoeffer produisent au contraire une flexion de l'orteil, on ne trouve pas de phénomène d'automatisme médullaire, pas de triple retrait, pas de clonus, pas de signes cérébelleux, pas de signe de la série striée. Les nerfs craniens sont indemnes, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Aucun signe de syphilis. La température est subfébrile, ne dépassant pas 38°. Le liquide céphalo-rachidien, clair eau de roche, non hypertendu, contient 5 leucocytes, des lymphos surtout, et de rares hématies, 0 gr. 30 d'albumine, 0 gr. 74 de glucose et 7 gr. de chlorures.

Les poumons, le cœur, l'appareil digestif sont normaux.

En somme il présente de prime abord un syndrome de Brown-Séquard, paralysie gauche et hémianesthésie droite à type syringomyélique.

Le début de cette affection a été insidieux quoique rapide ; la veille au matin, en se levant, sa jambe gauche lui a refusé tout service. Jusque-là il ne s'était aperçu de rien ; aucun traumatisme, aucun épisode fébrile, aucune étiologie ne peut être relevée. Ses antécédents ne montrent rien sinon un peu d'asthme.

***

Par contre son affection va évoluer assez rapidement, quatre jours après le début, la limite supérieure de l'anesthésie atteint l'ombilic, les deux membres inférieurs étant touchés, en même temps que cette anesthésie se généralise, se présentant à tous les modes. Les réflexes tendineux répondent toujours normalement, mais une trépidation épileptoïde intarissable apparaît au pied gauche. Quelques manœuvres ont été faites pour faire apparaître des signes d'organicité : dans la flexion combinée de la cuisse et du tronc de Babinski, *le malade soulève le membre droit non paralysé*, les diverses syncinésies recherchées ne sont pas toutes concordantes aux schémas classiques donnés par les auteurs, ainsi les syncinésies brachio-crurales et cruro-crurales ne donnent rien, par contre l'épreuve de Raïmiste est positive et conforme; le phénomène du jambier antérieur de Strumpell ne donne rien, non plus que le signe de la jambe de Barré. Le réflexe pilo-moteur encéphalique d'André-Thomas se produit des deux côtés.

Cinq jours après cet examen, le tableau va s'accentuer encore et cela devient une véritable paraplégie à l'installation de laquelle nous avons assisté. Paraplégie flasque avec muscles hypotoniques, le malade ayant grande difficulté à s'asseoir dans son lit en s'aidant de ses mains. La limite supérieure de l'anesthésie à tous les modes a atteint l'appendice xyphoïde. Les réflexes tendineux répondent toujours normalement cependant qu'apparaissent des signes d'automatisme médullaire : le triple retrait en flexion des deux membres inférieurs produit par les manœuvres de Babinski, de Gordon, de Schoeffer, de Bechterew, de Pierre Marie et Foix ; de même le réflexe croisé de flexion, la trépidation épileptoïde des deux pieds et aussi l'extension de l'orteil produit par les manœuvres d'Oppenheim, alors que seule la manœuvre de Babinski la faisait apparaître au début.

Les troubles sphinctériens apparaissent également à ce moment, incontinence d'urines d'abord et deux jours après incontinence des matières fécales. Le malade anxieux et conservant son intelligence assiste à cette évolution ascendante et progressive. Les membres supérieurs sont encore indemnes ainsi que les nerfs craniens.

Mais bientôt des troubles sympathiques se manifestent : fragilité vasculaire avec ecchymoses purpuriques sur le dos, escarres sacrées. Le bulbe ne tarde pas à être atteint à son tour, et le malade meurt en asphyxie le 2 janvier, après 16 jours d'évolution.

***

L'évolution de cette affection ne laisse aucun doute sur le diagnostic, il s'agit d'une paralysie ascendante aiguë connue sous le nom de syndrome de Landry. Dans ce même journal (n° 84 du 21 octobre 1933), le professeur Henri Roger a fait une courte monographie sur ce syndrome. D'après sa description des formes cliniques, notre cas en serait une forme myélitique diffuse, cependant notre observation comporte quelques particularités qu'il convient de signaler. D'abord la marche relativement lente de l'affection. Landry, la thèse de Dejerine et d'autres auteurs signalent des évolutions de 2 à 3 jours, Montel, dans une monographie du même syndrome publiée dans les *Annales de Médecine et Pharmacie militaires, juillet* 1925, présente un cas de 5 jours, Dejerine, dans sa *Sémiologie des affections du système nerveux*, et Claude donnent les chiffres de 8 à 15 jours, H. Roger parle de « la forme classique qui aboutit à la mort

en une semaine environ ». Notre cas a mis 16 jours à évoluer.

De même est à remarquer le début par l'apparition d'un syndrome de Brown-Sequard avec anesthésie dissociée thermo-analgésique, notons aussi la précédence de cette anesthésie sur la paralysie dans le temps et dans l'espace, et qui finit par se généraliser à tous les modes. Montel signale qu'en règle les troubles sensitifs signalés ne sont qu'insignifiants : de simples crampes et fourmillements. Mais Claude et Lejonne ont décrit des troubles de la sensibilité aussi importants que dans la myélite transverse, troubles qui peuvent suivre une marche ascendante par étages radiculaires successifs. Pour H. Roger la sensibilité superficielle serait souvent indemne, cependant que dans la forme myélitique diffuse les « troubles sensitifs à type d'anesthésie dont le niveau remonte à mesure que progresse la paralysie », caractérisent cette forme clinique, mais il ne signale pas d'anesthésie à type syringomyélique qui, dans notre cas, est apparue aux tout premiers jours.

Notons encore les troubles sphinctériens, et les escarres assez précoces dans notre cas. Ils peuvent exister, dit Claude, c'est sur leur absence qu'on peut faire le diagnostic dit Dejerine dans sa *Sémiologie*, et Lévi-Valensi confirme cette assertion. Quant à H. Roger, ces troubles existent dans cette forme, intenses et graves, les troubles sphinctériens pouvant même se présenter les premiers, ici ils sont tardifs.

Signalons encore l'intégrité des réflexes tendineux, décrite par les auteurs, bien que H. Roger les déclare abolis ; l'abolition des réflexes cutanés, le signe de Babinski et les réflexes d'automatisme médullaire, sur ces deux derniers ordres de faits les auteurs ne s'accordent pas.

***

Tous ces signes et troubles : anesthésie, incontinence des sphincters, automatisme médullaire, Babinski en extension, intégrité des réflexes tendineux signant l'intégrité de l'arc réflexe donc des neurones périphériques, tout cela concourt à faire penser à une atteinte myélitique qui, si elle a atteint la corne grise, déborde franchement sur le manchon de substance blanche ; il y a plus qu'une atteinte du neurone périphérique moteur, il y a lésion des cordons blancs moteurs et sensitifs, comme d'ailleurs le prouve le syndrome de Brown-Séquard avec thermo-analgésie du début, par atteinte localisée au faisceau pyramidal croisé gauche et à la partie postérieure du faisceau antéro-latéral ascendant du même côté qui renferme les fibres de sensibilité à la chaleur et à la douleur, ces deux faisceaux sont contigus. De là, la lésion se serait étendue au segment antérieur du faisceau antéro-latéral ascendant renfermant les fibres de sensibilité tactile, se généralisant ensuite horizontalement et en hauteur.

Ces hypothèses de localisation (l'autopsie n'ayant pas été pratiquée selon la volonté de la famille) suivant l'aspect clinique de cette affection, et son évolution même, nous permettent de penser en fin de compte à une atteinte myélitique diffuse, réalisant une forme clinique du syndrome de Landry. Syndrome de quelle étiologie ? Nous pouvons tout de suite éliminer l'encéphalite épidémique dans sa forme myélitique décrite par Cruchet, ou dans ses formes basses décrites par Beriel, notre malade qui n'a jamais présenté d'atteinte des noyaux striés, ni de crises oculogyres, ni de somnolence, n'entre pas dans le cadre de cette affection.

S'agit-il de Poliomyélite aiguë dont quelques rares cas signalés ont affecté le type de la myélite transverse aiguë ? Mais outre qu'on n'a pas la notion d'épidémicité, on ne retrouve pas ici de période d'invasion brutale, ni de grands signes généraux infectieux, le début a été insidieux, pas de rachialgie, pas de paralysie complète et générale rétrocédant, l'évolution fatale malgré les traitements classiques en l'occurrence, rien ne plaide en faveur de la maladie de Heine-Médin.

Parlerons-nous de myélite aiguë transverse ? Dans la *Presse Médicale* du 24 décembre 1930, L. Van Bogaert et J. Baeten rapportent des observations de myélites disséminées aiguës ayant toutes rétrocédé et évolué spontanément vers la guérison, ce n'est malheureusement pas notre cas. Ces auteurs discutent la nature et l'étiologie de leurs observations, surtout pour les différencier de la sclérose en plaque? Quant à nous, nous pouvons éliminer d'emblée cette étiologie, vu l'évolution rapide et l'absence de signes cérébelleux, de tremblement, de dysarthrie. Que l'on parle de myélite aiguë transverse, dont une forme clinique serait le syndrome de Landry, ou que l'on veuille comme Montel disjoindre une entité morbide : la maladie de Landry ; ou bien que l'on décrive comme H. Roger une forme myélitique diffuse dans le syndrome, que l'on parle de Maladie ou toujours de Syndrome, on sera toujours obligé, comme dans notre cas, de conclure à une affection à *Médullo-virus spécifique* encore inconnu et toujours incriminé.

XVIe RÉUNION ANNUELLE
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

Paris, 12 octobre 1934 (1).

PREMIÈRE QUESTION

Traitement chirurgical du thorax en entonnoir.

Rapporteur : M. Charles GARNIER (Paris).

Résumé du rapport. — A part quelques publications plus anciennes (un article de la *Gaz. des Hôp.* 1860, un travail de Ebstein 1882), il faut arriver à la thèse de Clément (1905) pour trouver une étude d'ensemble sur cette malformation. Clément conclut à sa bénignité. Cette affirmation erronée conduit à une abstention thérapeutique fâcheuse.

Cependant, la thérapeutique chirurgicale, sous forme de chondrectomie mobilisatrice, est effectuée dès 1911 par L. Meyer, en 1913 par Saüerbruch, et Lexer en 1927.

A ces chondrectomies décompressives insuffisantes succèdent les opérations ostéoplastiques.

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Le professeur Ombrédanne depuis 1925, le rapporteur depuis 1930, à la clinique chirurgicale infantile pratiquent ces opérations. En juillet 1931, le professeur Ombrédanne rapporte à la Société nationale de chirurgie les 4 premiers résultats. Le total des interventions pratiquées dans le service se monte actuellement à 9.

Avec des techniques plus ou moins modifiées, ces opérations ont été pratiquées par A. Martin (1 obs.), A. Perrot (2 obs.), Rocher (1 obs.), Saüerbruch (1 obs.), P. Mathieu (3 obs.), J. Alexandre (2 obs.).

L'étude de la thérapeutique chirurgicale du thorax en entonnoir repose sur ces 22 observations.

Indications opératoires. — Elles sont à envisager au point de vue fonctionnel et morphologique.

A. *Thorax en entonnoir s'accompagnant de troubles fonctionnels et généraux.* — 1° *Troubles d'origine pulmonaire.* — C'est une dyspnée plus ou moins intense, liée à la limitation de l'extension thoracique.

2° *Troubles cardiaques;* beaucoup plus redoutables, dus à un déplacement du cœur ves la gauche et à sa compression. Les autopsies, l'examen clinique et radiographique montrent ce déplacement.

Avant que ne s'établissent chez l'adolescent, l'adulte, des phénomènes d'hyposystolie (respiration rapide, saccadée, tachycardie, irrégularité du pouls), on voit dès l'enfance des signes d'alarme que décrit le rapporteur.

3° *Troubles généraux.* — La croissance est retardée, la débilitation peut aller jusqu'à la cachexie.

Cette gravité de l'état général peut constituer une contre-indication à l'acte opératoire. Les troubles cardiaques et pulmonaires constituent au contraire une indication formelle, car ils ne peuvent que s'accroître chez ces « gibbeux du sternum » (Ombrédanne). Cette déficience pulmonaire prédispose à la tuberculose pulmonaire, et devient un grand danger en cas d'épanchement pleural, de fracture de côte, etc. La présence d'une malformation cardiaque associée ne constitue pas une contre-indication à intervenir.

La forme anatomique de la déformation est à considérer : les enfoncements asymétriques, latéralisés à gauche, constituent une compression cardiaque plus marquée. Il y a intérêt à opérer dès l'enfance avant les troubles fonctionnels graves, et aussi parce que la technique est plus facile sur un thorax souple, l'appareillage mieux toléré. D'autre part, il ne faut pas opérer avant 5 ans. L'âge optimum semble être 7 à 12 ans. Chez l'adulte, l'opération présente son maximum d'aléa, et chez lui, il convient d'opérer en deux temps.

B. *Thorax en entonnoir ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels.* — Chez l'enfant, on se contente d'une gymnastique orthopédique spéciale ; mais le plus souvent, elle n'empêche pas la progression de l'affection. Dès l'apparition des signes fonctionnels, on interviendra. En leur absence chez l'adolescent, l'adulte, une intervention esthétique sera discutable dans l'avenir.

Traitement chirurgical. — 1° Exposé des méthodes. — Elles ont toutes un but unique : supprimer la saillie sterno-chondrale intrathoracique. On peut recourir, soit à sa résection, laissant une brèche osseuse importante, soit à la mobilisation d'un volet qui ménage la restauration de la paroi. Cette opération peut être faite en un temps ou en deux temps.

2° Technique. — A. *Opérations purement décompressives.* — Ce sont des résections sterno-costales plus ou moins étendues. Un lambeau cutané est tracé et relevé. Au niveau de l'entonnoir rigide, les cartilages costaux sont sectionnés, le sternum est réséqué sur une étendue variable. La réparation de la brèche, au moyen des plans musculaires, est pénible et souvent insuffisante.

B. *Opérations plastiques avec reconstitution de la paroi thoracique en un seul temps.* — I. *Technique d'Ombrédanne et Ch. Garnier.* — Un corset bivalve est préparé à l'avance. La valve antérieure est largement fenêtrée au niveau de l'entonnoir. Le malade est opéré dans la valve postérieure.

Une incision curviligne permet la libération d'un large lambeau. Sur 4 cartilages costaux (3, 4, 5, 6e), à droite et à gauche, on pratique une section cunéiforme à base antérieure. Le sternum est ensuite sectionné en T, d'abord verticalement, de haut en bas, sur la ligne médiane. La section est amorcée par une trépanation à la fraise et continuée par une ligne de trous de trépanation réunis ensuite à la pince-gouge. La section transversale supérieure est exécutée de même manière.

L'écartement des tranches osseuses sternales peut être exécuté d'emblée et maintenu par des greffons osseux. Mais il est préférable de pratiquer le relèvement progressif par un dispositif de traction. A cet effet, des fils métalliques sont passés sous le sternum et sous les cartilages. Le corset étant refermé, on fixe au-devant de la fenêtre de la valve antérieure un dispositif métallique. Une traction peut ainsi être exercée sur les fils et les volets osseux. Malheureusement, assez rapidement, le tissu osseux est sectionné par les fils et la correction ne subsiste pas en entier.

Les soins post-opératoires doivent être minutieux si on veut éviter les escarres.

Cette technique a été employée par M. Ombrédanne 6 fois depuis 1930 et 1 fois par Garnier.

Alexander à la même époque que le professeur Ombrédanne, a appliqué une technique analogue dans 2 cas de thorax en entonnoir traumatique. Le professeur Rocher a opéré un enfant de 12 ans en 1931, mais les fils ayant coupé presque aussitôt après l'opération, le résultat fut à peu près nul.

I. *Techniques réalisant le relèvement progressif de l'entonnoir.* — Saüerbruch et Niessen, en 1931, pratiquent la section parasternale des cartilages costaux des deux côtés, puis passent un fil de traction sous le sternum. Il est obligé de le remplacer par deux bandes de toile. Une traction est exercée avec des poids. Bon résultat.

Le professeur Mathieu, en 1933, pratique la section de presque tous les cartilages costaux d'un côté ; vissage de deux boulons dans le sternum, sur lesquels on exerce la traction. Le supérieur se détache au bout de quelques jours.

Avec quelques modifications, cette opération a été répétée deux autres fois de manière satisfaisante.

Technique du service du professeur Ombrédanne (2e manière). L'opération a lieu en deux temps séparés par 6 ou 7 jours.

Dans le premier temps, on pratique une charnière sternale en évidant l'os à la fraise de Doyen et à la gouge au niveau de sa coudure. Puis une chondrectomie gauche est pratiquée (du 3e au 8e cartilage).

Dans le deuxième temps, on fait la chondrectomie droite et l'on met en place le dispositif de traction.

Dans un cas on a employé de grosses soies, dans le dernier, il a consisté en une pince spéciale démontable qui enserre les bords du sternum. Le corset refermé, c'est sur cette pince que s'exerce la traction caoutchoutée. Le sternum s'élève peu à peu, et la pince, qui a été très bien supportée, a été enlevée le 45e jour seulement.

Valeur comparée et choix des différentes techniques. Incidents opératoires. — Sur 7 sternotomies, l'ouverture de la plèvre est survenue 4 fois. Lexer, Alexander, Rocher, Perrot, l'ont également observée. Le pneumothorax unila-

téral n'a pas eu de conséquences sérieuses. Deux fois il a été suivi d'un épanchement pleural.

Accidents post-opératoires. — Les résections sterno-chondrales et le relèvement en un temps exposent au shock *opératoire*. Mais les accidents les plus redoutables sont dus aux troubles cardiaques. On peut observer la mort brusque alors que le malade essaye de s'asseoir dans son lit. Le rapporteur pense que cela est dû à la torsion du pédicule cardiaque. On peut aussi observer des phénomènes d'hypo-systolie par rupture d'équilibre médiastinal.

Tous ces accidents sont évités dans les cas de libération progressive du sternum.

En effet, si dans le premier type d'opérations, la mortalité a été élevée (4 morts pour 16 interventions), elle a été nulle dans les 4 opérations du deuxième type.

Résultats des interventions. *Résultats fonctionnels.* — La disparition des troubles a toujours été obtenue lorsque la traction a pu être menée à bien assez longtemps : disparition rapide et durable des troubles cardiaques et pulmonaires, retentissement très favorable sur le développement corporel de l'enfant.

Les résultats morphologiques sont presque toujours incomplets. La correction est particulièrement difficile dans les formes d'entonnoir latéral. Elle est aussi améliorée si l'on fait suivre le traitement chirurgical d'un traitement orthopédique : port d'un corset en hyperextension, gymnastique respiratoire active, en l'espèce spirométrie.

Choix des méthodes. — A la résection sterno-chondrale étendue, et aux ostéoplasties avec correction immédiate de la déformation, le rapporteur oppose les techniques de relèvement progressif. C'est à elles qu'il donne la préférence à cause de leur innocuité.

Conclusions. — Il conclut à la légitimité de ces opérations dans le cas de thorax en entonnoir compliqué de troubles cardiaques et pulmonaires. Il se demande si dans l'avenir il ne sera pas indiqué de l'appliquer aux cas non compliqués, dans un but purement esthétique.

Discussion.

M. Frœlich, puis M. Rœderer insistent sur le traitement orthopédique, qu'il ne faut pas, disent-ils, mésestimer.

M. Mathieu, d'après trois observations personnelles, insiste sur la nécessité de la section du sternum, sur l'importance des douleurs post-opératoires immédiates.

M. Perrot (Genève) rapporte deux cas personnels, dont l'un, remarquable par l'intensité des troubles fonctionnels, qui nécessitaient un traitement actif. Dans l'un, chez un enfant, il a pu obtenir un beau résultat esthétique.

M. Zahradnicek (Prague) a pu, par l'extension directe progressive, corriger un thorax d'adolescent ; mais il reconnaît l'insuffisance de cette méthode chez l'adulte.

DEUXIÈME QUESTION

Le traitement des paralysies spasmodiques.

Rapporteurs : MM. J. Delcheff (Bruxelles) et G. Roudil (Marseille).

Résumé du rapport. — Ce rapport, rédigé sans aucun parti pris d'école, appuyé sur une enquête ayant donné l'opinion de 90 orthopédistes du monde entier, constitue une mise au point extrêmement étudiée et objective du traitement des paralysies spasmodiques à l'heure actuelle.

Le premier chapitre constitue un *Rappel d'anatomie et physiologie pathologique.* Il oppose les malades atteints de paralysie flasque, par atteinte du neurome périphérique, qui sont les « amoteurs », aux paralytiques par lésions centrales, qui sont des « dysmoteurs ». Suit une description rapide de la voie pyramidale principale présidant aux mouvements volontaires, de la voie motrice secondaire qui assure leur coordination, de la voie extra-pyramidale réunissant le système pallido-strié à la moelle épinière, assurant la régulation des mouvements automatiques et du tonus musculaire. Ceci montre déjà la variété possible des manifestations cliniques, selon la localisation des lésions. Il faut y ajouter l'association malheureusement fréquente des troubles intellectuels. Il montre aussi l'impossibilité d'un traitement causal.

Le rapport étudie ensuite en détail la physiologie du tonus musculaire et ses diverses composantes : tonus résiduel, d'attitude, de soutien. Il montre l'action des excitateurs périphériques, parvenant à la moelle par les racines postérieures, par le tonus. Mais, d'autre part, le tonus est manifestement influencé par le cervelet, le système labyrinthique et vestibulaire, et le noyau rouge.

A côté de cette régulation cérébro-spinale du tonus, faut-il admettre un rôle du sympathique ? Les rapporteurs exposent les arguments physiologiques, anatomiques, cliniques qui plaident en ce sens. Ils concluent que, d'après les travaux récents, l'innervation du muscle squelettique par le grand sympathique paraît plus que douteuse. L'action des ramisections serait due à des phénomènes vaso-moteurs et peut-être humoraux.

De cet exposé résulte que chez le spasmodique ne peut exister aucun traitement causal.

La rééducation, en développant les suppléances, calmant les centres tonigènes dont l'inhibition a disparu, constitue un adjuvant important.

Les autres moyens thérapeutiques ne constituent que des palliatifs plus ou moins puissants des troubles observés.

Divers modes de traitement des paralysies spasmodiques. — Traitement préventif. — Se réduit à deux prescriptions : traiter l'hérédo-syphilis de la mère si elle existe ; éviter les traumatismes obstétricaux.

Traitement de l'affection constituée. — A. *Traitement non sanglant.* — Le *traitement antisyphilitique* doit être fait régulièrement, car il y a des cas de guérison d'hémiplégie cérébrale infantile. De manière générale, on instituera un *traitement antispasmodique* médicamenteux, opothérarique, climatique.

Le *traitement rééducatif* a une grosse importance et, pour les rapporteurs, ne saurait être entrepris efficacement en dehors d'instituts spéciaux, bien outillés et entre les mains de médecins expérimentés.

Ils indiquent d'après L. Michel les étapes de ce traitement par la gymnastique, le massage, la physiothérapie. Mais deux conditions sont indispensables pour obtenir un résultat : une intelligence suffisante chez le malade, un personnel instruit.

La part qui revient à la rééducation dans le traitement est très discutée ; les uns en faisant la base, les autres la considérant comme un complément des interventions.

Traitement orthopédique pur. — Il consiste, au moyen d'appareils amovibles ou inamovibles, à prévenir les contractures, les déformations osseuses. Son utilité est incontestable, mais, sauf les cas très légers, il ne constitue que le moyen de gagner du temps.

Comme correction des rétractions et déformations, il faut abandonner les méthodes brutales, les redressements forcés. Le redressement lent, progressif, par appareils amovibles, est très employé. C'est une méthode ancienne qui a un regain d'actualité sous le nom de « Quengel méthode ».

Traitements sanglants. — Interventions sur les muscles et les tendons. — 1° *Ténotomies.* — C'est une vieille pratique

qui peut avoir le danger de créer soit une hypo, soit une hypercorrection.

Sous la forme d'allongement, de ténoplastie, elle ne présente pas le même inconvénient.

Quel que soit le siège de la ténotomie, elle n'a d'action que sur le muscle rétracté ; sur une simple contracture l'action est nulle ou passagère.

2° *Ténoplasties.* — Elles ne présentent pas les inconvénients de la ténotomie. Les rapporteurs montrent les méthodes les plus avantageuses, selon les divers groupes musculaires à allonger.

3° *Myotomie et résections musculaires.* — Elles font courir le risque d'une cicatrice rétractile. On les rejettera, sauf la désinsertion du rond et carré pronateur, qui donnent de bons résultats.

4° *Abaissement par ostéotomie des points d'insertion de certains muscles.* — Tels sont l'abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure, celle de l'épitrochlée. De même les interventions proposées par Silfverskiold : transformation des muscles bi-articulaires en mono-articulaires, transposition fémorale de l'insertion du droit antérieur ou des muscles ischiatiques.

5° *Raccourcissements tendineux.* — Ils sont d'un emploi limité.

Opérations de répartition de la force musculaire. Transplantations tendineuses. — Abandonnées au membre inférieur, elles sont utiles au membre supérieur. Elles portent surtout sur le grand et petit palmaire, cubital antérieur, rond pronateur, long abducteur du pouce, fléchisseurs des doigts. Elles se font soit par voie sous-cutanée, soit par l'espace interosseux.

De toute manière, la transplantation du tendon doit être faite transosseuse.

Opérations sur le squelette. — 1° *Sur les os.* — Ostéotomies destinées à modifier la direction de l'axe du membre. Elles ont été rarement utilisées pour lutter conre l'adduction-flexion de la hanche, la flexion du genou. Plus souvent ce sont des ostéotomies de détorsion pratiquées à l'humérus contre la rotation interne et la pronation forcée, sur le fémur contre la rotation interne de la cuisse, et à la jambe contre celle du pied.

2° *Sur les articulations.* — Les *arthrodèses* ont été utilisées au poignet, au pied, pour lutter contre les attitudes vicieuses. Au poignet, elles se combinent avec les transplantations tendineuses. Leur emploi ne peut être envisagé que sur les enfants âgés. Les *arthrodèses* ont été pratiquées aussi au poignet et au cou-de-pied (équinisme, talus).

Interventions sur le système nerveux. — Le but des précédentes opérations était de supprimer les effets de la rétraction musculaire ; celles sur le système nerveux visent à la prévenir en agissant sur l'hypertonie.

Opérations sur le système spinal. — *Action sur les excitations centripètes.* — 1° *Radicotomies postérieures.* — α) *Opération de Förster.* — La section d'un certain nombre de racines postérieures, espacées pour éviter l'anesthésie cutanée, supprimant une partie des excitations centripètes, diminue l'hypertonie. Mais c'est un traumatisme opératoire considérable.

β) *Opération de Van Gehuchten-Codivilla.* — Pour simplifier l'opération, au lieu de couper les racines à l'émergence du sac dural, les auteurs précédents proposent la section des racines à l'émergence de la moelle, donc à un niveau plus élevé et avec un sacrifice osseux bien moindre.

Malgré de beaux résultats obtenus par certains auteurs (Förster, Yovtchich), on reproche à ces opérations leur gravité et les récidives possibles, à cause d'insuffisance d'étendue des sections. D'ailleurs l'opération ne convenant qu'aux Little graves avec intégrité de l'intelligence, elle est exceptionnellement indiquée.

2° *Aponévrectomies de Van Baeyer.* — Les fascias musculaires contiennent de nombreux corpuscules sensibles qui agissent sur la spasticité. C'est ainsi que l'ablation de l'aponévrose des jumeaux et du soléaire lutte contre l'équinisme.

Action sur les éléments centrifuges par affaiblissement des muscles hypertoniques.

I. Opérations d'hyponeurotisation. — *Opération de Stöffel.* — Stöffel, au début, base son opération sur la donnée de structure en câble des troncs nerveux, c'est-à-dire conservation de la systématisation du nerf depuis sa sortie de la moelle jusqu'au muscle. Cette donnée n'est plus admise. En réalité les faisceaux sont réunis dans le nerf par des anastomoses et celui-ci est un véritable plexus. L'identification des filets à l'électrode est très difficile. Stöffel lui-même en vint à la section des filets nerveux non plus dans le tronc du nerf, mais après leur sortie sous forme de filets musculaires. Mais le dosage de ces sections est délicat.

L'opération compte de nombreux partisans et est très employée (nerf obturateur au membre inférieur, nerfs des membres supérieurs).

D'autres opérations du même type, l'alcoolisation des nerfs, la congélation, le freinage des nerfs au moyen de pinces sont peu employées.

II. *Opérations d'hyperneurotisations.* — Spitzy a préconisé la transplantation partielle des nerfs allant aux muscles hypertoniques sur les nerfs des antagonistes. La méthode n'a pas donné ce qu'on en espérait.

Cordotomies. — On a nié l'action des cordotomies sur l'hypertonie. Cependant la section des faisceaux latéraux (P. Martin, Bremer) ou ventro-latéraux (Spiegel) a une action hypotonisante. Il en est de même de la section du vestibulo, réticulo, pecto et rubro-pinaux dans la moelle cervicale (Putnam), opération indiquée dans les cas graves de spasme de torsion.

Opérations sur le sympathique. — Les résultats de Royle, basés sur les 600 ramisections dans les paralysies spasmodiques, sont encourageants (72 à 75 p. 100 de résultats excellents ou bons).

Leriche et Wertheimer, qui les ont utilisées, pensent que, bien que les résultats de Royle soient très exagérés, la ramisection représente un moyen supplémentaire non négligeable dans la thérapeutique des paralysies spasmodiques. Les résultats sont d'ailleurs inconstants et souvent transitoires.

Combinaisons thérapeutiques les plus appropriées aux différents cas. — Il faut faire intervenir, pour le choix de la méthode thérapeutique, différents éléments.

1° *Le degré et l'âge de la maladie.* — Chez le jeune, on a surtout affaire à des contractures cédant le plus souvent à l'appareillage et nécessitant rarement des interventions. Plus tard, les rétractions nécessitent des interventions.

2° *Le siège du symptôme au membre inférieur ou supérieur* influe sur la thérapeutique. Le torticolis spasmodique est d'une ténacité désespérante.

3° *La présence de mouvements choréo-athétodiques* complique le traitement. Ils peuvent nécessiter des sections nerveuses très étendues.

4° Les *déficiences intellectuelles* peuvent faire abandonner le traitement. Cependant l'immobilisation plâtrée en position correcte peut améliorer le psychisme de certains malades.

Il faut donc savoir être éclectique dans le choix des méthodes et ne pas être d'avance pessimiste.

Les rapporteurs résument en un tableau les divers traitements qui peuvent être employés aux divers segments des membres supérieur et inférieur.

Ils en résument les indications dans leurs conclusions. A noter que chaque chapitre est suivi d'une abondante bibliographie.

Discussion.

M. Frœlich emploie les opérations tendineuses combinées au traitement orthopédique et rejette les opérations nerveuses, qui ne donnent pas, dit-il, de meilleurs résultats.

M. Lance insiste sur deux points :

1° L'utilité de l'arthorise postérieure qui met à l'abri des récidives de l'équinisme et permet, en enchevillant le calcaneum, d'équilibrer le pied ;

2° La nécessité de commencer le traitement le plus tôt possible pour éviter l'aggravation du déficit intellectuel.

M. le professeur Rocher insiste sur les rapports de l'amélioration fonctionnelle et de la régression du déficit intellectuel. Il est partisan de l'opération de Selig (résection intrapelvienne de l'obturateur).

M. Massart a obtenu de bons résultats dans l'hémiplégie spasmodique par la section des muscles palmaires et cubital antérieur.

M. L. Michel insiste sur les différentes étapes de la rééducation orthopédique, pour laquelle il a créé divers appareils.

M. Frejka a fait des opérations nerveuses (radicotomies), dont le résultat n'est pas démonstratif.

M. Tavernier a fait trois ramisections sans résultat. Il a obtenu par une opération de Von Gehuchten une belle amélioration dans un cas grave et serait disposé à renouveler ses tentatives. Il est chaud partisan de l'arthrodèse du poignet dans l'hémiplégie.

M. Van Heylst emploie la section de l'obturateur et la section de certains faisceaux du sciatique poplité interne, après avoir reconnu leur action par excitation électrique. Plusieurs films montrent les bons résultats qu'il a dus à l'emploi de cette méthode.

M. Boppe montre la nécessité d'une étude détaillée du malade, qui est facilitée par l'emploi du trottoir roulant. Il insiste sur l'importance de l'élément parétique, souvent méconnu.

M. Kaisin est partisan du « freinage » des nerfs, qu'il obtient par la compression au moyen d'un appareil personnel.

M. Feutelais apporte une observation de coexistence de luxation congénitale et de syndrome de Little.

M. Rœderer opère même un cas de déficit intellectuel.

M. Fèvre apporte la statistique de la clinique chirurgicale infantile, où ont été combinées, le plus souvent avec succès, les ténoplasties et les sections nerveuses genre Stöffel.

M. Huc insiste sur les troubles de la sensibilité profonde, du sens des attitudes. Il montre les moyens simples de les rechercher et leur importance dans le pronostic et les indications opératoires chez les spasmodiques.

Communications diverses.

M. Frœlich parle de la *correction de l'antétorsion du fémur dans la luxation congénitale* par ostéoclasie supra-condylienne.

M. Rocher rapporte *deux cas d'ostéochondrite vertébrale*. Le second fut traité par greffe rachidienne.

Le même auteur rapporte un cas d'*hyperlaxité articulaire congénitale* avec luxation congénitale double de la hanche, qui est restée parfaitement réduite.

M. Ducroquet préconise, dans le *torticolis*, la confection préopératoire d'un corset et d'un casque qu'on solidarise à la fin de l'opération, en profitant de l'anesthésie. Le même auteur, avec Dupuis, présente un appareil plâtré à chambre libre pour *dérotation de l'humérus*.

M. Calvé apporte les premiers résultats encourageants de ses recherches sur les *greffes osseuses hétéroplastiques*, au moyen de tissu spongieux d'os de veau conservé dans l'éther.

M. Mauclaire rapporte trois cas d'*ostéite kystique de Recklinghausen*.

M. Delahaye présente des résultats d' *arthrodèse fémoro-patello-tibiale* par son procédé personnel.

M. Sorrel rapporte un cas de *localisation osseuse de la maladie de Gaucher*.

Au cours de la séance administrative :

M. Rocher a été élu vice-président ;

M. Tavernier, secrétaire général pour la province ;

M. Rœderer, secrétaire général pour Paris ;

M. Richard, trésorier.

Ont été nommés membres français de la Société :

MM. Allard (Berck), Sarroste, Pouyanne, Darcissac, Macé, Guillemet, Paître (Armée), Charlot, Rousseau (Nancy), Vial, R. Bureau (Nantes), Bazert (Limoges), Chalochet (Abbeville).

Membres étrangers :

Du Pasquier (Neufchatel), Leemans (Bruxelles), Dupuis (Belgique), Torres Marty (Barcelone), Racausky (Zlin), Bonzon (Belgique), Sœur (Belgique), Oltramare (Genève), Van Ner (Gröningen), Akif Chakir (Istamboul), Bellanda Randone, Stoianovitch (Belgrade), Grospitch (Zagreb), Delitch (Yougo-Slavie), professeur Valls (Buenos-Ayres), de Arango (Rio de Janeiro).

— Les prochaines Journées orthopédiques auront lieu en juin 1935, à Bordeaux.

La prochaine réunion annuelle de la Société se tiendra le premier vendredi d'octobre 1935, à Bruxelles.

Les questions mises à l'étude pour 1935 sont :

— *La maladie de Volkman ;*

— *Les mycoses osseuses ;*

Et, pour 1936 : *Le traitement des déviations rachitiques des membres.*

M. Lance et P. Bertrand.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Paris-Marseille-Alger. — Le train-paquebot qui circule entre Paris et Marseille-Joliette, à l'aller, les lundis, mercredis, vendredis et samedis ; au retour, les mardis, mercredis, vendredis et dimanches, pour assurer la correspondance avec les paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique de la ligne Marseille-Alger, est mis également en marche, à dater du 1er novembre :

— Au départ de Paris, le jeudi, pour la correspondance du paquebot de la Compagnie de Navigation Mixte partant de Marseille pour Alger le vendredi à 10 heures (arrivée à Alger le lendemain à 9 heures) ;

— Au départ de Marseille-Joliette, le samedi, pour la correspondance du paquebot de la même Compagnie arrivant le samedi à 11 heures (départ d'Alger la veille à 12 heures).

Billets directs et enregistrement direct des bagages. Départ Paris 20 h. 50. Arrivée Marseille-Joliette 8 h. 59. Départ Marseille-Joliette 11 h. 45. Arrivée Lyon 16 h. 29, Paris 22 h. 45.

ANGINE DE POITRINE
AORTITES
ASTHME CARDIAQUE
ARTÉRITES, ETC..

TRAITEMENT D'**URGENCE**

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 OU 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS.
MAXIMUM 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES

TRAITEMENT **PRÉVENTIF**

DRAGÉES
DE
THÉOVÉRINE LALEUF
3 A 6 DRAGÉES PAR 24 HEURES

CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PAVÉRINOL LALEUF
4 A 6 CAPSULES PAR 24 HEURES

SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

DOCTORAT D'ÉTAT. — 240. AUBRY. — Contribution à l'étude des syndromes de la région infundibulo-tubéro-hypophysaires (syndromes d'origine traumatique).

262. AUJOULAT. — Action des sécrétions thyroïdiennes sur les chronaxies du système nerveux périphérique.

246. AVRAM. — Cancer total de l'utérus.

268. BAUDOUIN. — Contribution à l'étude de l'ostéome frontal et de ses complications crânio-antrales.

266. BOURLARD. — Induration cutanée curable du nouveau-né.

211. BRIFFAUT. — La torsion du cordon spermatique.

214. BUISSON. — La défense de l'organisme par la cholestérine.

254. CAYE. — De la fistulisation des kystes ovariques.

234. CHENEVARD. — Contribution à l'étude des productions kystiques ovariennes consécutives à l'hystérectomie.

220. CLARISSE. — L'image granitée post-hémoptoïque des poumons.

233. CLODOT. — La protection de la santé de l'enfant d'âge scolaire dans le département de la Moselle.

219. CRABBE. — Des péritonites enkystées de l'arrière-cavité des épiploons d'origine pancréatique.

209. CUÉNOT. — La contracture pariétale dans les épanchements sanguins du péritoine.

227. DECRAENE. — Contribution à l'étude de l'énucléation totale du semi-lunaire.

217. DEFRENNE. — Formes douloureuses des cancers nodulaires du foie.

224. DÉJARDIN. — Contribution à l'étude de la maladie de Madelung.

222. DELVART. — Du diagnostic de l'obstruction intestinale par la radiographie directe sans préparation.

213. DENIS DU PEAGE. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des tumeurs dysembryo-plastiques de la région sacro-coccygienne.

237. DEPARDIEU. — Le problème de l'eau potable dans le département de Meurthe-et-Moselle.

229. DESSARD. — La torsion intra-abdominale des annexes saines.

265. DORGEVILLE. — Quelques considérations à propos de douze observations d'acrodynie dans la région du Nord.

253. DUFOUR. — De l'utilisation de l'anhydride carbonique au cours de l'anesthésie au chlorure d'éthyle, avec l'appareil du docteur Houzel.

269. DUMAS. — Les intoxications par les produits benzéniques : benzène, benzols et benzines.

243. FELTGEN. — A propos de trois cas d'ostéite hérédo-syphilitique de la tête du fémur dans la luxation congénitale de la hanche. Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis de la hanche.

212. FORTWENGLER. — Traitement de certaines scolioses par les greffes osseuses.

245. GHEERBRANT. — Contribution à l'étude du lichen plan buccal post-aurique.

236. GILET. — Les leucoplasies du col utérin.

258. GRANDPIERRE. — Des éléments pathogéniques et de l'état fonctionnel de l'élimination urinaire par l'interprétation de l'élimination uréique urinaire.

232. GUYOT. — Contribution à l'étude des fractures de l'épitrochlée et de leurs complications.

267. HUN. — Le traitement des cervicites chroniques par la diathermocoagulation.

216. ILIEFF. — Contribution à l'étude des furoncles et des anthrax de la face. Leur traitement par le bactériophage.

255. ILIEZON. — Contribution à l'étude du mécanisme de production des œdèmes des cirrhotiques.

231. JAVEL. — Technique esthétique de phrénicectomie

221. KISSEL. — Les variations de la cholestérolémie au cours des infections aiguës dues aux microbes hémolytiques.

248. KUNHAST. — Faut-il opérer le cancer de la prostate ?

252. LALLEMENT. — Indications et nouvelles techniques dans l'utilisation des boutons anastomotiques.

223. LEDIEU. — Etude sur le rôle des glandes à sécrétion interne et principalement de la glande thyroïde dans le métabolisme de l'eau et à l'état normal et pathologique. Les œdèmes endocriniens.

235. LE DOURNEUF. — Insuffisance cardiaque et intoxication alcoolique chronique. La myocardie alcoolique.

274. LEGENDRE. — Essai sur le syndrome humoral du lymphatisme.

226. LEGRIS. — Les troubles nerveux d'origine centrale post-hémorragiques.

270. MAHUET. — Traitement chirurgical des troubles dyspnéiques et dysphoniques consécutifs aux laryngoplégies.

259. MALTON. — Les toxidermies médicamenteuses de forme bulleuse.

261. MANAN. — Les sections artérielles dans le traitement des ulcères de l'estomc.

241. MANDLER. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'œsophage.

264. MARCHAL. — La maladie de Buerger. A propos de deux observations personnelles.

250. MAROTTE. — De la déviation de la trachée et du médiastin chez les tuberculeux pulmonaires chroniques.

228. MICHEL. — Contribution à l'étude de la rachianalgésie. Son mécanisme. Réflexions sur la diffusion.

251. MOYSE (Mme). — Les assurances sociales en Meurthe-et-Moselle ; dix-huit mois de contrôle médical technique.

257. MUTELET. — Contribution à l'étude du lymphatisme. Sa formule sanguine.

263. PIET. — Les lésions pleuro-pulmonaires facteurs de prédisposition de l'épilepsie.

218. RAMÉE. — Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux. Les enfants bien doués.

230. RIVARD. — Contribution à l'étude de la fragilité osseuse congénitale avec sclérotiques bleues.

239. ROUYER. La prostitution clandestine à Nancy. Esquisse d'hygiène sociale.

256. ROY. — Contribution à l'étude des accidents cardiaques chez les goutteux.

247. SIMON. — Contribution à l'étude de la ventilation pulmonaire apparente dans quelques dyspnées cardiaques et pulmonaires.

244. SOMMELET. — Les accidents nerveux du pneumothorax artificiel.

277. DE TAYRAC. — Contribution à l'étude des dolichocôlons.

276. TISON. — Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale basse et son traitement par les solutions salées hypertoniques.

260. WEIS. — Contribution à l'étude histologique de la glande pituitaire du cobaye à l'état normal, au cours de la gestation et dans le post-partum.

210. ZAIDMANN. — Etude sur les indications élargies de l'avortement médical dans les principaux pays d'Europe.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 271. ANDERMAN. — Rhumatisme articulaire aigu et traumatismes.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367; Montpellier, n° 78, p. 1380; Strasbourg, n° 80, p. 1420; Toulouse, n° 83, p. 1470; Alger, n° 84, p. 1486; Marseille, n° 85, p. 1507.

Traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *5* Perles ou *150* Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tœnias = *12* Perles ou *300* Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *5o* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

208. Elber. — Contribution à l'étude de la greffe dermo-épidermique en godets (méthode d'Alglave).

273. Frandzman. — Contribution à l'étude de l'énurésis par les injections juxta-nerveuses (lipiodol et méthode de Cahier).

272. Goldberg. — Rapport entre le chlore du sang et l'hyperchlorhydrie.

215. Kireff. — Contribution à l'étude de la luxation traumatique de l'articulation radio-carpienne.

242. Kojouharoff. — Des accidents nerveux consécutifs à la réduction des luxations congénitales de la hanche.

238. Lazitch. — Contribution à l'étude de la cyphoscoliose douloureuse des adolescents.

275. Petroff. — Les intoxications phalloïdiennes et leurs traitements actuels.

225. Rabinowicz. — Emploi de l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse dans les hémorragies utérines en gynécologie.

249. Rothmann. — Résultats et importance du diagnostic biologique de la grossesse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(séance du 29 octobre 1934)

Aspect physiologique de la transformation spontanée « in vitro » des fibrocytes en macrophages. — M. J. André Thomas.

La valeur alimentaire de la mannite et de la sorbite, en rapport avec l'équilibre de la ration. — M. Raoul Lecoq.

(séance du 5 novembre 1934)

Action des sérums sur le pouvoir fluorescent des solutions d'uranium. — MM. Charles Achard, Augustin Boutaric et Jean Bouchard.

Sur l'immunisation antidiphtérique expérimentale au moyen des bacilles diphtériques vivants. — M. Gaston Ramon.

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 16 octobre 1934)

Paralysie récurrentielle gauche au cours d'une maladie mitrale. — MM. Babonneix, Guilly et Rudnansky présentent une fillette de 10 ans qui, au cours d'une endocardite rhumatismale aiguë, fut atteinte d'une paralysie temporaire de la corde vocale gauche, sans doute attribuable à la compression du récurrent par l'oreillette gauche dilatée.

Absence de côtes. — M. E. Sorrel rectifie un diagnostic d'absence de côtes antérieurement porté chez un enfant présenté à la société : il s'agissait en réalité d'une tumeur à myéloplaxes ayant rongé la côte.

Sur un cas d'invagination iléo-caecale à boudin extériorisé et étranglé à l'anus. — MM. E. Sorrel, Mérigot et Corréos ont observé un cas de cette variété d'invagination, connue de longue date, mais très rarement observée. A première vue, l'aspect clinique était celui d'un prolapsus rectal, mais un examen complet fit rectifier le diagnostic. La réduction fut obtenue par un lavement baryté et sa réalité fut vérifiée par une laparotomie exploratrice.

Corps étrangers des voies digestives. — MM. E. Sorrel, Mérigot et Benaërts ont récemment observé deux cas de corps étrangers des voies digestives. La première fois, il s'agissait d'une broche qui fut déglutie ouverte et expulsée fermée deux jours après ; la seconde fois, la broche, déglutie fermée, fut expulsée spontanément ouverte. Ils purent dans les deux cas contrôler le cheminement des corps étrangers par des examens radiologiques successifs et n'ont posé l'indication d'aucune intervention chirurgicale.

Ils ont à ce propos repris l'étude des corps étrangers des voies digestives en se basant sur 52 observations recueillies dans leur service. 44 fois, le corps du délit fut expulsé spontanément ; 8 fois, il fut enlevé chirurgicalement avec deux décès. Ils concluent en faveur de l'abstention thérapeutique s'il n'existe pas d'indication opératoire formelle.

M. E. Terrien a observé autrefois un cas identique : il en présente les radiographies prises à trois heures d'intervalle et qui montrent le cheminement du corps étranger la pointe tantôt en avant, tantôt en arrière.

M. Fèvre fait une distinction entre les corps étrangers piquants dépourvus de ressorts et ceux qui en sont munis. L'abstention thérapeutique ne s'impose pour lui que dans le premier cas, et dans la seconde éventualité, il vaut mieux intervenir, alors que le corps étranger est encore dans l'estomac et peut être extrait par une opération bénigne.

Syphilis osseuse et kystes osseux. — M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine projettent une remarquable collection de radiographies de syphilis osseuse dans ses trois variétés habituelles, diaphysaire, dia-épiphysaire et épiphysaire pure. Ils ont également observé un cas de syphilis osseuse à forme kystique, éventualité beaucoup plus rare dont ils ont pu faire le diagnostic, grâce à la remarquable amélioration obtenue par le traitement spécifique.

Ils rappellent à ce propos les difficultés du diagnostic de syphilis osseuse : les commémoratifs et les stigmates font souvent défaut, le Wassermann, très souvent négatif, est de peu d'utilité, et le meilleur argument leur semble être fourni par les résultats du traitement d'épreuve.

MM. Lereboullet et Benoist rapportent à ce propos une observation analogue : un enfant qui présentait une tuméfaction osseuse de la partie inférieure de la cuisse droite sans aucun stigmate de syphilis et avec un Wassermann négatif fut opéré. L'intervention révéla qu'il s'agissait d'un kyste, et une biopsie permit de suspecter la syphilis. Un traitement, d'abord arsenical, puis bismuthique, amena une rapide amélioration et confirma le diagnostic.

Purpura abdominal pur sans manifestations cutanées. — MM. P. Armand-Delille, Mathey, Pichon et J.-F. Porge présentent un enfant de 3 ans, amené à l'hôpital avec un syndrome de péritonite aiguë algide, chez lequel on fit un diagnostic d'appendicite aiguë. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un purpura intestinal caractérisé par des suffusions hémorragiques sous-séreuses. L'enfant guérit complètement après deux transfusions sanguines.

Inondation péritonéale par rupture d'une tumeur hépatique. — MM. P. Armand-Delille, Fèvre et J.-F. Porge présentent une fillette de 9 ans entrée en observation dans leur service pour une voussure de l'hypochondre droit, et chez laquelle se développèrent au bout de 9 jours des signes de péritonite aiguë. L'intervention pratiquée d'urgence montra qu'il s'agissait d'une tumeur du lobe hépatique droit perforée en arrière, et dont l'examen histologique révéla la nature néoplasique. On se borna à suturer la perforation et l'enfant guérit sans incidents.

le Lactochol

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL, Phien — 46, Avenue des Ternes — PARIS (17e)

Docteurs !
Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes
Goût agréable

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la : NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes).
XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant.: 56, Boulevard Ornano PARIS

OLÉTHYLE-BENZYLE

ATONIE INTESTINALE
POST-OPÉRATOIRE

PROSTIGMINE
"ROCHE"

Une injection de 1cc sous-cutanée ou intramusculaire indolore
déclanche l'évacuation des gaz
rétablit la paix abdominale

Aucune action secondaire aux doses thérapeutiques.

Chaque Ampoule contient 0 Milligr. 5 de l'ester diméthylcarbamique du m-oxyphényl-triméthylammonium-méthyl-sulfate.

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie. 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

Adénopathies multiples et nodosités du cuir chevelu chez un enfant présentant une formule sanguine à type de lymphocytémie. — MM. P. ARMAND-DELILLE et J.-F. PORGE présentent un enfant atteint de multiples adénopathies et de nouures du cuir chevelu survenues après une poussée fébrile intense. Cet enfant a également un spina ventosa du deuxième métacarpien gauche et sa formule sanguine montre 11.000 leucocytes, dont 75 % de lymphocytes. Ils espèrent préciser le diagnostic par des examens histologiques et des inoculations au cobaye.

Tétanos infantile et rectanol. — MM. GUILLEMOT et PERIER ont remplacé dans le traitement du tétanos infantile l'anesthésie chloroformique par inhalation par l'administration de rectanol par voie rectale. Les résultats leur ont paru satisfaisants.

Acrodynie à évolution mortelle chez une enfant de 12 ans. — MM. P. GIRAUD et ROUQUET (de Marseille) rapportent l'observation d'une enfant de 12 ans présentant un syndrome typique d'acrodynie grave, avec ulcérations très douloureuses au niveau des extrémités, troubles du caractère, chute des cheveux et des dents et fièvre irrégulière. L'évolution, anormalement longue, se prolongea durant 16 mois et se termina par la mort. Aucune des thérapeutiques appliquées ne donna de résultats autres que des rémissions passagères.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

SIGNES ET DIAGNOSTIC [1]

Variétés cliniques. — Sabourin a individualisé un certain nombre de variétés anatomo-cliniques.

1. Pneumothorax partiels de la grande cavité :

a) Surtout *formes sous-costales ;* le pneumothorax *du sommet est rare :* son diagnostic avec une caverne volumineuse présente de grandes difficultés.

b) *Le pneumothorax diaphragmatique* peut s'accompagner d'un syndrome diaphragmatique net ; *les formes latentes* sont fréquentes (Rist et Ameuille).

c) Les pneumothorax *aréolaires* et *à étages* sont encore à citer.

2. Pneumothorax *interlobaire* avec parfois dyspnée vive et sa douleur en fourche, a des signes physiques peu nets.

3. *Les formes juxta-médiastinales* peuvent donner un syndrome médiastinal aigu, avec déplacement du cœur. — Parfois forme *médiastino-scissurale.*

III. **Pneumothorax thérapeutique.** — Préconisé par Forlanini.

Indications : 1° Tuberculose pulmonaire unilatérale évolutive, sans réactions pleurales ;

2° Pneumonie caséeuse : pneumothorax d'urgence ;

3° Grande hémoptysie.

Contre-indications : Granulie, atteinte évolutive du côté opposé, adhérences pleurales étendues.

Mais il ne s'agit là *que d'un schéma* et avant tout pneumothorax thérapeutique mettre le malade en observation pour juger :

1. *De son état général :* âge, entérite, albimunurie, cardiopathies, etc...

2. *De l'étendue exacte des lésions tuberculeuses.*

Conduite du traitement. — Après une première insufflation, variable suivant les cas, 250 à 450 cc. d'azote ou d'oxygène, réinsuffler tous les trois jours environ, puis tous les huit jours, en mesurant toujours exactement les pressions intra-pleurales.

Laisser ces malades au repos.

Les suivre attentivement (cœur, appareil digestif, etc...) pendant plusieurs mois et même des années.

Les suivre *radiologiquement.*

a) Etat du pneumothorax : 1° apparition de *liquide ;* 2° *difficultés de bien affaisser* le poumon à cause de brides ; étudier ces brides ; discuter la pleurotomie...

b) Etat du *poumon opposé.*

Diagnostic du pneumothorax. — A. *Pneumothorax généralisé.* — C'est le *diagnostic des dyspnées subites,* intenses et brutales.

a) *Œdème aigu du poumon :* le diagnostic est facile.

b) *Embolie pulmonaire :* rechercher la cause : cardiopathie, phlébite... le diagnostic est en général aisé.

c) *Certaines affections pulmonaires :*

1. Asthme *intriqué* avec ses signes bien spéciaux.

2. *Pneumonie massive.*

3. *Pleurésie à grand épanchement :* au stade d'épanchement abondant, la constatation de la succussion horizontale évite l'erreur.

4. *Granulie suffocante :* le cliché radiographique lève les doutes.

— En présence d'un pneumothorax d'alarme, faire la preuve de la nature tuberculeuse.

B. *Pneumothorax partiel.* — Le diagnostic est beaucoup plus difficile.

I. Ne pas passer à côté du pneumothorax : point de côté : pleurite, névralgie ; dyspnée : aggravation des lésions pulmonaires, poussée granulique.

II. Suivant le siège : *diaphragmatique :* abcès gazeux sous-phrénique, kyste ouvert, hernie diaphragmatique, sont parfois à discuter.

Interlobaire : le diagnostic est à faire avec une pleurésie interlobaire vidée par vomique ou un *abcès du poumon.* La radiologie simple et avec lipiodol est souvent nécessaire.

Médiastinal : on doit *situer l'épanchement* gazeux : radiographie simple, après ingestion de bouillie opaque (œsophage), parfois après lipiodol.

Sommet : faire le diagnostic entre grande caverne et pneumothorax localisé du sommet est parfois difficile.

On a donné, en faveur d'une *grande caverne superficielle :*

a) *L'existence de pectoriloquie ;*

b) Certains *signes radiologiques :*

1° *L'angle obtus* fait par la circonférence de la caverne avec le profil thoracique ;

2° *Le plissement à la toux.*

c) L'étude radiologique après injection de *lipiodol dans la plèvre* lorsqu'elle est indiquée peut donner d'utiles renseignements.

PRONOSTIC

Nous opposerons le pneumothorax *artificiel* et le pneumothorax *spontané : la différence essentielle tient dans l'existence ou non de fistule pleuro-pulmonaire.*

a) Dans le pneumothorax artificiel : il n'y a pas de fistule ; d'autre part on établit progressivement le pneumothorax qui ne détermine que peu ou pas de troubles fonctionnels et le pneumothorax artificiel constitue l'une des armes les plus importantes dans la lutte antituberculeuse.

b) Dans le *pneumothorax spontané* au contraire, *il y a fistule pleuro-pulmonaire* et *le plus souvent le pneumothorax présente un pronostic fâcheux.*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 87, p. 1546; n° 89, p. 1578; n° 91, p. 1614.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

PNEUMOGEÏNE

IODE ACTIVE LA VENTILATION PULMONAIRE
DÉCONGESTIONNE LES BRONCHES

CAFÉÏNE SOUTIENT LE CŒUR

THÉOBROMINE AUGMENTE LA DIURÈSE

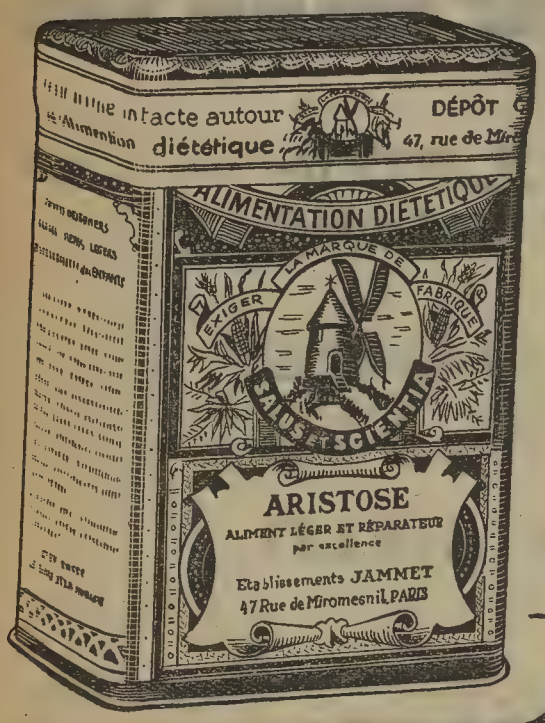
EMPHYSÈME
DYSPNÉES, CARDIAQUES
BRONCHITES CHRONIQUES

ACTION SURE ET RAPIDE

EN DEHORS DES CRISES 2 à 4 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE
PENDANT LES CRISES 4 à 8 CUILLERÉES À CAFÉ DANS UN PEU D'EAU BIEN SUCRÉE

LABORATOIRES RENARD 142 Avenue de Clichy PARIS

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des
Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE — FARINE MALTÉE DE RIZ
ARISTOSE — A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE
CÉRÉMALTINE — ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS
ORGÉOSE — FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE — AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE
BLÉOSE — FARINE MALTÉE DE BLÉ
AVENOSE — FARINE MALTÉE D'AVOINE
LENTILOSE — FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET, rue de Miromesnil, 47. PARIS

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

BIÈRE DE SANTÉ DIASTASÉE PHOSPHATÉE

MÊME PRODUIT **GLYCÉROPHOSPHATÉ** AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX
CHIMIQUEMENT PUR

MYCODERMINE DÉJARDIN

EXTRAIT DE LEVURE DE BIÈRE PURE EN PILULES INALTÉRABLES
DOUÉ DE TOUTE L'EFFICACITÉ DE LA LEVURE FRAICHE

R. C. Seine 36.823

COMMANDES : 10, RUE PARENT DE ROSAN, PARIS 16e

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 24 NOVEMBRE 1934. — N° 94.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **12** fr. **50**. — 6 mois : **25** fr. — 1 an : **45** fr.
Etudiants : **25** francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **65** francs.
Tous les autres pays : **75** francs.

PUBLICITÉ : **M. A. THIOLLIER**, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les manifestations végétatives infundibulo-tubériennes dans la tuberculose, par M. J. Lhermitte.

Les abcès froids péritrochantériens, par M. Ch.-R. Martin (d'Angers).

Variations saisonnières de la méningite tuberculeuse (avec 1 fig.), par M. L Babonneix.

ACTUALITÉS

Les accidents de la chrysothérapie, par M. R. Levent.

VARIÉTÉS

Le centenaire de l'arrivée de Claude Bernard à Paris (avec 1 fig.), par M. J.-M. Le Goff.

XXXIVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. (Compte rendu.)

PRATIQUE MÉDICALE

Peut-on se préserver de la grippe? par M. S. Camredon.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la patente, par M. A. Herpin.

SOCIÉTÉS SAVANTES. — *Société de biologie.*

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Cotte (Henri), professeur de zoologie agricole à la Faculté des sciences de l'Université d'Aix-Marseille, est transféré, à compter du 1er novembre 1934, dans la chaire de physiologie à la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le *concours du clinicat médical* s'est terminé par la nomination de M. Ledieu.

Le *concours de l'internat* s'est terminé par la nomination de MM. Fournier et Camus, internes titulaires, et Flon, externe en premier.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par la nomination de MM. Sorrent, Brocart, Baude, Lagarde, Alexandre, Milhouze, Renan, Dejonckère, externes titulaires.

LES PROCHAINES ÉLECTIONS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Le 31 janvier 1934 nous remarquions que l'Académie de médecine avait à pourvoir, par suite de décès, au remplacement de 21 membres (titulaires, associés, correspondants nationaux ou étrangers).

A la date du 20 novembre 1934, il y a de nouveau 21 sièges à pourvoir par suite de décès. Ils sont ainsi répartis :

Membres titulaires. — Section de médecine : siège de M. Ravaut; section d'hygiène : siège de M. Léon Bernard ; section des sciences biologiques : siège de M. Lucien Camus; section de médecine vétérinaire : siège de M. Cadiot; section de pharmacie : siège de M. Meillère.

Membre libre. — Siège de Mme Curie.

Associés nationaux. — 1 siège.

Associés étrangers. — 3 sièges.

Correspondants nationaux. — 6 sièges.

Correspondants étrangers. — 5 sièges.

Nous remercions notre confrère Darras d'avoir bien voulu, avec son habituelle obligeance, nous permettre de publier cette information.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. René Hazard, agrégé, commencera ses leçons le jeudi 3 janvier 1935, à 16 h., amphithéâtre Vulpian, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1935.

RENSEIGNEMENTS

A CÉDER, grand appartement (près parc Monceau), libre de suite, composé de 8 pièces dont 7 principales, tout confort. Conviendrait à médecin. — S'adresser au Journal. L. B.

RECONSTITUANT GÉNÉRAL
NEUROSINE PRUNIER
GLYCÉRO-PHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT, 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA PATENTE

En exécution des décrets-lois, le ministère des Finances a prescrit aux contrôleurs des contributions directes de calculer désormais la patente sur la valeur locative des locaux professionnels. Mais nous ne savons pas encore quelles seront les dispositions prises pour la récupération par les villes et départements des dégrèvements ainsi effectués.

Quoi qu'il en soit, la base de la patente est toujours la valeur locative des locaux occupés. Le montant du loyer ne peut être pris pour base effective, que lorsque ce montant est fixé par les lois en vigueur. Aussi peut-il se faire que la patente soit calculée sur une base, soit inférieure, soit supérieure au montant de ce loyer.

Dans les circonstances économiques que nous traversons, il peut y avoir des différences importantes entre cette valeur locative et le prix du loyer. Tel médecin a pu prendre un appartement, avec un bail plus ou moins long, à un prix qui, par la suite, ne s'est pas maintenu pour les autres appartements de l'immeuble ou du quartier et la valeur locative a suivi, elle, la même variation. Et ainsi un appartement loué pour un prix de 20.000 francs par exemple en 1929, peut très bien, pour les raisons que nous venons d'indiquer, et bien que le prix initial ait été maintenu par les conventions du bail ou par le propriétaire, en cas de convention verbale, n'avoir, en 1934, qu'une valeur locative considérablement moindre, 10.000 francs par exemple.

C'est sur cette valeur locative présente que doit être fixée la patente.

Mais, il est bien certain que si le médecin n'informe pas le contrôleur de la diminution de cette valeur locative, il continuera à payer cet impôt sur la même base qu'en 1929. Il faut donc s'adresser au contrôleur et lui exposer la diminution subie par les loyers dans l'immeuble occupé et dans les immeubles voisins.

Pour 1934, il ne peut plus être fait de réclamation, les délais étant expirés ; mais on peut faire une demande de réduction gracieuse en se basant sur les faits que nous venons d'indiquer.

Pour les années suivantes, ceux qui se trouvent dans ces conditions, doivent prévenir le contrôleur le plus tôt possible, de la variation moyenne subie par la valeur locative des appartements et si la même base est maintenue sur les feuilles d'imposition reçues l'an prochain, faire une réclamation dans les délais prescrits.

A. HERPIN.

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

La Grippe

Comment, cet hiver, la prévenir et la traiter

La prévenir : — par le **RÉSYL** antiseptique broncho-pulmonaire (*Sirop — Comprimés*)

et le **QUININO-PHYTINE**
(*Comprimés de 10 centig.*)

La traiter : — QUININO-PHYTINE
(*4 à 8 comprimés par jour*)

CORAMINE, en cas de défaillance cardiaque

Pendant la période des manifestations catarrhales :

RÉSYL 4 cuillerées à café par jour, avec des tisanes chaudes.

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, pharmacien
109-113, boulevard de la Part-Dieu — LYON

VARIÉTÉS

LE CENTENAIRE DE L'ARRIVÉE DE CLAUDE BERNARD A PARIS

Par M. Jean-Marie Le Goff.

On était en novembre 1834, par une de ces journées sombres et brumeuses, si nombreuses dans ce mois, que les Bretons nomment toujours *miz du*, mois noir ; un jeune homme de 20 ans, peu fortuné mais riche d'espérance descendait de la diligence de Lyon. Comme tant d'autres, il venait chercher à Paris, sinon la fortune, du moins la gloire et la renommée dans les lettres et le théâtre.

C'était Claude Bernard, le futur professeur de médecine expérimentale au Collège de France et membre de l'Institut !

J'emprunte à la préface historique de son ami Georges Barral les détails suivants : Claude Bernard est né dans le très petit village de Saint-Julien, le 12 juillet 1813, non loin de Villefranche-sur-Saône, dans une humble maison de vignerons qui lui resta toujours chère et où il revenait chaque année pour les vendanges ; il perdit son père de bonne heure et connut seulement sa mère, qu'il adorait et dont il était adoré. Il n'eut pas d'émotion dans sa jeunesse et ne ressentit jamais l'ébranlement d'une passion qui décide d'une carrière ou brise l'avenir.

Il apprenait bien à l'école. Le curé du village lui fit commencer le latin, et le dimanche il remplissait les fonctions d'enfant de chœur. Il entra, à l'âge de 12 ans, au collège de Villefranche, tenu par des ecclésiastiques. Il en sortit le plus tôt qu'il put, pour gagner son pain quotidien, et vint à Lyon, où il trouva, chez un pharmacien du faubourg de Vaise, un emploi qui lui donnait la nourriture et le logement. Il n'avait pour toutes distractions que le droit

Saint-Julien (Rhône), maison natale de Claude Bernard. Je dois cette vue à l'obligeance du petit neveu du grand savant, M. Jean Devay, auquel j'adresse mes remerciements. — Cliché Chambion, à Villefranche-sur-Saône, reproduit avec l'autorisation de l'éditeur.

de sortir une fois par mois. Il en profitait pour passer la soirée au théâtre des Célestins. C'est là, au contact des pièces représentées, qu'il se crut destiné à devenir auteur dramatique.

Rentré dans son officine, occupé la plupart du temps à plier de minuscules paquets de poudre purgative, ou à préparer la thériaque, ce fameux médicament de nos ancêtres, il prit sur ses nuits des loisirs pour composer une comédie-vaudeville. Elle fut jouée, sous le titre de *la Rose du Rhône*, sur un petit théâtre de Lyon, avec quelque succès, mais ne fut jamais imprimée. Elle rapporta une centaine de francs à son auteur, qui les mit de côté, ayant rêvé de partir pour Paris et d'y conquérir la gloire littéraire, avec un drame qu'il mit un an à composer. Il avait voulu écrire une tragédie, mais son esprit fut toujours rebelle à la facture du vers. Sa pensée était déjà trop inquiète pour être emprisonnée dans les hémistiches et les rimes. Il y laissait, dans le cinquième acte, un cantique à la Vierge Marie, réminiscence de son éducation première auprès du curé de Saint-Julien.

Ayant obtenu une lettre de recommandation d'un membre de la Faculté des Lettres de Lyon pour Saint-Marc Girardin, professeur de littérature à la Sorbonne, il pliait bagage, roulait précieusement son manuscrit et il prenait la diligence pour la capitale, après avoir dit adieu à son patron, aux petits paquets de coloquinte et à la thériaque.

Quand il arriva à Paris, il se rendit sans tarder auprès de son protecteur désigné. Saint-Marc Girardin était alors en pleine réputation. Il accueillit avec grande bienveillance le jeune homme. Il lut le drame, le trouva médiocre et dit à son auteur : « Vous avez fait de la pharmacie, faites de la médecine. *Vous n'avez pas le tempérament dramatique.* »

Ce drame, intitulé *Arthur de Bretagne*, fut publié en 1887, par les soins de M. Georges Barral (1), auquel Claude Bernard avait remis le manuscrit le lundi 14 août 1876, vers midi, en disant : « Je vous le donne en mémoire de notre séjour à Perpignan, et d'Arago, l'ami de votre père, qui m'a rendu service en 1849. Vous pouvez le publier si vous y tenez, mais plus tard, au moins cinq ans après ma

(1) Claude Bernard. *Arthur de Bretagne*, Paris, Dentu, éditeur, 1887.

mort ; mais n'oubliez pas d'annoncer qu'il a été refusé, et avec beaucoup de corrections, par Saint-Marc Girardin. »

A l'époque où se passe le drame, la Bretagne formait un duché indépendant de la France.

Arthur, duc de Bretagne, héritier du trône d'Angleterre, fils de Geffroy Plantagenet et de Constance de Bretagne, naquit à Nantes, le 30 avril 1187, quelques mois après la mort de son père.

Sa naissance fut saluée avec enthousiasme ; beaucoup croyaient la vieille légende de Merlin accomplie, et que l'enfant était la réincarnation du roi Arthur, enfin revenu pour sauver les Bretons.

Quand Richard, roi d'Angleterre, son oncle, partit pour la Terre Sainte avec Philippe-Auguste, il s'engagea à faire épouser la fille de Tancrède, roi de Sicile, par Arthur, son héritier présomptif. Ses droits à la couronne d'Angleterre furent établis et reconnus par le Régent du royaume et par le roi d'Ecosse.

Arthur fut en même temps proclamé duc de Bretagne, dans une assemblée générale tenue à Rennes, en 1196.

Jean sans Terre, profitant de l'absence de Richard, parti à la croisade, s'empara de la régence, puis, à la mort du roi, se fit proclamer roi d'Angleterre au détriment d'Arthur.

Philippe-Auguste, qui tour à tour avait abandonné et protégé le jeune prince, suivant son intérêt, le fit chevalier à Gournay et déclara la guerre à Jean sans Terre.

Arthur, plein d'enthousiasme et de courage, mit le siège devant Mirebau, en Poitou, et allait s'en emparer, lorsque, par la trahison d'un Français, Guillaume des Roches, il fut livré, avec ses principaux officiers, à Jean sans Terre, qui l'enferma dans un cachot de la prison de Falaise, puis dans la Tour de Rouen.

Jean visita son prisonnier et employa menaces et caresses pour l'engager à renoncer à ses droits, mais Arthur, doué d'une vertu supérieure à son âge, déclara avec noblesse « qu'il resterait jusqu'à la mort digne du rang pour lequel il était né et qu'il ne céderait jamais le trône à un usurpateur ».

Dès lors, la mort de l'héroïque jeune homme fut décidée.

Ne trouvant personne pour exécuter ce crime, Jean sans Terre résolut de devenir lui-même le bourreau de cet enfant de 15 ans (1202).

Au milieu de la nuit, il se rend à la prison, fait descendre Arthur, le traîne au bord de la Seine, le place dans une barque, lui plonge plusieurs fois son épée dans le corps, puis le précipite dans les flots, après lui avoir attaché une grosse pierre au cou.

Son corps, retrouvé dans le filet d'un pêcheur, fut transporté à l'abbaye de Notre-Dame des Prés, où on l'inhuma secrètement.

Dans la troisième scène du quatrième acte du drame de Shakespeare, intitulé *le Roi Jean*,, on assiste au dialogue émouvant entre Arthur et son geôlier Hubert, qui avait reçu l'ordre de crever les yeux du jeune prince avec un fer rouge, mais il n'ose pas l'exécuter. Arthur s'évade et se tue en sautant du haut des murs. Les barons révoltés exigent qu'on leur apporte le cadavre de celui qui aurait dû être leur roi ; en le voyant, le comte de Pembroke se jette à ses pieds et s'écrie : « O mort, tu peux t'enorgueillir d'une pure et noble beauté ! »

Claude Bernard traite son sujet avec un réel talent qui dévoile déjà le génie de celui qui devait devenir le plus grand physiologiste français du XIXe siècle.

Mieux que tous les historiens de cette époque, il montre le rôle d'arbitre que la Bretagne a joué au moyen âge entre ses terribles voisins. Dans le deuxième acte, dont les scènes se passent à Vernon, il décrit avec une exactitude remarquable les caractères des trois principaux personnages : le duc Arthur de Bretagne, les rois de France et d'Angleterre ; il montre la grandeur d'âme, la noblesse, la loyauté, la franchise d'Arthur, la ruse et la fourberie de Philippe et de Jean. « L'héroïsme de la Bretagne fait sa force, dit le comte de Léon ! Dussions-nous mourir, réplique le duc, il faut remplir nos devoirs et ne pas faillir à l'honneur ! »

Devenu professeur de médecine au Collège de France, Claude Bernard a apporté la même exactitude et la même précision dans l'étude complexe et difficile des diverses fonctions de l'organisme des êtres vivants et des modifications de ces fonctions sous l'influence des médicaments et des poisons ; c'est en appliquant la méthode expérimentale à l'étude de la médecine qu'il a été amené à faire ces découvertes remarquables qui lui ont valu une renommée universelle.

Qu'il me soit permis en terminant de signaler, que par une coïncidence singulière, le successeur de Claude Bernard à l'Académie Française fut un Breton de Tréguier, Ernest Renan !

Sous la menace de la surdité (1), par les Drs G. DE PARREL et B. DE GORSSE.

De quoi s'agit-il dans cet ouvrage ? Uniquement des *surdités de l'oreille moyenne*, séquelles des catarrhes chroniques ou des infections prolongées du pharynx, des fosses nasales, des trompes d'Eustache et des caisses du tympan.

Ces *tympano-scléroses post-catarrhales ou post-purulentes représentent* 80 % *environ du total des cas de surdité.* Elles trouvent un terrain d'élection dans l'arthritisme des voies respiratoires supérieures et dans le processus toxi-infectieux décrit sous le nom de syndrome entéro-rhino-tubaire.

C'est par centaines de mille qu'on compte les cas de surdité de cette catégorie. Il est donc de haute opportunité de se porter au secours de tous les candidats aux déchéances de l'ouïe et de tous les sourds confirmés relevant de ces deux grands facteurs étiologiques : le catarrhe chronique, l'infection rhino-tympanique prolongée.

Ce livre apporte au sourd et à son médecin des *documents pathogéniques et cliniques* recueillis au cours d'une longue expérience et des *techniques d'application* patiemment établies. On sait que le Dr G. de Parrel (de Paris) a consacré le meilleur de son activité scientifique et professionnelle, depuis plus de 25 ans, au problème du traitement de la surdité par la rééducation fonctionnelle. De son côté, le Dr de Gorsse (de Luchon) a dirigé ses efforts vers la mise au point des procédés qui permettent de récupérer la perméabilité de la trompe d'Eustache et le libre jeu des organes de l'oreille moyenne par le contact méthodique du *soufre vivant des eaux thermales.*

Ces deux méthodes de traitement et de prophylaxie de la surdité sont nées en France et les deux auteurs de cet ouvrages ont puissamment contribué à régler leurs indications et leurs techniques. C'est dire tout l'intérêt pratique qu'offre ce livre où sont énoncés les *principes directeurs de la crénothérapie sulfurée et de la rééducation acoustique, les indications des deux traitements, les limites de leur action.*

L. G.

(1) In-16 broché illustré de 51 figures. Impression sur vélin supérieur. — Prix : 15 fr. — Paris, Albin Michel.

Huile non Caustique

LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'*Oléate d'Éphédrine*

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :
L. GAILLARD, Pharmacien
26, Rue Pétrelle, Paris (9e)

Se fait en
Solution et en Rhino-Capsules

LES ENDOCRISINES
TOUTE L'OPOTHERAPIE
UN COMPLEXE DES "GLANDES DE L'ÉNERGIE"
LE CRINO-STHÉNYL
•COMPRIMÉS•
•AMPOULES•
•SIROP•
Élève le potentiel vital
3 FORMES
COMPRIMÉS
6 comprimés par jour
SIROP
1 à 2 cuillerées à dessert par jour
1 cuillerée = 3 comprimés
AMPOULES
1 ampoule par jour
ECHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES FOURNIER Fils
7 RUE BISCORNET
PARIS

LES MANIFESTATIONS VÉGÉTATIVES INFUNDIBULO-TUBÉRIENNES DANS LA TUBERCULOSE

Par M. J. LHERMITTE.

Depuis que l'expérimentation a montré, grâce aux recherches d'Aschner, Camus et Roussy, l'origine cérébrale de bien des manifestations morbides dont la cause demeurait jusque-là mystérieuse, l'attention des neurologistes a été attirée sur les relations pathogéniques qui unissent la polyurie, la glycosurie, la polydipsie, l'hypnolepsie, l'adiposité, certaines perturbations sexuelles et d'autres altérations des fonctions végétatives avec les centres mésodiencéphaliques. Aussi depuis une vingtaine d'années les travaux anatomo-cliniques se sont accumulés qui ont fait voir de la manière la plus saisissante que nombre de lésions portant sur le mésodiencéphale, c'est-à-dire sur le tuber cinereum, l'hypothalumus et la partie dorsale du pédoncule cérébral pouvaient s'extérioriser, en clinique, par les phénomènes morbides que nous venons de rappeler.

De ce fait, bien des symptômes qui hier encore étaient rattachés à des modifications du psychisme ont été éclairés et sont passés du domaine de la psychogenèse dans celui, beaucoup plus solide, de l'organicité.

Parmi les lésions qui atteignent les centres végétatifs du mésodiencéphale, les tumeurs (gliomes, méningiomes et surtout craniopharyngiomes développés aux dépens de la poche de Rathke) sont au premier plan des agents étiologiques et pathogéniques des syndromes végétatifs infundibulo-tubériens.

Ainsi que je l'ai montré dans plusieurs travaux exécutés en collaboration avec Kyriaco, Mlle G. Lévy et J.-O. Trelles, E. May, la syphilis est presque autant responsable que les tumeurs, des manifestations infundibulo-tubériennes qui éclosent chez l'enfant et chez l'adulte.

Parfois, le syndrome infundibulo-tubérien se présente au complet et l'on y retrouve la polydipsie, la polyurie, la glycosurie, l'hypersomnie, l'adiposité, l'aménorrhée chez la femme ou l'impuissance chez l'homme, la boulimie, mais il faut reconnaître que, dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi, le syndrome apparaît dissocié ; chez tel malade, ce qui prime, c'est le diabète insipide avec ses deux composants, l'augmentation extraordinaire de la diurèse et une soif persistante que l'ingestion de liquide n'étanche jamais complètement ; chez tel autre ce qui domine, c'est la tendance morbide au sommeil, la narcolepsie, l'hypersomnie, chez tel autre enfin, ce qui attire l'attention c'est, d'une part, la polyurie et, d'autre part, la présence d'une quantité importante de sucre dans l'urine.

Mais, ainsi que je l'ai fait remarquer, il est exceptionnel que la lésion infundibulo-tubérienne se traduise seulement par un seul symptôme, le plus souvent glycosurie et polyurie sont associées, l'hypnolepsie se complique de diabète insipide ou d'aménorrhée; l'obésité excessive va de pair avec l'hypersomnie et les perturbations sexuelles. Nous pourrions citer bien d'autres associations végétatives.

Au point de vue anatomo-pathologique et pathogénique, il est extrêmement remarquable que, dans les faits auxquels nous venons de faire allusion, les lésions mésodiencéphaliques ne se montrent pas grossières et très destructives. Il semble que ce soit beaucoup moins la suppression des noyaux infundibulo-tubériens que leur altération qu'il faut rendre responsable des syndromes végétatifs que nous avons en vue.

Sur le même plan que la syphilis se range, tout naturellement, l'encéphalite épidémique puis les traumatismes, la maladie de Heine-Medin.

***

Jusqu'ici, la tuberculose n'a guère retenu l'attention des médecins. Cependant, pour qui sait la fréquence de la localisation opto-pédonculaire des méningopathies engendrées par le bacille de Koch, il semble bien qu'il doive s'agir d'une lacune due à un manque d'observation plutôt qu'à une carence des processus pathologiques.

Certes, nous savons que dans les méningites tuberculeuses chez l'enfant, Lesage et Abrami ont été frappés par la fréquence et la profondeur du sommeil morbide et que ces auteurs ont été conduits logiquement à isoler une forme somnolente de la méningite bacillaire, que notre maître Klippel a décrit la soif morbide dans la tuberculose, mais ces faits sont demeurés isolés, et depuis longtemps, le problème des manifestations végétatives, mésodiencéphaliques occasionnées par la tuberculose est resté à l'arrière-plan des préoccupations des cliniciens. Et cependant, il ne semble pas que ce dédain soit justifié. Aussi nous proposons-nous ici, à l'occasion de deux faits que nous avons observés récemment, d'orienter les médecins vers la recherche d'une étiologie tuberculeuse à l'origine de certains syndromes infundibulo-tubériens.

Le premier cas que j'ai eu l'occasion d'étudier avec mon interne Albessard, a trait à un homme de 68 ans, ancien valet de chambre, traité au Dispensaire de Villejuif pour tuberculose pulmonaire évolutive.

En septembre 1933, cet homme est pris soudainement d'une soif ardente, inextinguible laquelle le pousse à ingérer d'énormes quantités de liquide, 5 à 6 litres par jour.

La sensation de soif revêt ici une acuité particulière dont le malade essaye de donner l'exacte impression par une description imagée et par sa mimique. Le patient fait claquer la langue et exprime par une grimace saisissante toute la joie qu'il éprouve à l'idée que, bientôt, il pourra ingurgiter un liquide rafraîchissant. Mais, contrairement au polyurique simple, notre malade ingère exclusivement des boissons fermentées : bière, cidre, champagne, boissons gazeuses ou gazéifiées, limonade ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il cherche à éteindre sa soif avec de l'eau ou une tisane.

Négligeant toute occupation utile, le patient passe ses journées dans la recherche du liquide qui lui semble le plus agréable, le plus pétillant, le plus frais ; et il s'efforce par tous les moyens de se procurer cette

*

boissons qui va, selon son expression, « lui rafraîchir le gosier ».

Aussi, sa femme le surprend-elle chaque jour rôdant à la cave ou chez l'épicier pour y chercher les bouteilles remplies de bière, de vin, de limonade ou de vin mousseux. Lorsqu'il sort, il se rend chez le « bistrot » ou dans le café qui lui « chante » le plus.

Le besoin de boire semble être pour le malade une très grande torture morale et physique, car il nous répète sans cesse : « j'aimerais mieux être mort que d'être dans cet état ». Son humeur, nous dit sa femme, a complètement changé ; et lui qui était gai autrefois est devenu profondément triste.

En outre, on constate chez ce patient une tendance à s'endormir profondément au cours de la journée ; bien souvent nous dit sa femme, « je trouve mon mari profondément assoupi sur le coin d'une table, sa tête reposant sur son coude replié ».

Cette polydipsie s'accompagne naturellement d'une polyurie proportionnelle ; la nuit le malade est obligé de se lever 5 à 6 fois pour exonérer sa vessie. Cependant le malade déclare que c'est moins le besoin d'uriner qui le réveille que le besoin impérieux de boire. J'ajoute que très récemment l'activité sexuelle s'est relâchée puis s'est complètement suspendue.

Objectivement nous constations un amaigrissement général, l'absence complète d'infiltration œdémateuse des jambes. L'examen des fonctions du système cérébro-spinal ne nous permettait de découvrir aucun symptôme morbide. L'appareil circulatoire était normal, la tension artérielle atteignait 135-80 ; seule existait une tachycardie régulière oscillant entre 112 et 120.

La diurèse était de 5 à 6 litres en 24 heures, les urines ne présentaient ni sucre ni albumine. L'auscultation révélait l'existence d'une infiltration considérable du 1/3 supérieur des deux poumons, mais sans symptômes d'excavation.

Du point de vue mental, nous notions que toutes les fonctions supérieures étaient conservées, mais que l'humeur et les tendances instinctives s'étaient nettement modifiées. De calme et pondéré qu'il était, le malade était devenu très irritable, anxieux, obsédé sans cesse par le besoin de se procurer de la boisson.

Une ponction lombaire montra l'existence d'une albuminose à 0,50 et d'une lymphocytose discrète atteignant 5 à 6 éléments par millimètre cube. La réaction de Wassermann était complètement négative.

La ponction lombaire ne modifia en rien la polydipsie ni la polyurie.

L'injection de 1 cm³ d'extrait hypophysaire (Choay) ne détermina que d'infimes réactions ; la tension artérielle passa de 130-80 à 120-80 et la tachycardie se réduisit à 100.

La soif ne fut que très légèrement modifiée. Le malade fut soumis à divers traitements qui s'avérèrent sans influence (strychnine, arsénobenzol, sels de chaux ; extrait hypophysaire en injections).

Rapidement l'état général du patient déjà très atteint s'aggrava, l'amaigrissement devint extrême, tandis que la soif persistait de même que la polyurie. Soudainement, le malade devint somnolent, puis tomba dans le coma avec une température élevée (40° et convulsions épileptiques généralisées).

On le voit, l'histoire de ce malade est fort instructive ; elle nous montre la survenance soudaine, inopinée, d'une polydipsie et d'une polyurie proportionnelle au cours d'une tuberculose pulmonaire en évolution, avec ceci qui n'est pas négligeable, que la polydipsie s'associe avec l'hypersomnie diurne et l'affaiblissement puis la suspension de l'activité génitale.

Il est bien certain qu'à l'époque encore proche de nous où l'on ne possédait aucune indication exacte sur les fonctions végétatives dévolues au mésodiencéphale médian, l'on n'eût point manqué de rattacher la polyurie et la polydipsie à quelques perturbation de la sphère mentale ; mais aujourd'hui pareille thèse est insoutenable et nous ne nous y sommes pas longuement arrêtés. D'ailleurs, de l'avis de la femme de ce patient, très bon observateur et fort intelligente, nulle cause psychique ne pouvait être invoquée à l'origine de cette polydipsie surprenante par sa soudaineté et son intensité.

Est-il besoin d'ajouter que, à supposer même (ce qui n'est pas) que l'on put rendre compte, par une psychogenèse un peu forcée, de la soif morbide, comment aurait-on pu interpréter l'apparition conjointe de l'impuissance sexuelle et de l'hypersomnie ?

Une semblable constellation symptomatique imposait le diagnostic de syndrome infundibulo-tubérien. Les résultats fournis par la ponction lombaire devaient confirmer cette hypothèse en nous révélant l'existence d'une albuminose et d'une lymphocytose indiscutables témoignages d'une réaction méningée.

La réaction de B.W. étant négative dans le liquide céphalo-rachidien, nous étions fondés à chercher une étiologie bacillaire puisque le malade était, de toute évidence, atteint de tuberculose pulmonaire rapidement évolutive avec tachycardie constante et hyperthermie légère mais continue.

L'évolution fatale après une courte période de cachexie est un argument de plus en faveur de cette interprétation.

La seconde observation me semble encore plus riche d'enseignement.

Il s'agit, dans ce fait, d'un jeune garçon âgé de 7 ans dont la mère avait été atteinte avant son mariage d'encéphalite épidémique, puis de tuberculose pulmonaire. Dans la prime enfance aucune maladie grave n'était survenue.

Au mois d'avril 1934, le sujet se plaignant de fatigue générale est envoyé à Biarritz où il fait une cure de bains salins ; l'amélioration cherchée ne se produit pas, au contraire, car on constate une perte de poids de 1 kil. 500. L'enfant se plaint de souffrir de la tête et sa mère remarque, pour la première fois, une propension du sommeil : « Il dort toute la journée », nous dit-elle, lors de notre premier examen, le 17 mai 1934. En outre, poursuit la mère, mon enfant manifeste une soif inquiétante « il boirait 3 ou 4 litres par jour si je ne l'arrêtais pas. Toutes les dix minutes il prend de l'eau ».

Premier aliment
du nourrisson
après le lait maternel
la Blédine
JACQUEMAIRE

apporte au lait de vache son appoint nécessaire de lactose, d'éléments minéraux, de vitamines B et D

Elle complète sa valeur nutritive,
augmente sa digestibilité,
n'incite jamais à le supprimer sans raisons

Au contraire

la Blédine permet de résoudre dans presque tous les cas le problème si angoissant de l'intolérance du lait car elle permet, sans lait, la cure de désensibilisation (à l'eau ou au bouillon maigre de légumes), — tout en assurant la nutrition et la croissance de l'enfant, — et ensuite la réadaptation progressive de celui-ci à l'alimentation lactée normale.

Dans les cas les plus difficiles

le lait ajouté très prudemment, goutte à goutte (1, puis 2, puis 3, etc...) à la Blédine préparée à l'eau ou au bouillon de légumes, après une période suffisante de désensibilisation, est bien toléré dans 99 pour 100 des cas. Au besoin, suivre la gradation :

Blédine au lait sec
Blédine au lait condensé
Blédine au lait frais

Établissements JACQUEMAIRE
Villefranche (Rhône)

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

DIARRHÉE DES TUBERCULEUX

TOUTES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES
DIARRHÉE DES ENFANTS :: OXYDROSE

BINOXOL

Bismutho = 8 = oxyquinoleine

Produit antifermentescible, antiparasitaire, Stimulant les moyens naturels de défense de l'organisme. Etendant son action aux voies biliaires et au foie lui-même, si souvent frappés au cours des entérites.

TOUT A FAIT INOFFENSIF

Formuler pour ADULTES : boîte de 12 cachets ou tube de 15 comprimés à 0 gr. 50
-- pour ENFANTS : boîte de 12 paquets ou tube de 15 comprimés à 0 gr. 50

Établissements KUHLMANN, Produits R. A. L. Spécialisés

145, Boulevard Haussmann — PARIS (8e)

Granules de CATILLON **STROPHANTUS**

à 0,001 Extrait Titré de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES,** Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**

Granules de CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

L'examen objectif ne permettait de découvrir aucun phénomène pathologique, en dehors d'une élévation thermique modérée, mais persistante, à 38°.

L'enfant fatigué, s'il ne dormait pas, bâillait souvent.

Sept jours après cet examen, les symptômes de la méningite tuberculeuse se montraient très caractéristiques : signe de Kernig, raideur de la nuque, diminution des réflexes tendineux et double signe de Babinski, céphalée intense, photophobie, attitude en chien de fusil, cri hydrencéphalique, hyperthermie avec grandes oscillations, arythmie cardiaque.

La ponction lombaire positive permit à notre collègue André Jousset, de constater la présence de bacilles de Koch dans le liquide C.R.

Traité par l'allergine par M. Jousset, le malade présenta une régression régulière de la température en même temps que s'atténuaient les symptômes méningés.

Le 13 juin, par conséquent 18 jours après l'apparition du symptôme caractéristique de la méningite tuberculeuse, j'examinai de nouveau l'enfant. Je constatai un état général précaire, un amaigrissement prononcé, mais aucun signe révélateur d'une lésion cérébro-spinale en dehors d'un double signe de Babinski (extension de l'orteil). Tous les réflexes cutanés et tendineux, sauf le réflexe cutanéo-plantaire étaient normaux. L'enfant pouvait marcher correctement et les mouvements commandés ne trahissaient aucune incoordination. Les mouvements oculaires, le fond d'œil étaient normaux.

Quant au psychisme, on remarquait un état de dépression modéré, une fatigabilité en rapport avec le grave épisode qui venait de se dérouler.

La convalescence se poursuivit régulièrement et je puis de nouveau examiner le malade en octobre 1934. L'amaigrissement avait nettement rétrocédé ainsi que l'asthénie physique et psychique ; toutes les fonctions du système nerveux semblaient parfaitement normales sauf cependant la réflectivité cutanée. Je constatais, en effet, la persistance d'une extension bilatérale du gros orteil, malgré l'intégrité des réflexes tendino-osseux et de tous les autres réflexes cutanés.

Aucune manifestation végétative ni l'hypersomnie, ni la polydipsie, ni la polyurie n'avaient reparu depuis le 13 juin précédent.

L'observation que l'on vient de lire est instructive à plus d'un titre ; mais je ne retiendrai que les éléments qui forment la base de ce travail : les symptômes d'ordre végétatif dans la méningite tuberculeuse.

Nous avons la preuve qu'il s'agit effectivement, dans ce fait, d'une localisation bacillaire méningée, non seulement par le tableau clinique auquel il ne manquait aucun trait essentiel, mais encore par la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. On ne saurait donc douter de la relation de causalité qui relie la méningopathie bacilaire et le syndrome végétatif mésodiencéphalique dont l'hypersomnie, la polydipsie, la polyurie, constituaient, chez ce jeune malade, les caractères les plus marquants.

La réduction parallèle du syndrome infundibulo-tubérien et des autres symptômes généraux et locaux de la méningite tuberculeuse dénonce, à l'évidence, l'origine des manifestations végétatives. Nous nous en voudrions d'insister sur ce point et de développer les preuves qui montrent que la polydipsie, la polyurie, la somnolence sont bien ici secondaires à la localisation bacillaire de la méningopathie.

Un des points de cette observation qui me paraît d'un très grand intérêt tient dans l'*apparition précoce du syndrome végétatif ;* rappelons encore une fois que la polydipsie, la polyurie et la somnolence diurne se manifestèrent plusieurs semaines avant l'éclosion des signes caractéristiques de la méningite tuberculeuse.

Ce fait est à méditer car il doit inciter les cliniciens à examiner désormais à la phase prodromique de la méningite, avec autant d'attention, les désordres de la sphère végétative que ceux de la sphère cérébro-spinale.

*
* *

Les deux faits que nous venons de rapporter ne resteront certainement pas isolés et nous ne doutons pas que des examens systématiques ne montrent dans l'avenir que parmi les symptômes des méningopathies tuberculeuses doivent figurer, à côté de la céphalée et des opthalmoplégies, des manifestations expressives du retentissement de la lésion méningo-vasculaire sur les centres mésodiencéphaliques. D'autre part, nous croyons que dans les cas de plus en plus nombreux où il est appelé à préciser le siège et la nature d'une altération de l'appareil infundibulo tubérien, le neurologiste fera œuvre utile lorsque lui manqueront les facteurs étiologiques communs, en poursuivant une enquête du côté de l'infection tuberculeuse.

Problèmes actuels de Pathologie médicale (1). Cours complémentaire de la Faculté de Médecine. Deuxième série, par A. CLERC, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital de Lariboisière, et par Ch. Aubertin, H. Bénard, M. Brulé, J. Cathala, Ed. Chabrol, P. Chevallier, E. Donzelot, Guy-Laroche, C. Lian, R. Moreau, P. Vallery-Radot, professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris, médecins des hôpitaux.

Ces conférences dont une première série a déjà été publiée dans le cours de l'année 1931 ont été instituées pour les futurs médecins à la veille de terminer leurs études et pour les praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de nos connaissances. Elle visent les sujets les plus variés, elles sont traitées chacune par un spécialiste reconnu, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux et représentent bien l'aspect actuel des problèmes de Pathologie médicale.

Chapitres de l'ouvrage : I. Cardiopathies et grossesse (A. Clerc) ; II. Le sang des radiologistes (Ch. Aubertin) ; III. La néphrose lipoïdique (H. Bénard) ; IV. L'amylose rénale (M. Brulé) ; V. La diarrhée cholériforme et le syndrome toxique dans la première enfance (J. Cathala) ; VI. L'exploration de la fonction biliaire du foie (Ed. Chabrol) ; VII. L'idiophagédénisme (P. Chevallier) ; VIII. Les hypertensions artérielles paroxystiques (Ed. Donzelot) ; IX. Les hypoglycémies (Guy Laroche) ; X. L'œdème pulmonaire aigu (R. Moreau) ; XI. Le rhumatisme tuberculeux (R. Moreau) ; XII. Conception actuelle des néphrites (Pasteur Vallery-Radot). L. G.

(1) In-8 de 340 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, Masson et Cie

LES ABCÈS FROIDS PÉRITROCHANTÉRIENS

Par M. Charles-Rémy MARTIN (d'Angers).

Les abcès froids péritrochantériens, malgré leur relative fréquence, sont parmi tous les abcès tuberculeux les moins familiers aux praticiens. Certes, il est très facile de reconnaître leur existence, d'apprécier leur nature bacillaire, cependant trop communément encore on fait en leur présence un diagnostic d'origine erroné dont découleront des sanctions thérapeutiques pour le moins intempestives. Les os et les parties molles de la région trochantérienne, où semblent stagner ces abcès, retiennent en général toute l'attention, on oublie très souvent dans ce cas que l'abcès tuberculeux est par essence une collection purulente migratrice, donnée simple, élémentaire, sans cesse présente à l'esprit lorsqu'il s'agit de rattacher n'importe quel autre tuberculome à sa cause habituelle.

La fréquence des abcès froids péritrochantériens, le grand nombre d'erreurs commises quant au véritable point de départ de la collection, la gravité des opérations locales lorsque doivent être incriminées des lésions éloignées nous ont incité à reprendre succinctement ce chapitre de la tuberculose chirurgicale si bien mis au point par l'Ecole de Berck et en particulier par E. Sorrel.

Nous n'insisterons pas sur les cas où l'abcès froid péritrochantérien vient émailler le cours ou les suites éloignées d'une affection classée, reconnue et traitée telle un Mal de Pott lombaire inférieur, une tuberculose sacrée, un trochantérite légitimé, etc... La collection apparaît comme une complication attendue, aisément rattachable à la lésion causale ; elle n'offre dans ces conditions ni intérêt particulier, ni difficulté diagnostique.

Les abcès froids de la région trochantérienne se présentent habituellement sous un aspect clinique tout à fait différent dont les traits cardinaux sont les suivants :

— Ils constituent très fréquemment la première manifestation d'une lésion initiale proche ou lointaine, muette encore ;

— Ils résument pendant plus ou moins longtemps toute la maladie qui ne se révélera dans son entier que beaucoup plus tard (certaines observations apportent la notion d'un intervalle libre variant de plusieurs mois à plusieurs années entre la constitution de l'abcès et l'extériorisation évidente du foyer causal).

Ces caractères communs aux abcès de la région trochantérienne, que nous verrons compliquer des lésions de sièges anatomiques si distincts, ne doivent pas étonner, la tuberculose osseuse et ostéo-articulaire, notamment chez l'adulte, a une tendance marquée à évoluer à bas bruit et à se démasquer par une de ses complications.

C'est donc, d'ordinaire, d'une manière insidieuse que se développent les abcès de la région trochantérienne ; le malade vient consulter parce que depuis quelque temps son état général fléchit et surtout parce qu'il souffre au niveau de la partie supérieure de la face externe de la cuisse, en regard ou aux environs du massif trochantérien. Ces douleurs, d'intensité variable suivant les cas, surtout vespérales, quelquefois nocturnes, sont assez localisées, elles irradient ou non vers la hanche, le genou, la région fessière. Une boiterie légère, plus marquée après l'effort et la fatigue, apparaît parallèlement. A cette époque l'examen local est peu démonstratif, on note seulement un peu d'élévation de la chaleur locale, quelques sensations douloureuses à la pression, surtout une sorte d'empâtement que met en évidence l'effleurage, la main à plat dans un mouvement de massage. Fait capital, au bout de quelques jours les signes généraux et les phénomènes algiques s'estompent, mais un abcès apparaît; petit d'abord il augmente peu à peu, couvre puis dépasse les limites de la région trochantérienne. La collection, plus ou moins abondante suivant les cas, descend à la face externe de la cuisse, souvent très bas, pouvant même perdre tout rapport avec son siège initial.

La radiographie de la région trochantérienne, sauf lorsque une vraie trochantérite est à l'origine de la suppuration, ne montre rien de bien intéressant, l'os est intact, les parties molles où stagne l'abcès sont un peu moins perméables aux rayons que normalement ce qui se voit facilement sur le cliché.

L'évolution est assez différente selon les cas :

— Le plus souvent l'abcès se fistulise soit spontanément, soit après des ponctions répétées ; dès lors le pus s'écoule en permanence plus ou moins abondamment.

— Plus rarement la collection s'assèche en quelques semaines et l'affection semble guérie ; l'amélioration n'est qu'apparente et transitoire, au bout de plusieurs mois, voire même une année, la suppuration s'installe à nouveau, généralement le foyer tuberculeux primitif s'extériorise avec cette récidive.

Quelle que soit sa forme évolutive, l'abcès doit toujours être considéré comme la complication d'une lésion initiale qui évolue à bas bruit et qu'il importe de diagnostiquer le plus rapidement possible ; en effet, la suppuration ne se tarira qu'avec le traitement rationnel du foyer tuberculeux primitif, c'est dire l'importance du diagnostic du point de départ du tuberculome.

Le Diagnostic des abcès froids de la région trochantérienne est extrêmement facile si l'on se borne à reconnaître leur existence et leur nature bacillaire. Ce n'est pas sur ce terrain que se place le véritable intérêt de ces tuberculomes, un seul point importe : localiser le foyer tuberculeux primitif, tâche souvent ardue parce que ce dernier est toujours difficilement repérable tout au moins cliniquement. L'expérience montre que 9 fois sur 10 il ne faut pas rechercher dans le voisinage immédiat de l'abcès la source de la suppuration : vraie trochantérite, bacillose des parties molles, bursite tuberculeuse car ce sont des affections exceptionnelles. Dans la majorité des cas l'atteinte primitive siège à distance de la région trochantérienne, elle se localise avant tout sur le bas rachis ou sur certains points du bassin, l'ensemble de ces lésions constitue le groupe si important des « fausses

trochantérites » (E. Sorrel et S. Rostin) (1) que l'on doit rechercher, parce que muettes à leur niveau, avec esprit de système et par tous les moyens dont nous disposons (clinique-radio-lipiodol) lorsque l'on se trouve en présence d'un abcès péritrochantérien.

Etudions, par ordre de fréquence, les différentes lésions susceptibles d'engendrer un abcès froid de la région du grand trochanter.

— 1) L'atteinte du rachis est, dans la majorité des cas, responsable de ces abcès, à telle enseigne qu'*il est indispensable de toujours examiner en premier la colonne vertébrale lorsqu'une collection péritrochantérienne ne fait pas d'emblée ses preuves quant à son origine*. Parmi les lésions vertébrales il faut surtout retenir celle du rachis inférieur : Pott lombo-sacré, Pott de la 5e lombaire, ostéite sacrée. Exceptionnellement, la suppuration vient du rachis lombaire supérieur ou de la charnière dorso-lombaire.

Selon la localisation des lésions causales, les abcès migrent vers le trochanter en suivant différentes voies anatomiques bien étudiées par Ménard :

— Les abcès nés haut parcourent la gaine du psoas, ils feuillettent ensuite le plan des adducteurs et contournent le fémur pour atteindre la face externe de la cuisse ;

— Les abcès nés bas suivent le pyramidal qui les entraîne hors du bassin vers la partie supérieure de la face externe de la cuisse.

L'intérêt du facteur rachidien dans la genèse de ces suppurations varie suivant l'âge du malade :

— Chez l'enfant le Pott lombaire inférieur, les ostéites sacrées sont relativement rares et ne donnent pas habituellement un abcès de la région trochantérienne, mais lorsque cette éventualité existe la netteté des signes fonctionnels et physiques, des images radiographiques, l'apparition tardive des abcès témoignent dans la règle amplement de l'origine vertébrale de la collection purulente.

— Chez l'adulte le facteur rachidien mérite d'être particulièrement souligné ; les Pott de la 5e lombaire et lombo-sacrés, l'ostéite sacrée représentent plus du 1/3 des atteintes tuberculeuses de la colonne vertébrale à cet âge. Le diagnostic du point de départ de l'abcès n'est pas toujours facile, une ou plusieurs années précèdent parfois l'éclosion des premiers signes vertébraux évidents ; en effet, on sait la fréquence au cours d'un Pott inférieur, d'un Pott lombo-sacré de l'adulte du retard des signes cliniques et surtout des signes radiologiques sur le début réel, anatomique des lésions, le début apparent de la maladie coïncide alors souvent avec l'apparition d'un abcès. Néanmoins, un examen très approfondi peut apporter très précocement la solution du problème. Il faudra avec le plus grand soin faire préciser les douleurs si fréquentes chez l'adulte et rechercher les signes locaux rachidiens.

Les douleurs sont habituelles, mais lorsque l'abcès est apparu, le malade en général ne souffre plus ; on connaît cette détente des phénomènes algiques et généraux coïncidant avec la collection du pus. D'ailleurs, si les douleurs persistent elles siègent surtout à distance ; il importe donc de les mettre en relief, elles existent ou ont existé soit localement au niveau des lésions vertébrales, soit à distance : sciatiques rebelles parfois bilatérales, douleur à type de splanchnalgies abdominales inférieures (vessie-rectum). Fait capital, le repos calme les douleurs, la fatigue, les mouvements intempestifs les exacerbent, la nuit elles réveillent le malade lorsque ce dernier se retourne dans son lit. La notion de crises douloureuses est également à retenir. Tous ces symptômes sont quelquefois très estompés, il faut les extirper de l'esprit du patient qui localise volontiers toutes ses impressions au niveau du trochanter, là où la tuméfaction est apparue.

Les signes locaux sont très souvent discrets, ils ont cependant un énorme intérêt. On doit rechercher la contracture même à peine ébauchée des muscles des gouttières, la rigidité vertébrale segmentaire, le léger recul d'une vertèbre sur le segment sous-jacent (la marche d'escalier). Rappelons que la gibbosité de la 5e lombaire se traduit par l'effacement de la fossette qui se trouve normalement en regard de son épineuse.

Seul l'examen radiographique permet dans de nombreux cas d'affirmer le diagnostic, mais encore faut-il songer à le pratiquer dans une région parfois cliniquement muette et qui pour le moins est assez éloignée du lieu où s'étalent les abcès. Dans ces conditions on constatera l'existence d'images anormales au niveau des corps vertébraux et des disques surtout des pincements plus visibles sur les clichés de profil. Dans les cas difficiles, on injectera pendant plusieurs jours, en position de Trendelenburg, du lipiodol dans la fistule ou dans la poche de l'abcès. Le trajet que suit l'huile iodée se détache nettement surtout si on a soin de prendre des clichés stéréoscopiques. Le lipiodol en fin de course aboutira aux véritables lésions initiales.

— 2) Le premier symptôme d'une tuberculose de la sacro-iliaque est fréquemment chez l'adulte un abcès de la région trochantérienne. Ceci s'explique, l'arthrite est rarement primitive, le plus souvent l'article est envahi secondairement par propagation, le foyer initial siégeant quelquefois sur l'ilion, dans la règle sur le sacrum (sacrum propagé).

Les abcès se collectent soit en avant, soit en arrière et suivent une voie différente pour gagner le grand trochanter : les postérieurs, les plus fréquents, se plaquent derrière la symphyse sacro-iliaque, ils restent extrapelviens sans tendance à cheminer sous le grand fessier ; les antérieurs, les moins fréquents, migrent très volontiers vers la région trochantérienne, intrapelviens d'abord, ils empruntent la voie du pyramidal comme les abcès d'origine sacrée.

C'est donc de parti pris que l'on recherchera la sacro-coxalgie quand le diagnostic de mal de Pott aura été rejeté. On a décrit plusieurs manœuvres pour provoquer la douleur au niveau de la symphyse : signes de Larrey, d'Erichsen, de Gangolphe. Le toucher rectal donne souvent des résultats beaucoup plus intéressants ; en suivant à fond le bord correspondant du Sacrum, on peut dans certains cas atteindre la partie basse de la sacro-iliaque, c'est-à-dire le sommet de l'ogive formée par le sacrum et le bord postérieur de l'os coxal, dans ces conditions on sentira quelquefois soit un abcès qui bombe et fuit par la grande échancrure, soit un point douloureux précis qu'il faut, d'ail-

(1) SORREL, in thèse Rostin, Paris 1931 ; — C.-R. MARTIN et ROSTIN, Les « Fausses trochantérites » et leur diagnostic d'origine, *Arch. méd. d'Angers*, janv. 1932.

leurs, différencier de celui qu'on obtient par compression des racines sacrées qui émergent.

Une radio bien symétrique sera du plus grand secours quand elle montrera soit un simple flou articulaire, soit une image très caractéristique telle un rapprochement de l'aile iliaque par rapport à la 5e lombaire avec décalage pubien. Le contrôle lipiodolé, dans les cas difficiles, lèvera souvent les doutes.

— 3) Les coxalgies donnent des abcès de la région trochantérienne, la collection purulente est toujours très facilement rattachée à sa cause. Beaucoup plus importante dans le cadre du diagnostic d'origine sont les lésions juxta-articulaires de la hanche, bien étudiées par Andrieu. Il s'agit, en général, d'ostéites du col fémoral ou du toit du cotyle. Elles se rencontrent presque exclusivement chez l'enfant. Quelquefois elles se manifestent par des signes d'atteinte de la hanche, souvent aussi l'abcès constitue la première traduction clinique de la maladie. La radio précise l'existence de cavernes périarticulaires et l'intégrité de l'étage articulaire (hauteur normale de l'interligne, netteté des contours). Nous ne dirons qu'un mot des ostéites iliaques, elles sont rares et siègent sur l'aile ou la crête. Parce que l'on a repéré une image iliaque douteuse, on risque très souvent de méconnaître un foyer lombo-sacré ou sacré.

— 4) Il faut grouper en un seul chapitre les lésions locales, de signification anatomique pourtant très différente, susceptibles d'engendrer des abcès froids péritrochantériens parce que ces foyers tuberculeux qui siègent suivant les cas dans le massif osseux du trochanter, les bourses séreuses, les parties molles sont dans leur ensemble excessivement rares à telle enseigne qu'on est autorisé à croire en leur présence seulement lorsque toutes les affections que nous venons d'étudier auront été indubitablement écartées. C'est pour avoir méconnu ce véritable principe que certains, se contentant du diagnostic trop paresseux de lésions locales, ont entrepris des opérations locales particulièrement redoutables puisqu'elles ouvraient des abcès dont l'origine très élevée restait mystérieuse.

a) Les vraies trochantérites sont excessivement rares, cependant on y pense encore trop souvent devant un abcès péritrochantérien. Il est vrai qu'il n'est pas toujours facile de suspecter cliniquement et radiologiquement une autre lésion que celle du trochanter. On connaît, en particulier, les défaillances de la radiographie, elle pèche habituellement par excès : un profil ou un 3/4 révèlent fréquemment des aspects qui ressemblent beaucoup à ceux d'une coque osseuse de caverne ; le lipiodol n'atteint pas du premier coup le foyer primitif, il s'arrête parfois sur le trochanter ou dans son voisinage.

Ainsi il est souvent tentant de s'arrêter au diagnostic de vraie trochantérite, mais par principe on devra toujours rechercher les autres causes pour lesquelles, nous l'avons vu, plaide tout au moins l'argument de fréquence.

b) Les abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané, les bursites tuberculeuses sont véritablement des exceptions auxquelles il ne faudra penser qu'en dernière analyse, en s'entourant de toutes les garanties nécessaires.

VARIATIONS SAISONNIÈRES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par M. L. BABONNEIX,

La méningite tuberculeuse est-elle sujette à des variations saisonnières ?

Tandis que divers pédiatres, parmi lesquels Comby, d'Espine et Picot, Unger, passent la question sous silence, d'autres ne craignent pas de la discuter. Rilliet et Barthez (*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1854, t. III, p. 514) sont peut-être les premiers à l'envisager dans toute son ampleur : « La « question des saisons, écrivent-ils, est, dans l'état actuel de la science, difficile à décider : car on ne « peut arriver à un résultat positif que si l'on a soin « de recueillir *toutes* les observations dans un même « lieu pendant plusieurs années de suite. Or, nous ne « croyons pas que ce travail ait été fait... Aussi nous « donnons les résultats suivants seulement à titre de « renseignements... Nous pouvons conclure de nos recherches que la maladie est rare au mois d'août et « en automne, et tantôt un peu plus, tantôt un peu « moins fréquente dans les autres mois de l'année. « D'après Guersant, la méningite serait surtout fré« quente au printemps, et, d'après M. Piet, dans les « mois de mars et juillet ; à l'hôpital des Enfants, « c'était aussi pendant le mois de mars que nous « avions observé le plus de méningites, tandis qu'à « Genève, c'est pendant le mois de février et pendant « les mois de janvier, de mai, de juin et de juillet. »

Jaccoud (cité par Méry et Armand Delille) estime que c'est surtout au printemps que sévit la maladie.

Pour le Prof. V. Hutinel et pour R. Voisin (*Les maladies des enfants*, Paris 1909, t. V, p. 494), « l'ac« tion des saisons est réelle : l'hiver, avec ses condi« tions débilitantes de vie sédentaire et surtout avec « la fréquence plus grande des affections des voies « respiratoires, provoque souvent l'explosion de l'in« fection tuberculeuse latente et sa localisation aux « méninges ».

Mêmes réflexions dans leur article du *Traité de Médecine Gilbert-Thoinot* (*Maladies des méninges*, 1912, Paris, p. 67) : « L'action des saisons est plus réelle « que celle du sexe. Les méningites sont plus fré« quentes au printemps et en hiver qu'en été. L'in« fluence fâcheuse des affections des voies respiratoi« res sur les tubercules latents des poumons ou des « ganglions trachéo-bronchiques explique cette parti« cularité. Parfois, on assiste à de véritables épidé« mies de méningites : c'est qu'alors les foyers tuber« culeux latents sont rallumés par des grippes, des « rougeoles, des coqueluches ou de simples catar« rhes ».

« En 1908, on note 299 décès dans le premier tri« mestre et 338 dans le second, contre 227 dans le « troisième et 212 dans le quatrième. »

MM. Haushalter et Rémy (*Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1913), en se fondant sur les statistiques de la clinique infantile de Nancy, de 1895 à 1913, trouvent un maximum en avril, un minimum en octobre.

Pour MM. Lesage et Abrami (*La méningite tuberculeuse de l'enfant*, Paris 1919), « on peut se rendre « compte à l'hôpital de la nature épidémique que « peut revêtir la maladie. On reste cinq, six mois sans « en voir de cas, puis tout d'un coup, en l'espace de « quelques semaines, les faits abondent (printemps, « automne). A quoi est due cette épidémie ? Est-ce « au microbe lui-même ?

« N'est-ce pas un autre microbe, comme celui de « la grippe, qui déclanche la mobilisation du bacille « dans les foyers tuberculeux ? Nous nous trouvons là « devant une inconnue. »

M. Péhu et A. Dufourt (*Tuberculose médicale de l'enfance*, Paris 1927, p. 315) rappellent que « la mé- « ningite affecte parfois une allure saisonnière. Les « chefs de service d'hôpitaux d'enfants ont eu souvent « leurs salles envahies, surtout au printemps, par de « véritables « vagues » de méningites. Le mois de mai « est le mois des granulies ».

M. H. Barbier, dans son article *Tuberculose infantile* du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* (Paris 1928, t. XXIX *ter*, p. 194) écrit, de son côté : « Je désire surtout faire remarquer que ces ménin- « gites se montrent surtout aux périodes de l'année « où l'endémie tuberculeuse fournit le plus de cas, « en général de février à juin, ou bien dans les an- « nées où elle est particulièrement sévère... C'est ain- « si que, de 1915 à 1920, en six ans, chez les garçons, « je ne relève que 7 cas sur 68 recueillis ; les années « 1921 et 1924, au contraire, se partagent les autres : « 4 en 1921, 7 en 1924, dont 6 de mars à mai, coïn- « cidant avec 7 cas de tuberculose évolutive sur 8 à « 9 services pendant l'année tout entière. »

M. Taillens (*Traité de médecine des enfants*, Paris 1934, t. V, p. 175) professe que « le nombre des « cas de méningite tuberculeuse commence à aug- « menter en décembre ; il le fait de plus en plus jus- « qu'en mars, où il atteint son maximum ; il dimi- « nue à partir de ce moment avec des hauts et des « bas, pour atteindre son minimum à l'arrière autom- « ne », et joint à son texte un intéressant graphique.

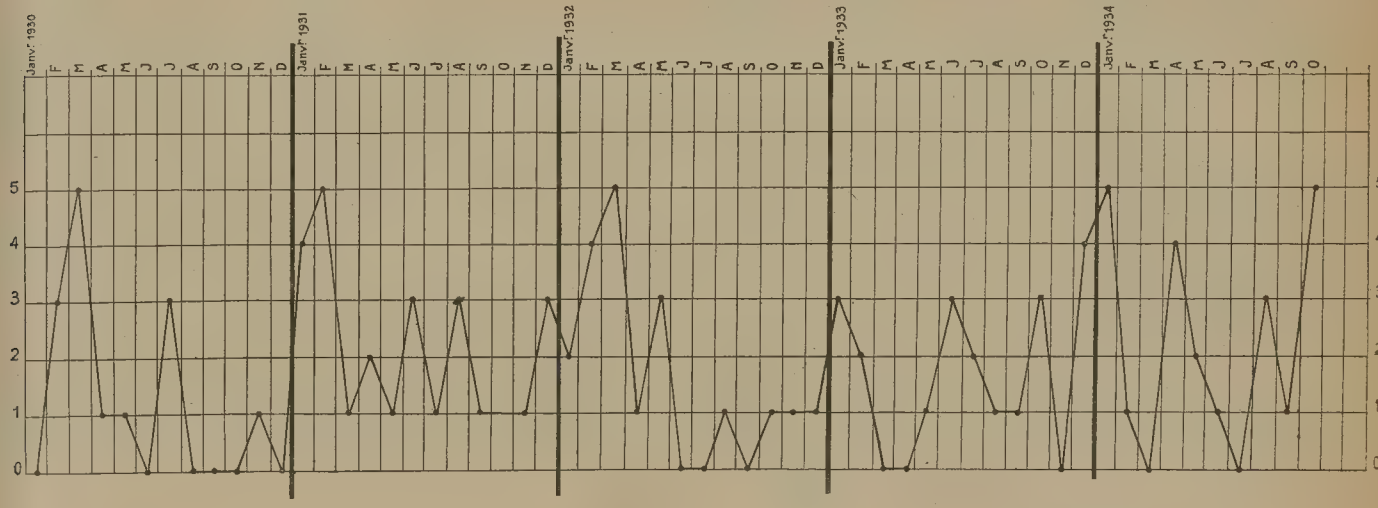


Fig. 1. — Courbe des méningites tuberculeuses, de 1930 à 1934, à l'annexe Grancher.

La question a été agitée, enfin, au *VIIIe Congrès des pédiatres de langue française* (Paris, 9-11 juillet 1934). M. P. Woringer, rapporteur, pense que, pour la maladie qui nous occupe, la courbe saisonnière commence à décliner en décembre, monte progressivement jusqu'en mars, et baisse à partir de juin. MM. Ed. Lesné et Budaï lui reconnaissent un type saisonnier avec poussées principales au printemps et en automne.

*
* *

Nous avons eu l'idée de relever tous les cas de méningite tuberculeuse soignés à l'annexe Grancher depuis cinq ans et d'en tracer le graphique mois par mois (fig. 1). Que nous apprend-il ?

a) Il y a eu *quatre maxima* (cinq cas) correspondant aux mois suivants :

Mars 1930 ;
Février 1931 ;
Mars 1932 ;
Janvier 1934 ;
Octobre 1934.

Sur ce point, nous nous trouvons d'accord, en gros, avec plusieurs observateurs : Piet, Rilliet et Barthez, Haushalter et Remy, Taillens.

b) Les *minima* ont été pour les mois de :

Août, septembre, octobre 1930 ;
Juin, juillet, septembre 1932 ;
Mars, avril, octobre 1933 ;
Mars, juin 1934.

c) Il y a d'*importantes variations d'une année à l'autre*, puisque, d'une part, en 1930 et en 1932, le maximum des cas a été pour mars, tandis qu'en mars 1933 et 1934, nous n'avons reçu aucun cas de méningite tuberculeuse, et que, de l'autre, nous comptons :

Pour 1930 : 14 cas,
Pour 1931 : 26 cas,
Pour 1932 : 19 cas,
Pour 1933 : 26 cas.

d) Mêmes réflexions en ce qui concerne les *saisons*, nos cas se décomposant ainsi :

	1930	1931	1932	1933	1934
1er trimestre....	8	10	11	2	6
2e trimestre....	2	7	4	6	5
3e trimestre....	3	5	1	4	7
4e trimestre....	1	4	3	7	

e) L'étude du graphique montre l'existence de véritables *vagues* : l'une, de décembre 1930 à juillet 1932, l'autre, qui a commencé en juin 1933 et qui n'est pas encore terminée.

***

Il y aurait, sans doute, beaucoup à dire sur ces chiffres, s'il est vrai, comme l'avancent justement Rilliet et Barthez, que « toute statistique médicale, pour être « inattaquable, doit reposer sur la quadruple base du « diagnostic, du nombre, du temps et de la généralité. Sans le diagnostic, point de vérité ; sans le nombre, point d'exactitude ; sans le temps, point de « fixité ; sans la généralité, point d'uniformité ». (*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, Paris 1854, t. III, p. 513). Considérons-les, provisoirement, comme exacts. Comment les interpréter ?

Les hypothèses ne manquent pas : elles incriminent surtout :

Les conditions *météorologiques :* absence, pendant la saison d'hiver, d'air, de lumière et de chaleur, prépondérance des journées froides et humides ; influence du froid, d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune (Ed. Lesné et Dreyfus) ; impossibilité (Flexner), à certaines périodes, de transmettre expérimentalement certaines affections ;

Les conditions *sociales :* sédentarité, entassement, facilitent, chez les enfants, la contamination ; absorption d'aliments partiellement dépourvus de vitamines;

Certaines conditions *morbides :*

Fréquence des affections respiratoires aiguës : catarrhe trachéo-bronchique simple ou grippal, bronchites aiguës rappelant à l'activité des lésions tuberculeuses endormies, surtout dans les ganglions trachéo-bronchiques ;

Fréquence de certaines infections anergisantes, dont la rougeole et la coqueluche.

Ici, il y aurait lieu de faire bien des restrictions. Rien ne prouve, par exemple, que la grippe prédispose à la tuberculose : l'épidémie de 1918-1920 n'a-t-elle pas épargné les vieux tuberculeux ? Les examens anatomiques et biologiques ne sont pas toujours favorables à l'hypothèse du ramollissement des ganglions trachéo-bronchiques produit par une infection banale des voies respiratoires et conditionnant lui-même le passage du bacille de Koch dans la circulation sanguine. De même, le Prof. Léon Bernard a montré avec ses collaborateurs, combien rare est l'apparition d'une poussée tuberculeuse après la coqueluche ou la rougeole, et nos observations personnelles confirment entièrement son opinion.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il n'en reste pas moins que la méningite tuberculeuse est sujette à des variations saisonnières, et qu'elle est surtout fréquente en hiver.

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le Dr G.-H. Newenglowski, ancien assistant à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, avec une préface du Dr A. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences. Librairie centrale des sciences ; Desforges, Girardot et Cie, 29, quai des Grands-Augustins, Paris (6e). — Prix : 6 fr.

ACTUALITÉS

LES ACCIDENTS DE LA CHRYSOTHÉRAPIE

La puissance de la chrysothérapie dans diverses affections, principalement les bacilloses, est un fait établi mais cette activité a sa contre-partie habituelle dans les accidents dont la fréquence et la diversité ne commencent d'être bien connues que depuis que les sels d'or sont entrés dans l'usage courant. Leur connaissance est donc d'autant plus nécessaire que renoncer pour les éviter à la chrysothérapie serait se priver indûment d'un médicament précieux.

Plusieurs mécanismes, nous le verrons, sont en jeu dans leur apparition ; notre brève énumération n'obéira donc qu'aux constatations cliniques.

***

Certains accidents peuvent survenir immédiatement après, ou pendant même l'injection de sels d'or : malaises, vertiges, élévation thermique ; il paraît y avoir là des accidents de choc banal où la nature du médicament n'a qu'une importance secondaire ; ces accidents ne diffèrent guère de ceux que l'on voit avec les arsénobenzènes. Nausées, vomissements, diarrhée subite se rencontrent aussi. Plus rarement, on a vu des états syncopaux avec chute de la température et de la pression artérielle, des crises de toux quinteuse.

Tout cela est habituellement sans lendemain ni retour. Exceptionnellement cependant on a observé des douleurs de la face avec bouffissure, une élévation thermique à 40° et l'apparition d'un coma mortel.

***

Les accidents tardifs sont plus importants en pratique. En général un certain délai est nécesaire à leur apparition souvent progressive et annoncée par l'apparition de fièvre après l'injection de sels d'or.

Le rein est l'un des points de l'organisme les plus sensibles à la présence de l'or. Il n'est donc pas rare d'observer, surtout au début d'un traitement, une albuminurie légère qui d'habitude disparaît vite. Mais, dans d'autres cas, et souvent du fait d'accumulation médicamenteuse, apparaissent des signes de néphrite caractérisée ; après une 2e ou 3e injection apparaissent de la lassitude, de la fièvre, de la céphalée, des œdèmes. Si parfois la néphrite est latente et peut n'être découverte que par hasard, elle est d'autres fois plus bruyante et peut s'accompagner d'hématurie ; la gravité n'en est pas toujours en proportion de la dose administrée. En général ces néphrites guérissent ; elles peuvent cependant évoluer vers l'anurie et la mort ou vers une néphrite chronique.

Les accidents digestifs sont souvent bénins : nausées, vomissements, diarrhée ; ils peuvent être isolés ou être précurseurs d'autres complications.

Le foie qui est comme le rein sensible à l'or peut traduire sa réaction par des crises vésiculaires et surtout par l'apparition d'ictères d'origine aurique. Les fortes doses ne semblent pas celles qui donnent le plus souvent ces accidents.

L'ictère aurique s'annonce en général par des prodromes : fièvre, frisson, état saburral, vomissements. A la période d'état, il peut n'y avoir qu'ictère sans modification des fèces. D'autres fois l'ictère plus intense s'accompagne de prurit, de décoloration des matières, de présence dans les urines de pigments et de sels biliaires.

On peut voir enfin des ictères graves avec petit foie et grosse rate et des hémorragies. La guérison est la terminaison habituelle mais l'évolution peut être celle de l'ictère grave.

Le système nerveux n'est que peu atteint. Il existe cependant des névralgies, sciatiques en particulier, gênantes par leur intensité et leur durée. Chavany, Bourdillon, Alajouanine ont décrit des radiculites étendues en particulier de la région sacrée apparues du fait de la chrysothérapie. On connaît aussi chez des sujets âgés des zonas de même nature.

Du côté de l'œil on a observé de la conjonctivite avec ou sans blépharite et aussi des névralgies oculaires, des troubles de l'accommodation, exceptionnellement de la cécité transitoire nettement sous la dépendance de la médication. Tous ces accidents sont en général bénins ; dans quelques cas rares, cependant, on a observé de la baisse définitive de la vue.

Les accidents circulatoires sont en général bénins : palpitations, sensations angineuses s'accompagnant de petitesse du pouls et d'hypotension, plus rarement de collapsus ; sans doute sont-ce là plutôt des accidents de choc que des accidents auriques. Plus rarement on a vu des malaises, des lipothymies, de la dyspnée persistant entre les crises. Tout cela est sans gravité. A noter aussi quelques cas de réveil d'une phlébite variqueuse ancienne.

Beaucoup plus importantes que les manifestations que nous venons d'énumérer sont les réactions des organes hémolymphatiques. Tantôt il y a simplement augmentation de volume des divers groupes ganglionnaires précédant l'apparition d'ictère ou de lésions certaines. Les adénopathies ne sont pas graves par elles-mêmes.

Il en est autrement des manifestations hémorragiques dont P.-E. Weil et Boursier ont fait une étude d'ensemble et qui sont de gravité inégale.

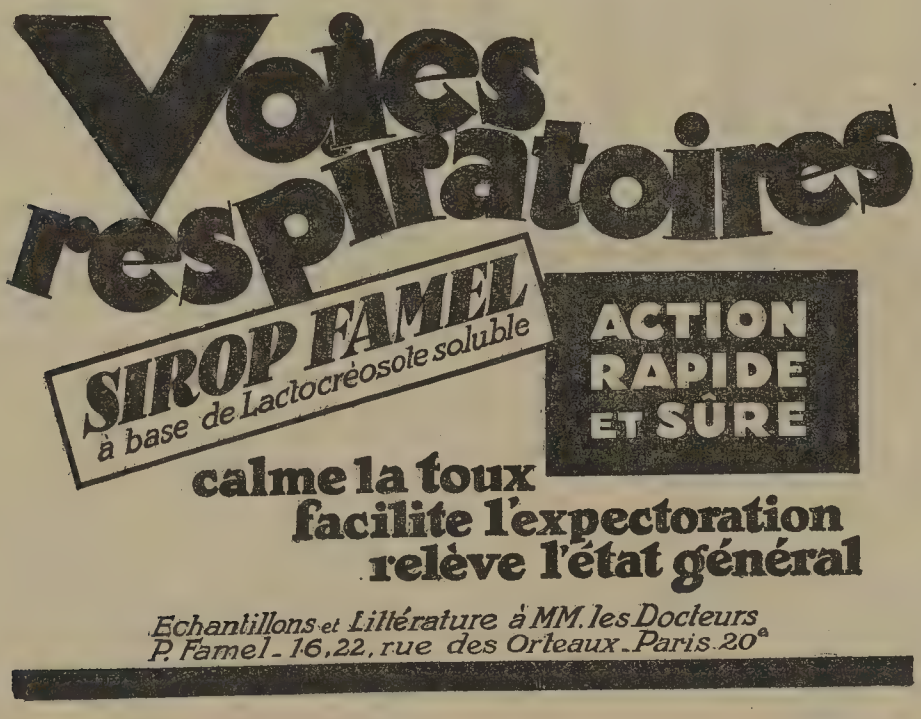
Soit hémorragies isolées (épistaxis, métrorrhagies, plus rarement gingivorragies, hématémèses) ;

Soit éruptions purpuriques simples évoluant en général par poussées en une ou plusieurs semaines, le plus souvent bénignes elles aussi ;

Soit éruptions purpuriques plus graves, associées à de petites hémorragies avec un certain degré d'anémie.

Il existe aussi des purpuras aigus hémorragiques apparaissant de façon inopinée ou succédant à un purpura direct et à des signes d'intolérance.

En même temps qu'une éruption purpurique, caractérisée, on observe alors des hémorragies viscérales parfois abondantes et de sièges les plus divers. Il y a abaissement à 3 ou même 2 millions du nombre des hématies et syndrome hématologique du type purpurique habituel, parfois syndrome hémogénique net. L'évolution se fait par poussées successives en plusieurs semaines et peut aboutir à la mort.



Il existe des formes associées à l'ictère, hémorragies multiples et abondantes succédant à un ictère dans la production duquel les lésions hépatiques semblent beaucoup plus importantes que l'hémolyse sanguine. L'évolution de ces formes est variable.

Plus particuliers et plus uniformément graves sont les cas d'agranulocytose ; ces cas, depuis la première observation de Jacob et Douady, ont été à nouveau constatés par d'assez nombreux auteurs.

Les accidents débutent parfois par un syndrome d'allure infectieuse ou par de la pâleur, un peu d'anémie et du subictère ; d'autres fois le début est brusque sans symptôme clinique bien net. Les symptômes hématologiques d'alarme, tels que l'éosinophilie, n'ont malheureusement pas assez de constance pour que leur absence soit une raison de sécurité. Il n'est cependant jamais nuisible de surveiller la formule hématologique des malades en traitement.

A la période d'état on voit l'aggravation très rapide des divers symptômes. Il n'y a pas en général d'hémorragies sauf à la période terminale. L'examen du sang ne montre que peu ou pas d'anémie mais au contraire une baisse très notable du nombre des globules blancs. Les leucocytes granuleux se raréfient plus que tous les autres, jusqu'à 7 % ou dans quelques cas à la disparition entière. Des accidents nécrotiques apparaissent en divers points des téguments : fesses, sacrum, aisselles. Plus tard les muqueuses sont à leur tour intéressées : fosses nasales, gencives avec parfois participation du rebord alvéolaire, langue, amygdales. Ces accidents buccaux annoncent le dénouement, de même que les hémorragies. La mort survient le plus souvent une dizaine de jours après le début des accidents.

De ces cas d'agranulocytose on peut rapprocher les cas d'anémie aplastique avec aleucie, de gravité égale, où l'on constate de l'anémie en même temps que la leucopénie et l'agranulocytose. L'examen montre un syndrome hémogénique. Les hémorragies sont habituelles mais les accidents ulcéreux de la peau manquent. Les signes buccaux marquent là aussi par leur apparition l'approche de la fin.

Dumarest, Mollard et Pavie ont donné comme signe précurseur de ces accidents dont la gravité est extrême et immédiate l'hyperleucocytose progressive accompagnée d'hypogranulocytose. Tout aussi bien que l'éosinophilie dépassant 6 %, ce signe hématologique semble inconstant ; certains auteurs comme Coste et Bourderon, Ameuille et Braillon n'ont pu rien prévoir grâce à l'hématologie ; au cours d'autres accidents auriques des modifications sanguines analogues ont même pu être interprétées par certains auteurs en un sens diamétralement opposé.

* * *

Non moins importants et presque aussi graves dans quelques cas sont les accidents muqueux et cutanés. La stomatite aurique a été bien décrite par Nicolas ; accident peu fréquent (1,5 %) elle est souvent isolée mais peut aussi s'associer à d'autres éruptions ou aux érythrodermies. Elle est rare au début et paraît plus souvent au milieu d'une cure même prudente mais aussi parfois tardivement : 2 à 3 semaines après la dernière injection et peut récidiver lors de nouvelles séries.

Dans quelques cas c'est un simple liseré gingival blanchâtre ; plus souvent c'est une stomatite diffuse, érythémateuse et douloureuse pouvant s'associer à d'autres accidents auriques ou les annoncer. Dans la forme type à un début érythémateux fait suite un état blanchâtre et tomenteux diffus de la muqueuse buccale et de la langue qui se complète bientôt par des ulcérations punctiformes et cratériformes très douloureuses et engendrant la dysphagie mais sans salivation. Cette stomatite guérit généralement en 1 à 4 semaines ; on a cependant observé des formes graves avec ulcérations creusantes et chute des dents ; également des stomatites avec lésions d'hydroa ou de pemphigus à évolution lente (6 mois environ) sans association d'autre complication aurique.

Les accidents cutanés, très polymorphes, étaient nombreux lorsqu'on employait les fortes doses de sels d'or ; ils n'ont cependant pas disparu depuis que la posologie est devenue plus prudente.

Tantôt ce sont de simples prurits ayant surtout l'importance de signes d'alarme.

D'autres fois ce sont des érythèmes diffus avec prurit violent et généralisé et élévation thermique. Ils débutent graduellement, s'accompagnant de vertiges, de diarrhée, d'albuminurie, et ont un aspect rubéoliforme ou scarlatiniforme. Ils s'accompagnent parfois d'exanthème buccopharyngé et d'adénopathies cervicales. Ils évoluent en une semaine environ et sont suivis d'une desquamation furfuracée. Ils peuvent récidiver. Ils surviennent soit d'emblée (1er ou 3e jour), soit plus tard (4e-5e injection) ou même après la fin du traitement (érythèmes secondaires).

Beaucoup plus graves sont les érythrodermies auriques. Le début peut être brusque et précoce ou tardif et progressif. On voit se développer un érythème extrêmement coloré débutant aux extrémités où il gardera toujours sa plus grande intensité mais se généralisant avec œdème cutané et présence de taches ortiées et de vésicules suintantes. Le prurit est très violent ; l'érythrodermie s'accompagne de fièvre, de prostration. L'évolution est lente : 5 à 6 semaines au moins. Dans les cas favorables elle aboutit à une desquamation en larges lambeaux ; il peut persister de la pigmentation cutanée. Mais l'évolution peut se faire vers la mort du fait de la seule complication cutanée.

Des formes localisées ont été décrites également.

Les autres accidents cutanés sont de moindre gravité. Les érythèmes biotropiques du 9e jour décrits par Milian et observés après lui par d'autres auteurs méritent mention spéciale. Ils apparaissent 8 ou 9 jours après une 1er injection avec frisson, fièvre élevée, vomissements, diarrhée ; pendant 12 à 24 heures se montre un érythème qui respecte le tronc et disparaît entièrement sans jamais récidiver. Toutes les réactions biologiques pour recherche de l'or ou de l'hémoclasie sont négatives. Ces accidents ne doivent pas faire abandonner ni même suspendre la médication qui doit au contraire être continuée à dose suffisante.

Bien d'autres manifestations cutanées peuvent être observées : dermites eczématiformes, de types divers, urticaires, éruptions lichenoïdes de sièges variés, der-

matoses bulleuses fébriles ou non et aussi réveil d'affections cutanées anciennes.

A signaler enfin les pigmentations cutanées, tardives et durables prédominant — sans exclusivité — sur les régions pigmentées et dues à la présence d'or in situ.

*
* *

Il est enfin un lot disparate tant cliniquement que pathogéniquement qui témoigne de la puissance d'action du médicament.

Certaines de ces complications sont à coup sûr non tuberculeuses : réactions thermiques prolongées dues au traitement ; atteinte de l'état général avec asthénie, anorexie, amaigrissement progressif, aggravation d'un diabète pré-existant, réactions articulaires chez des rhumatisants en traitement.

Plus particuliers sont la grippe aurique, la bronchite aurique non tuberculeuse (Coste, Forestier, Bourderon), les foyers bronchopneumoniques ou pneumococciques souvent juxtascissuraux. Du même ordre la scarlatine biotropique décrite par Codvelle et Sohier, scarlatine authentique en dehors de toute contagion.

D'autres complications, à coup sûr tuberculeuses, sont déterminées par le traitement aurique, réactions focales passagères sur une lésion pulmonaire (Jeanselme et Burnier), hémoptysies ; activation d'un lupus érythémateux, réveil d'un lupus ancien apparemment guéri ; métastases bacillaires diverses enfin : soit locales : apparition d'un lupus nodulaire ou de tuberculides diverses, lichen scrofulosorum ; soit générales : granulie, méningite.

Sur le mécanisme de ces accidents nous ne saurions nous étendre ici. En dehors du choc, qui peut se produire avec l'or comme avec d'autres médicaments c'est tantôt l'accumulation qui joue le rôle principal, tantôt et plus souvent l'intolérance. D'autres fois enfin il s'agit de biotropisme tel que le conçoit Milian et pour lequel la notion du délai du 9e jour semble de première importance.

Le terrain joue aussi un rôle cardinal : tares viscérales (du foie et du rein surtout), sensibilités diverses (asthme, eczémas, urticaire), affections à traiter enfin (lupus érythémateux notamment). Ce sont ces diverses données qui doivent servir à établir le bilan des contre-indications du traitement.

Il importe, par contre, de ne pas oublier que le choix de la préparation médicamenteuse semble absolument dépourvu d'influence sur la naissance des accidents. La posologie semble d'importance relative pour certains d'entre eux puisque la faiblesse des doses ne protège ni des accidents immédiats ni des accidents les plus tardifs.

Si la thérapeutique active (arrêt du traitement, hémothérapie, hyposulfite, transfusions) garde son importance, il n'en reste pas moins que la prudence préliminaire (recherche des tares du malade) et actuelle (mesure de la tolérance individuelle) n'est pas moins importante. C'est dans le cas seulement d'accidents authentiquement biotropiques qu'on devra passer outre et continuer le traitement à dose à la fois prudente et suffisante pour assurer au malade le bénéfice qu'il est en droit d'attendre d'un traitement puissant.

R. Levent.

XXXIVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Paris, octobre 1934 (1).

Les orchi-épididymites en dehors de la tuberculose et de la syphilis.

Par le professeur E. CHAUVIN (de Marseille).

Le rapporteur a éliminé tout d'abord les épididymites médicales, complications des diverses pyrexies définies telles que les oreillons, la grippe, etc.

Il n'a pas cru non plus devoir reprendre l'étude des orchi-épididymites gonococciques. Cependant il en est des formes anormales qui sont encore mal connues et qui peuvent créer de véritables difficultés diagnostiques. Il les a étudiées avec quelques détails et il a fait un bref exposé des épididymites blennorragiques chroniques et suppurées.

C'est en effet surtout au point de vue diagnostique que paraît intéressante la question posée. Et ce diagnostic s'est singulièrement compliqué au cours de ces dernières années. D'une part, les cliniciens se sont aperçus que bien des épididymites aiguës apparaissaient chez des sujets indemnes de toute contamination vénérienne ; d'autre part, les histologistes ont été frappés, en examinant des épididymes enlevés avec le diagnostic de tuberculose, par l'absence fréquente de lésions spécifiques ; ils ont affirmé l'existence fréquente d'épididymites inflammatoires prises par les cliniciens pour des tuberculoses génitales.

Il existerait donc entre les épididymites aiguës gonococciques et les épididymites chroniques tuberculeuses, tout un groupe d'affections inflammatoires à peu près ignorées jusqu'à ces dernières années et dont l'importance et la fréquence s'avèrent chaque jour plus grandes. On a pris l'habitude de les désigner sous le nom d'épididymites non spécifiques. Ces diverses formes, que l'on n'a plus aujourd'hui le droit d'ignorer, viennent compliquer singulièrement le diagnostic des lésions génitales. Il en faut isoler, pour les étudier à part, les épididymites mycosiques.

Orchi-épididymites blennorragiques. — Les formes rares et anormales d'épididymites blennorragiques qui peuvent provoquer des erreurs de diagnostic sont d'une part les formes chroniques et d'autre part les formes suppurées.

Les formes suppurées sont les plus fréquentes et partant mieux connues.

Au point de vue de leur aspect clinique, on peut les ranger en trois variétés principales et distinguer : 1° une forme fibreuse ou enkystée dans laquelle un foyer de suppuration minime, étouffé dans un volumineux nodule fibreux réactionnel, passe inaperçu ordinairement ; 2° une forme aiguë dans laquelle une suppuration cliniquement manifeste se développe aux dépens de l'épididyme, plus rarement du testicule, de la vaginale ou même du cordon, et qui peut présenter une évolution gangreneuse ; 3° une forme subaiguë ou chronique dont les collections froides simulent la tuberculose.

Dans ce dernier cas, le diagnostic avec les lésions bacillaires est extrêmement délicat, souvent même impossible, d'autant plus qu'il peut y avoir association des deux processus, le gonocoque faisant le lit de la tuberculose.

Epididymites mycosiques. — On n'en connaît en tout que 14 cas chez l'homme. Encore sur ces 14 cas, 3 seulement concernent-ils des atteintes génitales primitives. Tout au plus doit-on savoir qu'une minime partie des lésions attribuées à la tuberculose peut être en réalité provoquée par des agents cryptogamiques divers, le plus souvent par le sporotrichum.

Orchi-épididymites non spécifiques. — On doit les désigner en général sous le nom d'orchi-épididymites non spécifiques les orchi-épididymites qui ne sont dues ni au gonocoque, ni au bacille de Koch, ni au tréponème, ni en général au germe d'aucune affection spécifique. Il faut isoler encore de ce groupe les propagations à la glande génitale de toutes les infections voisines et en particulier des infections urinaires chroniques ; c'est du moins ce qu'ont fait implicitement la plupart des auteurs. Une des principales caractéristiques qui en rend le diagnostic particulièrement délicat et qui leur confère la plus grosse part de leur intérêt, est en effet d'être cliniquement primitives.

Etiologie. — La notion qui domine actuellement leur étiologie est celle de leur extrême fréquence. Suivant les statistiques en effet, 12 à 40 p. 100 des épididymites extirpées avec le diagnostic de tuberculose seraient des atteintes non spécifiques.

On les observe de préférence à l'âge moyen de la vie, pendant la période de pleine activité génitale ; on peut en rencontrer cependant chez l'enfant et le nourrisson comme chez les vieillards au-dessus de soixante-dix ans. Elles peuvent siéger sur l'un ou l'autre côté avec une légère préférence pour le côté droit. Elles seraient bilatérales dans un quart des cas environ.

Il est évident que le traumatisme joue un rôle dans leur production, mais l'importance de ce facteur prédisposant est très diversement apprécié par les auteurs. Certains ne prennent en considération que les traumatismes importants et à action strictement locale ; d'autres croient pouvoir incriminer des traumastismes même minimes comme les longues marches ou les efforts répétés. Ce rôle du traumatisme s'exercerait soit par mécanisme de l'hématone infecté, soit par la création d'un foyer de moindre résistance, soit simplement par les troubles circulatoires qu'il provoquerait.

On devrait alors rapprocher du traumatisme comme facteur prédisposant les interventions qui intéressent le cordon, comme les cures radicales de hernie (Mandl, Dittrich).

Quelques auteurs considèrent les blennorragie antérieures comme un facteur étiologique important. Il paraît y avoir ici une erreur d'interprétation : il ne faut pas confondre avec les épididymites non spécifiques les orchi-épididymites observées au cours de la blennorragie et qui évidemment sont en relation fatale avec cette dernière. L'épididymite non spécifique peut apparaître en l'absence de tous antécédents vénériens, et la plupart de ceux qui se sont intéressés à la question ont précisément éliminé de leurs statistiques les sujets à passé suspect, ne conservant que les malades dont l'urètre était absolument vierge de toute contamination vénérienne.

Pathogénie. — Au point de vue pathogénique, deux questions essentielles se posent : quel est l'agent de ces infections ? et par quelle voie accède-t-il à l'épididyme ?

Il semble que tous les microbes puissent se localiser sur la glande génitale et y produire des lésions inflammatoires. Les plus fréquemment observés sont le colibacille et le staphylocoque, avec une légère prédominance pour le premier. Viennent ensuite, et loin derrière eux, le cocci divers, le pneumobacille, l'entérocoque, le pneumocoque, le streptocoque, le protéus et le pseudodiphtérique.

Ces agents divers, à part quelques cas douteux de contamination génitale par le colibacille, sont issus de foyers organiques lointains, intestinaux, cutanés, pharyngés ou pulmonaires, et parmi leurs voies d'accès vers l'épididyme

(1) *Association de la Presse médicale française.*

FRANCOPLASTE
LE PANSEMENT QUI TIENT

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE / EXTRAIT DE JUSQUIAME / INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX
ANTI-SPASMODIQUE
ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHte - 3, rue WATTEAU - COURBEVOIE - Seine

VACCINS CLIN

ANTICOQUELUCHEUX
ANTIGONOCOCCIQUE
I. MONOMICROBIEN et II. POLYMICROBIEN
ANTISTAPHYLOCOCCIQUE ANTISTREPTOCOCCIQUE
COLI-ENTÉRO-VACCIN
I. BUCCAL
Boîte de 6 ampoules de 5 c.c.
de forte concentration uniforme.
II. INJECTABLE
Boîte de 10 ampoules de 1 c.c.
à concentrations croissantes
PNEUMO-BRONCHO-VACCIN
ADULTES - ENFANTS
Concentration élevée en microbes - Tolérance parfaite - Conservation illimitée
Injections sous-cutanées ou intra-musculaires
Les Vaccins Clin injectables sont délivrés en boîtes de 10 ampoules de 1 c.c.

POMMADE AU
COLLOIDO-VACCIN CLIN
ARGENTIQUE ANTIPYOGÈNE
POUR PANSEMENTS des plaies infectées et suppurations locales

LABORATOIRES CLIN. — COMAR ET Cie, *20, rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

Traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *5* Perles ou *150* Gouttes
Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tœnias = *12* Perles ou *300* Gouttes
Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :
Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

deux surtout sont importantes : la voie sanguine et la voie urinaire descendante.

Il semble que le plus souvent le microbe soit amené par une bactériurie plus ou moins durable et manifeste au carrefour uro-génital. La localisation de l'infection se ferait primitivement sur la prostate et les vésicules séminales, sans qu'il s'agisse d'une règle absolue.

De ce relai, qui n'est d'ailleurs pas indispensable, ou, en son absence, de l'urètre prostatique, comment l'infection progresse-t-elle jusqu'à l'épididyme ? De proche en proche par voie canaliculaire, c'est vraisemblable lorsqu'on constate une déférentite progressive. Par voie lymphatique funiculaire, c'est possible également dans le cas où existe une funiculite diffuse. Bien souvent toute lésion intermédiaire fait défaut et, si l'on ne veut pas accuser un transport spécticémique, il faut admettre un transport mécanique à travers la lumière du conduit sans lésions des parois. Pour certains (Oppenheim, Löw, Schindler), des contractions antipéristaltiques feraient progresser l'infection à contre-courant ; la chose n'est nullement démontrée pour d'autres, ce transport se ferait par simple reflux liquide mécanique : des observations de Wintcler Mation, Perucci en démontrent la possibilité.

Symptomatologie. — Les orchi-épididymites non spécifiques se présentent avec des symptômes fort comparables à ceux des autres orchi-épididymites.

Leur apparition est fréquemment précédée par des signes plus ou moins évidents qui constituent de véritables prodromes. Tantôt il s'agit d'un état fébrile qui peut simuler la grippe ou la typhoïde et qui paraît correspondre à la période d'invasion septicémique ; tantôt le malade accuse des troubles urinaires divers qui correspondent à la localisation cervico-vésicale des germes éliminés par bactériurie.

Le début est le plus souvent aigu. En interrogeant attentivement les malades, on peut ordinairement retrouver, même dans les formes chroniques, cette phase initiale marquée par des douleurs locales et même par quelques phénomènes fébriles. Il est cependant des formes essentiellement torpides qui évoluent d'emblée sans signes fonctionnels.

L'affection une fois installée se manifeste par trois ordres de symptômes : troubles fonctionnels, signes physiques et atteinte inconstante de l'état général, qui sont absolument comparables à ceux des diverses autres épididymites. Il est inutile de s'étendre à leur sujet. Il est surtout intéressant de voir comment se groupent ces divers symptômes pour constituer des formes cliniques.

Formes cliniques. Formes évolutives. — On peut, au point de vue de leur évolution et de l'acuité de leurs symptômes, décrire aux orchi-épididymites non spécifiques cinq formes cliniques.

Les formes aiguës ont un début fébrile avec douleurs vives et constitution rapide d'une tuméfaction épididymaire qui envahit ordinairement la totalité de l'organe. Cette période d'invasion aiguë n'est ordinairement qu'une flambée et rapidement, en six à quinze jours, quelquefois beaucoup moins, quelquefois plus, la température tombe, les douleurs se calment tandis que la tuméfaction diminue pour ne laisser subsister qu'un noyau fibreux indolore mais parfois tenace.

D'autres fois la fièvre tombe, les douleurs s'atténuent, mais la tuméfaction persiste, légèrement sensible à la pression, et l'on passe ainsi à la forme subaiguë.

Cette dernière, en effet, peut débuter suivant les cas soit avec de la fièvre et des douleurs vives comme la forme précédente, soit d'une façon d'emblée sournoise avec des symptômes plus atténués. On peut cependant presque toujours, comme je l'ai dit plus haut, retrouver par un interrogatoire soigneux des symptômes initiaux de quelque acuité. La durée ici est plus longue, mais, après un temps variable qui peut aller de quelques semaines à quelques mois, l'évolution finit par se faire spontanément vers la guérison.

Dans les formes chroniques, qui peuvent être chroniques d'emblée ou succéder à une période d'invasion aiguë, plus de fièvre, presque plus de douleurs, une simple tuméfaction épididymaire légèrement sensible d'ordinaire à la pression. Ces formes peuvent évoluer vers une guérison rapide, car pour les lésions qui nous occupent la durée d'évolution n'est nullement liée à l'acuité des symptômes. Ordinairement elles persistent pendant un temps plus ou moins long et peuvent même s'éterniser sans aucune tendance à la guérison.

Toutes ces épididymites, aiguës ou chroniques, peuvent s'abcéder, constituant les formes suppurées.

Une des caractéristiques des orchi-épididymites non spécifiques est leur tendance aux récidives. On observe ces dernières dans 22 p. 100 des cas en général et les récidives, parfois multiples, peuvent se produire soit sur le même testicule, soit sur le testicule opposé, donnant naissance suivant les cas aux formes à bascule ou aux formes récidivantes proprement dites.

Formes microbiennes. — On peut aussi donner des orchi-épididymites non spécifiques une description d'ensemble, mais il est certain que les divers agents pathogènes communiquent aux lésions qu'ils provoquent des caractères quelque peu différents.

Les formes colibacillaires paraissent être encore aujourd'hui, et quoi qu'on en ait dit, les plus fréquentes. Peut-être parce qu'on range à tort avec elles un certain nombre d'orchites des urinaires. On les observe à un âge un peu plus avancé que les autres formes ; elles succèdent parfois, mais de façon très inconstante, à des troubles intestinaux divers ; elles sont souvent précédées par des poussées fébriles ou par des troubles urinaires qui révèlent la bactériémie ou la bactériurie causale. Elles fournissent le plus grand nombre des formes aiguës et c'est chez elles que l'on observe les récidives les plus fréquentes et les plus répétées.

Les formes staphylococciques viennent immédiatement comme fréquence après les colibacillaires qu'elles suivent de près. Elles surviennent fréquemment après des infections cutanées ou phlegmoneuses diverses, elles atteignent des malades plus jeunes ; à l'inverse des formes colibacillaires, elles affectent le plus souvent une allure chronique, elles ont moins de tendance aux récidives. Succédant plus rarement à des prodromes fébriles ou urologiques, elles présentent une physionomie nettement différente.

Les épididymites dues aux autres agents bactériens sont trop peu nombreuses pour que l'on puisse essayer d'en tracer pour chacun d'eux la physionomie propre.

Plus intéressante à cause des discussions pathogéniques auxquelles elles ont donné lieu sont les épididymites amicrobiennes. Chez certains malades, en effet, il est impossible de découvrir un agent bactérien quelconque tant dans le pus des abcès que dans les fragments de lésions extirpés ou dans le liquide d'hydrocèle. Les sécrétions prostatiques, les urines même demeurent stériles. A quelle pathogénie correspondent ces formes ?

Pour certains et en particulier pour Wildboltz, elles seraient de nature tuberculeuse, malgré l'absence vérifiée de lésions spécifiques, et devraient rentrer dans le cadre de la tuberculose inflammatoire.

D'autres fois on peut se trouver en présence de lésions à bactéries filtrantes telles que orchites ourliennes sans oreillons, ou épididymites grippales sans grippe.

Dans le groupe des épididymites amicrobiennes doivent entrer également les épididymites érotiques, et certaines

atteintes rarissimes observées à la suite des injections de sérum et associées à d'autres manifestations anaphylactiques.

Mai il paraît certain que la plupart de ces dernières correspondent à des formes primitivement microbiennes qui ont subi un processus d'autostérilisation spontanée. Dues primitivement à un microbe pyogène quelconque et variable suivant les cas, elles constituent un groupe hétérogène qui ne paraît avoir cliniquement aucune individualité.

Formes étiologiques. — Au point de vue de leur mécanisme étiologique, on peut enfin distinguer trois variétés intéressantes d'épididymites et décrire les orchi-épididymites des urinaires, les orchi-épididymites traumatiques et les complications épididymaires des urétrites non gonococciques. Toutes trois sortent en réalité quelque peu du cadre des orchi-épididymites non spécifiques.

Les orchites au cours des vraies urétrites non gonococciques paraissent vraiment exceptionnelles. Bien souvent on se trouve en présence d'écoulements légers qui sont sous la dépendance, au même titre que l'épididymite elle-même, d'une prostatite méconue. En cas d'échauffement vrai, l'épididymite n'offre aucun caractère bien particulier.

Les orchi-épididymites des urinaires sont connues depuis longtemps, mais on semble s'être intéressé surtout aux cas qui surviennent à la suite de cathétérisme ou des diverses manœuvres urétrales. On connaît beaucoup moins les orchites qui surviennent chez les vieux urinaires infectés indépendamment de toute manœuvre locale. L'atteinte plus fréquente et plus grave du testicule, la tendance à la nécrose, une allure plus torpide en sont les principales caractéristiques. Secondaires à une infection urinaire évidente, elles sont de diagnostic ordinairement facile et ne présentent par conséquent aucun intérêt spécial.

Les orchites traumatiques enfin, dont l'existence est âprement défendue par certains, sont tout aussi âprement niées par certains autres. Il semble cependant que dans cette discussion, il soit assez facile de s'entendre. Tantôt on se trouve en présence d'un syndrome clinique d'orchite qui correspond à des lésions purement traumatiques telles que ecchymoses, volvulus, etc., et l'on ne saurait parler d'orchite proprement dite. Tantôt il s'agit d'orchites vraies, c'est-à-dire de lésions inflammatoires, et alors le traumatisme ne saurait être considéré comme seul responsable de leur production. Il existe des contusions et des volvulus traumatiques ; il existe des orchi-épididymites vraies développées après un traumatisme, mais il ne saurait exister de véritable orchite purement traumatique.

Pronostic. — Ces lésions orchi-épidymaires sont ordinairement sans danger *quoad vitam*. Elles peuvent cependant nécessiter des interventions chirurgicales par leur abcédation, leur ténacité ou leur tendance aux récidives. Elles entraînent la stérilité du sujet lorsqu'elles sont bilatérales, soit par obstruction des canaux épididymaires, soit par fonte purulente du testicule, soit par simple atrophie de l'organe.

Le diagnostic. — Il constitue assurément, dans le diagnostic des épididymites non spécifiques, le chapitre le plus intéressant. Il pose en réalité deux grands problèmes : pour les formes aiguës, éliminer la gonococcie, et pour les formes chroniques, éliminer la tuberculose.

Le diagnostic de l'épididymite blennorragique ne peut se faire que par la notion d'une urétrite gonococcique antérieure. Il demeure d'ailleurs quelque peu théorique puisque nous savons, depuis les beaux travaux de Lavenant, que même au cours de la blennorragie la plus franche, l'épididymite peut être due à des pyogènes associés et divers. On doit considérer comme blennorragique toute atteinte épididymo-testiculaire observée au decours ou même dans les suites lointaines d'une blennorragie, pour peu que subsistent les moindres signes urétraux.

Le diagnostic des formes chroniques avec la tuberculose est beaucoup plus important et beaucoup plus malaisé. Il a été longtemps présenté comme impossible ; il semble actuellement qu'il n'en soit plus ainsi. Un clinicien averti doit pouvoir sinon l'affirmer, du moins le soupçonner dans la plupart des cas. Il se basera sur les considérations suivantes :

L'existence, suivant les cas, d'antécédents intestinaux ou cutanés et l'absence d'antécédents bacillaires ;

Les prodromes fébriles ou les signes prémonitoires de cystite qui font ordinairement défaut dans la tuberculose ;

Le début aigu, rare dans la tuberculose et qui est au contraire presque la règle dans les lésions inflammatoires ;

Le siège des lésions avec atteinte plus fréquemment totale de l'organe ou, en cas de localisation, siège indifféremment cervical ou caudal ; la tuberculose siège de préférence au niveau de la queue ;

La forme ordinairement lisse et régulière des épididymes malades et du déférent avec l'absence des noyaux caractéristiques.

Sur l'inconstance des lésions déférentielles ou sur l'existence d'une funiculite inflammatoire diffuse ;

Sur l'existence d'une prostato-vésiculite banale ;

Sur la coexistence possible d'une urétrite plus abondante que la blennorrhée tuberculeuse de Ricord ;

Sur la sensibilité plus grande et plus longtemps persistante des lésions, qui se constituent d'ailleurs plus vite en général que dans la tuberculose.

Evidemment chacun de ces caractères distinctifs peut être pris en défaut ; il est des formes d'emblée torpides avec déférentite nodulaire et lésions à peine sensibles à la palpation qui simulent absolument la tuberculose. En pareil cas, l'évolution encore pourra nous guider. Si l'on ne se presse pas trop d'opérer les tuberculoses génitales, on sera surpris de la fréquence avec laquelle on verra les lésions régresser en quelques semaines pour aboutir à des guérisons inespérées.

En cas de doute, la recherche de l'agent causal dans le pus des abcès ou dans le liquide d'hydrocèle, dans le suc prostatique ou même dans les urines nous fournira des précisions extrêmement utiles.

Il est malheureusement, nous l'avons vu, des formes désespérément chroniques et amicrobiennes que seul peut identifier l'examen histologique des lésions. On sera conduit en pareil cas à une épididymectomie qu'il ne faudra point trop regretter.

Traitement. — Le traitement, en effet, doit être autant que possible conservateur, et je ne m'étendrai pas sur la thérapeutique médicale, qui est ici la même que pour les diverses épididymites en général. Je signalerai simplement la faveur dont paraissent jouir aujourd'hui les divers traitements humoraux, vaccinothérapiques ou sérothérapiques. Je n'en ai personnellement jamais obtenu grand'chose. J'insisterai par contre sur la nécessité, si l'on veut éviter les récidives, de traiter les foyers résiduels prostatiques et surtout le point de départ intestinal ou cutané.

Le traitement chirurgical est dicté par les circonstances. Il faut ouvrir les collections suppurées. Les atteintes chroniques sont justiciables de l'épididymectomie. En cas de récidives multiples, on peut être conduit à pratiquer la ligature des déférents ou le lavage des vésicules.

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Hypertensions

ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES DE LA MUSCULATURE LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

Le seul en **GÉLULES CAPSULES MOLLES**

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré, Paris

De Trouette-Perret

l'**Aphloïne**
Spécifique des Troubles de la Ménopause et du système veineux

la **Nisaméline** *(Guaco)*
Prurits - Eczémas - Prurigos
Névralgies

la **Papaïne**
Gastro-Entérites
Diarrhées - Vomissements
Troubles Dyspeptiques

61, AVENUE PHILIPPE-AUGUSTE — PARIS

PEPTONATE DE FER ROBIN

Gouttes - Vin - Élixir

ANÉMIE-CHLOROSE-DÉBILITÉ

R. C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur béniqué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

PRATIQUE MÉDICALE

PEUT-ON SE PRÉSERVER DE LA GRIPPE?

Par le docteur S. CAMREDON.

Les froids arrivent, les rhumes commencent, la grippe va faire son apparition. Quand nous disons grippe, nous ne voulons pas désigner l'infection qui prend aussitôt une allure grave en se généralisant. Les épidémies de grippe vraie sont heureusement rares. Mais nous désirons attirer l'attention de nos confrères sur cette entité morbide, si fréquente en hiver, qui se caractérise par une atteinte brutale de l'appareil respiratoire avec retentissement prolongé sur l'état général et que le public appelle grippe.

Tous les médecins praticiens ont constaté que, dès les premiers froids intenses, tous leurs clients plus ou moins délicats, plus ou moins exposés à des changements brusques de température, s'enrhument avec la plus grande facilité et présentent aussitôt des symptômes aigus qui ne sont plus en rapport avec le rhume banal : toux fréquente et spasmodique, points de côté, asthénie, mauvais état général, avec hyperthermie parfois immédiate.

Dès que ce syndrome est constaté, le repos au lit s'impose, avec tous les moyens thérapeutiques habituels : révulsions, antithermiques, potion calmante, sirop de pantopon, par exemple, excellent dans ces cas à la dose d'une à trois cuillerées à soupe par jour, inhalations ou fumigations d'eucalyptus, air chaud, etc. Mais c'est auparavant surtout que le médecin doit intervenir en conseillant à ses malades de se mettre en état de défense, de résistance contre l'infection. Or une pratique déjà longue nous a prouvé que seule l'imprégnation thiocolée de l'organisme peut mettre à l'abri de cette forme de grippe, car, de cette manière, on agit efficacement et sur l'appareil respiratoire et sur l'état général tout entier. Toutefois, cette imprégnation, pour être efficace et en même temps toujours très bien supportée, aussi bien par les adultes que par les vieillards et les enfants, doit être réalisée par un médicament chimiquement pur : le sirop « Roche » au thiocol nous a toujours donné satisfaction, car, minutieusement préparé, il est eupeptique, stomachique, en même temps qu'antiseptique direct du milieu intérieur et il donne des poumons solides et résistants à l'infection aiguë et chronique. Certes on peut administrer d'autres médicaments, comme, par exemple, la terpine, le benzoate de soude, mais aucun ne possède l'action prophylactique si parfaitement obtenue avec le sirop Roche, que l'on doit faire prendre à la dose d'une à trois cuillerées à soupe par jour chez l'adulte, d'une à trois cuillerées à café chez l'enfant, à n'importe quel moment de la journée, dans une tasse d'infusion chaude ou même au milieu des repas. Il semble vraiment que ce soit là une propriété tout à fait spéciale, spécifique, allions-nous dire, du sirop Roche, dont on connaît par ailleurs les multiples indications, au cours et au decours non seulement de la grippe, mais encore de toutes les affections des voies respiratoires.

Il est encore une question qui doit préoccuper le praticien, par ces temps de froids et de rhumes : c'est l'impérieuse obligation de stimuler les réactions défensives de l'organisme défaillant : une bonne formule est celle du tonique Roche qui, à la dose de deux à six cuillerées à café par jour, dans un peu de vin sucré, Banyuls par exemple, est le meilleur reconstituant qui puisse être judicieusement choisi.

De même en cas d'insomnie ou d'algies intenses, l'allyl-isopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine (allonal), à la dose d'un ou deux comprimés le soir donnera toute satisfaction, car c'est un analgésique renforcé, progressivement hypnogène, qui procure un sommeil calme et tranquille, suivi d'un réveil parfait de bien-être.

Mais, nous le répétons, dans cette courte étude, nous avons voulu surtout signaler tout l'intérêt que présente pour le praticien la réalisation parfaite et complète de l'imprégnation thiocolée de l'organisme, imprégnation qui ne peut être réellement obtenue dans d'excellentes conditions que par l'administration systématique suffisamment prolongée du sirop Roche qui préserve, dans la plupart des cas, l'appareil respiratoire et l'organisme tout entier de ces complications si graves, dont l'aboutissant le plus fréquent est la tuberculose pulmonaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1934)

Des effets immédiats de la splénectomie sur l'excrétion des principes biliaires. — MM. Etienne CHABROL, R. CHARONNAT, Jean COTTET et Marcel CACHIN étudient l'excrétion de la bilirubine sur le chien splénectomisé, n'ont point constaté une diminution du taux des pigments biliaires dans les heures qui suivent la suppression fonctionnelle de la rate. Par contre, ils ont noté d'importantes variations dans le taux d'excrétion des sels biliaires et de la cholestérine. La concentration de ces principes est anormalement accrue, quel que soit le débit de la bile. Il en est de même chez l'homme plusieurs mois après l'ablation de la rate. Les auteurs relatent une observation concernant un cas de cirrhose hépatique survenue plusieurs années après la splénectomie. La bile A de cette opérée donna au cours de trois tubages effectués à plusieurs semaines d'intervalle, le chiffre de 8 gr. 50 de sels biliaires par litre, alors que deux cents tubages témoins concernant des affections diverses fournissaient des chiffres très nettement inférieurs, compris pour la bile A entre 1 et 3 gr.

Le rôle de l'énervation hépatique sur la stabilité du glycogène du foie. — M. Pierre DEMANT conclut de ces expériences que l'énervation hépatique complète n'aboutit pas à la disparition complète du glycogène hépatique, mais détermine une diminution du taux de la glycémie provoquée. La section du splanchnique droit paraît aboutir, par contre, à la disparition du glycogène hépatique et à l'augmentation de la glycémie provoquée, mais cette influence tient au traumatisme de la surrénale ; elle disparaît lorsqu'on évite avec soin la compression surrénale.

Sur la résistance des cobayes tuberculeux à l'infection charbonneuse. — MM. A. BOQUET, C. NINNI et J. BRETEY montrent que les bactéridies charbonneuses inoculées à des cobayes normaux au siège même d'une inflammation créée par la tuberculine sont détruites sur place et à bref délai. Cette destruction, qui s'opère silencieusement, ne s'accompagne d'aucune immunité générale. Son efficacité et sa durée sont étroitement liées à l'intensité et à la persistance des modifications locales, cytologiques et exsudatives, engendrées par le produit injecté.

Par analogie, les auteurs sont conduits à supposer que l'immunité relative des cobayes tuberculeux à l'infection charbonneuse résulte de la mise en œuvre des mêmes éléments cellulaires qui interviennent dans les foyers inflammatoires. Bien que la désensibilisation préalable de ces animaux ne diminue pas leur résistance à la bactéridie, il semble que l'hyperactivité phagocytaire anormale qui préside à cette immunité non spécifique soit sous la dépendance de l'état allergique conféré par le bacille de Koch.

A propos du cycle évolutif du virus récurrentiel. — MM. C. LEVADITI et V. DEUTSCH. Le névraxe des souris, des rats, des lapins et des singes inoculés de fièvre récurrente (*Sp. obermeieri, Sp. duttoni, Sp. hispanica*) est parfaitement virulent à un moment où le virus récurrentiel a disparu du sang et des autres organes, MM. C. Levaditi et V. Deutsch, frappés par le contraste entre l'absence ou l'extrême rareté des formes spirillaires dans des cerveaux éminemment virulents, ont soutenu que le virus récurrentiel y est présent à l'état infravisible (existence d'un stade ultramicroscopique). Or, la méthode des cultures cellulaires *in vitro*, utilisée par les auteurs, permet de préciser l'état où se trouve le virus récurrentiel dans le névraxe des animaux devenus réfractaires (phase infravisible), et dans le sang ou le cerveau des sujets examinés en pleine spirillose (phase spirillaire).

Dissociation des fonctions de mobilité et de reproduction chez les spirochètes et les trypanosomes, au moyen du rayonnement total de la lampe à mercure. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et M. PAIC. Le rayonnement total de la lampe à mercure exerce *in vitro* une action stérilisante intense sur les spirochètes (*Treponema pallidum, Spirochaeta duttoni, Sp. gallinarum*) et certains trypanosomes (*Trypanosoma evansi*). Toutefois, à une certaine dose, ce rayonnement respecte la vitalité et la motilité du parasite, tout en supprimant son pouvoir germinatif tant *in vitro* que dans l'organisme vivant. Tout se passe comme si les radiations détruisaient les centres de reproduction du germe et bloquaient leurs fonctions de reproduction, centres indépendants de ceux à qui incombe la motilité.

Action de l'électropyrexie par les radiations à ondes courtes sur le cobaye infecté par un virus du typhus exanthématique. — MM. P. GIROUD et P. HABER. L'électropyrexie n'influence pas manifestement la réaction thermique particulière au cobaye contaminé par le virus du typhus exanthématique. Le traitement semble diminuer les réactions de défense de l'organisme à l'égard de ce virus, en ce sens qu'il permet la conservation du germe dans la rate pendant un temps prolongé.

Etude de la toxicité comparée des solutions d'acide sulfurique et d'acide acétique pour les variétés « R » et « S » des bacilles tuberculeux des mammifères. — MM. A. SAENZ, M. SADETTIN et L. COSTIL déterminent l'action des acides acétique et sulfurique sur les colonies dissociées « R » et « S » des souches de même origine.

Il ressort de leurs recherches que les variétés « R » et « S » des souches d'origine humaine (Ratti), bovine virulente (Vallée) ou avirulente (B C G) se comportent vis-à-vis de l'acide sulfurique et de l'acide acétique comme les souches de bacilles des mammifères non dissociées : même toxicité de l'acide acétique et même tolérance pour l'acide sulfurique.

Influence des centres nerveux sur l'excitabilité des systèmes antagonistes des appendices locomoteurs chez les crustacés. — M. Paul CHAUCHARD, sur *Homarus vulgaris*, met en évidence une double subordination des nerfs périphériques aux ganglions cérébroïdes et à leur ganglion sous-œsophagien respectif. C'est là un phénomène général chez les crustacés. La suppression successive des divers étages de centres nerveux provoque une élévation du rapport des chronaxies des antagonistes, l'une augmentant, l'autre diminuant à chaque section. Ces variations aboutissent, comme la diminution de ce même rapport observée chez les vertébrés, à une incoordination des mouvements.

Dégénérescence pallido-olivaire dans un cas de maladie de Pick. — MM. Georges GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET attirent l'attention sur l'importance des lésions pallido-olivaires dans la maladie de Pick. Dans le cas étudié par eux, il existe, en dehors des atrophies corticales, des lésions myéliniques et cellulaires du pallidum, alors que le striatum, putamen et noyau caudé sont indemnes. Les lésions myéliniques du complexe olivaire sont importantes : dégénérescence des feutrages endo et péricilaire, dégénérescence du hile de l'olive. La dégénérescence du manteau olivaire correspond à celle du faisceau pallido-olivaire. Les lésions cellulaires de l'olive sont plus étendues que les altérations myéliniques ; il ne persiste plus une seule cellule nerveuse ni dans l'olive principale, ni dans les parolives interne et dorsale. L'atteinte olivaire n'est pas sous la dépendance de lésions cérébelleuses ; le processus dégénératif a frappé simultanément le globus pallidus et le complexe olivaire, formations connexes. Les lésions olivaires n'ont pas encore été décrites dans la maladie de Pick ; elles ont une importance au point de vue de la séméiologie de cette affection spéciale du névraxe.

Sur l'existence d'éléments satellites endo-membraneux dans le segment rénal intermédiaire. — M. Ivan BERTRAND et Mlle J. GUILLAIN attirent l'attention sur la présence, à l'intérieur du segment rénal intermédiaire, d'éléments ramifiés endo-membraneux, nettement distincts des cellules épithéliales. De tels éléments ne peuvent être mis en évidence que par une imprégnation analogue à celle qui est pratiquée pour la microglie. Leur rôle dans l'excrétion rénale paraît être important.

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1934)

Modifications de la glycémie en milieu hyperthermal et radioactif. — MM. M. SENDRAIL, R. MOLINÉRY et J. AVERSENQ ont étudié les variations du sucre sanguin en fonction des caractéristiques physiques d'un milieu déterminé radio-vaporarium sulfuré). Ils ont constaté que le séjour dans les galeries provoque dans 86 % des cas une hypoglycémie, modérée le plus souvent, plus intense parfois. Le phénomène est plus accentué chez les diabétiques que chez les sujets normaux. La détermination simultanée de l'hydrémie a permis d'éliminer les causes d'erreur en rapport avec les spoliations sudorales. Pour expliquer la genèse de cette hypoglycémie, il semble que l'on puisse invoquer une exagération des processus glycolytiques, liée à l'élévation de la température extérieure et aux influences radioactives.

Intérêt de la mesure du pouvoir cholestérolytique dans l'étude du métabolisme de la cholestérine. — MM. ECK et DESBORDES soulignent l'intérêt de la mesure du pouvoir cholestérolytique et apportent des résultats qui montrent que cette mesure donne des renseignements précieux là où la simple détermination de la cholestérinémie ne donne pas d'indications bien nettes. Ils se proposent d'étendre ce travail aux divers cas pathologiques où les renseignements demandés à la cholestérinémie se montrent contradictoires.

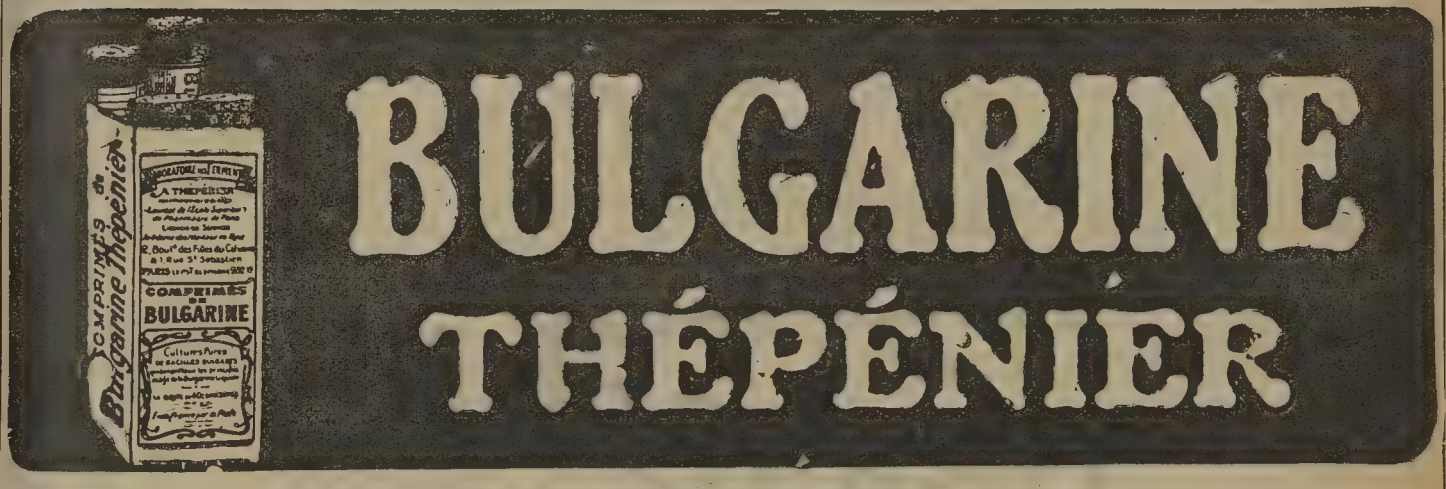
Le pouvoir cholestérolytique chez les vieillards. — MM. ECK et DESBORDES constatent qu'un nombre d'athéromateux cliniquement indiscutables présentent un taux de cholestérine normal ou sensiblement normal, c'est par suite d'une impossibilité du sérum à dissoudre davantage de cholestérine. Cette impossibilité, d'après leurs recherches en cours, est davantage fonction de la formule protidique du sérum que de sa formule lipidique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES
Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA

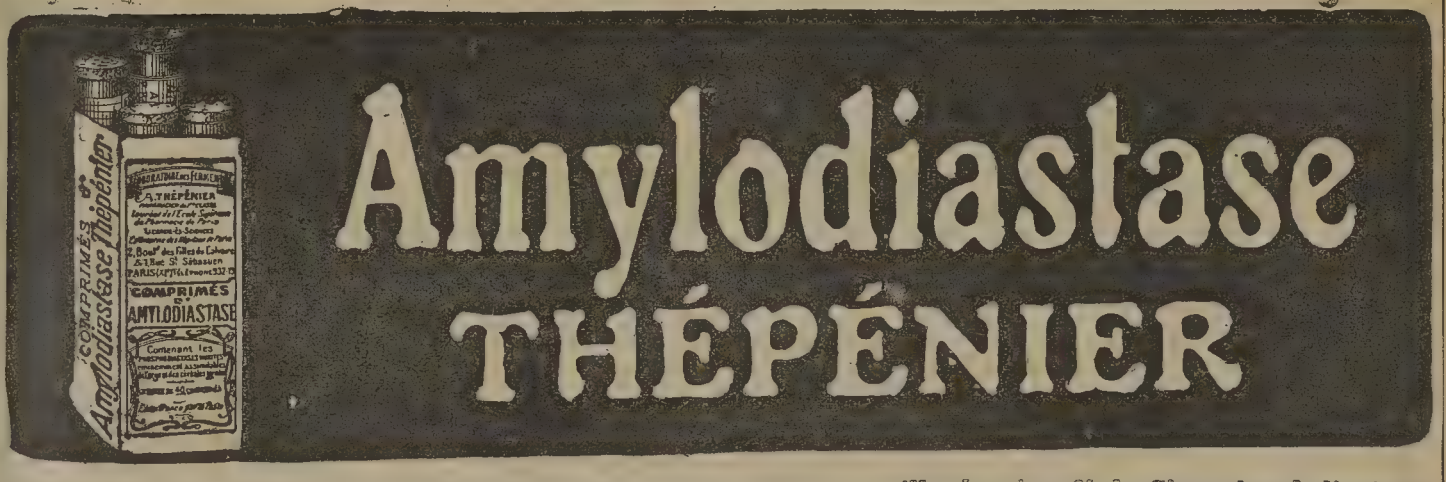


Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la **Poudre** *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**
SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

56, Boulevard Péreire
PARIS
URASEPTINE
ROGIER

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1934. — N° 95.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les complications nerveuses de la melitococcie, par M. le professeur H. Roger (de Marseille).
LES CONGRÈS DU CANADA (1934)
XXIIIe Congrès français de médecine. — XIIIe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. (Suite. Compte rendu, par M. J. Huber.)
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. Prix décernés. — *Académie de médecine.* — *Société médicale des hôpitaux.*
NÉCROLOGIE
Chastenet de Géry, par M. M. Lance.
CHRONIQUE
La défense passive de Paris et de la région parisienne, par F. L. S.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Parotidites suppurées.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — MM. David, 20; Blanquine, 27; Rousseau, 24; Olivier, 25; Chevallier, 20; Roux, 24; Judet, 23; Barraya, 27; Herbert, 22.

Admissibles à la suite de l'épreuve écrite : MM. Delinotte, Blanquine, Barraya, Olivier.

Leçon orale. — Question donnée : « Muscles ptérygoïdiens. »

MM. Olivier, 27; Blanquine, 26; Barraya, 29; Delinotte, 27.

Dissection extemporanée. — Question donnée : « Muscles de l'éminence thénar et adducteur du pouce avec leurs nerfs. »

MM. Barraya, 27; Delinotte, 26; Blanquine, 27; Olivier, 28.

Total des points : MM. Barraya, 83; Blanquine, Delinotte et Olivier, 80.

M. Barraya (83 points) est présenté à la nomination de M. le directeur général comme aide d'anatomie.

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Jury : MM. les docteurs Mahar, Aimé, Lehmann, Bergeret, Boulin.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour quatre emplois de chefs de clinique adjoints à la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le jeudi 20 décembre 1934, à 9 h. du matin, rue Moreau, n° 13.

MM. les docteurs qui désirent concourir peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 à 11 h. et de 16 à 18 h., jusqu'au samedi 8 décembre 1934 inclus.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le docteur Leroux-Robert a été nommé commandeur de l'ordre de la couronne de Yougoslavie pour services dévoués aux réfugiés serbes pendant la guerre.

MAISON DE SANTÉ DU GARDIEN DE LA PAIX. — Des postes d'interne à la Maison de santé du gardien de la paix, 35, boulevard Saint-Marcel, Paris (XIIIe), seront libres à partir du 1er janvier 1935.

Conditions exigées : être Français, avoir 16 inscriptions, être ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les demandes doivent être adressées au chirurgien-chef de la Maison de santé du gardien de la paix avant le 15 décembre 1934.

PRIX ANNUEL BANDELAC DE PARIENTE, vice-président fondateur de l'U. M. F. I. A. — Ce prix a été institué par le docteur B. de Pariente, en commémoration de la fondation en 1912 de l'Union médicale franco-ibéro-américaine ou

VIN GIRARD

Iodo-tannique phosphaté

LYMPHATISME - BACILLOSES - CONVALESCENCES

U. M. I. A., pour récompenser la meilleure thèse de l'année soutenue à la Faculté de médecine de Paris par un étudiant de langue espagnole ou portugaise. Cette année il a été décerné *ex æquo* à deux étudiants de langue espagnole : à Mlle Annette Comerma (de Barcelone) pour son travail sur « La di-iodotyrosine, son utilisation dans le traitement des états basedowiens », et à M. Jorge Fuentes-Novella (du Guatémala) pour sa thèse : « Contribution à l'étude de la géographie pathologique au Guatémala. »

Le prix a été remis à la Faculté de médecine par M. le doyen Roussy en présence des docteurs Dartigues et Bandelac de Pariente, président et vice-président fondateurs de l'U. M. F. I. A.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE MÉDECINE LÉGALE SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — M. le professeur Laignel-Lavastine fera le jeudi 29 novembre, à 18 h., au grand amphithéâtre, une leçon sur « La commotion cérébrale et les hémorragies cérébrales et méningées ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Clérambault, médecin chef de l'infirmerie spéciale du dépôt, à Paris; Trapenard, ancien président du Conseil général du Cantal, décédé à Paris dans sa 89e année; Ménard, chirurgien honoraire de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer, décédé à l'âge de 80 ans.

CHRONIQUE

LA DÉFENSE PASSIVE DE PARIS ET DE LA RÉGION PARISIENNE (1)

Au moment où le Parlement vient de prendre résolument des dispositions en vue d'assurer la sécurité du pays, il paraît utile de faire connaître à nos confrères l'état actuel des mesures adoptées dans la région parisienne, en vue de la défense passive contre les attaques aériennes, et en particulier contre les attaques *brusquées*.

On voudrait, certes, ne pas avoir à envisager d'aussi redoutables éventualités. Sous peine d'encourir les plus graves responsabilités, il faut cependant avoir le courage de s'y préparer.

Actuellement deux commissions sanitaires chargées d'étudier les mesures de protection existent à la Préfecture de police. La commission de Paris est présidée par M. Pillu, représentant M. Mourier, directeur général de l'Assistance publique ; la commission de la banlieue est présidée par M. le professeur Tanon.

Le problème est très complexe; l'agglomération parisienne compte cinq millions d'habitants. La première précaution, si on a le temps de le faire, consiste à évacuer sur la province, les femmes, les enfants et les vieillards. Il restera encore, après cette évacuation, un nombre considérable d'habitants. C'est dire combien la question est compliquée et grave.

Les mesures de défense passive envisagées jusqu'ici consistent dans la préparation des *abris-postes de secours*.

Grâce à la Préfecture de police et à l'Assistance publique pour Paris, grâce à la Préfecture de police et aux services d'hygiène suburbains pour la banlieue, on a pu, dans les mois qui viennent de s'écouler, repérer un très grand nombre d'abris publics. Nous ne mentionnons que pour mémoire les abris déjà installés par l'initiative privée dans de grands établissements de crédit, dans les grands magasins ou les établissements industriels. Ils seront évidemment réservés à leur personnel.

Des crédits ont été alloués, aussi les abris prévus par la Préfecture de police vont-ils être progressivement, dès ce mois-ci, aménagés, équipés et approvisionnés. Les prototypes qui ont servi de modèles sont les abris de Versailles (Dr Anglade), et des Invalides à Paris (Pharmacien col. Bruère).

Le *personnel* de chaque abri comprendra des médecins dégagés d'obligations militaires, des infirmières et des brancardiers déjà instruits et entraînés par les sociétés de la Croix Rouge.

Les *moyens de transport* en dehors des équipes mobiles de secours et de désinfection (type Versailles) qui sont prêtes, seront assurés par des voitures d'ambulance appartenant à la Préfecture de police pour les *blessés couchés* et par des voitures ou taxis réquisitionnés pour le transport des *blessés* ou *gazés assis*.

Le fonctionnement de tous ces postes répartis en divers secteurs sera assuré par une direction centrale qui contrôlera, coordinera les efforts et permettra d'envoyer le personnel et le matériel nécessaires d'un secteur épargné vers un secteur plus éprouvé.

Telles sont les grandes lignes des mesures adoptées. Dès qu'il nous sera possible de donner des précisions, nous ne manquerons pas de les faire connaître à nos confrères.

F. L. S.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1934 : Défense passive, n° 4, p. 69; — Projets de protection, n° 47, p. 850; — Le poste-école de Versailles, n° 51, p. 936; — La défense passive au Conseil municipal, n° 66, p. 1178.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CHASTENET DE GÉRY

Paul Chastenet de Géry, chirurgien de l'hôpital Paul-Brousse, vient de mourir brusquement. Il part, laissant dans une douleur profonde tous ceux qui l'ont approché.

C'était une nature d'élite, attirante, à laquelle on s'attachait.

Issu d'une vieille famille du Poitou, il fit d'abord ses études à Angers, où il reçut les leçons de maîtres comme Tesson, Montprofit. A Paris, à l'école de Hayem, Cornil, il prit le goût des recherches de laboratoire qu'il avait toujours conservé. Il fut l'interne de Mauclaire, J.-L. Faure, Albarran, Delbet, Quénu. Etabli à Nantes, il devient chirurgien des hôpitaux, professeur adjoint à l'Ecole de médecine. Après la guerre, il revint à Paris et fut nommé chirurgien a l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif. Il y fut naturellement porté à l'étude et à la thérapeutique chirurgicale du cancer, qui le passionnait. D'une rare conscience professionnelle, examinant méticuleusement ses malades, n'opérant qu'à bon escient, il savait s'attacher profondément ses malades.

Passionné d'apprendre, Chastenet de Géry possédait une culture générale et médicale très étendue. En lui, la *Gazette des Hôpitaux* perd un collaborateur précieux et fidèle. Cette nature généreuse sut attirer, retenir d'excellents amis qui lui sont restés fidèles au milieu des vicissitudes de l'existence, et qui, aujourd'hui, pleurent sa disparition.

Que sa famille veuille recevoir l'expression de nos condoléances émues.

M. LANCE.

RENSEIGNEMENTS

PENSION TRÈS SÉRIEUSE, studios très clairs et aérés, 1, rue de Condé, près Ecole de médecine.

DANS LES ÉTATS NÉVRALGIQUES

comme en présence de toute douleur

La Cibalgine

procure calme et sédation

■

Tous les sujets qui connaissent la douleur trouvent en elle un apaisement à leur mal, une sédation de leur système nerveux irrité

■

Médicament sans opium, sans alcaloïdes

La Cibalgine

calme le phénomène algique sans accoutumance et sans danger

■ ■

COMPRIMÉS
2 à 4 par jour

AMPOULES
1 à 2 par jour

Laboratoires CIBA - O. ROLLAND
109-113, boulevard de la Part-Dieu, LYON

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'au vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — Dragées : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IVe

TRAITEMENT
DE L'ALCALOSE

GÉNACIDE

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

PRATIQUE MÉDICALE

EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA GRIPPE (1)

Par le docteur J.-M. POULIN.

Il ne paraît pas qu'il existe un traitement spécifique de la grippe, mais il semble à l'auteur que l'usage du thiocol associé à l'allonal constitue la thérapeutique la plus calmante et la plus sûre de cette maladie.

D'après l'auteur, on réalise incontestablement ainsi le traitement d'attaque et le traitement de fond de la grippe, car d'autres méthodes peut-être riches d'avenir ne sont actuellement que d'utiles adjuvants. On sait que le thiocol est un dérivé du gaïacol, antiseptique, hyperphagocitaire et aussi bon modificateur des bronches qu'excellent stimulant, grâce à ses propriétés eupeptiques toutes spéciales. Très maniable surtout sous la forme de Sirop « Roche », il est très bien toléré même par les enfants. Le sirop « Roche » est dosé de telle manière qu'une cuillerée à soupe correspond à 1 gramme de principe actif et la dose habituelle est de 1 à 3 grammes par jour ; pour les enfants, on donnera 1/4 ou 1/2 doses.

Quand la grippe s'accompagne de tout un cortège de petits malaises, courbature, céphalée, myalgies, etc., il convient d'associer à l'emploi du thiocol l'usage de l'allonal, analgésique renforcé, dont l'éloge n'est plus à faire et qui donne d'excellents résultats à la dose d'un à trois comprimés par jour. De cette manière, on peut affirmer, d'après l'auteur, que l'on est armé contre les manifestations les plus habituelles de la grippe.

LIVRES NOUVEAUX

Les ruptures de l'urètre. Leur traitement et leurs suites médico-légales (2), par C. LEPOUTRE, professeur de clinique des voies urinaires à la Faculté libre de Lille, et F. STOBBAERTS, chef du service d'urologie de la Société nationale des chemins de fer belges. Préface de M. le professeur LEGUEU.

Le traitement des traumatismes de l'urètre impose des décisions d'urgence ; et de l'opportunité des décisions prises vont dépendre l'état futur des voies urinaires du blessé, sa santé, son activité familiale et sociale. C'est dire la nécessité pour le praticien d'avoir des directives précises sur la conduite à tenir dans les diverses éventualités qui peuvent se rencontrer.

Reprenant les travaux antérieurs, faisant état d'une expérience personnelle étendue, ayant enfin recueilli de nombreuses observations inédites dans divers milieux industriels, les auteurs présentent d'une manière simple et claire, la façon dont ils envisagent ce traitement. Leurs opinions sont étayées par leurs observations ; et on peut juger de la valeur de celles-ci par les très belles urétrographies, au nombre de vingt-huit, qui illustrent cet ouvrage.

L'urétrographie, les auteurs le montrent par de nombreux exemples, est aujourd'hui indispensable pour poser l'indication thérapeutique, et pour apprécier les résultats obtenus.

Des documents rassemblés, les auteurs tirent aussi une appréciation des indemnités à accorder dans les suites de ces traumatismes. Ici encore ils ont fait œuvre originale et utile.

Cet ouvrage est destiné, non seulement aux spécialistes, mais aux chirurgiens et aux médecins, qui sont souvent amenés à prendre les premières décisions, et aussi aux experts qui y trouveront des éléments indispensables à l'appréciation des dommages subis à la suite de ces traumatismes.

L. G.

La négativation électrique (1), par P. AUBOURG, électroradiologiste de l'hôpital Beaujon, C. LAVILLE et P. LE GÔ.

Ce livre résume une première série de conférences théoriques et pratiques faites à l'hôpital Beaujon sur les raisons physiologiques et les résultats cliniques de l'emploi des *petites doses* en électrothérapie.

Dans une première partie, C. Laville montre que la théorie clinique thermo-dynamique de Lavoisier peut être remplacée par une théorie *électro-dynamique* : aussi peut-on concevoir une machine électrogène non plus à effets thermo-dynamiques, mais à effets électriques purs, fournissant des *doses physiologiques* d'électricité pour suppléer aux déficiences de l'excitant électrique normal du métabolisme cellulaire.

Dans une seconde partie, P. Le Gô décrit en détail les réactions sympathiques paravertébrales au cours des affections viscérales : ces manifestations réflexes métamériques peuvent devenir des signes d'élection pour des applications locales d'électricité *à doses infinitésimales*, suffisantes pour créer des réflexes vago-sympathiques, déterminant des modifications du fonctionnement des viscères.

Dans une troisième partie, P. Aubourg expose les premiers résultats cliniques obtenus dans les algies post-traumatiques, les névralgies et névrites, la maladie de Dupuytren et dans une première série de 15 cas de glycosurie. En tous cas, il convient d'appliquer l'électricité *en fonction de l'état humoral* et un traitement médical concomitant doit être établi pour remédier aux altérations humorales.

L. G.

Atlas de technique chirurgicale des affections de l'avant-pied (2), par le Dr A. WALLET.

La chirurgie de l'avant-pied, trop longtemps abandonnée aux empiriques, a été tracée dans son ensemble par des générations de chirurgiens, mais bien des points sont restés dans l'ombre. Aussi faut-il savoir gré au Dr Wallet d'avoir rassemblé des notions souvent éparses, de les avoir coordonnées, d'y avoir ajouté le fruit de sa propre expérience, et de sa technique, d'avoir montré enfin d'une façon magistrale que la chirurgie de l'avant-pied constitue une spécialité digne de ce nom.

Dans le magnifique atlas qu'il vient de publier, l'auteur étudie les principales affections de l'avant-pied : 1° le cor, qui sous des noms différents, cache un hygroma en évolution ; 2° l'ongle incarné ; 3° les exostoses sous-unguéales ; 4° les kystes divers ; 5° les verrues plantaires ou papillomes du pied, affections banales certes, mais douloureuses et trop souvent négligées. L'auteur a eu raison de leur consacrer ce bel atlas, que tout médecin lira avec intérêt.

L. G.

(1) *Concours méd.*, Paris, 10 déc. 1933.

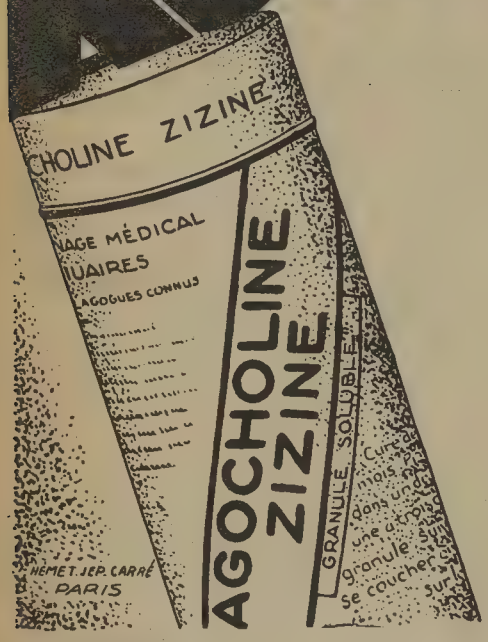
(2) In-8 de 180 pages avec 28 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

(1) In-8 de 146 pages. — Paris : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume illustré de 50 dessins originaux de Bely Jullemier, gravés par Roger Séguin. — Prix : 100 fr. — Editeurs d'art Coulomma, dans toutes les librairies médicales et chez l'auteur, 53, rue Condorcet, Paris (IXe).

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

LABORATOIRES CARTERET

Pas d'accoutumance · Agit vite · Pas d'accumulation

DIURÈNE

"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS

CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES

LIQUIDE | PILULES

Posologie : *2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour.*

CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Echantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

LES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA MELITOCOCCIE [1]

Par M. le professeur Henri ROGER (de Marseille).

Quand mon ami, le professeur Barré m'a demandé de venir présider aujourd'hui la réunion solennelle annuelle de la Société de Neurologie de Strasbourg, j'ai été vraiment confus de l'insigne honneur qu'il me faisait (comme je le suis maintenant des paroles trop flatteuses qu'il a prononcées tout à l'heure à mon égard).

Je ne saurais à quoi attribuer cet honneur, qui me vaut d'occuper aujourd'hui une place où se sont succédé tour à tour les grands maîtres de la neurologie française.

Je trouve cependant deux excuses.

Tout d'abord, en me demandant de venir ici, l'on a voulu, je pense, rendre hommage, en ma modeste personne, au labeur de tous ceux qui, loin du foyer lumineux de la capitale, travaillent dans le silence de la province et s'essaient de leur mieux à servir la neurologie française. N'avons-nous pas ici même l'exemple le plus merveilleux du bel essor d'une école régionale, sous l'ardente impulsion d'un prestigieux animateur ?

Quelle école parisienne peut réunir plus de beaux travaux, qui font date dans la science : dissociation du syndrome pyramidal et manœuvre de la jambe de Barré, que nous utilisons tous les jours avec profit dans nos services, — découverte du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré-Liéou, qui nous donne la clef de bien des syndromes encéphaliques qualifiés jusqu'ici de névropathiques, — étude si minutieuse des réactions vestibulaires et du syndrome vestibulospinal, — recherches toujours si originales sur les torticolis spasmodiques, les arachnoïdites... Et parmi tous ces travaux, j'en passe et non les moindres.

Quelle idée plus géniale que cette synthèse otoneuro-ophtalmologique qui a pris son essor à Strasbourg, et qui est peut-être plus admise à l'étranger qu'en France ! Tant il est vrai que nul n'est prophète dans son pays.

A cet honneur, qui m'est fait aujourd'hui, je trouve une seconde raison, toute personnelle, l'amitié qui, depuis vingt ans, me lie au professeur Barré. Il m'en voudrait si, après avoir dit une faible partie de ce que je pense de son talent, j'osais encore louer la finesse de son esprit critique, la vigueur de sa franchise et la sûreté de son jugement. Je veux seulement lui adresser un cordial merci pour l'occasion qu'il me donne de vous exposer dans ses grandes lignes un sujet qui me tient tout particulièrement à cœur, les complications nerveuses de la melitococcie.

La melitococcie est l'infection due au microcus melitensis. Elle est en général consécutive au contact avec des animaux (chèvres ou moutons) atteints de cette maladie, ou à l'absorption de produits (lait en particulier) provenant de ces ovins ou de ces caprins. Elle se traduit, dans sa forme clinique la plus habituelle, par une fièvre évoluant par poussées successives, se répétant au nombre de trois ou quatre, durant deux, trois mois et plus (d'où le nom de fièvre ondulante qu'on lui a donné), — par des sueurs souvent profuses, obligeant le malade à changer plusieurs fois de linge ; — par des algies à localisation surtout articulaire, en particulier sacro-iliaque, à apparition souvent tardive ; — et enfin chez l'homme par une complication, assez fréquente pour qu'on puisse, à notre avis, la ranger parmi les symptômes, l'orchite. L'asthénie et la constipation constituent les deux autres symptômes les plus importants. Nous avons donné à cette forme classique de la melitococcie le nom de forme sudoro-algique.

Mais, à côté de ce type habituel, il en est bien d'autres, susceptibles d'égarer le médecin. La prédominance de telle ou telle localisation de la septicémie à melitensis réalise de multiples formes cliniques, parmi lesquelles nous réserverons une place à part aux formes pleuro-pulmonaires : la fièvre irrégulière et traînante, l'amaigrissement considérable, une hémoptysie, des signes de congestion d'un sommet en imposent pour la tuberculose.

Dans d'autres cas les manifestations articulaires occupent le premier plan, forme pseudorhumatismale. Le praticien doit également bien connaître les cas frustes et ambulatoires. Un paysan présente, sans savoir pourquoi, de l'amaigrissement, une asthénie considérable qui le gênent dans ses occupations professionnelles, quelques douleurs qu'il considère comme du banal rhumatisme. Cet état dure pendant des semaines et des mois. Puis lentement ce campagnard, dur au mal, qui n'a même pas consulté un médecin, mais que ses voisins, se fiant aux apparences, considéraient comme atteint d'une affection grave, reprend son appétit, son énergie et son embonpoint. La température, si elle avait été prise, aurait en pareil cas montré une petite fièvre, plus ou moins continue, et la séroagglutination, le sérodiagnostic de Wright, s'il avait été pratiqué, aurait établi le diagnostic de la maladie.

En dehors des signes cliniques, vraiment caractéristiques dans la forme classique, mais parfois déroutants dans d'autres formes, le diagnostic repose sur les moyens de laboratoire. L'hémoculture doit être faite à l'acmé d'une poussée thermique et il faut garder longtemps le bouillon à l'étuve, car le melitensis met souvent cinq, dix jours et plus pour pousser. Le sérodiagnostic fait avec des cultures formolées pour éviter les contaminations de laboratoire assez fréquentes, doit, pour être caractéristique, être fait avec un échantillon de melitensis qui a fait ses preuves et doit dépasser le taux de 1/150.

La fièvre de Malte que, par déférence pour nos amis les Anglais, nous appelons plutôt melitococcie (le latin en ses mots brave les susceptibilités) a paru pendant longtemps limiter ses ravages au littoral méditerranéen : d'où le nom de fièvre méditerranéenne, qu'on lui a encore donné. Mais voici qu'elle a fait son apparition loin des rivages de la Grande Bleue.

De nombreux cas en ont été publiée en Suisse, en Allemagne, dans les pays scandinaves, en Angleterre, en Russie et même aux Etats-Unis. Tout près de vous, en Lorraine, le professeur Parisot et ses collaborateurs ont montré la progression de l'infection ; et le Professeur Merklin me disait avoir actuellement deux cas dans son service hospitalier de Strasbourg.

Les bactériologistes pensent qu'un certain nombre des faits observés en Europe continentale ne sont pas dus au melitensis et ne sont pas transmis par le mouton ou la chèvre, mais dépendent du bacillus abortus de Bang, hôte fréquent des bovidés et cause de leur avortement. Mais peu importe. Au point de vue bacté-

(1) Conférence faite à la *Société de Neurologie de Strasbourg* le 7 juillet 1934.

riologique, il est bien difficile de différencier les deux germes, et au point de vue clinique melitococcie et maladie de Bang sont similaires. Il est actuellement classique de désigner l'une et l'autre sous le nom général de fièvre ondulante. Permettez-moi cependant de conserver le vieux terme de melitococcie, auquel je suis tellement habitué depuis bientôt près de vingt-cinq ans que je m'occupe de cette question.

Excusez ce long préambule, mais, avant de vous parler des déterminations nerveuses d'une maladie, il m'a paru indispensable de résumer ses principales caractéristiques, pour ceux d'entre vous qui ne seraient pas très familiarisés avec cette question, plus méridionale qu'alsacienne.

La fièvre de Malte a paru, pendant fort longtemps, n'avoir pas de grande affinité pour le système nerveux. Sans doute, durant nos premières recherches faites bien avant-guerre à Montpellier, nous avions établi, avec Mestrezat, qu'au cours de l'infection la plus banale, il peut y avoir une réaction discrète des méninges, décelée par la ponction lombaire. Sans doute on avait observé de-ci de-là quelques cas compliqués de méningite, de névrite. Sans doute tout le monde connaissait l'importance, au cours et à la convalescence de la fièvre méditerranéenne, des algies dont toutes ne sont pas expliquées par une localisation articulaire. Mais des circonstances un peu particulières, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure, nous avaient fait méconnaître l'affinité du melitensis pour le névraxe et ses enveloppes.

Actuellement, tant d'après nos recherches personnelles poursuivies depuis une dizaine d'années à Marseille, que d'après les travaux faits un peu partout en France et à l'Etranger, nous pouvons dresser une esquisse générale de ce qu'on pourrait appeler la neuromelitococcie.

Nous étudierons d'abord les *paraplégies melitococciques*, puis les *méningoencéphalites*, enfin les *névrites périphériques*. Nous insisterons en terminant sur l'importance des *déterminations méningées*.

Les paraplégies melitococciques. — Dans le cas le plus habituel, la *paraplégie est flasque* avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, souvent avec abolition des réflexes abdominaux. Fait assez fréquent, il existe concurremment un signe de Babinski ou d'Oppenheim positif, soit d'un côté, soit des deux.

La paraplégie n'est pas toujours totale : elle prédomine plutôt aux extrémités, mais est loin d'être symétrique.

L'atrophie musculaire est assez discrète. Le syndrome sensitif est réduit à quelques algies du type radiculaire à la période de début de la maladie, plus tard à quelques douleurs spontanées, et provoquées par la pression des masses musculaires, ou par l'élongation des sciatiques, enfin à des troubles objectifs peu marqués.

L'électrodiagnostic montre, chez la plupart des malades, une hypoexcitabilité, rarement une réaction de dégénérescence.

L'évolution de cette paraplégie est lentement progressive : elle met des semaines et parfois des mois avant de se compléter, commençant par un membre, puis se propageant à l'autre. Une fois constituée, elle peut régresser, mais généralement elle laisse des séquelles. Exceptionnellement elle passe à la spasmodicité.

Quoique nous n'ayons pas d'autopsie sur laquelle nous appuyer, nous rapportons pareil tableau clinique à une radiculonévrite, ou plutôt à une *méningoradiculonévrite*, en raison de l'importance des réactions méningées qui en font la caractéristique.

Il existe en effet malgré l'absence de douleurs ou de raideur du rachis, des modifications intenses du L. C. R. (coloration jaune d'or, hyperalbuminose oscillant entre 2 et 30 grammes, avec ou sans coagulation massive), qui plaident en faveur d'un cloisonnement méningé inflammatoire, d'une arachnoïdite melitococcique. L'épreuve de Queckenstedt-Stookey, les ponctions lombaires étagées, l'arrêt du lipiodol confirment cette hypothèse. Mais, fait spécial à la melitococcie, il existe, en même temps que cette hyperalbuminose, une hypercytose considérable, se chiffrant par 85 à 200 leucocytes. Cette réaction cytologique différencie la paraplégie melitococcique du syndrome de radiculonévrite curable de Guillain-Barré : car celui-ci comporte une dissociation albuminocytologique presque constante et une évolution toujours favorable. Nous pensons cependant qu'il y aura lieu désormais de rechercher l'origine melitococcique possible de pareil syndrome.

L'existence du signe de Babinski dans quelques cas peut s'expliquer par une réaction légère de la moelle due à l'irritation méningée.

S'opposant à cette paraplégie flasque par méningoradiculonévrite, type le plus fréquent et surtout le plus caractéristique, on rencontre quelques cas de *paraplégie spasmodique*, avec exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes cutanés et signe de Babinski bilatéral.

La parésie progresse lentement. Elle reste parfois incomplète, permettant même à certains de ces malades une activité réduite ; elle peut rester définitive ou régresser complètement. Ici aussi les symptômes douloureux sont au second plan : mais il existe une hypoesthésie ou une anesthésie remontant jusqu'au tronc. Il y a une atrophie diffuse des membres inférieurs, souvent des escarres, des troubles sphinctériens à type de constipation opiniâtre et de rétention d'urines.

Cette paraplégie spasmodique, qui nous paraît devoir être rattachée à une *myélite*, ne semble pas avoir passé par une phase de paraplégie flasque. Elle ne s'accompagne pas de la même réaction méningée que la radiculonévrite.

Avant de clore ce chapitre des paraplégies melitococciques, mentionnons quelques cas de parésie flasque surtout localisée aux extrémités avec ou sans œdème trophique, liée à une polynévrite, plus souvent motrice que sensitivomotrice, et une curieuse observation de paralysie ascendante aiguë, type Landry, rapidement curable, observée récemment par nous.

Les méningoencéphalites melitococciques. — Celles-ci sont assez curieuses par le groupement symptomatique qu'elles comportent.

Au premier plan et comme bien spéciaux à la melitococcie cérébrale, nous mettrons les *spasmes vascu-*

laires sylviens. Le malade présente, le plus souvent au début de l'évolution de son syndrome encéphalique, une à plusieurs crises de fourmillements unilatéraux remontant de l'extrémité d'un membre supérieur à sa racine, puis à la face, ou inversement descendant de la nuque au membre inférieur. Quand la face est atteinte, la parole devient difficile, soit par aphasie réelle dans les cas de paresthésies droites, soit par dysarthrie liée aux paresthésies de la langue dans les localisations gauches. A ces symptômes sensitifs s'associent parfois des troubles moteurs à type de parésie, quelquefois de mouvements anormaux localisés.

Ces crises d'hémidysesthésie durent de quelques minutes à une, deux heures, rarement plusieurs heures. Elles s'accompagnent ou non, de crises de céphalée violente ou de poussée thermique. Elles restent parfois uniques ; elles peuvent se répéter pendant quelques jours, pour ensuite disparaître et ne plus revenir, même si l'état s'aggrave, exceptionnellement pour réapparaître après la guérison apparente.

Les spasmes vasculaires, malgré leur caractère épisodique, constituent pour nous un des symptômes les plus caractéristiques de la réaction méningo-encépha lique melitococcique.

Un second caractère est constitué par la coexistence, dans un assez grand nombre de cas, d'un syndrome *cochléovestibulaire*, se traduisant par des bruits auriculaires, par une surdité uni ou bilatérale, par des vertiges et des troubles de l'équilibre.

Enfin il existe un *état mental particulier*, caractérisé par l'asthénie, de l'indifférence affective, de l'euphorie, sur lequel se greffent parfois des épisodes délirants ou un état confusionnel.

Contrastant avec ces symptômes assez impressionnants, l'examen montre *l'absence presque complète de signes neurologiques objectifs*, en dehors d'un Babinski uni ou bilatéral.

S'opposant au peu d'intensité des signes méningés cliniques (quelques céphalées, quelques nausées, parfois de la diplopie), la ponction lombaire décèle par contre une *importante réaction cytoalbumineuse du L. C. R.*, avec prédominance de l'hyperalbuminose et xanthochromie fréquente. Pareille réaction liquidienne signe, croyons-nous, le diagnostic.

Ici, comme pour les radiculonévrites, nous croyons, malgré l'absence de vérification anatomique, pouvoir situer la lésion principale au niveau des méninges, plus particulièrement au niveau des méninges de la base, avec réaction irritative des vaisseaux sylviens, déterminant les spasmes vasculaires, et avec atteinte des racines du VIII.

Cette localisation prédominante à la fosse cérébrale postérieure explique sans doute aussi la xanthochromie et la dissociation albuminocytologique relative au L.C.R. A ce processus méningovasculaire s'ajoute vraisemblablement un certain degré de corticalite, d'où le nom de *méningoencéphalite*, que l'on peut donner au processus.

L'évolution peut, dans un certain nombre de cas, se faire vers la guérison, au bout d'un certain temps, plus ou moins long, avec ou sans séquelles. Mais quelques cas se terminent par la mort, au cours d'un syndrome de confusion mentale aiguë, qui emporte le malade, et qui montre bien la participation de l'encéphale.

Les névrites melitococciques. — La plus fréquente est la *sciatique*.

Elle a une évolution longue, traînante (parfois plusieurs mois) ; elle laisse un reliquat révélé encore quelques années après par une douleur à la fatigue. Plus rarement, elle évolue sous forme d'un épisode aigu de quelques jours à peine de durée. Elle est bilatérale dans plus d'un tiers des cas.

Elle se caractérise par une douleur particulièrement intense et rebelle obligeant le malade à un alitement prolongé, douleur à siège plutôt lombo-fémoro-sacré, par une légère amyotrophie, parfois par un déficit moteur discret avec ou sans abolition du réflexe achilléen.

Il n'est pas rare de voir cette sciatique associée à quelques douleurs dans le domaine du crural (cruro-sciatique) avec parfois diminution du réflexe rotulien, et surtout à une raideur lombaire considérable, traduisant une localisation vertébrale, une spondylite melitococcique. En pareil cas, le liquide céphalo-rachidien présente, à peu près dans la moitié des faits, une dissociation albumino-cytologique.

Mentionnons quelques cas d'algie intercostale, de parésie radiale, de névrite optique.

La participation méningée. — Quand on étudie les complications médullaires ou cérébrales de la fièvre ondulante, on ne peut manquer d'être frappé par l'intensité des *réactions méningées*, le plus souvent latentes et s'apparentant par certains côtés aux arachnoïdites.

Nous avons vu leur importance dans la méningo-radiculonévrite, aboutissant à la paraplégie flasque et au syndrome de blocage arachnoïdien, xanthochromie avec énorme hyperalbuminose et hypercytose considérable, épreuve de Queckenstedt-Stookey positive et arrêt lipiodolé. Nous avons vu également la part qu'il faut leur attribuer dans la méningoencéphalite, réalisant, dans certains cas, une véritable méningite séreuse de la fosse cérébrale postérieure. La preuve de la nature cloisonnée de cette méningite nous a été fournie dans un cas, où une simple trépanation décompressive a fait rapidement rétrocéder un syndrome grave d'hypertension de la fosse cérébelleuse droite.

Dans l'une comme dans l'autre détermination, médullaire ou cérébrale, le névraxe ne paraît réagir que secondairement, comme le montre l'absence presque complète de signes neurologiques en dehors des symptômes radiculaires.

Fait particulier à la fièvre de Malte, ces méningites plus ou moins cloisonnées ne se traduisent pas par la dissociation albuminocytologique habituelle. Sans doute le plus souvent l'hyperalbuminose l'emporte sur l'hypercytose ; mais celle-ci est fréquemment intense, atteignant jusqu'à 100 et 200 lymphos par mmc.

Remarquons enfin la latence relative, au point de vue méningé, de pareilles modifications liquidiennes, qui ne se traduisent que par des céphalées légères, par une ébauche de raideur de la nuque ou de signe de Kernig.

Ces méningites séreuses avec modifications liquidiennes intenses ne sont pas les seules réactions méningées latentes qu'on observe dans la melitococcie. On en retrouve de plus discrètes au cours de la spondylite melitococcique.

On connaît la fréquence relative de cette localisation du melitensis, qui se traduit par une raideur et une douleur lombaire très accusées, sans signes ou avec peu de signes radiographiques. L'examen de ces malades montre souvent une irritation douloureuse des funicules sacrolombaires, parfois quelques petits signes d'irritation pyramidale, presque toujours une dissociation albumino-cytologique du L. C. R.

Enfin, même dans les cas de fièvre ondulante, sans aucune manifestation neurologique, la ponction lombaire peut montrer une leucocytose de quelques éléments, une albuminose subnormale.

A l'opposé de ces réactions méningées sans grands signes cliniques se placent les *véritables méningites* melitococciques. Le syndrome méningé est assez typique : céphalée, rachialgie, vomissements, raideur vertébrale, signe de Kernig, parfois obnubilation intellectuelle, parfois diplopie. Notons l'absence presque complète de fièvre ou une fébricule avoisinant 38° et la coexistence de spasmes vasculaires cérébraux à type de dysesthésies brachiofaciolinguales, avec ou sans aphasie. Le L. C. R. montre une réaction intense, 40 à 200 lymphos, 1 à 5 grammes d'albumine. Le melitensis a été isolé dans quelques cas. L'évolution de ces méningites est en général favorable.

Signalons, à côté de ces méningites typiques, quelques épisodes méningés, évoluant sous forme de céphalée légère, avec troubles psychiques, de très rares hémorragies méningées.

On voit, d'après ce court exposé, l'importance considérable de la réaction des méninges dans la melitococcie. Celle-ci va depuis la très légère lymphocytose et hyperalbuminose latente de la période aiguë de la fièvre de Malte jusqu'au syndrome d'hyperalbuminose et d'hypercytose intenses qui caractérisent aussi bien la paraplégie melitococcique, à type de méningoradiculonévrite, que le syndrome encéphaloméningé à type de méningite séreuse de la base (toutes deux à symptomatologie méningée réduite) ou que les véritables méningites cliniques à melitensis.

Les plus caractéristiques des localisations nerveuses de la fièvre ondulante, la paraplégie flasque, les spasmes vasculaires cérébraux, paraissent conditionnées par une méningite enserrant les racines rachidiennes et les nerfs craniens, irritant la moelle ou l'écorce cérébrale ainsi que les vaisseaux de la base.

Nous attachons une très grande importance diagnostique au syndrome liquidien de xanthochromie avec hypercytose et hyperalbuminose : dans nos régions méridionales nous recherchons systématiquement la melitococcie dans tout cas analogue, qui ne fait pas sa preuve étiologique.

Nous essayons de découvrir dans les antécédents immédiats ou éloignés l'existence d'une asthénie avec amaigrissement et sueurs qui aurait pu masquer une fébricule ondulante à type ambulatoire. Nous demandons la profession et le lieu d'origine du malade. La melitococcie ou la maladie de Bang, qui se contracte par le contact avec les animaux ou avec les déjections des animaux infectés, beaucoup plus que par l'absorption du lait, est une maladie des campagnes plus que des villes, des paysans plus que des citadins. Nous mettons enfin en œuvre toutes les réactions de laboratoire dont nous disposons : sero de Wright et intradermo à la melitine ou à l'abortine.

La névraxite melitococcique. — A côté de la participation à peu près constante et généralement assez importante, des méninges, une des principales caractéristiques de la neuromelitococcie est la diffusion des symptômes aux divers étages du névraxe.

Il n'est pas rare de voir un malade qui, au début ou au cours de son évolution paraplégique, présente une crise d'hémiparesthésie brachiofaciale d'origine vasculocérébrale. Nous avons vu dans quelques cas — et c'est ce qui aggrave sérieusement le pronostic — cette paraplégie se compliquer tardivement d'un syndrome encéphalique avec confusion mentale, délire, gâtisme, et mort en deux ou trois semaines.

C'est en pareil cas qu'on peut parler d'une véritable névraxite melitococcique.

Caractère tardif des complications nerveuses. — Un point important qu'il faut bien connaître pour mieux diagnostiquer les complications neurologiques de la fièvre ondulante, c'est leur apparition tardive, souvent même ultra-tardive.

Sans doute il est quelques localisations nerveuses précoces, et même des formes de début. Des fièvres méditerranéennes peuvent se traduire comme premier symptôme par une sciatique. On a vu des méningites à lymphocytes où le microscope décèle le melitensis, sans que, ni avant ni après, aucune autre manifestation se fasse jour. Cependant, dans la plupart des cas précoces, il existe une phase d'asthénie, au cours de laquelle l'anamnèse permet de supposer une période de fébricule, marquant l'invasion de l'organisme par le micrococus.

Dans la plupart des cas, la fièvre ondulante a terminé, depuis longtemps, ses deux ou trois poussées thermiques, quand la paraplégie s'installe, quand les spasmes vasculaires cérébraux éclatent. Le melitococcique, après avoir beaucoup maigri au cours de la période aiguë, a déjà repris son embonpoint ; il a cessé de traîner après lui l'asthénie longue et pénible qui suit la maladie, il a souvent même repris ses occupations quand, trois, quatre, six mois après la cessation de la dernière onde fébrile, il se met à sentir ses jambes lourdes, à mal marcher, ou bien à éprouver vertiges, bourdonnements d'oreilles, céphalée vague et troubles intellectuels.

On conçoit qu'autrefois, quand notre attention n'était pas encore attirée sur les complications nerveuses de la fièvre ondulante, on n'ait pas pensé à rattacher à cette infection les complications lointaines.

A côté de ces cas où, malgré un intervalle de quelques mois, la filiation ne fait pas de doute, il en est d'autres, plus curieux, où un syndrome méningocérébral d'allure nettement melitococcique (spasmes vasculaires cérébraux, réaction cytoalbumineuse accusée du L. C. R., troubles cochléovestibulaires) apparaît un an, un an et demi, trois ans, voire même quatre et six

ans après la fièvre méditerranéenne. Nous nous sommes demandé si, même pour ces cas ultra-tardifs, le diagnostic étiologique ne pouvait pas être posé. Nous n'avons pas été les seuls à résoudre ce problème par l'affirmative.

Sans doute, nous voudrions établir pareille étiologie sur d'autres bases que celles de la clinique et de la loi des coïncidences. Malheureusement à cette période tardive non seulement l'hémoculture, mais encore le sero de Wright du sang n'est plus positif. Il y aura lieu de pratiquer cette réaction sur le L. C. R., suivant la technique de Ranque et Senez, qui recherchent l'agglutination en mélangeant à parties égales L. C. R. et émulsion de melitensis. Il faudra surtout pratiquer l'intradermoréaction à la mélitine ou à l'abortine. Mais, même au cas où ces réactions seraient négatives, on ne peut éliminer la melitococcie ou la maladie de Bang : car nous les avons trouvées parfois négatives dans des cas survenant cependant quelques mois après l'infection originelle, et où aucune autre étiologie ne paraissait plausible.

Pour expliquer ces complications ultra-tardives, il faudrait admettre une chronicité de la melitococcie et une longue latence des manifestations nerveuses, auxquelles nous ne sommes pas encore habitués, mais qui ne sont nullement impossibles. Il semble bien que, chez la chèvre et la brebis, l'infection soit d'emblée chronique ou passe bientôt à l'état chronique. L'infection expérimentale du cobaye est, elle aussi, à évolution torpide et chronique. L'on a beaucoup comparé, à certains points de vue, tuberculose et melitococcie. L'analogie pourrait être poursuivie sur le terrain de l'évolution, passage à la chronicité avec poussées évolutives. C'est bien le lieu de rappeler ici l'opinion si autorisée de Nicolle : « la melitococcie est en train d'évoluer, elle a tendance à devenir chronique ; c'est une maladie qui, plus tard, deviendra par ses manifestations et sa chronicité, une des affections les plus fréquentes et les plus tenaces. La melitococcie est une maladie d'avenir ».

Conclusions. — Arrivé au terme de cette conférence, il est temps de nous résumer et d'indiquer les principales caracatéristiques de la neuromelitococcie.

Ces complications nerveuses, qu'elles soient intrarachidiennes ou intracraniennes, se caractérisent par une évolution assez lente, souvent torpide, et surtout par leur apparition tardive, en général plusieurs mois, exceptionnellement une à plusieurs années après la phase aiguë de l'infection.

En dehors d'autres complications d'allures les plus diverses, les manifestations les plus caractéristiques sont d'une part la paraplégie flasque, d'autre part un syndrome cérébral, à type de spasmes vasculaires et de troubles cochléo-vestibulaires. L'une et l'autre se distinguent par une réaction méningée intense avec xanthochromie, hyperalbuminose et, fait particulier, hypercytose élevée du L. C. R. En pareil cas on peut supposer, comme substratum anatomique principal, une arachnoïdite, une méningite séreuse de la région lombaire ou de la fosse cérébrale postérieure, comprimant et altérant les racines rachidiennes ou les nerfs craniens, irritant la moelle ou l'écorce cérébrale.

Quoique curable dans bien de ses manifestations, la neuromelitococcie aggrave le pronostic. Elle augmente de plusieurs mois à un an la durée déjà longue de cette infection. Elle entraîne souvent des séquelles indélébiles. Elle peut, par quelques-unes de ses manifestations cérébrales, être la cause de la mort.

Fort heureusement les complications nerveuses sont relativement rares, si on les compare au nombre considérable des fièvres ondulantes, à melitensis ou à bacille de Bang, qui désolent littéralement certaines de nos régions.

LES CONGRÈS DU CANADA (1934)

XXIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE ET XIIIe CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Québec, 27-30 août 1934 (1).

DEUXIÈME RAPPORT

Traitement chirurgical des pancréatites chroniques. — MM. LÉON BÉRARD (Lyon) et PIERRE MALLET-GUY (Lyon). — La véritable pancréatite chronique correspond à des lésions d'inflammation persistante, banale ou spécifique dont on élimine les états inflammatoires secondaires à une autre lésion du pancréas, lithiase, cancer ou kyste.

Du point de vue chirugical, sont seules à considérer les pancréatites autonomes bien individualisées cliniquement. Celles qui s'observent au cours des ulcères gastro-duodénaux ou qui se développent autour d'un calcul cholédocien rétrocèdent après traitement et guérison des lésions primitives.

Cliniquement, le caractère de pancréatite chronique est surtout affirmé par l'étude de l'évolution post-opératoire, par l'existence d'une tumeur susceptible de régresser. Une guérison de plus de dix-huit mois affirme l'inflammation chronique.

Etant donnée l'identité d'un certain nombre des symptômes du cancer et de la pancréatite chronique, au moins au début, le diagnostic ne pourra être que soupçonné, et l'exploration opératoire elle-même ne permet pas toujours d'être immédiatement fixé sur la nature de la lésion.

L'origine biliaire de la pancréatite chronique paraît évidente dans près de la moitié des cas. L'infection biliaire est à la base du processus de sclérose pancréatique, mais il est souvent difficile d'en définir la voie.

La physionomie de certains de ces syndromes reste incertaine. Les réactions fonctionnelles du pancréas exocrine sont variables, les signes de diabète pancréatique exceptionnels ; l'ictère et la douleur sont des symptômes d'emprunt.

L'ictère est considéré comme correspondant à une obstruction cholédocienne par inflammation chronique de la tête du pancréas ; toutefois certains de ces malades n'ont aucun obstable au niveau de la voie biliaire et la radiographie post-opératoire pratiquée après exploration lipiodolée des voies biliaires ne montre pas de sténose.

A l'heure actuelle, le traitement chirurgical des pancréatites chroniques reste empirique.

Les opérations les plus fréquentes consistent en une dérivation biliaire. Les succès de cette pratique ont poussé à

(1) *Association de la Presse médicale française.*

Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 87, p. 1541 ; n° 88, p. 1557 ; n° 89, p. 1573.

traiter souvent de la même manière les pancréatites chroniques sans ictère.

Cette dérivation peut être interne ou externe.

Les opérations de dérivation biliaire interne ont été pratiquées dans les pancréatites chroniques avec ictère dans trois cas : on a posé le diagnostic de cancer et cherché par une opération palliative à faire céder l'ictère ; ou bien une intervention précédente ayant laissé une fistule biliaire, on a tenté d'obtenir un abouchement de la fistule dans le tube digestif, ou bien, enfin, on a cherché par anastomose à obtenir un effet de drainage biliaire.

Les interventions de dérivation interne de la voie biliaire principale, telles que la cholédoco-duodénostomie, sont délicates et exposent parfois à l'angiocholite ascendante. Elles ne représentent que des méthodes d'exception.

Les observations d'anatosmoses de la vésicule biliaire sont au contraire nombreuses. On ne pratique actuellement que la cholécysto-gastrotomie, ou la cholécysto-duodénostomie. La première, techniquement plus facile à réaliser, donne de très beaux succès. Cependant elle peut s'accompagner de petits troubles et du risque persistant, quoique rare, d'une angiocholite ascendante. De plus, il existe presque toujours un certain degré d'infection vésiculaire, qui limite les indications de cette anastomose. On peut dire que cette opération, qui peut avoir une action palliative excellente, n'est pas, au point de vue curatif, l'intervention de choix.

Les opérations de dérivation externe dans les pancréatites chroniques avec ictère donnent une très faible mortalité opératoire, et se montrent très efficaces lorsqu'on pratique une intervention combinée, avec drainage de l'hépatique. L'efficacité de la cholécystotomie isolée est moindre.

La pancréatite chronique avec ictère guérit dans 70 p. 100 des cas environ. Les formes sans lésions vésiculaires guérissent dans une bien plus forte proportion.

La cholédocotomie est d'une efficacité plus grande que la cholécystostomie, mais elle fait courir un risque de fistule persistante de la voie principale ; aussi, chaque fois qu'on le peut, doit-on conserver la vésicule et drainer la voix biliare principale à travers elle.

On peut donc dire que la coexistence d'un ictère et d'une pancréatite chronique implique la nécessité d'un drainage biliaire.

Par contre, ce genre d'intervention est rarement pratiqué dans les pancréatites chroniques sans ictère, bien que certaines d'entre elles aient pu être guéries par cette méthode. Les inflammations chroniques de la tête du pancréas sont susceptibles, en effet, de se traduire par des signes différents du syndrome cholédocien classique et malgré une compensation notable de la voie biliaire peuvent évoluer longtemps sans ictère sous le masque d'une affection gastrique. Dans ces cas, le drainage biliaire n'est pas toujours efficace.

On a enfin cité quelques cas de laparotomie exploratrice ayant guéri des malades ictériques chez lesquels on avait découvert une tuméfaction du pancréas. L'ictère traduisait peut-être alors une hépatite associée, que les réactions vaso-motrices post-opératoires ont pu influencer.

Certaines formes de pancréatite chronique provoquant une gêne du transit gastro-duodénal ont été traitées par gastro-entérostomie.

La cholécystectomie a donné quelques résultats en cas de vésicule lithiasique enflammée, mais le fait est loin d'être constant et elle ne semble pas mettre le malade à l'abri de l'évolution ultérieure d'une pancréatite chronique.

Les méthodes agissant directement sur le pancréas consistent dans son incision et son drainage, ou dans son décollement suivi de drainage rétro-pancréatique. Les guérisons observées sont, pour certains auteurs, dues aux modifications vasculaires entraînées par l'exploration prolongée de la glande et son décollement.

On a même préconisé la section au thermocautère, à la face postérieure de la tête du pancréas, de l'anneau scléreux, jusqu'à obtenir la libération du cholédoque.

D'autres auteurs s'en tiennent à une pancréatotomie faite délibérément dans la région tuméfiée de la glande, dans le but de guérir la lésion pancréatique par une action directe de drainage du canal de Wirsung.

Etant données les incertitudes qui persistent dans la connaissance des pancréatites chroniques chirurgicales, les indications opératoires ne peuvent être données qu'à titre précaire et provisoire.

Actuellement, deux opérations de drainage biliaire semblent efficaces et curatives dans un certain nombre de cas : la cholécystostomie et la cholédocotomie. Il faut tenir compte, à ce sujet, de l'intérêt du procédé transvésiculaire de drainage cholédocien et de la nécessité de la conservation de toute vésicule utilisable.

Deux opérations directes peuvent être également curatrices : la pancréatotomie et le drainage rétro-pancréatique.

Les méthodes palliatives sont représentées par les interventions de dérivation interne et la gastro-entérostomie.

En pratique, les faits cliniques se présentent de diverses manières.

Lorsqu'il y a ictère, présomption d'une lésion inflammatoire, infection et dilatation des voies biliaires, deux interventions sont possibles : la cholécystostomie et le drainage du cholédoque.

Lorsque le diagnostic de pancréatite chronique avec ictère peut être encore affirmé, mais que le problème pathogénique n'est pas résolu, il est logique d'instituer une dérivation biliaire externe qui préserve le malade des risques dus à la persistance de l'ictère.

Cette opération a d'ailleurs une gravité moins grande que l'intervention pancréatique. Elle permet, en cas d'échec, de pallier plus facilement à une fistule et de suivre, grâce à l'exploration lipiodolée et à la courbe de l'excrétion biliaire, l'évolution de la lésion.

Dans le cas de forme compliquée d'ictère et lorsque la nature exacte de la lésion pancréatique n'a pu être précisée, on peut tenter d'assurer de façon définitive, la dérivation interne de la bile par cholécystogastrostomie, mais, là encore, la cholécystostomie peut donner d'excellents résultats.

La dérivation biliaire externe peut être suivie de temps à autre de la persistance d'une fistule biliaire. La fistulisation vésiculaire laisse possible l'établissement d'une cholécystogastrostomie. Une fistule de la voie biliaire principale nécessite un traitement plus difficile.

Dans les formes sans ictère, la cholécystectomie est une opération très aléatoire. La cholécystostomie fait céder les troubles et les douleurs, mais n'a pas une efficacité certaine sur l'évolution de la lésion pancréatique, et une anastomose secondaire doit être éventuellement instituée pour maintenir le résultat fonctionnel. C'est dans de tels cas qu'il y aurait lieu de rechercher un traitement curatif par action directe sur le pancréas.

Le syndrome de compression duodénale est assez rare au cours des pancréatites chroniques. La gastro-entérostomie ne paraît pas systématiquement recommandable. La sténose est généralement peu serrée et permet souvent l'application des méthodes de traitement curatif de la pancréatite : opération directe, cholécystostomie.

Enfin, les syndromes douloureux déterminés par une inflammation chronique localisée du corps du pancréas seront traités chirurgicalement par pancréatotomie ou drainage rétro-pancréatique.

M. Van Gaidsenhoven (Louvain) a l'impression que la cholécystogastrostomie précoce donne des services parfois

Par l'Association de
ses composants

Extrait pancréatique désinsuliné
Thényl - Ethyl - Malonyl - Urée
Trinitrine

le Disonyl
Ex-Nidyl

Constitue
l'Agent thérapeutique Type

dans les :

TACHYCARDIES
EXTRA-SYSTOLES
ALGIES CARDIOTHORACIQUES
ANXIÉTÉS
INSOMNIES NERVEUSES

POSOLOGIE :
3 à 6 dragées par jour
à avaler sans les croquer

Echantillons
LABORATOIRES DU Dr ROUSSEL
97, Rue de Vaugirard _ PARIS. (6e)

remarquables dans les cancers pancréatiques avec compression cholédocienne. Elle a l'avantage de supprimer l'ictère avec son cortège de symptômes pénibles.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade présentant un cancer du pancréas confirmé histologiquement et encore en vie trois ans et demi après la cholécystogastrostomie.

(*A suivre.*)

JULIEN HUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1934)

Sur la prémunition de l'entérite paratuberculeuse des bovidés. — MM. Henri VALLÉE, Paul RINJARD et Maurice VALLÉE. La prémunition de l'entérite paratuberculeuse, par inoculation sous-cutanée du bacille même qui la détermine, est à la fois inoffensive et efficace. Les auteurs estiment qu'il convient d'utiliser ce moyen dans la lutte contre la maladie, conjointement avec le sacrifice hâtif des malades, qui tarit la source essentielle de la contagion.

PRIX DÉCERNÉS EN 1933 (1)

Prix généraux. — Prix Lonchampt (4.000 francs), partagé entre Mme André Lwoff, née Marguerite Bourdaleix, assistante à l'Institut Pasteur, et M. André Lwoff, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. — Prix Thorlet (1.600 fr.), à M. Paul Dorveaux, docteur en médecine, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de pharmacie. — Prix Marquet (5.000 fr.), à M. Frédéric Joliot, maître de recherches à la Caisse nationale des sciences, et Mme Irène Joliot-Curie, chef de travaux à la Faculté des sciences de Paris.

Fondations spéciales. — Fondation Lannelongue (2.000 francs) : les arrérages de la fondation à Mme Gabriel Cusco.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1934)

Rapport. — M. CARNOT donne à nouveau lecture de son rapport sur le *contrôle médical de l'éducation physique et des sports*, ainsi que des vœux qui l'accompagnent. (Voir séance du 16 octobre 1934, *Gaz. des Hôpit.*, n° 84, 20 oct. 1934, p. 1487.)

Ces vœux sont votés par l'Académie.

Traitement de la lèpre. — M. PERROT fait une mise au point de nos connaissances sur le traitement de la lèpre par les huiles dites « de chaulmoogra », et fait connaître que leur inscription à la nouvelle pharmacopée française a été décidée. Le Cambodge d'une part, et, de l'autre, nos possessions de l'Inde (Pondichéry), pourront fournir les quantités nécessaires aux médecins spécialistes de la métropole et des colonies, sous la forme d'huile neutre ou de ses dérivés, savon et éthers éthyliques.

La théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque. — M. E. GÉRAUDEL. L'étude des tracés électrocardiographiques a conduit l'auteur à proposer une explication nouvelle du mécanisme cardiaoque. Le centre d'excitation du myocarde est le vestibule sinusal, région particulière de l'oreillette droite connectée avec les oreillettes proprement dites et avec les ventricules par deux formations spécifiques : le nœud de Keith et Flack ou atrionecteur, et le faisceau de His ou ventriculo-necteur. A chaque formation correspond une artère terminale. Les cardio-necteurs se comportent comme des seuils laissant ou non passer l'excitant vestibulaire dans la poche cardiaque correspondante.

Sur le cœur normal, le vestibule fonctionne comme un tout. Par suite de la différence de hauteur des seuils, l'excitant vestibulaire franchit l'atrio puis le ventriculo-necteur. Le mécanisme joue régulièrement.

Mais quand le myocarde est altéré, tantôt le vestibule se morcelle, tantôt la hauteur des seuils change. Au morcellement du vestibule correspondent les tracés de dissociation ventriculaire et de rythme nodal et des tracés plus rares mais d'une grande importance pour l'hypothèse soutenue par l'auteur. A l'abaissement des seuils correspondent les extrasystoles si l'abaissement est passager, les tachyrythmies s'il est prolongé. A l'abaissement inégal des différentes parties d'un même seuil correspond la fibrillation soit auriculaire, soit ventriculaire.

Les tracés nous renseignent directement sur l'état du vestibule et des cardio-necteurs. Indirectement ils permettent de suspecter la valeur fonctionnelle des autres régions myocardiques, muettes électrocardiographiquement.

Discussion. — M. VAQUEZ estime que la théorie classique n'est plus satisfaisante. La théorie soutenue par M. Géraudel, après dix ans d'observations, est des plus intéressantes, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique.

L'utilité de la recherche du bactériophage dans les eaux. — M. DIENERT. Dans les fèces des malades convalescents de maladies d'origine hydrique, les germes pathogènes sont toujours accompagnés de bactériophages. C'est pourquoi l'auteur préconise, dans la surveillance des eaux, la recherche systématique des bactériophages. Leur présence peut révéler la pollution des eaux par des matières organiques, et donner des indications sur l'état sanitaire d'un périmètre donné.

Essais de prémunition antituberculeuse du cobaye nouveau-né par le B C G. — M. NÈGRE. Il y a intérêt, pour augmenter chez le cobaye l'efficacité de la prémunition, à fractionner les doses du vaccin administré par la voie buccale et la voie sous-cutanée. La résistance antituberculeuse conférée au cobaye nouveau-né par des absorptions répétées de B C G est considérablement renforcée par 10 injections sous-cutanées consécutives de 0 milligr. 01 de ce germe.

Ces résultats sont intéressants à signaler, étant donné la très grande sensibilité de ces animaux à la tuberculose.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la VIe division (pharmacie).

MM. A. SARTORY (de Strasbourg) et FAVREL (de Nancy) sont élus.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1934)

Lésions granuliques pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck. — M. PAUTRIER (Strasbourg). La maladie de Besnier-Boeck correspond à l'ancien lupus perino de Besnier et aux sarcoïdes de Boeck. Il s'agit d'une grande maladie générale, d'une réticulo-sudathéliose atteignant également le système glandulaire, les amygdales, les poumons, les os, la rate, le foie, les muqueuses. Toutes les manifestations ont la même structure histologique. Affection à marche lente. Les poumons sont criblés de taches granu-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 89, p. 1574.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES AIGUES ET CHRONIQUES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

PAR LES VACCINS du Professeur MINET

(ASTHME — EMPHYSÈME — PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE — GRIPPE et COMPLICATIONS GRIPPALES : Otites, Mastoïdites, Sinusites)

Ces *vaccins* établis sur des données scientifiques nouvelles sont des *vaccins adaptés*, c'est-à-dire des vaccins qui ont été créés à l'aide de souches microbiennes multiples provenant de l'expectoration de nombreux malades. Ils sont par conséquent polyvalents. D'autre part, ils doivent une activité toute particulière à leur mode de préparation qui est tout à fait spécial.

Le *vaccin antigrippal* donne des résultats heureux dans toutes les formes de la grippe, qu'elle soit grave ou bénigne; le pourcentage des guérisons dépasse 90 p. 100. Le vaccin antigrippal Minet est employé à *titre préventif* de la grippe : une injection répétée pendant deux ou trois jours consécutifs évite la contagion.

En présence d'une grippe sérieuse avec ou sans localisations pulmonaires, injecter une à deux ampoules par jour en se guidant sur la courbe de température. Le vaccin antigrippal jugule très rapidement les complications grippales suppuratives : otites, sinusites, mastoïdites, pleurésies, etc.; il agit même quand de la purulence s'est manifestée. Nous insistons tout particulièrement sur les traitements des otites inflammatoires ou purulentes, dont l'injection sous-cutanée du vaccin arrête complètement l'évolution en empêchant la production de leurs complications habituelles.

Le *vaccin antipneumonique* donne dans tous les cas de pneumonie, aussi bien dans la broncho-pneumonie infantile que dans la pneumonie franche de l'adulte et dans la broncho-pneumonie des vieillards, la guérison dans la presque totalité des cas.

Le *vaccin antiasthmatique*, préparé selon les mêmes méthodes, amène d'après le professeur Minet, la guérison dans le tiers des cas traités et une très grande amélioration dans un autre tiers. Son emploi est donc des plus intéressants.

Tous ces résultats ont été consignés dans une série de communications faites par le professeur Minet à la Société médicale des hôpitaux de Paris et ont été vérifiés en France depuis plus de cinq ans par un bon nombre de cliniciens français.

Ces vaccins présentent *le grand avantage de ne jamais amener d'accidents*. Leur conservation est indéfinie.

MAISON DE VENTE :

Laboratoires STÉNÉ, 2, Place des Vosges, à PARIS (4e)

leuses, reliées par des tractus flous, avec parfois des adénopathies trachéo-bronchiques. Aspect identique aux granulies froides.

Etude clinique, biologique et anatomo-pathologique d'un cas de néphrite subaiguë apparue après un purpura rhumatoïde. — MM. Rathery et Derot. Néphrite subaiguë ayant évolué en 6 mois vers la mort. C'était une néphrite mixte œdémateuse et azotémique. L'étude des modifications humorales a montré l'existence d'une azotémie avec élévation proportionnellement marquée de l'azote résiduel. Il existait de l'hypoprotidémie avec inversion du rapport sérine-globuline, de l'hyperlipidémie sans hypocholestérolémie et des troubles de l'équilibre acido-basique. Cette néphrite subaiguë du purpura rhumatoïde apparaît comme une entité différente des néphrites observées au cours des infections banales.

Action de la grossesse sur le trouble régulateur chez une diabétique. — MM. Labbé, Escalier, G. Dreyfus. Femme qui, malgré la réduction des hydrates de carbone, présentait de la glycosurie et de l'acidose. Avec l'insuline la cétosurie disparut, mais la glycosurie persista. L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée permit de voir qu'avant que la glycémie s'élevât, la glycosurie apparaissait. Evolution favorable de la grossesse. Au moment du travail, il se produisit une grosse poussée d'acidose avec dyspnée de kussmaul. Après accouchement, disparition de la glycosurie.

Phacomatose rétinienne de Van der Hoeve dans un cas de sclérose tubéreuse. — MM. Guillain et Lagrange. Il s'agit d'un cas de phacomatose rétinienne décrite par Von der Hoeve (de Leyden). La malade présenta un syndrome suraigu d'hypertension intra-cranienne avec céphalées et crises épileptiques : cécité absolue pendant quelques jours. On constata une hypertension manométrique du liquide céphalo-rachidien et une dissociation albumino-cytologique. Il s'agit sans doute d'une tumeur intra-ventriculaire.

Pneumothorax spontané idiopathique guéri et récidivant au bout de 6 ans. — MM. Hillemand, Gilbrin et Parfus. Malade soigné en 1926 pour un pneumothorax spontané, généralisé droit, ayant présenté 6 ans plus tard un nouveau pneumothorax total du même côté. Il ne semble pas s'agir de l'origine tuberculeuse de ces pneumothorax à répétition, mais plutôt d'une malformation congénitale. Rupture d'une plèvre aplasiée en face de bulles d'emphysème concentré.

(séance du 9 novembre 1934)

Hémiplégie cérébrale et névrite optique au cours d'un cas de fièvre jaune. — MM. Stefanopoulo et Mollaret. Femme de 24 ans atteinte en Afrique occidentale française d'une hémiplégie droite avec troubles de la parole au cours d'une fièvre jaune chronique. Cette observation démontre l'existence d'un neurotropisme apparent du virus amaril naturel. Les auteurs ont fait même constatation chez le *macacus thésus* inoculé avec le virus normal. Les auteurs continuent à préconiser dans la pratique de vaccination contre la fièvre jaune, l'injection associée de sérum anti-amaril d'origine équine.

Paralysie unilatérale du voile du palais, du pharynx et du larynx avec syndrome de Claude Bernard-Horner par foyer septique bulbaire au cours d'une endocardite maligne subaiguë. — MM. Brulé, Hillemand, Mallarmé et Trelles. Endocardite maligne à évolution lente. A la suite d'un ictère, apparition d'une hémiplégie du voile du palais, du pharynx et du larynx. A l'autopsie, lésion septique du bulbe. Les auteurs font remarquer la rareté des lésions bulbaires au cours de l'endocardite maligne, et l'intérêt que présentent les lésions vasculaires dans l'étude de l'innervation du voile du palais et dans la localisation du centre sympathique cilio-bulbaire.

Diabète et grossesse. Diabète gravidique par abaissement du seuil rénal pour la glycose au cours d'une gestation. — M. Azerad. 1re observation : abaissement du seuil rénal pour la glycose avec glycosurie importante non influencée par le régime ni par l'insuline.

2e observation : diabète gravidique pur. A la deuxième gestation, poussée d'acidose ayant abouti au coma. Après accouchement d'un fœtus macéré, la glycosurie disparut ainsi que l'acétonurie. La glycémie revint à la normale et l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire a montré qu'il n'existait aucun trouble de la glyco-régulation.

Fièvre de Malte à foie et rate accordéons. Guérison par l'arsénobenzol. — M. Erbach (Bourges).

Spirochétose ictéro-hémorragique après morsure de rat. Méningite purulente. — MM. Troisier, Bariéty et Broult. Apparition de la spirochétose mortelle 15 jours après la morsure de rat. Allure clinique anormale par suite d'une série de crises convulsives du type épileptique avec apparition du signe de Babinski. A l'autopsie, méningite suppurée.

Angine de poitrine opérée depuis deux ans et demi. — MM. Haguenau et Lefebvre. Observation d'un malade opéré en 1932 (opération type Danielopolu). Résultats excellents après deux ans. Opération unilatérale consistant en une simple ramisection sans stellectomie. Résultats extrêmement variables dans les opérations sur le sympathique.

Polynévrite infectieuse suivie de parkinsonisme. — M. Decourt. Malade ayant présenté une polynévrite infectieuse de nature imprécise avec réaction cellulaire légère du liquide céphalo-rachidien, suivie au bout d'un an d'une rechute évoluant vers le parkinsonisme, donc démonstration de la nature encéphalitique des accidents.

Intoxication volontaire mortelle par le salicylate de méthyle. — MM. Duvoir, Pollet, Mlle Sainton. Sujet, dans un but de suicide, ayant absorbé une quantité importante de salicylate de méthyle. Mort en 36 heures avec signes d'excitation rappelant le delirium tremens. Les auteurs recherchent la part qui revient à l'acidose à la fois salicylée et méthylique, et d'autre part à l'action de l'alcool méthylique.

Hernie diaphragmatique droite de l'estomac. — MM. Duvoir, Pollet, Schwartz, Mlle Sainton. Observation d'un cas de hernie diaphragmatique droite de l'estomac. Comme symptomatologie : crises douloureuses d'horaire irrégulier, rapprochées récemment, dont le début remontait à quelques années. A la radio, hernie à droite de la partie moyenne de l'estomac ; grosse tubérosité étant demeurée en place.

A propos d'un Argus très utile

J'analyse va entrer dans sa huitième année. C'est une publication présentée sous forme d'*argus*, citant 136 journaux et revues de langue française. Elle rend de grands services au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours, ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : 20 fr. France ; 30 fr. Union postale ; 40 fr. autres pays. Un numéro *specimen* sera envoyé sur demande adressée au docteur Crouzat, 84, boulevard Richard-Lenoir, Paris (11e).

Troubles digestifs de l'enfance

1 cuillerée à café par année d'âge

EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES

LABORATOIRES "ANA"
18, AVue DAUMESNIL - PARIS

Adopté par les hôpitaux de Paris

GYNERGÈNE

"SANDOZ"

Tartrate de l'Ergotamine cristallisée - Principe actif spécifique de l'ergot

LE PLUS PUISSANT DES HÉMOSTATIQUES UTÉRINS - INHIBITEUR DU SYMPATHIQUE

AMPOULES	COMPRIMÉS	GOUTTES
1/2 cc. à 1 ampoule.	1 à 2, trois fois par jour.	XV à XXX gouttes, 3 fois par jour.

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

OLÉTHYLE-BENZYLE

ESTOMAC INTESTIN

DYSPEPSIE
GASTRALGIE

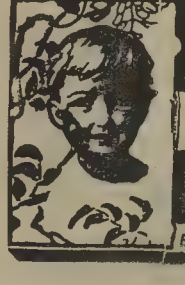
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76

ANEMIE PALUDEENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.



USAGE ENFANTS DES DOCTEURS

SUC D'ORANGE MANNITÉ
INOFFENSIF — DÉLICIEUX

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Echant. : 56, Boul Ornano, PARIS

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PAROTIDITES SUPPURÉES

De beaucoup, la localisation la plus fréquente des infections salivaires.

Pathogénie. — Trois voies d'infection sont possibles :

Ascendante, par le canal de Sténon,
Circulatoire,
Lymphatique, exceptionnelle.

Anatomie pathologique. — Le plus souvent, la P. S. réalise *plusieurs* abcès, où l'on trouve du staphylocoque, du streptocoque, du bacille d'Eberth. Mais, possibilité de *parotidites gangreneuses* dues à des anaérobies et réalisant une infiltration diffuse de toute la glande.

Etiologie. — 1° P. S. en apparence *primitives*, elles sont en réalité secondaires à une gingivite, une stomatite, à une *lithiase* ou un corps étranger du canal de Sténon.

2° P. S. secondaires à une *infection de voisinage* (anthrax, furoncle du cou, otite externe ou moyenne). Exceptionnelles.

3° P. S. au cours d'*infections graves* (typhoïde, pneumonie, grippe). C'est un signe de très grave pronostic.

P. S. au cours des *cachexies* (enfants athrepsiques, cancer (estomac), vieux urinaires, diabétiques, hémiplégiques, P. G.).

4° P. S. *post-opératoires*. Elles semblent plus fréquentes chez la femme ; elles surviennent du 2e au 8e jour après des interventions abdominales importantes, parfois après de simples appendicites. On a incriminé la suppression du réflexe salivaire par le jeûne, l'anesthésie. Elles coïncident souvent avec des complications respiratoires.

Symptômes. — DÉBUT. — 1° P. S. en *apparence primitive* : sensation de tension de la glande, cuisson. Sécheresse de la bouche ; fatigue générale ; ascension thermique rapide.

2° P. S. au *cours d'une infection*. Il est beaucoup *moins caractérisé*, marqué par une élévation ou une recrudescence de la température, une aggravation de l'état général. Parfois, il peut être *complètement latent*, masqué par la gravité de l'état général.

Assez rapidement, le malade présente une tuméfaction de la région parotidienne ; cette tuméfaction est peu douloureuse, mais s'exacerbe par la palpation, les mouvements de déglutition, les mouvements de la mâchoire (d'où un certain degré de *trismus*). Parfois de l'hypoacousie, des éblouissements, des vertiges et très rarement une paralysie faciale (transitoire).

Dans la région parotidienne, la peau est d'abord rose, puis rouge, elle est infiltrée, gardant le *godet ;* elle est chaude. On palpe un empâtement profond qui déborde l'angle de la mâchoire en arrière, qui descend assez bas et qui laisse l'oreille libre. A l'ouverture de la bouche, l'*haleine* est fétide, la muqueuse buccale est sèche, granitée ; l'orifice du canal de Sténon est rouge.

Il est exceptionnel que la parotidite *tourne court* au bout de 3, 4 jours, avec *disparition lente de noyaux indurés*.

Presque toujours, au bout *de 5 ou 6 jours*, parfois plus tôt, la suppuration survient.

Le trismus s'exagère, la douleur devient vive, pulsatile. La température est haute, oscillante, le pouls est rapide, les urines rares.

Localement, la peau est rouge, tendue ; on palpe une grosse masse profonde qui occupe toute la loge parotidienne ; il est rare de sentir de la fluctuation. Le trismus gêne l'ouverture de la bouche ; fréquemment du pus siège aux lèvres du Sténon.

Evolution. — Parfois, mais exceptionnellement, évacuation du pus par le canal salivaire ; plus souvent, si non opérée, la P. S. va s'ouvrir à la peau par plusieurs orifices qui laisseront des cicatrices adhérentes et rétractées. Quelquefois, elle laisse comme séquelle une fistule salivaire, par lésion des canaux de deuxième ou troisième ordre, fistule qui se tarira d'elle-même.

Complications. — *La cellulite cervicale diffuse profonde* ou latéro-pharingienne qui est extrêmement *grave ;* souvent la mort survient par œdème périglottique.

Elle se voit surtout dans les *parotides gangréneuses*.

Formes cliniques. — La *parotidite gangréneuse ;* elle est d'une gravité exceptionnelle. L'état général est très touché, le faciès plombé, l'hypothermie non exceptionnelle ; les urines sont pauvres, très colorées ; le pouls est misérable. C'est elle qui évolue fréquemment vers la cellulite diffuse. Mais elle peut également entraîner des hémorragies par ulcérations des vaisseaux, des thromboses veineuses intraparotidiennes et sinusales.

P. S. bilatérale, réalisant l'aspect des oreillons.

Forme abortive. Elle est exceptionnelle.

Pronostic. — Il est bénin dans les parotidites d'origine lithiasique ou de cause locale. Il est très sérieux dans les parotidites secondaires. C'est le signe d'*un mauvais terrain*, d'une *infection particulièrement grave*. Elle coïncide souvent avec des complications pulmonaires.

Diagnostic. — On élimine facilement les *oreillons*. Bilatéralité, notion d'épidémicité, évolution vers la résolution.

Plus difficile est l'*adéno-phlegmon des ganglions de la loge parotidienne*, qui débute par une phase d'adénite simple bien *limitée*, dure et *douloureuse*. Enfin signalons l'*érysipèle*, plaie d'inoculation, lobule de l'oreille déplissé, bourrelet.

On distinguera la P. S. des autres *parotidites aiguës*, surtout les *parotidites toxiques saturnines, mercurielles*.

Traitement. — PROPHYLAXIE. — Chez les cachectiques, veiller à la propreté de la bouche. Chez les opérés, rincer la bouche fréquemment ; lutter par le sérum contre la déshydratation.

CHIRURGICAL. — Au début, compresses chaudes. Ne pas s'attarder trop à l' « expression glandulaire ». Evacuation du pus par une incision débutant *sous le lobule de l'oreille*, descendant jusque dans la région sous-maxillaire et n'intéressant que la peau. Recherche des poches et ouverture avec un instrument mousse (attention au N. facial).

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Très important. Soutenir le cœur ; veiller à une bonne diurèse ; parer aux complications pulmonaires. *Si propagation cervicale*, tenter de larges débridements de la région parotidienne. Les anaérobies étant le plus souvent en cause dans ces cas, associer au traitement chirurgical la *sérothérapie antigangréneuse*.

En résumé, la P. S. est plus fréquente qu'on ne le pense. Le pronostic en est toujours sérieux, même après intervention bien conduite.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TONIQUE GÉNÉRAL

RECALCIFIANT

Gaurol

CALCIUM ASSIMILABLE

AMPOULES
COMPRIMÉS
GRANULÉ

GAUROL INTRAVEINEUX (Ampoules de 5 cc.)

HÉMORRAGIES, TUBERCULOSE

■

LABORATOIRES PÉPIN & LEBOUCQ — 30, Rue Armand-Sylvestre - COURBEVOIE (Seine)

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURÉTIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

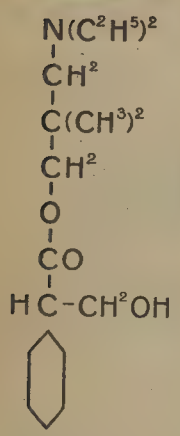
LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boites de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

Syntropan "ROCHE"

Spasmolytique



ester-3-diéthylamino-2,2-diméthyl-propylique de l'acide tropique.

Comprimés : 1 à 3 pro die
Ampoules : 1 à 3 pro die
Suppositoires : 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie - 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

R. C., 225.781 B

A. GUERBET & Cie PHARmiens

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40 %

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy - St-Ouen, près Paris

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le radium à faible dose et la médecine générale, par le Dr G.-H. NIEWENGLOWSKI, ancien assistant à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris, avec une préface du Dr A. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences. Librairie centrale des sciences ; Desforges, Girardot et Cie, 29, quai des Grands-Augustins, Paris (6e). — Prix : 6 fr.

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES

SEPTICEMINE CORTIAL

15, Boul. Pasteur — PARIS —

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 1er DECEMBRE 1934. — N° 96.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE

Conception actuelle de l'hypertrophie du thymus, par M. J. Odinet.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Les fécules dans l'alimentation du jeune enfant, par M. L. Babonneix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie.

NÉCROLOGIE

Victor Ménard, par M. M. Lance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Pour la médecine libre, par M. A. Herpin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 11 février 1935, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 h., du vendredi 11 janvier au lundi 21 janvier 1935 inclusivement.

— M. Barraya, interne en médecine de 4e année à l'hôpital Saint-Antoine, est nommé aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pour une période de trois années à compter du 1er novembre 1934.

— Concours des prix de l'internat. — *Médecine.* — Candidats : MM. Albeaux-Fernet, Antonelli, Bolgert, Bosquet, Bousser, Delay, Fauvert, Joseph, Loisel, Meyer (André), Pham-Hue-Chi, Sterne.

— *Chirurgie et accouchements.* — Candidats : MM. Benoit, Beuzart, Mutricy, Poilleux, Reboul, Rudler.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Tours. — Le concours de l'externat des hôpitaux s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Henry, Bouvaist, Clavier, Berger, Ancelin, Tabaste, Mlle Tesson, MM. Corbineau, Briault, Bergère, Barré, Frémont, Boucher, Collin, Mlles Petit, Biardeau, M. Margueritat, Mlle Rué, MM. Doualla-Bell, Rouzier, Vialle, Pouponneau, Sirot, de Logivière, Garnier, Mlle Baron, MM. Coursault, Rodier, Brissé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Martin-Sans, agrégé pérennisé, est nommé professeur sans chaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Bousquet (P.-Ed.), Roudinesco, Juillard.

Au grade de chevalier. — MM. Barthet, Tcherepoff, Raymond (Fr.).

GUERRE. — Service de santé. — Mutations :

Médecin colonel. — M. Paitre, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé, Paris, membre consultant du Comité consultatif de santé, est maintenu provisoirement à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, détaché au centre des hautes études militaires; maintenu membre consultant du Comité consultatif de santé.

Médecins lieutenants-colonels. — MM. Pilod, professeur agrégé du Val-de-Grâce, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé, Paris, membre consultant du Comité consultatif de santé, est affecté au laboratoire central de recherches bactériologiques et de sérologie de l'armée, Paris; maintenu membre consultant du Comité consultatif de santé; Gauthier, professeur agrégé du Val-de-Grâce, région de Paris, provisoirement, est affecté à l'hôpital militaire d'instruction Percy, à Clamart.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Schutzenberger, médecin chef de service de l'asile public d'aliénés du Mans, est nommé médecin chef de service de l'asile public d'aliénés de Blois, en remplacement de M. le docteur Martimor, nommé médecin chef de service des asiles de la Seine.

— M. le docteur Vigneron d'Heucqueville, médecin du cadre des asiles, en congé sans traitement pour raisons personnelles, est nommé médecin chef de service à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le docteur Trillot, appelé à un autre poste.

MINISTÈRE DE LA MARINE MARCHANDE. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Bordeaux les 21 et 22 décembre 1934.

S'inscrire avant le 10 décembre prochain auprès du directeur de l'Inscription maritime à Bordeaux.

LE CENTENAIRE DE L'UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES. — Le centenaire de l'Université libre de Bruxelles vient d'être célébré solennellement en présence de S. M. le roi Léopold III. L'œuvre de Théodore Verhaegen et de ses continuateurs Paul Héger, Rommelaere, Depage, Brachet, Slosse et Bordet a été magnifiquement commémorée. De nombreux délégués représentaient les universités étrangères.

ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE. — La séance solennelle de l'Académie vétérinaire de France aura lieu le jeudi 6 décembre 1934, à 15 h., 12, rue de Seine, sous la présidence de M. le ministre de l'Agriculture, président d'honneur.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME (secrétariat-trésorerie : 3, avenue du Président-Wilson, Paris [XVIe]). — La prochaine réunion clinique aura lieu le vendredi 14 décembre, à 10 h., à l'hospice de Bicêtre, service du professeur Alajouanine.

Ordre du jour. — 1. Altérations ostéo-articulaires d'origine nerveuse : analogie morphologique avec les affections ostéo-articulaires, nécessité d'un examen neurologique.

Présentation clinique et radiologique de nombreux cas d'altération ostéo-articulaire secondaire :

a. A des lésions nerveuses périphériques;

b. A des lésions médullaires;

c. A des lésions cérébrales.

2. Retentissement sur les muscles et les nerfs des affections ostéo-articulaires qui, reléguées au deuxième plan, peuvent être méconnues si l'on n'explore pas systématiquement les articulations voisines :

a. Atrophies musculaires, réflexes, quadriceps (arthrite du genou), du deltoïde (arthrite de l'épaule);

b. Sciatique et arthrite chronique de la hanche, sciatique et arthropathies lombaires;

c. Paralysie du cubital et lésions du coude.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. (Service du professeur Bezançon.) — La Société française d'hématologie tiendra sa prochaine séance le mardi 11 décembre 1934, à 9 h. 30 du matin.

A 10 h. précises, conférence du professeur J. Jolly, professeur d'histophysiologie au Collège de France, membre de l'Académie de médecine : « Les organes lympho-épithéliaux. »

FACULTÉ DE DROIT. — M. le professeur Laignel-Lavastine commencera son cours de « psychiatrie médico légale élémentaire », à la Faculté de droit le jeudi 6 décembre 1934, à 11 h., amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les jeudis, à la même heure.

Noël sur la Côte d'Azur. — Le XIe voyage médical international sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du littoral méditerranéen français, aura lieu, comme de coutume, durant les vacances de Noël, du 26 décembre 1934 au 3 janvier 1935.

La concentration se fera à Nice dans la matinée du 26 décembre. Les jours suivants, l'on visitera : la Turbie et le trophée d'Auguste, récemment restauré ; Roquebrune et son château médiéval ; le cap Martin et ses villas splendides ; Menton et les laboratoires du docteur Voronoff ; la Principauté de Monaco avec son palais et ses jardins célèbres ; le musée d'océanographie de l'Institut de France ; Monte-Carlo, où les voyageurs seront les hôtes du gouvernement de la Principauté ; Beaulieu et sa flore tropicale ; le cap Ferrat, Villefranche et sa rade.

Le 30 décembre, les voyageurs partiront de nouveau de Nice, pour excursionner dans les Alpes, par les gorges pittoresques et grandioses de Cians et de Daluis ; ils parcourront ensuite Cagnes, cité des peintres ; Vence et ses sanatoria ; Grasse et ses fabriques de parfums ; Cannes, perle de la Riviera, où ils assisteront aux bains de mer du 1er janvier ; puis Le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes et son cap, le plus beau belvédère des Alpes ; enfin la cité en construction d'Actinopolis, le golfe Juan et Vallauris. Le voyage se terminera par une excursion facultative, qui conduira les adhérents dans la forêt de l'Estérel et au long de la Corniche d'or, où l'on verra Fréjus et ses monuments romains, Saint-Raphaël, Agay, Le Trayas et Théoule, parmi les rochers rouges et les calanques bleues.

Ce voyage sera placé sous la présidence de M. le Doyen et la direction scientifique de MM. les professeurs de la Faculté de Paris. Des médecins et des historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, assureront les démonstrations nécessaires. Tous les parcours seront effectués en autocars et les logements réservés dans les meilleurs hôtels. De luxueuses réceptions sont prévues dans plusieurs villes. Les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer, valables pendant un mois. Le droit d'inscription est de 100 francs. Les membres de la famille du médecin sont admis, ainsi que les étudiants en médecine. Le nombre des places est limité. L'inscription est ouverte depuis le 1er octobre. Prière d'écrire au secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, à Nice, pour tous renseignements.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

LENIFORME

2.5 et 10%

HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE

est indiqué dans le

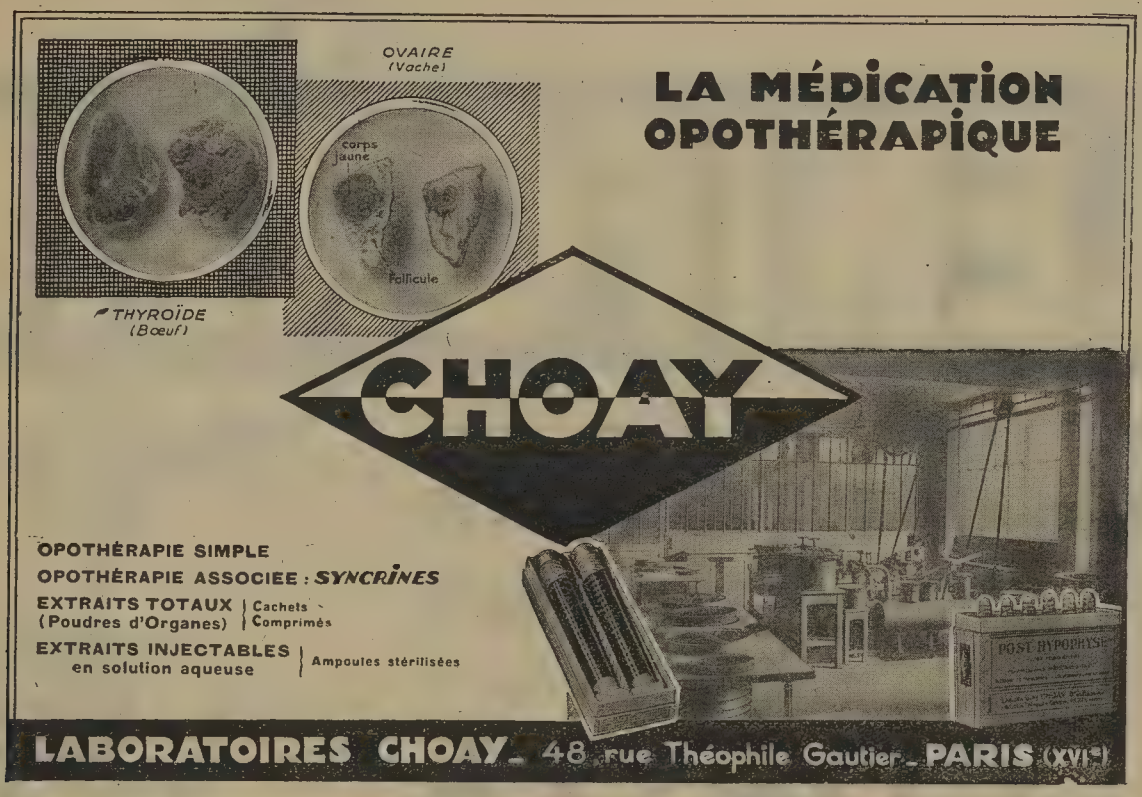
CORYZA

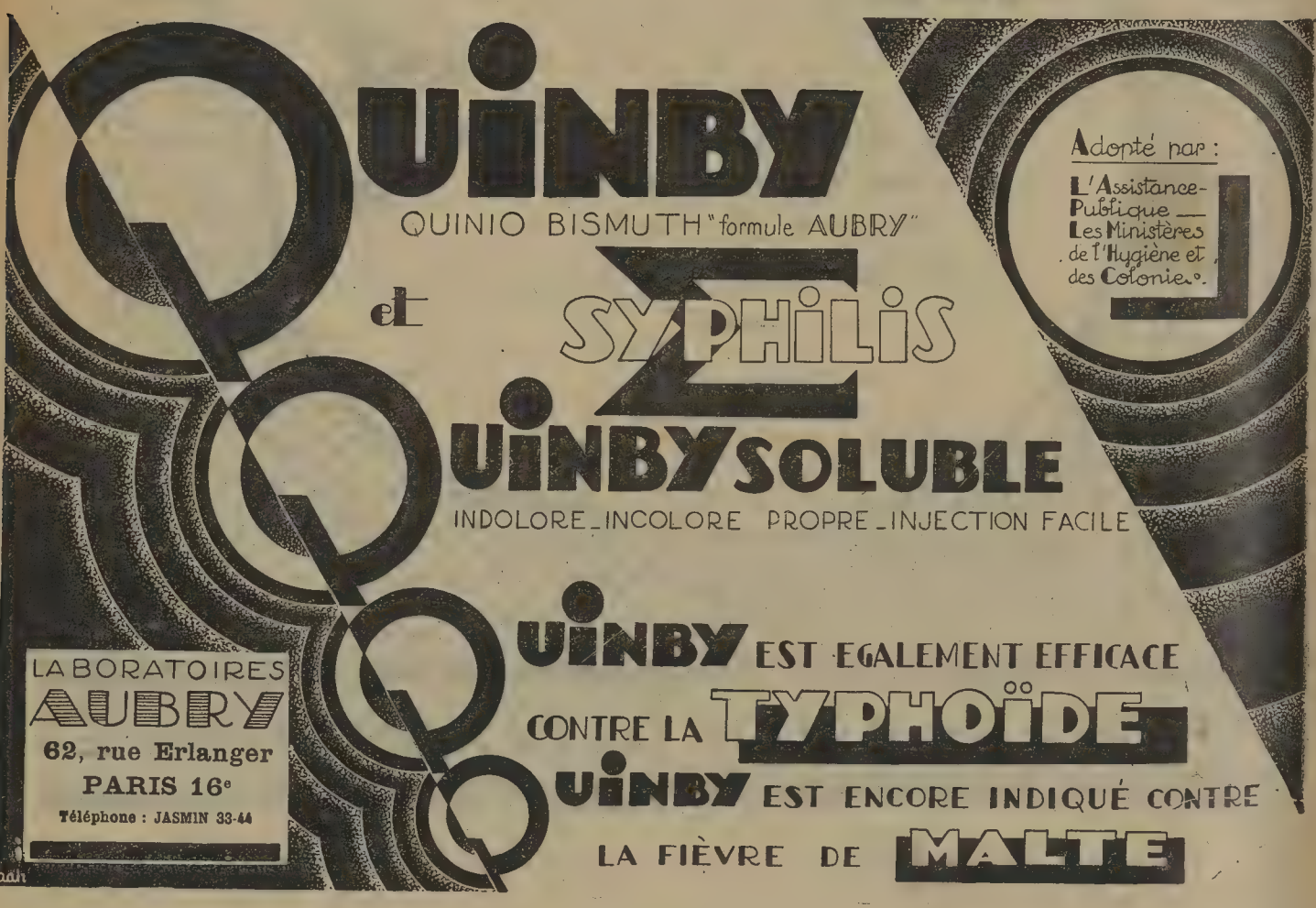
PUISQUE

l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.

Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)

SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES


OVAIRE
(Vache)
corps jaune
Follicule
THYROÏDE
(Bœuf)
LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE
CHOAY
OPOTHÉRAPIE SIMPLE
OPOTHÉRAPIE ASSOCIEE : SYNCRINES
EXTRAITS TOTAUX (Poudres d'Organes) Cachets Comprimés
EXTRAITS INJECTABLES en solution aqueuse Ampoules stérilisées
POST HYPOPHYSE
LABORATOIRES CHOAY 48 rue Théophile Gautier PARIS (XVIe)


QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE_INCOLORE PROPRE_INJECTION FACILE
Adopté par :
L'Assistance-Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.
QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE
LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

Victor MÉNARD

(1854-1934)

Avec Victor Ménard vient de disparaître un grand clinicien, un grand médecin. Né en 1854, près d'Avranches, il fit ses études à Paris. Reçu à l'internat en 1878, son maître préféré fut Lannelongue dont il devint le chef de clinique.

Il avait déjà commencé le concours de chirurgien des hôpitaux de Paris quand, par la mort de Cazin, la place de chirurgien de l'hôpital maritime de Berck se trouva libre. Il se présenta au concours et fut nommé. Dès lors, sa destinée était fixée.

En novembre 1891, il entre comme chef de service dans cet hôpital maritime qui devait être pour lui pendant 30 ans un vaste champ d'étude et d'enseignement. Il s'y attacha profondément, obtenant de l'Assistance publique des améliorations incessantes, qui en firent un des plus beaux hôpitaux qui existent au monde, des agrandissements qui portèrent à 1.100 le nombre de ses lits. Il y amassa une collection de pièces anatomiques unique.

Victor Ménard fut un clinicien prestigieux. Il avait des dons extraordinaires.

Celui de savoir regarder, de voir du premier coup d'œil le signe révélateur que les examens antérieurs avaient laissé échapper. Il avait une mémoire prodigieuse. A propos du malade en examen, il se souvenait avec précision d'un cas analogue observé 12 ou 15 ans auparavant.

D'abord un peu rude, bourru parfois, il avait le regard droit, clair, scrutant à fond celui auquel il parlait. Mais derrière cette brusquerie se cachait une infinie bonté, un cœur d'or, — ses élèves, rapidement, s'attachaient à lui et finissaient par l'adorer, et il le leur rendait bien.

Son désintéressement en clientèle était proverbial et bien des infortunes lui ont dû des générosités discrètes.

Ménard a peu publié. Ses deux œuvres capitales sont ces deux livres qu'on reliera toujours : le *Mal de Pott* paru en 1900, la *Coxalgie* en 1907. Mais ce n'est là que la minime partie de son œuvre. Il faut en chercher une grande partie dans les travaux et les thèses de ses élèves publiés sous son inspiration.

Son enseignement était surtout oral, au lit du malade.

Il n'est de région de la tuberculose ostéo-articulaire, de la syphilis osseuse qui ne porte l'empreinte de ses recherches. Il avait la comparaison imagée, pittoresque. Combien de termes entrés dans la terminologie courante, sont, sans que ceux qui les emploient le sachent, dus à Victor Ménard. Ce fut un chef d'école. La liste de ses anciens internes fait repasser sous nos yeux des noms connus de l'orthopédie contemporaine : Andrieu, Calvé, Tridon à Berck ; Sorrel, Lance, Perrin, Lamy, Bailleuil, Claeys à Paris ; Bufnoir, Chalochet, Guibal, Tillaye, Le Noël, Le Franc — en province. Ce sont ceux que Victor Ménard appelait avec fierté « les Berckois », ceux qui l'ont toujours appelé du nom de « père Ménard », parce qu'ils le vénéraient comme un père.

Une cruelle et longue maladie l'avait depuis plusieurs années séparé de ces élèves qui l'aimaient, mais ils ne l'ont pas oublié, et garderont toujours le souvenir ému et reconnaissant de ce qu'il a fait pour eux.

Que son fils le Dr Louis Ménard veuille bien en recevoir ici l'assurance ainsi que l'expression de leur douloureuse sympathie.

M. LANCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 26 novembre. — Jury : MM. Brumpt, président ; Couvelaire, Robert Debré, Galliard. — M. Mathis-Jourdheuil. Connaissances actuelles sur les moustiques de la fièvre jaune. — M. Moisesco. Les kystes de l'ovaire dans les rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. — M. Burstein. Pouvoir immunisant et antitoxique du sérum de cordon ombilical.

Mardi 27 novembre. — Jury : MM. Brindeau, président ; Laignel-Lavastine, Nobécourt, Vaudescal. — Mlle Dubois. Les pseudo-tuberculoses pulmonaires du nourrisson. — M. Tricault. La césarienne vaginale chez la femme enceinte de moins de 4 mois 1/2. — M. Rouëssé. Etude comparative du sang coagulé et des milieux de Clauberg, d'Anderson. — M. Veinberg. La splénectomie chez l'enfant.

Jeudi 29 novembre. — Jury : MM. Lemaître, président ; Marion, Fey, Halphen. — M. Gouzé. L'auto-curo-thérapie, traitement du rhume des foins. — M. Sergent. Stridor-laryngé congénital. — M. Kaplan. Technique et valeur de la réimplantation urétérale dans la vessie.

Samedi 1er décembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Gougerot, Guillain, Abrami. — M. Rudich. L'œdème aigu méningo-encéphalique. — M. Faure. La ponction sous-occipitale haute. — M. Baudard. Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale.

Mardi 4 décembre. — Jury : MM. Balthazard, président ; Brindeau, Piédelièvre, Saunié. — M. Barrère-Cassagnet. La strangulation à la main. — M. Szumlanski. La main de l'homme et la main du singe (considérations sur leurs empreintes. Essai d'interprétations médico-légales et zoologiques). — M. Wiederkehr. Contribution à l'étude des répercussions de la septicité bucco-dentaire sur la puerpéralité.

Jeudi 6 décembre. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lenormant, Brocq, Schwartz. — M. Leduc. Indications et contre-indications du transport par avion dans les affections chirurgicales de l'abdomen, du thorax et du crâne.

Samedi 8 décembre. — Jury : MM. Gougerot, président ; Tanon, Gastinel, Joannon. — M. Ebner. Etude de la pathologie et de l'étiologie des tuberculoses cutanées. — M. Rouet. La pratique de la vaccination jennérienne.

Mercredi 28 novembre. (Thèse vétérinaire.) — Jury : MM. Robert Debré, président ; Lesbouyriès, Vergé. — M. Croise. Botulisme chez l'homme et les animaux.

Problèmes actuels de pathologie médicale (1), troisième série, par A. Clerc, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et par Ch. Aubertin, H. Bénard, M. Brulé, J. Cathala, Ed. Chabrol, P. Chevallier, E. Donzelot, Guy-Laroche, C. Lian, R. Moreau, Pasteur-Vallery-Radot.

Enquête sur les troubles cardiaques au cours du diabète sucré. — Les troubles du rythme dans les myocardites infectieuses aiguës. — Le sinus carotidien. — Le polymorphisme des colopathies à trichocéphales et à lamblias. — La syphilis héréditaire larvée. — Les hématémèses d'origine splénique. — Les purpuras inflammatoires bénins primitifs. — Les formes malignes de l'arythmie complète. — La syphilis gastrique. — Les rythmes cardiaques à trois temps. — Les complications pulmonaires de la grippe. — Hépatonéphrites aiguës.

Précédemment publié : Première série, 40 fr. — Deuxième série, 40 fr.

L. G.

(1) In-8 de 340 pages avec figures. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

ÉVOLUTION DE L'APPAREIL GÉNITAL

AMÉNORRHÉE — DYSMÉNORRHÉE — RACHITISME — CHLOROSE
Troubles de croissance et de nutrition
chez les enfants

"Endothymusine"

Extrait de Thymus injectable préparé par procédé spécial en :

Ampoules de	1	cent. cube	= 1 gr.	de Thymus frais
—	1	—	= 3 grs	—
—	1	—	= 5 grs.	—
—	1	—	= 10 grs.	—

LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE

A. DESLANDRE, Pharmacien, 48. Rue de la Procession PARIS (XVe)

Téléphone : Ségur 26-87

Traitement du Parasitisme intestinal
par les Pyréthrines (*du Pyrèthre*)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSEMINE

Pyréthrines Carteret

AUCUNE TOXICITÉ
SANS CONTRE-INDICATION

PERLES
GOUTTES

ASCARIS, OXYURES ET TOUS HELMINTHES OU PROTOZOAIRES = cent cinquante gouttes ou trois perles glutinisées par jour.
TRICHOCÈPHALES ET TÆNIAS = trois cents gouttes ou douze perles glutinisées par jour.

Pour les enfants, abaisser ses doses suivant l'âge en commençant par cinquante gouttes.

Echantillons et Littérature : **LABORATOIRES CARTERET**, *15, rue d'Argenteuil, PARIS.*

Travail du service de clinique de la première enfance.
(Clinique Parrot. Professeur : M. P. LEREBOULLET.)

CONCEPTION ACTUELLE DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS

Par M. JACQUES ODINET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés.

La première description de l'hypertrophie du thymus semble avoir été donnée en 1821 par Allan Burns, qui pensait que l'augmentation de volume du thymus était susceptible de provoquer la dyspnée par la compression de la trachée qu'elle entraînait fatalement. Quelques années plus tard, en 1830, Kopp soutenait la même opinion et le terme d' « Asthme de Kopp» est resté classique durant de longues années pour désigner une variété spéciale de dyspnée attribuée à l'hypertrophie thymique.

Mais en 1858 Friedleben prit le contre-pied de cette opinion et prétendit qu'il était impossible d'attribuer à l'hypertrophie du thymus une influence pathogène quelconque.

L'opinion d'Allan Burns et de Kopp fut néanmoins reprise dans les années qui suivirent 1885, par Grawitz, puis par Paltauf, et enfin par Svehla, qui admirent tous trois, mais avec des arguments différents, le rôle de l'hypertrophie du thymus dans certains états morbides. Leurs conclusions ne furent cependant jamais unanimement admises.

Partisans et détracteurs de l'existence de ce syndrome s'affrontaient en nombre à peu près égal, lorsque la découverte et l'application à la clinique des rayons de Roëntgen semblèrent donner raison aux premiers et confirmer la réalité de l'hypertrophie thymique.

Celle-ci connut alors une vogue éclatante ; elle suscita en quelques années l'éclosion d'un nombre considérable de travaux, tous basés sur un grand nombre de cas, et dus à des auteurs de valeur indiscutable, parmi lesquels il faut citer, en France, MM. Marfan, Variot, d'Oelsnitz, Veau et Olivier.

Il semblait à ce moment que l'hypertrophie du thymus eût acquis définitivement droit de cité dans la nosologie, mais bientôt éclatèrent des discordances entre les signes cliniques présentés par certains petits malades et les constatations anatomiques. En même temps se modifiaient nos connaissances sur l'anatomie et les fonctions du thymus ; l'attention était attirée sur certaines affections encore peu connues, mais dont la symptomatologie se rapprochait par certains côtés de celle de l'hypertrophie du thymus. Il semblait également à certains auteurs que ce diagnostic d'hypertrophie du thymus était porté dans de nombreux cas avec trop de facilité et ne correspondait pas à la réalité des faits.

Pour ces multiples raisons, une revision sévère de nos connaissances s'imposait. Elle fut l'œuvre, durant ces dernières années, de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons Duhem et Aïdan, Pancoast, Podlasky et Kohn, Mouriquand et ses élèves, Péhu et ses collaborateurs. Sous l'influence de leurs travaux, la notion de l'hypertrophie du thymus fut ramenée à de justes proportions, et on considère à l'heure actuelle cette maladie comme une affection exceptionnelle dont on ne saurait cependant nier formellement l'existence. Son diagnostic ne peut être posé avec certitude qu'après une critique serrée des faits et lorsque se trouvent réunis un ensemble concordant de signes cliniques, radiologiques et même endoscopiques.

Ainsi comprise, cette hypertrophie du thymus peut-elle jouer un rôle dans la mort subite du nourrisson ou dans la genèse des états thymo-lymphatiques ? Implique-t-elle nécessairement la notion d'une hyperactivité de la sécrétion thymique ? Ce sont autant de points que nous étudierons successivement au cours de ce travail, et qui n'ont pas reçu encore de solution définitive.

I. LA CONCEPTION CLASSIQUE DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS

Il faut, pour se faire une idée aussi exacte que possible de la conception classique de l'hypertrophie du thymus, se reporter aux descriptions qui en ont été données aux environs de 1910, et en particulier au remarquable rapport qui a été présenté par M. Marfan au premier Congrès de l'Association française de Pédiatrie.

L'hypertrophie du thymus y apparaît comme une entité morbide bien définie, sur laquelle l'attention est attirée par des signes fonctionnels résultant de la compression des organes voisins, et dont le diagnostic est rendu possible par un ensemble de signes physiques et radiologiques ne laissant guère de place au doute. Enfin, de nombreuses constatations anatomiques ou opératoires viennent en confirmer la réalité.

Voici, brièvement résumés, les principaux caractères de ce syndrome, qui s'observe presque exclusivement chez le nourrisson durant le cours de la première année, et plus particulièrement chez les enfants gras et bien nourris.

a) SIGNES FONCTIONNELS. — De tous les signes fonctionnels, le *cornage* est le plus bruyant, et c'est à ce titre qu'il attire le plus souvent l'attention. C'est un bruit respiratoire bref et strident, de caractère tout à fait spécial, qui s'étend aux deux temps de la respiration, mais avec une très nette prédominance inspiratoire. Son intensité varie avec la position de l'enfant : elle est moindre dans la station verticale que dans le décubitus horizontal. Elle n'est par contre nullement modifiée par l'occlusion de la bouche ou des narines.

Ce cornage n'est que le témoin de la *dyspnée*, qui se traduit également par du tirage sus et sous-sternal et par une modification du rythme respiratoire.

La *cyanose* vient enfin compléter la triade des signes fonctionnels. Elle frappe surtout la face et les membres supérieurs, réalisant une sorte de « cyanose en pèlerine ». Elle s'accompagne souvent, lorsqu'elle est intense, de turgescence des veines du cou et de signes d'hypertension intra-cranienne, torpeur demi-comateuse et parfois mouvements convulsifs.

Signalons toutefois une forme spéciale de cyanose sur laquelle a insisté récemment J. Hawel West : il s'agit d'une cyanose localisée aux lèvres et aux ongles,

survenant sans causes appréciables et exagérée par le décubitus ventral et l'hyperextension de la tête.

Ces trois symptômes sont ordinairement continus. Ils apparaissent dès les premiers mois de la vie, parfois dès la naissance et persistent plus ou moins longtemps suivant les cas.

Le plus souvent, des *accès paroxystiques* viennent se greffer sur ce fond de dyspnée chronique, soit à l'occasion des cris, de l'agitation ou de l'extension forcée de la tête, soit sans cause apparente durant le sommeil. Leur durée varie entre quelques secondes et plusieurs minutes ; ils se terminent ordinairement par l'atténuation progressive de tous les symptômes, mais ils peuvent aussi donner lieu à une issue fatale.

Dans des cas plus rares, les manifestations continues font défaut et seules sont décelables les manifestations paroxystiques, séparées les unes des autres par des phases de latence plus ou moins complètes.

Cette triade fonctionnelle résume ordinairement toute la symptomatologie. On a cependant observé de façon épisodique quelques signes accessoires : Erhardt a signalé un cas d'aphonie ; Veau a observé dans deux cas des troubles de la déglutition ; Mouriquand et Delore ont décrit un cas de hoquet prolongé ayant précédé les crises dyspnéiques.

b) Signes physiques. — En présence de ces signes, l'exploration minutieuse de la région du manubrium sternal s'impose, mais les signes physiques seront parfois difficiles à mettre en évidence.

La percussion est, pour tous les auteurs, le meilleur procédé clinique de diagnostic : elle permet de délimiter dans la région du manubrium une *zone de matité* à contours nettement arrondis, empiétant sur la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, débordant la ligne médiane plus du côté gauche que du côté droit, se confondant en bas avec la matité cardiaque. C'est une matité franche, superficielle, s'accompagnant de sensation de résistance au doigt.

La zone de matité varie un peu avec la position du malade : elle se déplace vers le haut de toute la hauteur d'un espace intercostal lorsqu'on la recherche successivement la tête du malade étant en flexion, puis en extension forcée. C'est le *signe de Boggs*, que Lucien, Parisot et Richard considèrent comme un des meilleurs signes de l'hypertrophie thymique, mais qui est malheureusement difficile à chercher chez le nourrisson.

La *palpation* permet de constater deux signes de moindre valeur. Le *signe de Rehm* consiste dans la perception derrière le manubrium sternal, au moment de l'expiration et mieux encore des cris ou de la toux, d'une tuméfaction de consistance molle correspondant au thymus hypertrophié, qui dépasse en haut le bord supérieur du sternum. On peut d'autre part faire disparaître momentanément tous les signes respiratoires en engageant les doigts derrière le manubrium sternal et en repoussant ainsi dans le thorax la masse thymique : c'est le *signe de d'Oelsnitz*.

c) Signes radiologiques. — Devant l'imprécision reconnue de ces signes physiques, il fallait avoir recours, pour confirmer le diagnostic, à l'examen radiologique, qui donnait une image caractéristique sur laquelle a insisté le professeur Marfan.

Le thymus hypertrophié donne naissance à « une tache noire qui part de l'orifice supérieure du thorax, déborde l'ombre du rachis et dépasse les bords du sternum ; en bas, cette tache se confond avec celle du cœur sans démarcation nette. Elle s'étend plus vers la gauche et est limitée par une ligne convexe qui se fusionne avec les contours du ventricule gauche. Cette ligne se substitue à la ligne légèrement concave qui existe à l'état normal. Cependant, l'ombre de l'hypertrophie thymique peut prédominer à droite, comme l'a montré d'Oelsnitz, et déborder le sternum de 2 à 3 cm. »

Ferrand ajoute à la description précédente que l'ombre thymique a dans son ensemble une forme quadrilatère et que ses contours sont nets, le plus souvent convexes et formés par des arcs de cercle de grand rayon.

Ces signes radiologiques se superposent, le plus souvent, aux signes de percussion comme l'a montré Hocsinger, mais il est cependant, pour M. Marfan, des cas qui ne sont décelables que par la radiographie.

d) Examens complémentaires. — Pour essayer de lever les derniers doutes, certains auteurs ont eu enfin recours à l'*examen direct des voies respiratoires supérieures*. La laryngoscopie montre l'absence de toute malformation laryngée, de spasme de la glotte ou de paralysie récurrentielle. Le tubage avec un tube long de O'Dwyer descendant très bas a pu amener dans certains cas un soulagement passager. Enfin la trachéoscopie a permis à Guisez et à Chevallier-Jackson de voir la trachée fortement déprimée sur plusieurs centimètres dans sa portion rétro-sternale. Malheureusement l'état des enfants est souvent d'emblée si inquiétant qu'il n'est pas possible d'avoir recours à ces procédés d'exploration.

Formes cliniques. — Tels sont les signes attribués par les classiques à l'hypertrophie du thymus. Ils se groupent de façon assez variable pour former un certain nombre de formes cliniques isolées surtout par d'Oelsnitz et Marfan.

Tantôt l'hypertrophie du thymus est pure et se présente sous deux aspects fondamentaux : la *forme à manifestations constantes avec exacerbations intermittentes* et les *formes silencieuses ou latentes avec apparition inopinée d'accidents respiratoires*. Les premières sont les plus favorables pour l'observation des signes cliniques et donnent lors de l'intervention chirurgicale les plus beaux résultats thérapeutiques. Les secondes peuvent parfois se traduire uniquement par la mort inopinée, survenant soit à la fin d'un court accès de suffocation, réalisant alors la forme foudroyante de la thrachéosténose bronchique, soit brusquement, sans être précédée d'aucun autre symptôme, et paraissant parfois provoquée par un incident de peu d'importance comme un bain froid, un examen de gorge, ou bien par le début d'une anesthésie chirurgicale. C'est à cette dernière variété qu'on réserve plus spécialement le nom de mort thymique.

On peut encore signaler une *forme cyanotique*, dé-

crite par M. Marfan et qui peut prêter à confusion avec une cardiopathie congénitale.

D'autres fois, l'hypertrophie du thymus s'associe avec d'autres affections, et n'est plus qu'une partie constituante d'un syndrome morbide plus complexe. L'association avec le stridor laryngé congénital, avec la laryngite striduleuse, avec le laryngo-spasme, a été signalée par Variot, Marfan, Veau, d'Oelsnitz, Hutinel, etc., etc..., et n'a guère pour effet que d'augmenter les difficultés du diagnostic.

Il est par contre une association sur laquelle on a beaucoup insisté : c'est la coexistence de l'hypertrophie du thymus avec une hyperplasie généralisée du tissu lymphoïde, des stigmates de rachitisme, de l'anémie et enfin une propension particulière aux infections cutanées et muqueuses. Cet ensemble est connu sous le nom de *status lymphatico-thymicus de Pallauf*, et serait pour M. Marfan d'un pronostic particulièrement sévère.

Evolution. — Il reste enfin à dire un mot de l'*évolution générale* de ce syndrome. Abandonné à lui-même, il s'atténuait progressivement et ses manifestations disparaissaient au bout de quelques années. Mais, en raison du danger certain que faisait courir à l'enfant la possibilité toujours imprévisible d'une mort inopinée, il était de règle d'instituer, dès le diagnostic posé, une thérapeutique efficace.

On s'est adressé d'abord à l'intervention chirurgicale, et pendant quelques années l'opération de choix sembla être la thymectomie, dont les détails avaient été réglés par Veau et Olivier. L'ablation d'un fragment de thymus pesant quelques grammes semblait faire disparaître immédiatement et souvent de façon définitive les accidents observés.

Mais bientôt, quand fut mieux connue, sous l'impulsion des travaux de Regaud et Crémieu, l'efficacité de la radiothérapie qui faisait fondre en un temps très court le thymus hypertrophié, l'intervention chirurgicale fut abandonnée pour céder complètement le pas à la radiothérapie. Les succès thérapeutiques furent aussi nombreux et aussi rapides, et on voyait dans la disparition d'ombres anormalement étendues de la partie supérieure du médiastin la preuve que la disparition des accidents était bien liée à la fonte du thymus. Cet argument thérapeutique avait pour certains auteurs une valeur absolue, même quand la durée de l'irradiation avait été très courte et n'avait pas dépassé la durée d'un simple examen radioscopique.

Données anatomiques. — La réalité de ce syndrome semblait enfin confirmée par les chirurgiens qui pratiquèrent les premières thymectomies. Il était fréquent en effet de faire l'exérèse d'un fragment de thymus pesant entre 5 ou 6 et 15 à 20 grammes, et ces derniers chiffres paraissaient considérables par rapport au poids que les anatomistes attribuaient au thymus normal. Les poids de 4 à 6 grammes étaient les plus couramment donnés comme correspondant au poids normal du thymus (Testut, Sappey, Cruchet, Olivier). On admettait d'autre part que l'accroissement pondéral moyen annuel avoisinait 2 grammes, et qu'à l'âge de trois ans le thymus avait atteint son maximum et entrait en régression. Toutes ces notions expliquent l'opinion émise par Olivier dans sa thèse : « Pendant les deux premières années de la vie, tout thymus qui dépasse 15 grammes est un thymus hypertrophié. » Cette opinion ne résiste pas à la critique, comme nous le verrons ultérieurement.

Telle était la conception classique de l'hypertrophie du thymus. Il nous reste maintenant à voir les critiques qui lui sont adressées.

II. CRITIQUE DE LA CONCEPTION CLASSIQUE DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS

En réalité, si on analyse avec soin la description précédente, on se rend compte qu'elle ne renferme aucun élément pathognomonique, et que ses signes, isolés et même groupés, peuvent se rencontrer au cours d'un grand nombre d'affections dont le substratum anatomique n'est pas une augmentation de volume du thymus. C'est ainsi que récemment encore MM. Lesné, Richard et Lièvre ont cru pouvoir porter chez un jeune enfant, sur un ensemble de signes concordants, un diagnostic d'hypertrophie du thymus ; cet enfant est mort subitement quelques jours après, ce qui semblait encore confirmer leur diagnostic : et à l'autopsie, le thymus ne pesait que 2 gr. 60.

Les critiques qui ont été adressées à cette conception classique de l'hypertrophie du thymus sont donc extrêmement nombreuses, et n'ont épargné aucun élément du syndrome.

a) Critique des signes fonctionnels. — Le stridor est certainement celui des signes fonctionnels qui a entraîné le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic, puisque c'est lui qui le plus souvent a attiré l'attention.

Mais il ne faut pas oublier que c'est un symptôme très banal au cours de nombreuses affections, les unes connues de longue date, les autres de description plus récente. Il était autrefois presque fatalement attribué à une hypertrophie du thymus alors que des procédés d'examen plus complets et la connaissance de signes nouveaux permettent de le rattacher maintenant avec plus de vraisemblance à de toutes autres causes.

Les *stridors d'origine laryngée* étaient connus de longue date. Lees dès 1883, Variot quelques années plus tard, avaient décrit le stridor laryngé congénital et avaient montré qu'il relevait d'une malformation congénitale du vestibule laryngé. Cette opinion est à peu près unanimement admise aujourd'hui, bien que certains auteurs comme Turner, Thomsen, Finkelstein attribuent ce trouble à une malformation des centres nerveux. On rencontre également le stridor de façon constante dans les corps étrangers de la trachée, au cours des tumeurs intra-laryngées, papillomes ou laryngocèles, dans les kystes glosso-épiglottiques.

Aucun signe clinique ne permet de distinguer ce stridor laryngé de celui que pourrait engendrer une malformation thymique. La radiographie elle-même n'a pas une valeur absolue en raison des troubles circulatoires qui peuvent résulter de la gêne de l'hématose, et le moindre défaut de technique pourra, comme nous le verrons tout à l'heure, entraîner des erreurs grossières de diagnostic. De sorte qu'en dernière

re analyse ce n'est que l'examen direct au laryngoscope qui permet à coup sûr le diagnostic, et c'est un procédé bien difficile à mettre en œuvre chez un très jeune malade, surtout si son état est tant soit peu inquiétant.

Plus récemment, la description de la spasmophilie a permis de retrancher du cadre de l'hypertrophie thymique un certain nombre de stridors relevant d'un *laryngospasme*. Le diagnostic en est aisé par la recherche des autres signes de tétanie latente, et en particulier du signe de Chvosteck, et au besoin par le dosage de la calcémie. Cependant, MM. Mouriquand et Bernheim admettent que tétanie et hypertrophie du thymus peuvent s'associer chez un même malade, ce qui ajoute considérablement aux difficultés du diagnostic. Nous n'avons jamais pour notre part rencontré cette éventualité, et nous ne nous croyons autorisé à porter un diagnostic d'hypertrophie du thymus qu'en présence d'une image radiologique démonstrative, et en l'absence de tout signe de tétanie, si minime soit-il.

Enfin Finkelstein a attiré l'attention sur une série de cornages liés à une *anomalie de la base de la langue ou du pharynx*, tumeur ou angiome de la langue, macroglossie chez un mongolien ou un myxœdémateux, glossoptose. Le diagnostic de ces différents stridors est aisé à condition d'y songer : il suffit de propulser le maxillaire inférieur pour faire disparaître tous les accidents.

Les faits que nous venons de signaler ont donc fortement démembré les stridors d'origine thymique autrefois considérés comme les plus fréquents, sinon comme les seuls existants ainsi que le voulait Hocsinger. Et il est encore un certain nombre de cas qu'il sera toujours impossible de rapporter sûrement à leur véritable cause, à moins d'avoir recours à une intervention exploratrice : c'est le cas des goitres plongeants, des sténoses trachéales ou œsophagiennes, surtout lorsqu'elles se compliquent de fistules trachéo-œsophagiennes.

Le stridor est le seul des signes fonctionnels qui ait été critiqué : en présence d'une cyanose en effet, on songe plutôt à l'hypothèse d'une cardiopathie congénitale qu'à celle d'une hypertrophie du thymus.

b) Critique des signes physiques. — Les signes physiques ne permettent pas plus que les précédents d'affirmer la réalité d'une hypertrophie du thymus.

Cruchet a bien montré en effet que le *cul-de-sac antérieur de la plèvre* suivait un trajet très variable suivant les sujets. Suivant que la languette marginale antérieure du poumon empiétera plus ou moins sur la face antérieure du thymus, on pourra trouver une zone de matité plus ou moins grande, mais dans tous les cas absolument indépendante du volume du thymus.

De même, MM. Nobécourt et Tixier ont mis en évidence le fait que le *simple contact des gros vaisseaux avec la paroi* peut donner naissance à une matité en tous points comparable à la matité thymique.

Enfin la constatation du signe de Boggs auquel certains auteurs acordent une entière valeur nous a semblé impossible à rechercher chez de tout jeunes enfants.

Aucun signe physique ne permet donc l'exploration précise du thymus qui reste un organe profond et caché par le poumon et les gros vaisseaux.

c) Critique des signes radiologiques. — Bien plus encore que les signes physiques sur la valeur desquels de nombreux auteurs étaient toujours restés sceptiques, les signes radiologiques, auxquels on accordait par contre une valeur absolue, ont été l'objet durant ces dernières années de critiques sérieuses.

Weymuller et Bell, ayant pratiqué systématiquement chez 25 nourrissons des radiographies répétées quotidiennement pendant plusieurs jours, ont pu constater combien variaient d'un jour à l'autre les aspects de l'ombre médiastinale. Ils ont observé en particulier chez un nourrisson au cours d'un examen une image évoquant en tous points l'idée d'une hypertrophie thymique : cette image n'a jamais réapparu sur les films consécutifs, sans que l'enfant ait eu dans l'intervalle aucun traitement.

Plus récemment, Podlasky et Kohn ont examiné 100 nourrissons aux rayons X et ont constaté chez 35 d'entre eux un élargissement du médiastin supérieur, sans qu'à aucun moment, ces enfants aient présenté de signes imputables à une hypertrophie du thymus.

Ces deux ordres de constatations enlèvent donc aux signes radiologiques classiques de l'hypertrophie du thymus une grosse partie de leur valeur.

Elles s'expliquent parfaitement par des erreurs de technique radiologique mises en évidence par les travaux de Duhem et de Mouriquand et Bernheim. Il ne faut pas oublier en effet que les clichés radiographiques étaient pris dans n'importe quelle position, et qu'on considérait comme suffisante une distance de 0 m. 60 entre l'ampoule et la plaque (Marfan).

Mouriquand et Bernheim ont fixé tout d'abord quels étaient les facteurs qui régissaient la largeur de l'ombre de la partie supérieure du médiastin, et ils ont montré que l'élément essentiel était constitué par l'ombre du pédicule vasculaire qui dépasse notablement de chaque côté l'ombre sterno-vertébrale.

Or la largeur de cette ombre vasculaire est variable avec la position du malade, comme ils ont pu le mettre en évidence, et après eux Duhem, dans un grand nombre de cas. Si en effet on prend un cliché radiographique dans la position verticale, on constate que l'image du pédicule vasculaire ne déborde que d'un centimètre environ l'ombre sterno-vertébrale. Mais si on prend aussitôt après un second cliché, dans le décubitus horizontal cette fois, on voit que dans ces conditions, l'image vasculaire déborde d'au moins 2 centimètres l'ombre sterno-vertébrale et donne l'impression d'un élargissement de la partie supérieure du médiastin.

Cette influence de la position du malade n'est pas la seule qui puisse fausser les résultats de la radiographie. Duhem a montré qu'il fallait également tenir compte du stade respiratoire pendant lequel était fait l'examen radiologique, et qu'il était de toute importance de prendre le cliché « au moment précis où le poumon s'éclaire brusquement à l'inspiration, où le diaphragme s'abaisse et où l'air a pleinement pénétré les alvéoles pulmonaires ». Mais on conçoit aisément

que ce sont des conditions difficilement réalisables chez le nourrisson, et bien souvent les clichés seront pris pendant l'expiration, dont la durée est notablement supérieure à celle de l'inspiration.

Il faut encore ajouter à ces deux facteurs primordiaux d'autres conditions accessoires qui peuvent également fausser les résultats. C'est ainsi que chez le nourrisson, le cri peut élargir l'ombre du médiastin supérieur en provoquant l'ascension du diaphragme et le refoulement du cœur. L'aérogastrie et l'aérocolie peuvent encore agir par le même mécanisme (Mouriquand et Bernheim) ; la digestion enfin viendrait encore influer sur le volume du thymus et serait suffisante à elle seule pour expliquer certains élargissements de l'ombre radiologique du médiastin supérieur.

L'élimination par une technique appropriée sur laquelle nous reviendrons ultérieurement de toutes ces causes d'erreur diminue considérablement le nombre de ces soi-disant images d'hypertrophie thymique. Doit-on pour cela en conclure que tous les élargissements du médiastin supérieur qui persistent dans ces conditions sont attribuables à un gros thymus ? Il ne saurait être question de soutenir une telle opinion, puisque des aspects radiographiques en tous points comparables ont été signalés au cours de la pleurésie médiastine (Feer, Arondel), de l'hypertrophie cardiaque (Feer), du goitre aberrant intra-thoracique, de l'abcès froid pottique (Péhu et Bertoye), et même de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Le diagnostic entre ces diverses affections est des plus difficiles, et ce n'est guère que dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique qu'une discrimination sera rendus possible par l'examen en position oblique. Cette dernière entraîne presque toujours en effet un obscurcissement de l'espace clair rétro-cardiaque, alors que celui-ci conserve sa clarté habituelle en cas d'hypertrophie du thymus (Duhem).

On pourrait encore distinguer l'image de l'hypertrophie du thymus de celle que produit un élargissement de l'ombre vasculaire. On a donné en pareil cas un caractère différentiel facile à mettre en évidence par l'examen attentif sous l'écran radioscopique : les contours d'une ombre thymique sont toujours nets, tandis que ceux d'une ombre vasculaire sont flous à cause des battements qui animent les vaisseaux.

d) Critique des résultats thérapeutiques. — Les auteurs classiques croyaient trouver une confirmation du diagnostic d'hypertrophie du thymus dans les résultats que donnaient la thymectomie, et ultérieurement l'irradiation du thymus par les rayons X. Il semble qu'on ait également exagéré la portée de ces deux ordres de constatations.

Si on relit avec soin les observations de thymectomie publiées par certains auteurs, on ne tarde pas à se rendre compte que dans un grand nombre de cas, l'amélioration est plus apparente que réelle, et on constate souvent la persistance après l'intervention, ou la réapparition dans les mois qui suivent, du cornage et de la dyspnée. Il n'y a aucun rapport entre l'importance du fragment thymique extirpé et l'intensité de l'amélioration, et enfin dans quelques cas l'autopsie a montré l'existence de lésions tuberculeuses des ganglions médiastinaux et du parenchyme pulmonaire qui provoquaient plus vraisemblablement la dyspnée que les 2 à 3 grammes de thymus réséqués.

L'argument thérapeutique a moins de valeur encore après irradiation du thymus. On ne saurait nullement affirmer en effet que l'irradiation de la région du manubrium sternal agit électivement et exclusivement sur le thymus, et des améliorations ont été obtenues par cette thérapeutique dans des circonstances très différentes n'ayant avec l'hypertrophie thymique aucun rapport comme a pu le montrer dans certains cas l'examen anatomique.

La disparition de l'ombre anormale de l'hypertrophie thymique après une courte irradiation, celle que produit un examen radioscopique par exemple, ne saurait non plus être admise sans discussion : il ne faut pas oublier en effet les curieuses constatations de Weymuller et Bell, et on peut toujours se demander si en pareil cas, les examens successifs ont toujours été faits dans des conditions techniques rigoureusement comparables, et si les différences observées ne proviennent pas d'un changement de position du malade comme dans le cas de MM. Mouriquand, Bernheim et Contamin.

e) Critique des données anatomiques. — Les données anatomiques n'ont pas échappé plus que les précédentes à la critique, et le poids du thymus considéré comme normal est beaucoup plus élevé actuellement qu'il y a vingt ans. C'est que les auteurs classiques avaient méconnu l'extrême sensibilité du thymus à toutes les agressions toxi-infectieuses, ayant pour conséquence fatale une involution accidentelle rapide et parfois considérable de l'organe.

Mais si on se met à l'abri de ces causes d'involution accidentelle, on trouve que le thymus de l'enfant nouveau-né pèse 11 à 12 grammes et peut-être même plus : ce sont les chiffres de Hammar, E. Boyd et J. Odinet. De même, l'accroissement pondéral annuel est plus considérable qu'on ne l'admettait tout d'abord et se poursuit jusqu'à la puberté. C'est dire que les auteurs actuels considèrent comme parfaitement normaux des thymus qui auraient été classés sans aucun doute il y a vingt ans comme des thymus hypertrophiés, et n'admettent plus la limite de 15 grammes fixée par Olivier, sans être cependant d'accord sur le poids minimum que doit atteindre un thymus avant d'être considéré comme hypertrophié.

Ces différentes critiques adressées depuis quelques années à la conception classique de l'hypertrophie du thymus ont provoqué dans les esprits, une réaction assez vive, et ce diagnostic n'est plus posé actuellement qu'avec la plus grande circonspection.

Certains auteurs vont même jusqu'à proposer la suppression de l'hypertrophie thymique en tant qu'entité morbide. Convient-il de les suivre absolument dans cette voie ? Il nous semble que cette dernière conception comme d'ailleurs la conception classique sont toutes deux trop absolues, et qu'entre elles doit prendre place une conception plus éclectique, reconnaissant l'existence de l'hypertrophie thymique, tout en faisant remarquer son caractère exceptionnel.

III. CONCEPTION ACTUELLE DE L'HYPERTROPHIE DU THYMUS

Il nous semble actuellement possible de porter un diagnostic clinique d'hypertrophie du thymus, lorsque se trouvent réunis chez un malade un ensemble de signes fonctionnels, radiologiques et endoscopiques absolument concordants et dont la réunion ne peut guère laisser le champ libre à une autre hypothèse diagnostique.

Parmi les signes cliniques, nous recherchons évidemment le stridor, la dyspnée et la cyanose, mais nous attachons la plus grande importance à l'absence de tout signe de spasmophilie, si minime soit-il, et nous nous séparons fortement sur ce point de MM. Mouriquand et Bernheim qui admettent l'existence de formes associées de l'hypertrophis du thymus et de la spasmophilie. Nous n'avons jamais rencontré pareille éventualité.

L'examen radiologique doit être fait dans de bonnes conditions : malade debout et en inspiration, distance plaque-écran au moins égale à 2 mètres. La première de ces conditions n'est évidemment pas toujours facile à réaliser chez le tout jeune enfant, et elle est pourtant d'une importance primordiale. C'est pourquoi il est parfois nécessaire de multiplier les films, et de ne tenir pour valables que les images retrouvées sur plusieurs clichés successifs.

Il faut espérer d'ailleurs que l'examen de radiographies prises en position transversale viendra simplifier l'interprétation radiologique. Leur technique n'est malheureusement pas encore au point chez le nourrisson.

Il est enfin absolument indispensable d'avoir recours à l'examen de la base de la langue et de l'orifice supérieur du larynx pour éliminer les malformations de ces deux organes qui ne sont décelables que par l'examen direct au laryngoscope ; c'est dire que l'intervention du spécialiste s'impose dans tous les cas avant de pouvoir poser un diagnostic définitif.

Ce triple examen est suffisant pour justifier le diagnostic clinique ; il manquera malheureusement dans la plupart des cas la confirmation anatomique qui pourrait seule lui apporter un élément de certitude indiscutable.

IV. HYPERTROPHIE DU THYMUS ET MORT SUBITE

Il est incontestable qu'à l'autopsie d'un certain nombre d'enfants morts de façon inopinée on trouve un thymus volumineux. Tantôt, cette augmentation de volume du thymus est la seule lésion constatable; tantôt au contraire elle est associée à des troubles de compression des organes voisins, dont le plus fréquent et le mieux connu est la compression de la trachée. C'est pourquoi les auteurs classiques faisaient jouer un rôle important à l'hypertrophie du thymus dans la mort subite de l'enfant et du nourrisson, et cette opinion se retrouve encore dans le Rapport de MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet au VIe Congrès des Pédiâtres de langue française.

Mais il est des cas où la mort rapide de l'enfant relève d'un tout autre mécanisme, et dans lesquels on trouve cependant un gros thymus. Il a donc semblé à nombre d'auteurs que l'hypertrophie thymique n'était nullement responsable de la mort et que la constatation d'un thymus plus volumineux que de coutume était liée uniquement au fait que l'enfant était mort subitement et que son thymus n'avait pas eu le temps par conséquent de subir d'involution accidentelle.

Ces deux opinions s'affrontent encore actuellement, et, sans revenir sur les caractères de la mort thymique ni sur les circonstances étiologiques qui l'entourent, nous voudrions seulement rappeler les principaux arguments qui militent en faveur de l'une et l'autre hypothèse. Le problème doit être envisagé de façon différente suivant qu'il existe ou non des lésions de compression trachéale.

1° *Il existe des signes évidents de compression trachéale.* — On a naturellement tendance dans ces conditions à admettre que la compression trachéale par le thymus hypertrophié est la cause de la mort. Cette conception nous paraît parfaitement légitime si les lésions siègent au niveau de l'espace critique de Grawitz, c'est-à-dire au point de pénétration de la trachée dans le thorax, en un point où il existe un espace d'un centimètre à peine entre la face antérieure de la trachée et le manubrium sternal. C'est malheureusement l'éventualité la plus rare.

Dans la majorité des cas en effet les lésions de compression sont plus bas situées, sur la portion intra-thoracique de l'organe, en un point où le thymus a largement la place de se développer. Comme la trachée est d'autre part résistante, et ne se laisse guère écraser que par une pression supérieure à 700 gr., ainsi qu'il résulte des expériences de Scheele, on est conduit à faire intervenir des facteurs accessoires pour expliquer la trachéosténose.

C'est ainsi que Cozzolino pense que la compression thymique ne peut s'expliquer que si il existe en même temps une adénopathie trachéo-bronchique ; MM. Nobécourt et Boulanger-Pilet font intervenir la congestion du thymus qui, brusquement gorgé de sang, provoquerait la compression quand il a brusquement augmenté de volume ; M. Marfan invoque une anomalie des aponévroses intra-thoraciques comme il a pu le constater dans un cas ; Simon et d'Oelsnitz font enfin jouer un rôle à l'hyperextension de la tête.

La multiplicité des explications proposées montre bien qu'aucune d'elles n'est véritablement satisfaisante. C'est ce qui a conduit Beneke à affirmer que la déformation trachéale se produisait durant le cours de la vie fœtale, mais il n'apporte aucune preuve en faveur de cette conception.

Mais ce qui vient encore rendre plus douteux le rôle du thymus à l'origine de cette déformation trachéale est une observation de MM. Weill et Péhu, dans laquelle coexistaient un thymus de volume normal et une malformation trachéale étendue portant en hauteur sur huit anneaux.

On est donc en droit de se demander si dans tous les cas publiés la déformation trachéale n'est pas primitive, et si le thymus joue véritablement un rôle efficient. Les plus grandes réserves s'imposent donc avant d'imputer au thymus une mort subite par com-

pression trachéale, exception faite toutefois des cas très rares dans lesquels la compression siège au niveau de l'espace critique de Grawitz.

2° *Il n'existe pas de signes de compression trachéale.* — On a en pareil cas invoqué un grand nombre de mécanismes différents, dont la plupart ne résistent pas à un examen minutieux des faits.

La compression du cœur et des gros vaisseaux de la base a été signalée quatre fois, mais rien ne permet de supposer qu'elle ait été la cause de la mort, puisqu'il existait dans les quatre cas des lésions associées suffisantes à elles seules pour expliquer la mort sans intervention du thymus.

La compression des nerfs ne repose pas davantage sur des faits précis : que l'on incrimine le phrénique (Robinson, Fairet, Tedeschi), le pneumogastrique (Targhetta), le nerf cardiaque inférieur (Rieffel et Le Mée) ou le récurrent (Tixier et Levesque, Mouriquand, Régnier et Delore), il n'est pas possible d'affirmer que la compression nerveuse est la cause de la mort. De nombreux faits cliniques et expérimentaux plaident au contraire contre cette hypothèse.

On ne saurait davantage retenir l'opinion de Svehla qui attribue la mort subite à l'hyperthymisation. Les accidents que cet auteur impute au thymus sont en effet dus aux impuretés que contiennent les extraits employés, ainsi qu'il découle des recherches de Launoy, de Lucien et Parisot ; nous avons de notre côté repris récemment cette question, et nous avons montré que l'intensité et la gravité des accidents étaient liées au taux des matières protéiques contenues dans les extraits utilisés. Jamais d'autre part nous n'avons pu provoquer la mort de l'animal quelle que soit la dose d'extrait par kilo d'animal injectée par voie intra-veineuse. Ces accidents sont donc des accidents banaux, d'ordre protéotoxique et s'observent avec tous les extraits organiques non purifiés, quelle que soit leur provenance.

Il reste enfin une dernière théorie qui connaît depuis quelques années un regain d'actualité dû aux travaux de Braeucker, de Moro et de Wulsten. C'est la théorie nerveuse, dans laquelle la mort serait le fait d'une syncope à point de départ thymique et à aboutissant cardiaque en raison de la communauté d'origine des nerfs thymiques et des nerfs cardiaques. La cause de l'excitation serait le plus souvent la distension du thymus à l'occasion d'un repas trop volumineux. Cette théorie est évidemment possible, mais n'est encore nullement démontrée, et il reste encore à prouver notamment qu'un repas copieux est capable d'amener une augmentation de volume du thymus, et qu'une distension de la capsule thymique peut provoquer un réflexe mortel. Nous avons essayé de vérifier cette dernière hypothèse dans le Laboratoire de notre Maître le Professeur Villaret, en collaboration avec Mlle Kohler, et nous n'avons pu déterminer la mort d'un chien chloralosé et soumis à la respiration artificielle par l'injection dans le thymus de 20 cc. de sérum physiologique ; cependant la distension du thymus et de sa capsule étaient manifestes. Nous nous proposons d'ailleurs avant de donner une conclusion définitive de reprendre cette expérimentation.

Il semble donc qu'on puisse actuellement considérer la mort d'origine thymique comme possible, mais il ne s'ensuit nullement que son existence soit démontrée. Nombre de cas qu'on lui rattachait autrefois font en réalité partie de ce vaste groupe des morts subites de cause indéterminée, laissant présager l'existence d'une labilité constitutionnelle.

V. HYPERTROPHIE DU THYMUS ET ETATS THYMO-LYMPHATIQUES

Nous serons très brefs sur les rapports qui peuvent unir l'hypertrophie du thymus et le lymphatisme. Nous avons déjà insisté sur ce point dans un autre travail fait en collaboration avec notre Maître, le Professeur Lereboullet.

Nous avions conclu que l'hypertrophie du thymus n'était pas plus fréquente chez les lymphatiques que chez les enfants normaux, puisque nous n'avons en effet jamais constaté de signes d'hypertrophie thymique chez les nombreux lymphatiques que nous avons examinés.

Il ne semble pas, d'autre part, que le thymus joue un rôle dans la physiologie pathologique du lymphatisme. C'est pourquoi il est plus clinique de parler à l'heure actuelle de lymphatisme et non plus de thymolymphatisme. Une opinion analogue a d'ailleurs été soutenue par le Pr. Martinez Vargas, par le Pr. Moro au récent congrès du Lymphatisme.

VI. HYPERTROPHIE DU THYMUS ET HYPERFONCTIONNEMENT THYMIQUE

L'existence d'une hypertrophie thymique implique-t-elle fatalement l'idée d'un hyperfonctionnement thymique ? C'est une question qui a été peu étudiée jusqu'à ce jour puisque la fonction endocrine du thymus n'est admise que de date relativement récente. Comme nous ne possédons d'autre part aucun test biologique permettant d'apprécier le fonctionnement normal ou pathologique du thymus, il est vraisemblable que ce problème ne recevra pas immédiatement de solution définitive.

On peut cependant admettre que toutes les augmentations de volume du thymus ne sont pas le fait d'une hyperplasie : elles peuvent être le fait d'une congestion intense de l'organe, d'une tumeur bénigne ou maligne à point de départ thymique, de l'infiltration de la corticale par de nombreux lymphocytes d'origine exogène. Tous ces processus morbides se séparent de l'hypertrophie du thymus proprement dite par le fait que l'hyperplasie ne porte pas également sur tous les éléments de l'organe, en un mot qu'il n'y a pas accroissement parallèle des thymocytes, du réticulum et des corpuscules de Hassal. Il est curieux de noter, d'autre part, que ces syndromes, lorsqu'ils surviennent dans l'enfance, ne s'accompagnent presque jamais des signes classiques de l'hypertrophie du thymus.

Il faudrait également démontrer que l'hyperplasie d'un organe entraîne toujours son hyperfonctionnement. Or Lucien, Parisot et Richard font remarquer que lorsqu'un organe répond par une hyperplasie à une cause irritante quelconque, sa sécrétion est viciée

en qualité : c'est une loi générale en matière de glandes endocrines.

*
* *

Ces quelques notions permettent de se rendre compte des conceptions qui règnent actuellement sur l'hypertrophie du thymus. Il ne faut pas la rayer de la nosologie, mais il faut la considérer comme une affection très rare, dont le diagnostic ne doit être posé qu'avec circonspection et en présence d'un ensemble symptomatique concordant dont les principaux éléments sont maintenant bien définis.

Mais il reste encore à élucider de nombreux points touchant de plus ou moins près à cette hypertrophie du thymus, et il n'est pas douteux que nos connaissances ne subissent encore dans les années à venir de profondes modifications.

Bibliographie

Achard et Paisseau. Epithélioma thymique de la région thyroïdienne, *Arch. Med. Exp.*, 1908.

Aubertin et Bordet. Action des rayons X sur le thymus, *C. R. Soc. de biol.*, 2 juill. 1909.

Aviragnet. Adénopathie trachéo-bronchique et hypertrophie du thymus, *Arch. Mal. des Enfants*, 1911.

Barbier. Contribution à l'étude pathologique de l'hypertrophie du thymus, *Bull. Soc. Ped. de Paris*, 1909.

Béclère et Pigache. Régression du lobule thymique par les rayons de Roentgen, *Bull. off. Soc. de radiol.*, 1912.

Birke. Beiträge zur Klinik und Behandlung der Thymushyperplasie bei Kindern. *Monatsch. für Kinderh.*, 1918, Bd XIV.

Blechmann. Radiodiagnostic de l'hypertrophie du thymus, *Soc. de Ped.*, 25 avril 1922.

Boggs. Percussion signs of persistant or enlarged thymus, *Arch. of Inter. méd.*, n° 5, 1911.

Bonilla. La mort thymique. *Endocrinologie*, t. XI, oct. 1927, n° 5.

Canelli. Contributo allo studio anatomoco e patologico, del Timo nella prima eta, *Pediatria*, 1920.

Chanut. De l'hypertrophie du thymus et de son traitement par la radiothérapie. *Th. de Paris*, 1914-1915.

Comby. L'hypertrophie du thymus et son traitement, *Arch. de Med. des Enfants*, nov. 1909.

Cozzolino. Sul cuore da grosso timo, *La Clinica Pediatrica* 1928, fasc. VI.

Cremieu. Etude des effets produits sur le thymus par les rayons X, *Th. de Lyon*, 1912.

Cruchet. Considérations sur l'anatomie macroscopique du thymus chez l'enfant, *Rev. Mens. Mal. de l'Enfance*, 1901 ; Considérations sur l'hypertrophie et l'atrophie du thymus, *C. R. Congrès de pédiatrie*, 1910.

Dandy et Pédelièvre. Tumeur maligne primitive du médiastin antérieur. Lymphosarcome thymique, *Bull. et Mém. Soc. Med. Hôp. de Paris*, 1920, t. XLIV.

De Buys et Samuel. Further observations upon the spadow of the thymus and the heart, *South Med. Journ. Birmingham*, n° 17, 1924.

Djordjevitch. Contribution à l'étude des formes frustes de l'hypertrophie du thymus, *Th. de Paris*, 1926.

Duhem. Images atypiques de l'hypertrophie du thymus, *Soc. de Pediatrie*, séance du 15 mars 1932.

Duhem et Aïdan. La radiothérapie dans les crises de suffocation de l'enfance, *J. de radiol. et d'électrol.*, n° 5, mai 1929.

Evans. De la persistance d'un gros thymus comme cause de cyanose chez le nouveau-né, *Surg. gyn. and obs.*, 1924.

Falls. Mort thymique, *Surg. gyn. and obs.*, n° 22, 1916.

Farret. Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1896.

Ferrand. Les éléments du diagnostic clinique de l'hypertrophie du thymus, *Monde méd.*, n° 426, 15 sept. 1911.

Finkelstein. Die klinische Bedeutung des grossen Thymus, *Jahreskurse für ärtzliche Fortbildung*, 1929.

Ghika. Etudes sur le thymus, *Th. de Paris*, 1901.

Hammar. Die Menschenthymus in Gesundheit und Krankheit, Leipzig 1929. Cet ouvrage contient une bibliographie complète jusqu'à 1929.

Hawell West. La question de l'hypertrophie du thymus d'après 475 radiographies, *Arch. of Ped.*, oct. 1930, t. XLV.

Hocsinger. *Stridor thymicus infantum*, Vienne, 1904.

Houcke. Etude anatomique d'un thymus hypertrophié, *C. R. Soc. de biol.*, 1927, t. XCVI.

Hutinel et Tixier. Hypertrophie du thymus, *Traité des Maladies des Enfants*, Paris, 1909.

Jolly. *Traité technique d'hématologie*, Paris, 1923.

Lereboullet. Le thymus et sa pathologie chez l'enfant, *Progrès méd.*, 4 mars 1922.

Lereboullet et Odinet. Les états thymo-lymphatiques, rapport au 1er *Congrès du lymphatisme, La Bourboule*, 1934.

Lesné, Richard et Lièvre. Image radiographique d'hypertrophie du thymus sans hypertrophie anatomique, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 26 fév. 1931, et *Soc. de péd.*, nov. 1931.

Lucien. Etude anatomo-pathologique sur l'hypertrophie du thymus, *C. R. Soc. de biol.*, 1908.

Lucien, Parisot et Richard. *Traité d'endocrinologie*, t. II : *le thymus*, Paris, 1927.

Marfan. *Traité des Maladies de l'Enfance*, Paris, 1897 ; — *Clinique des Maladies de la première enfance*, Paris, 1930 ; — la mort subite imprévue chez les enfants du premier âge, et en particulier la mort dite thymique, *Paris méd.*, 4 nov. 1922 ; — pathologie du thymus, 1er *congrès de l'Ass. fr. de péd.*, Paris, 1910.

Margolis. Thumus gland in lymphatic leucemia, *Arch. of pathology Chicago*, 9 mai 1930.

Martinez Vargas. Croup diphtérique coïncidant avec l'hypertrophie du thymus, *Medicina de los Ninos*, mars 1931, p. 71.

Mouriquand et Bernheim. Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques, *La Pratique médicale illustrée*, Paris, 1932. On trouvera dans cette monographie une bibliographie complète des travaux de M. Mouriquand sur la question ; — Hypertrophie du thymus et états thymo-lymphatiques, *Traité de médecine des enfants*, t. I, Paris, Masson, 1933.

Newton. Case of enlarged thymus and some remarks on status lymphaticus, *Am. med. J. Sc.*, n° 153, 1919.

Nobécourt et Boulanger-Pilet. Les morts subites ou imprévues chez les nourrissons, 6e *Congrès des pédiatres de langue française*, Paris, 1929.

Oelsnitz (d'). Les signes cliniques de l'hypertrophie du thymus, *Congrès de l'Ass. fr. de péd.*, Paris, 1910.

Olivier. Anatomie topographique et chirurgie du thymus, *Th. de Paris*, 1911.

Palanca et de Arcante. Contribucion casuistica al estudio della muerto timico en los ninos, *Arc. Esp. de péd.* Madrid, n° 2, 1918.

Pancoast. Etude radiologique du thymus des nourrissons, *Am. J. of the Med. Sc.*, n° 6, déc. 1930.

Péhu. Essai de délimitation du rôle pathogène attribué à l'hypertrophie du thymus, *Gaz. méd. de France*, n° 20, 1er nov. 1932.

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigüs ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE CH. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

"CALCIUM-SANDOZ"

(Gluconate de Ca Sandoz)

Injectable à doses efficaces sans inconvénients, par la voie intramusculaire et la voie veineuse

Ampoules de 2 cc., 5 cc. et 10 cc.	Tablettes chocolatées	Comprimés effervescents	Poudre granulée
(solution à 10 %)	*(dosées à 1 gr. 5 de gluconate de Ca)*	*(dosés à 4 gr. de gluconate de Ca)*	
Une ampoule tous les jours ou tous les 2 à 3 jours.	3 à 6 par jour.	2 par jour.	3 cuillerées à café par jour.

FORME NOUVELLE : *"Calcium-Sandoz" Sirop.*

PRODUITS SANDOZ, 20, rue Vernier. — PARIS-17e B. JOYEUX, Pharmacien de 1re classe

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

Péhu, Bertoye, Chassard et Valin. Abcès par congestion ayant déterminé une compression trachéale. Image radiographique insolite, *Lyon méd.*, 6 juill. 1930.

Podlaski et Kohn. Le thymus chez le nouveau-né, *J. of Dis. of Child.*, [illegible], avril 1930.

Rocaz. Lymphocytémie aiguë avec hypertrophie du thymus, *Rev. mens. mal. de l'enfance*, 1902.

Sainton. L'hypertrophie du thymus et sa signification chez l'adulte, *Gaz. méd. de France*, 15 juin 1930.

Ser. Etude critique sur le rôle pathogène de l'hypertrophie thymique dans l'enfance, *Th. de Lyon*, 1931.

Svehla. De l'action du suc thymique sur la circulation et la mort thymique chez l'enfant, *Wien. Med. Blätter*, 1896.

Taillens. Sur la mort chez les enfants par hypertrophie thymique, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1901.

Tricoire. Mort subite par dilatation aiguë du cœur chez un homme porteur d'un gros thymus, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 janv. 1919.

Veau. Chirurgie du thymus, 1er *Congrès de l'Ass. fr. de péd.*, Paris, 1910.

Weill, Péhu et Chalier. Sur un cas traité chirurgicalement d'hypertrophie du thymus avec sténose trachéale, *Lyon méd.*, 10 avril 1910.

Wulsten. La mort thymique, *Deuts. med. Wochs.*, t. LVII, n° 20.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES FÉCULES DANS L'ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Définition. — Ce sont des amidons retirés des organes souterrains des plantes. Les principales sont l'*arrow-root*, le *manioc*, le *sagou*, le *salep* et la *pomme de terre*. Blanches, fines, très digestibles, elles conviennent parfaitement à l'alimentation du premier âge.

Notions théoriques. — *Arrow-roots.* — Ils sont retirés, par râpage et lavage au tamis, des rhizomes de Cannacées, Marantacées et Zingibéracées. On distingue :

1° L'arrow-root des Antilles ou des Indes Occidentales, fourni par les souches du *Maranta arundinacea*, farine blanche, craquant sous le doigt, constituée, au microscope, par des grains volumineux, arrondis, à hile linéaire;

2° L'arrow-root de Travancore ou des Indes Orientales, fourni par divers *Curcuma:* poudre moins blanche que la farine de blé, formée de grains aplatis, elliptiques ou rectangulaires ou en bâtonnets, à huile punctiforme;

3° L'arrow-root du Queensland ou fécule de Tolomar. Il provient des rhizomes de divers *Cannas*. De couleur blanc satiné, ses grains sont beaucoup plus volumineux que ceux des autres fécules; ils présentent un hile peu apparent et des stries concentriques.

Pauvre en lipides et en protides, l'arrow-root est riche en glucides. Il sert à préparer des bouillies très agréables et très digestibles.

Manioc. — Il est retiré de diverses Euphorbiacées alimentaires du genre Manihot, originaire de l'Amérique du Sud. *M. Aipi* fournit le manioc doux, *M. utilissima*, le manioc amer ; ce dernier renferme un glucoside cyanogénétique que l'on doit détruire par la chaleur avant de le livrer à la consommation.

Les tubercules sont arrachés, râpés, abandonnés à la fermentation ; de la pulpe aqueuse obtenue, enfermée dans dse sacs de crin, on exprime le suc, qui entraîne la fécule. Après dépôt, on lave, sèche et on obtient une poudre fine, granuleuse, la *Moussache*.

Cette Moussache, humidifiée, projetée sur des plaques mobiles chauffées, puis roulée, fragmentée mécaniquement et tamisée, constitue le tapioca.

L'amidon de Moussache est en grains irréguliers, inégaux, parfois agglomérés, anguleux d'un côté, arrondis de l'autre.

Les granules de tapioca se délayent imparfaitement dans l'eau froide et forment, avec l'eau bouillante, un empois visqueux, demi-transparent.

Riche en glucides, très pauvre en protides et en lipides, la farine de manioc est facilement assimilable.

Sagou. — C'est une fécule extraite de la moelle de certains Palmiers du genre *Metroxylon*, originaires de l'Inde-Malaisie.

L'arbre est abattu avant la floraison ; la moelle, séparée, est pulpée et délayée dans l'eau. L'amidon qui se dépose est lavé et desséché. La farine ainsi obtenue se conservant mal, on la transforme en granules par passage sous pression à travers un tamis, puis dessication sur des plaques chauffées. Par grillage à feu doux sur des poêles de fer, on obtient le sagou granulé grillé.

Le sagou commercial se présente donc sous plusieurs formes :

a) Farine blanche, pure ;

b) Farine mélangée, par suite de lavage incomplet, à des débris végétaux ;

c) Granulé.

Au microscope, il est constitué par des grains de grosseur irrégulière et de forme très variable, soit isolés, soit agglomérés, à hile très apparent, souvent unifié et excentrique.

Salep. — Il est formé par des tubercules de diverses Orchidées appartenant surtout au genre *Orchis*, qu'on arrache, nettoie, plonge dans l'eau bouillante, puis sèche ; au cours de ce traitement, ils deviennent durs et cornés ; les grains d'amidon qu'ils contiennent sont déformés et partiellement transformés en empois.

Pomme de terre. — C'est un tubercule fourni par le *Solanum tuberosum*. Riche en glucides (80,74 p. 100), elle est très pauvre en protides (0,88 p. 100), en lipides (0,05 p. 100) et en sels minéraux (0,57 p. 100).

Voici, d'après M. Alquier, un tableau relatif à la *composition chimique et à la valeur énergétique* des aliments que nous venons de passer en revue.

Aliments.	Eau.	Cendres.	Protides.	Lipides.	Glucides.	Calories par 100 gr.
Arrow-root..	13,36	0,27	1,05	0,20	85,12	344
Tapioca, sagou, perles de Singapour.....	12,07	0,12	0,44	0,19	87,18	350
Pomme de terre.....		0,57	0,88	0,05	80,74	324,84

Utilisation des fécules chez le jeune enfant. — Arrow-root, manioc, sagou, salep.

Préparation. — Délayez une demi-cuillerée à café d'*arrow-root* dans une petite quantité d'eau froide. Versez le tout dans 100 gr. de lait précédemment chauffé, faire bouillir le tout à petit feu un quart d'heure, sans cesser de remuer ; ajoutez une pincée de sel et un morceau de sucre.

On a ainsi une bouillie épaisse, qu'on donnera à la cuiller.

Se trouve-t-on dans l'obligation de substituer au lait frais du lait condensé ou du lait sec, on n'ajoutera ces produits qu'à la fin, une fois la cuisson achevée.

LORAGA

Emulsion originale d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine

RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal. Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales. Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS : Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation. — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite. Aucune action secondaire. Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

Littérature et échantillons sur demande à MM. les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

F. Guillemoteau, Pharmacien - 13, rue Pagès, Suresnes (Seine)

Date à laquelle on peut les administrer. — On peut commencer l'usage de l'*arrow-root vers le sixième mois, si l'enfant est bien portant.* Nombre de pédiatres contemporains le donnent même beaucoup plus tôt. En tout cas, on aura soin de le substituer à une tétée ou à un biberon, et de n'en autoriser une seconde bouillie qu'au bout d'un mois environ, si la première a été bien tolérée.

Mêmes réflexions pour la préparation du *manioc*, du *tapioca* et du *sagou*, qui seront donnés un peu plus tard que la précédente : vers huit ou neuf mois, en principe.

Pomme de terre. — Elle peut être administrée :

En purée: une pomme de terre (50 gr.), 5 gr. de beurre ; lait q. s. ;

Soit seule ;

Soit additionnée de certains légumes verts : chicorée, épinards, laitue, aliments riches en cellulose et, pour les épinards, en vitamine C.

Ces purées doivent être très finement écrasées et très diluées, surtout au début, sous peine de provoquer des vomissements.

On peut les donner à partir d'un an pour la purée de pommes de terre seule, à partir de quatorze mois pour la purée de pommes de terre additionnée de légumes verts.

Dans une *soupe maigre*, qu'on peut donner à partir de 6 mois, et qui utilise, en plus de la pomme de terre, d'autres légumes passés : carottes, haricots, navets, poireaux.

Vers la fin de la deuxième année, la pomme de terre pourra être *cuite au four* et additionnée d'un peu de beurre frais.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1934)

Les modifications du chondriome des cellules de la tumeur de Flexner-Jobling du Rat albinos au cours de leur évolution. — M. E. GRYNFLETT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1934)

Notice. — M. MARION donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Francisco Durante (de Rome), associé étranger depuis 1916, récemment décédé.

Les formes uniquement humorales de la syphilis expérimentale du lapin. — MM. Ch. RICHET fils, DUBLINEAU et Mme MICHEL ont étudié certaines formes exclusivement humorales de la syphilis expérimentale du lapin. Après avoir insisté sur la très grande valeur de la réaction de Meinicke chez cet animal comme signe de syphilis et avoir rappelé quelques-unes des variétés déjà connues de la syphilis expérimentale à manifestations purement humorales, les auteurs montrent que, avec certains virus, en particulier avec celui qui existe dans le liquide céphalo-rachidien des P. G., on peut provoquer l'apparition de réactions humorales positives. Si, un certain temps après, on inocule à ces animaux du virus syphilitique adapté, ils réagiront de façon différente que les animaux neufs, montrant ainsi leur état d'allergie.

Sur un cas de streptococcémie grave. Remarques cliniques, bactériologiques et thérapeutiques. — MM. DUTREY et CHABANNES ont observé un cas de septicémie à streptocoques, particulièrement important par sa marche spéciale, sa gravité, ses complications nerveuses toxiques, la persistance inaccoutumée du germe dans le sang, sa guérison.

Le malade, âgé de 21 ans, a fait une septicémie streptococcique à la suite d'une grippe avec otite suppurée. Les symptômes habituels (très violents frissons, abattement profond, signes de myocardite avec pouls misérable et incomptable) se sont compliqués de raideur de la nuque, de vomissements et de parésie des quatre membres. Signe de Babinski bilatéral et trépidation épileptoïde. Rien au fond de l'œil. Liquide rachidien hypertendu, clair, renfermant 9 lymphocytes par mm^3, etc.

Le pronostic était fatal. La sérothérapie antistreptococcique (sérum de Vincent) amène une amélioration extrêmement rapide de l'état général et, dès le troisième jour, le malade sort de sa torpeur, les phénomènes nerveux disparaissent.

Mais le streptocoque persiste dans le sang et ne disparaîtra que quinze jours plus tard, après arthrite sterno-claviculaire et arthrite suppurée du genou incisées l'une et l'autre.

Cette longue persistance de l'infection peut être attribuée à ce que, pour des raisons indépendantes, on a associé pendant plus de dix jours la vaccinothérapie à la sérothérapie ; le vaccin accapare une notable partie des anticorps fournis par le sérum. Dès que l'on a cessé les injections de vaccin, la guérison définitive par le sérum a été obtenue en quelques jours.

Le streptocoque hémolytique isolé par les hémocultures était d'une virulence extrême pour le lapin. Le pharynx a donné un streptocoque très virulent, d'abord non hémolytique, puis hémolytique sur les milieux nutritifs au sang.

Venin, vipères et cancer. — M. PITON, reprenant les travaux de Billard, a étudié la peau de vipère qui contient des lipoïdes. Il en extrait un produit injectable qu'il a utilisé avec des résultats encourageants dans le traitement du cancer.

Emploi du sérum de cheval comme hémostatique en injections intra-tissulaires à doses très faibles. — MM. HAMON et PINOT.

Syndromes toxiques d'origine intestinale. — M. LOEPER.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre libre en remplacement de Mme Curie.

Les candidats étaient ainsi classés : en première ligne, M. Henri Meige ; en deuxième ligne, ex aequo et par ordre alphabétique, MM. Bouquet, Jayle, Kling, Mme Phisalix, M. Trillat.

Au premier tour de scrutin, M. Henri MEIGE, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts, est élu par 52 voix sur 87 votants. M. Bouquet a obtenu 7 voix. M. Jayle 2 voix. M. Kling 4 voix. Mme Phisalix 2 voix. M. Trillat 20 voix.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1934)

Fracture de la colonne vertébrale. — MM. SÉNÈQUE et A. SICARD exposent les avantages de la position de Schotte dans les fractures de la colonne vertébrale. Ils ont obtenu deux bons résultats de ce procédé.

M. MATHIEU fait remarquer que cette position a été décrite d'abord par le professeur Delbet.

M. HUET a obtenu de ce procédé un bon résultat anatomique, mais le résultat fonctionnel resta mauvais.

M. Pierre DUVAL considère que la position de Schotte est plus facile à appliquer que celle de Böhler pour les frac-

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U.V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes _ PARIS (17e)
G. CHENAL _ PHARMACIEN

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

NUCLÉARSITOL ROBIN
Granulé - Comprimés - Injectable
TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES
LYMPHATISME - SCROFULE
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE — CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE
Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses
Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours
Résultats inégalés par tout autre traitement chimique

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE — AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes
Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE — LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE — COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
Aussi antiseptique que le nitrate d'argent
Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéo-muqueuse — Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE — MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE
Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale
ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la
Ste Ame des Produits Chimiques Spéciaux "BREVETS LUMIÈRE"
45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

tures de la dernière dorsale et des deux premières lombaires. Mais le procédé de Böhler est préférable en cas de fracture dorsale.

Anesthésie à l'Evipan. — M. J. Gautier (Angers) a utilisé avec avantage l'anesthésie intra-veineuse à l'évipan, par injections fractionnées et répétées. Les grandes hémorragies lui paraissent une contre-indication de ce procédé.

Azotémie normale pré-opératoire. — M. Pierre Duval montre l'infidélité de l'azotémie normale dans les indications et le pronostic opératoires. Le taux de l'azotémie ne présente pas de parallélisme avec l'augmentation de la polypeptidémie post-opératoire qui marque l'intensité du shock opératoire. Il est logique d'explorer essentiellement la valeur du foie au point de vue des polypeptides.

M. Chevassu estime qu'il faut, à la recherche de l'azotémie, ajouter l'étude de la constante d'Ambard.

M. Métivet insiste sur l'utilité de l'examen clinique préopératoire.

Anesthésie à l'Evipan. — M. Desplas rapporte un travail de MM. Ducuing et Favre sur l'anesthésie à l'évipan chez des sujets néoplasiques. Ayant observé un cas de mort et deux cas d'hypotension, ils considèrent que cet anesthésique peut être dangereux. Aux contre-indications déjà connues, M. Desplat ajoute les opérations cranio-faciales.

M. Robert Monod juge que la technique de l'anesthésie à l'évipan doit être bien connue pour que le danger disparaisse. Mais il constate que la méthode s'étend, avec des résultats favorables, Il recommande de ne pas utiliser plus de 5 cm³ d'anesthésique pour endormir le malade, et d'utiliser un goutte à goutte intra-veineux, à la demande.

M. Maurer constate qu'actuellement, au lieu d'utiliser l'évipan comme anesthésique de base, on tend à l'utiliser progressivement pour l'anesthésie totale, en utilisant la dose nécessaire à chaque cas.

M. Moure considère qu'il faut doser l'évipan pour chaque sujet. Il en a obtenu de bons résultats.

Présentation de pièces :

M. Labey. Tumeur paranéphrétique récidivée.

(séance du 7 novembre 1934)

Actinomycose osseuse. — M. Ombrédanne a observé un cas d'actinomycose massive de la région de l'épaule, diffusant sur le thorax. Après une première extirpation et un traitement ioduré énergique et des séances de radiothérapie, il y eut une récidive locale et l'apparition d'une masse dans la région carotidienne. Cette seconde localisation fut à son tour extirpée et le traitement ioduré repris. Cependant, la malade n'est pas encore guérie.

M. Chevrier a traité plusieurs cas d'actinomycose osseuse. Il a observé une éosinophilie fréquente. Il croit utile de faire concurremment au traitement iodé des pansements à l'iodure.

Injections thérapeutiques dans le système lymphatique. — M. Moure a cherché à bloquer le territoire lymphatique par des injections sclérosantes. Il a utilisé une solution d'éther et de formol coloré par la chlorophylle et l'a injectée dans un ganglion. Ce traitement semble intéressant pour prévenir l'envahissement cancéreux et surtout dans le traitement des adénites tuberculeuses. Le rôle de la chlorophylle paraît important, peut-être à cause de l'action photo-sensibilisatrice de cette substance.

M. Métivet se demande s'il n'y aurait pas intérêt à respecter la barrière ganglionnaire lors de la cure chirurgicale des cancers.

M. Mondor rappelle que Souligoux avait pratiqué de nombreux blocages lymphatiques par des injections formolées.

Hématome sous-dural chronique. — M. Moulonguet rapporte une observation de MM. Swynghedauw et Dereux (Lille). L'hématome s'est révélé deux mois après le traumatisme. Les signes de localisation étaient incertains. On fit une trépanation du côté où avait porté le traumatisme sans trouver de lésion. De l'autre côté par contre, une deuxième trépanation fit découvrir l'hématome.

M. Petit-Dutaillis conseille de faire une trépano-ponction avec ventriculographie pour localiser l'hématome. Il insiste sur la rareté des hématomes tardifs. Par contre, il est fréquent de voir ainsi révélée une tumeur cérébrale jusque-là latente.

M. Welti pense que l'encéphalographie par ponction lombaire est susceptible de remplacer avantageusement la trépano-ponction.

Paralysie de l'hypoglosse et du spinal. — M. Mocquot relate cette observation de M. Roques, où cette paralysie était la suite d'une plaie par balle. L'auteur a pratiqué l'extraction de la balle, qui était située au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas. Les paralysies ont persisté.

M. Sorrel a vu un cas semblable.

Paralysie de l'hypoglosse. — M. Merigot présente le malade auquel vient de faire allusion M. Sorrel, et qui a guéri malgré une hémorragie secondaire de la carotide externe.

Maladie de Dupuytren. — M. Desplas présente un malade traité par sa méthode personnelle avec bon résultat. Il insiste sur la position qui doit être donnée aux doigts après l'opération, en flexion forcée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LA MÉDECINE LIBRE

(A propos de la circulaire du 8 août 1934.)

Dans la période troublée que nous traversons, il n'est pas surprenant que les principes les plus solidement et les plus légitimement établis soient ébranlés par les efforts de ceux qui cherchent de nouvelles formules sociales : ils s'imaginent qu'en faisant table rase d'un passé qui a cependant fait ses preuves, ils édifieront un monde meilleur. Et, bien entendu, la médecine n'échappe pas à leurs entreprises, car elle est un état qui, par sa nature même, ne peut se prêter aux improvisations et constitue ainsi un élément de résistance qu'on voudrait bien abattre.

Un de ces principes, le plus essentiel et le plus indispensable à son action bienfaisante, est certes la liberté : liberté pour le malade de choisir son médecin ; liberté pour le médecin de s'entendre directement, à tous points de vue, avec son malade. Ce n'est qu'ainsi que peut s'établir cette liaison étroite génératrice de la confiance, tellement nécessaire qu'on a pu dire que si le médecin soulage quelquefois, il doit toujours consoler. Et, pour ce faire, ne faut-il pas posséder la confiance absolue de son malade ?

NÉVROSES - INSOMNIES

LOBÉLIANE
LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL
GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES
ATOXIQUE

DOSE CALMANTE = 2 à 5 cuillerées à café par jour
DOSE HYPNOTIQUE = 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20 - RUE DU LAOS — PARIS (15e)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,162. Seine.

Or, il est des projets qui vont à l'encontre de cette doctrine ; ils risqueraient, si on n'y prenait garde, de bouleverser la médecine traditionnelle et de nous rapprocher de cette fonctionnarisation si redoutable, surtout pour les malades qui en seraient les premières victimes.

Pour y parer, nous ne pouvons mieux faire que de donner des extraits d'une note du *Syndicat des Médecins de la Seine* qui invite tous les médecins de France à se joindre à sa protestation et qui les instruira à la fois de la nature de ces projets et de la nécessité absolue où nous nous trouvons de nous y opposer de toutes nos forces. Il s'agit tout d'abord de la circulaire du 8 août et les faits rapportés confirment largement les considérations que nous avons publiées ici même.

Circulaire du 8 août 1934 de M. le Ministre du Travail relative aux tarifs de réassurance, aux tarifs de responsabilité et aux consultations médicales

« Cette circulaire, déclare le rapport du secrétaire général de la Confédération (page 800 du *Médecin de France*), a fait l'objet d'une « mise au point » par une lettre officielle du ministre du Travail qui remet, en effet, les choses au point, et que le Conseil d'administration de la Confédération, convoqué à cet effet, a jugée comme devant clore l'incident. »

On sait d'autre part qu'une circulaire confédérale du 1er octobre, reproduite dans le *Médecin de France* du 15 octobre, affirme que la lettre du 30 septembre du ministre du Travail donne « toute satisfaction » au corps médical. (Affirmation d'ailleurs inexacte, puisque le Conseil, mis en présence d'un ordre du jour exprimant l'opinion que la lettre du ministre du Travail nous donnait « satisfaction » avait supprimé ce terme et s'était contenté de « prendre acte » de l'interprétation du ministre du Travail.)

Dans une lettre-circulaire adressée le 18 octobre 1934 à tous les Syndicats et appuyée d'une remarquable consultation juridique de Me Jobit, le Syndicat des Médecins de la Seine s'est élevé avec force contre l'opinion optimiste du secrétaire général et de la majorité du Conseil, et a déclaré qu'il ne serait complètement rassuré que si la Confédération obtenait du ministre l'annulation pure et simple de sa circulaire à tendance illégale du 8 août ou tout au moins pouvait obtenir une circulaire rectificative qui, calmant l'émotion du corps médical et rassurant sa légitime inquiétude, lui donnerait vraiment satisfaction.

Malgré les efforts de plusieurs délégués au Conseil de la Confédération, la majorité de celui-ci a néanmoins jugé le 21 octobre que l'incident de la circulaire devait être considéré comme « clos ».

Hélas, les faits n'ont pas tardé à apporter un formel démenti à l'optimiste opinion de la majorité du Conseil d'administration de la Confédération.

Et en voici la preuve :

En exécution de l'arrêté du 7 août 1934, relevant le tarif national de réassurance, une Caisse de la région parisienne (Caisse primaire du personnel de la Banque Adam) a récemment relevé son tarif de responsabilité de 15 à 18 fr. pour la consultation et de 17 à 20 fr. pour la visite à domicile.

Conformément à la loi, cette Caisse demandait à la Commission interdépartementale tripartite de Seine et Seine-et-Oise d'approuver son nouveau tarif de responsabilité.

Or, celle-ci, dans une réunion de sous-Commission (le 7 novembre), a estimé à la majorité que le nouveau tarif de responsabilité de la Caisse ne pouvait pas être approuvé, parce que la Caisse n'avait pas, ainsi qu'il est spécifié dans la circulaire ministérielle du 8 août, « obtenu en contrepartie des sacrifices résultant de l'augmentation des dépenses, une réduction du tarif syndical minimum ». Tous les membres de la sous-commission, autres que les représentants des groupements de praticiens, ont été unanimes pour estimer que la lettre du 30 septembre de M. Marquet n'avait aucune valeur, et que, à leurs yeux, seule comptait la circulaire du 8 août qui n'a pas été abrogée....

« ... Nous estimons que le corps médical doit s'efforcer d'obtenir du nouveau ministre du Travail une nouvelle circulaire rectifiant celle de M. Marquet. Tant que la circulaire du 8 août, impérative pour les fonctionnaires et indicative pour les caisses, n'aura pas été abrogée ou profondément modifiée, nous ne nous estimerons pas satisfaits...

« *L'obligation réciproque de conclure des conventions ?*

Dans l'état actuel de la législation, seules les caisses ont l'obligation de signer des conventions et ne peuvent se refuser à signer la convention-type lorsque le syndicat médical leur offre cette signature. La majorité du Conseil d'administration de la Confédération, au dire du secrétaire général, nous propose de demander aux parlementaires une modification à la loi pour obliger aussi le Syndicat médical à signer la convention-type. Et la même majorité du Conseil d'administration, toujours au dire du secrétaire général, nous prévient qu'une révision de la convention-type serait la conséquence inévitable de cette modification législative.

Nous sommes formellement opposés à ce bouleversement de la loi.

Le corps médical perdrait ainsi la seule arme, vraiment efficace, qu'il possède aujourd'hui pour faire respecter la loi, l'arme de la grève administrative et de la cessation concertée de la collaboration au fonctionnement des assurances sociales.

Aujourd'hui, le droit de refuser la convention nous est accordé et la grève est légalement possible. Demain, avec le texte proposé par la Confédération, la grève deviendrait une illégalité. En cas de conflit aigu avec les caisses, nous serions obligés d'avoir recours à un arbitrage ministériel et après l'incident de la circulaire du 8 août, il n'y a pas besoin d'être grand clerc pour deviner ce que serait la sentence arbitrale.

Nous attirons aussi l'attention sur le danger d'une refonte de la convention-type actuelle. Les dirigeants des caisses ne nous cachent pas ce qu'ils désirent, ce qu'ils « exigent » que soit dorénavant inclus dans la convention-type : avant tout une tarification, en baisse bien entendu, des honoraires médicaux et l'obligation pour les médecins d'appliquer ce tarif. Cette demande a été bien des fois publiquement exprimée, en particulier par M. Heller, président de la Fédération nationale de la Mutualité et président de l'Union des Caisses de la région parisienne.

On voit donc que c'en serait fait de la liberté aujourd'hui reconnue de fixer librement nos honoraires syndicaux minima. L'entente directe aurait vécu.

Il va sans dire que les caisses demanderaient également — et obtiendraient, — dans les nouvelles conventions-type, l'insertion de clauses portant atteinte à la liberté thérapeutique, au respect du secret professionnel et à bien d'autres garanties que les assurés comme les médecins tiennent de la convention actuelle... »

L'importance vitale de ces questions n'échappera pas aux médecins et ils sauront envisager les réactions indispensables.

A. HERPIN.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

FICHES DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

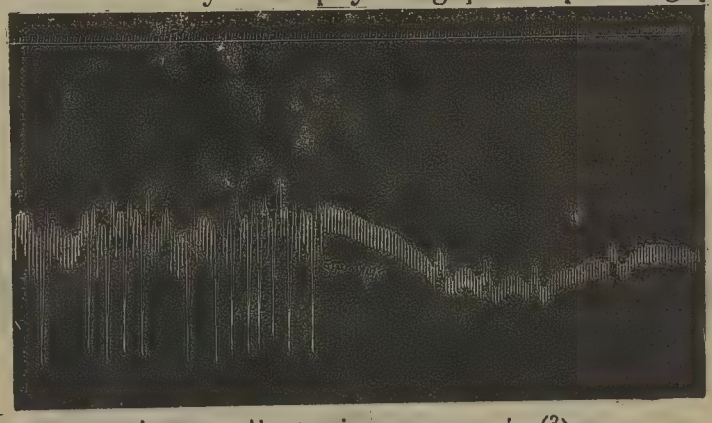
La Spartéine " Houdé "

Sulfate de Spartéine : $C_{15}\ H_{26}\ N_2,\ SO_4\ H_2 + 5H_2\ O$. *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine** : *a*) soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;
b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;



c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur** : arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique** : maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur toni-cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

(1) F. MERCIER et L. J. MERCIER. *C. R. Soc. Biol.*, **93** (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, **25** (1925), 1.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. médecine*, Toulouse (1927).

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

SULFUREUX POUILLET

EN **BOISSONS**
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon ..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE

LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-V°

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 5 DECEMBRE 1934. — N° 97.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-81.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Aliénation mentale et certificat, par M. R. Benon.
La gastroptose et son traitement aux eaux minérales de Slanicul-Moldovei, par M. L. Rodescu (de Bucarest).
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société de pédiatrie. — Société de biologie.
HYGIÈNE PUBLIQUE
Session d'octobre du Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique, par F. L. S.
CHRONIQUE
Un grand ami des médecins : Léon Bérard à l'Académie française, par M. Maurice Mordagne.
Le dîner du Progrès médical, par F. L. S.
NOTES POUR L'INTERNAT
Intoxication aiguë barbiturique. Signes. Diagnostic. Traitement.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Jury : MM. les docteurs Lamy, de Brun du Bois Noir, Kourilsky, Dreyfus, Ménégaux, Banzet, Meillère, Redon, Parfonry.

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Jury : MM. les docteurs Mahar, Aimé, Lehmann, Rouhier, Boulin.

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1935, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 fr.

Dépôt du travail avant le 15 janvier 1935 au bureau du Service de santé. — Les mémoires du concours de la médaille d'or ne sont pas admis.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a autorisé la mutation de M. le professeur Bezançon, de la chaire de clinique médicale (Saint-Antoine), à la chaire de clinique de la tuberculose, vacante par suite du décès de M. le professeur Léon Bernard.

M. Mocquot, agrégé, a été proposé, à l'unanimité, pour le titre de professeur sans chaire.

— Nancy. — 1° Prix de fin de 1re année : M. Castelain (de Nantes); 2° Prix de fin de 1re année : Mlle Schweisguth (de Remiremont); mention très honorable : M. Holvec (de Lunéville).

Prix de fin de 2e année : M. Bardin (de Saint-Dié); mention très honorable : Mlle Wojskowska (de Sokolki); mention honorable : M. Abel (de Nancy).

Prix de fin de 3e année : M. Grosjean (de Saint-Rémy); mention honorable : M. Godot (de Bénaménil).

Prix de fin de 4e année : M. Penin (de Nancy); mention très honorable : M. Tieger (de Poroha).

Prix de fin de 5e année : non décerné.

Prix de Fondation. — *Prix Bénit*, dit de l'internat. — M. Vichard (de Granges).

Prix Pierre Schmitt (décerné à l'interne reçu le premier au concours en 1933). — Mlle Weissmann (de Stary-Sambor).

Prix Grandeury-Fricot. — Non décerné.

Prix Vautrin. — 1er prix : M. Thomas (d'Avon); 2e prix : Mlle Hennequin (de Colombotte).

Prix Heydenreich-Parisot. — Non décerné.

Prix Ritter. — M. Buisson (de Cosne).

Prix Rohmer. — Non décerné.

Prix de fin d'études dentaires. — 1er prix : M. Gunslay (de Remiremont); 2e prix : M. Huguin (de Nancy).

Prix de thèses. — *Prix du département de Meurthe-et-Moselle et de la ville de Nancy* : *ex æquo*, M. Kissel (de Zougouldagh) et M. Weiss (de Nancy).

Prix de la Fondation Schemel : *ex æquo*, M. Grandpierre (de Pont-à-Mousson) et M. Mahuot (de Culmont) ; mention

HÉMORROÏDES
ANUSOL
(Anciennement exploité par le Laboratoire MIALHE)
SUPPOSITOIRES — POMMADE
Echantillons sur demande à MM. les Médecins
Lab. SUBSTANTIA, 13, rue Pagès, SURESNES (Seine)

très honorable : MM. Anjoulat (de Saïda), Aubry (de Laxou), Dumas (de Faverney), Goldberg (de Buczacz) ; mention honorable : MM. Baudouin (de Xertigny), Depardieu (de Nancy), Guyot (de Paris), Iliezon (de Piatra), Kuhnast (de Saint-Nicolas-du-Port), Lazitch (de Prizrend), Marchal (de Nogent-en-Bassigny), Mme Moyse (de Pont-à-Mousson), MM. Sommelet (d'Arc-en-Barrois), Zaidman (de Soroca).

Subventions accordées par l'Association d'aide aux recherches scientifiques de la Faculté de médecine (Association fondée et gérée par de hautes personnalités régionales) : MM. Florentin et Weis, du laboratoire d'histologie ; MM. Kissel, Simonin, Weil et Couillault, du laboratoire de bactériologie ; MM. Baudot et Gault, de la clinique ophtalmologique.

GUERRE. — M. le médecin commandant Costedoat, professeur agrégé du Val-de Grâce, de la section technique du Service de santé, est nommé, à compter du 14 décembre 1934, à l'Ecole du Service de santé militaire comme professeur agrégé libre chargé d'enseignement.

LE SANATORIUM MUSSOLINI. — M. Mussolini vient d'inaugurer près de Rome un hôpital antituberculeux de dimensions considérables, qui va porter son nom.

Le professeur Fernand Bezançon (de Paris), secrétaire général de l'Union internationale contre la tuberculose, assistait à l'inauguration. Il était accompagné de MM. Rist, Weill-Hallé, Armand-Delille, Ameuille (de Paris), le professeur Paul Courmont (de Lyon) et le professeur Leclerc (de Lille).

COMITÉ D'HYGIÈNE DE LA S. D. N. — Le professeur Jacques Parisot, de la Faculté de médecine de Nancy, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France, a été désigné pour succéder à M. le professeur Léon Bernard, au poste de délégué permanent de la France au Comité d'hygiène de la S. D. N.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Lecrenier (de Huy, Belgique), Maurice Autefage (de Roubaix), Robert Tillier (d'Alger), victime d'un accident d'avion ; Gaetano Viale, professeur de physiologie à l'Université de Gênes ; Ferdinand Laporte (de la Suze, Sarthe) ; Gougaud, médecin principal honoraire de la marine, décédé au Mans ; Maurice Leduc (de Thiant) ; Pierre Pansier (d'Avignon) ; Joseph Caluwaerts (de Neerheylissem, Belgique) ; René Goethals (de Woluwe Saint Lambert, Belgique).

CHRONIQUE

UN GRAND AMI DES MÉDECINS : LÉON BÉRARD A L'ACADÉMIE FRANÇAISE

Le Corps médical a appris avec satisfaction l'élection de l'ancien grand-maître de l'Université à l'Académie française. Quand Léon Bérard se présenta, il y a plusieurs années déjà, à cette élection, l'opinion intellectuelle l'avait par avance validée. Son œuvre de défense classique, à la tête du ministère de l'Instruction publique, l'avait classé bon premier parmi les concurrents. Mais il y a toujours les impondérables, et en fin de compte Paul Valéry lui fut préféré par le jeu des chiffres. Néanmoins Léon Bérard continua à jouer le rôle de premier plan du plus grand avocat de la culture classique, sans laquelle la France ne serait pas la France. Convaincu et ardent, il fut toujours le chef incontesté de cette cohorte de lutteurs qui se trouvent à tous les carrefours où l'on se bat pour le Grec, pour le Latin, pour le Français, pour l'Histoire, pour la Philosophie et pour l'égalité scientifique.

Les médecins et les journalistes médicaux savent combien Léon Bérard partage leurs idées quant au relèvement du niveau de la culture générale ; ils savent qu'ils ont toujours trouvé en lui l'homme décidé à soutenir par l'action politique et la parole leur programme de défense professionnelle. C'est donc avec joie que nous saluons l'entrée de notre ancien ministre de l'Instruction publique sous la Coupole.

L'éloquence aura à l'Académie le représentant le plus pur du style du Grand Siècle ; et la culture classique, si vivement soutenue par des médecins de la race des Marfan, des Sergent, des J.-Louis Faure, des Balthazard, des Cunéo et des Marion, aura parmi les quarante Immortels le porte-parole le plus brillant de l'époque contemporaine.

MAURICE MORDAGNE.

LE DINER DU « PROGRÈS MÉDICAL »

Le dîner annuel de notre excellent confrère le *Progrès médical* a eu lieu la semaine dernière, sous la présidence de M. le professeur J.-L. Faure. Autour de l'aimable M. Rouzaud, éditeur du *Progrès*, du professeur Loeper, son rédacteur en chef, et de Maurice Genty, secrétaire de la rédaction, étaient groupés tous les collaborateurs du journal et de nombreux invités.

On remarquait les professeurs Nobécourt et Lereboullet ; M. Julien Noir, directeur du *Concours médical* et ancien collaborateur du *Progrès* ; M. Brocq-Rousseu, membre de l'Académie de médecine ; M. Charles Richet fils ; MM. Roussel et Fumouze ; le commandant Feuillade ; M. Mouneyrat ; le professeur Lenormant ; MM. H. Bourgeois, Neveu, Sézary, Thépenier, etc...

Le repas fut un chef-d'œuvre, digne des grandes traditions d'avant-guerre. Après une telle démonstration gastronomique, le recueillement s'imposait, aussi les discours furent-ils brefs.

M. Rouzaud salua ses hôtes et remercia M. Loeper de ses vingt-cinq ans de collaboration au *Progrès médical*, collaboration brillante, bien digne du grand journal fondé il y a 61 ans par Bourneville, sous l'égide de Charcot. Il dit son attachement et son admiration pour notre cher collègue, et au nom de la rédaction lui remit un magnifique objet d'art.

Puis M. F. Le Sourd au nom de l'*Association de la Presse médicale française* ; M. Fumouze au nom du *Syndicat des Fabricants de produits pharmaceutiques* ; M. le professeur Lenormant au nom des collaborateurs du *Progrès*, exprimèrent à M. J.-L. Faure et à M. Loeper leur affection profonde, et ils levèrent leur coupe en l'honneur du *Progrès Médical*.

Que dire de la réponse de M. Loeper ? Ce fut le feu d'artifice auquel il nous a habitués : son admiration pour J.-L. Faure l'illustre chirurgien et l'incomparable ami, son amitié pour ses collègues et ses élèves, il sut les traduire avec émotion ; ses souvenirs — il en a beaucoup — furent rappelés d'une façon charmante. En terminant il exprima une fois de plus son attachement à son journal et sa foi dans l'avenir du journalisme médical français auquel — ce n'est plus lui qui parle — il a su conserver une si grande dignité et une si haute tenue scientifique.

F. L. S.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

ASTHME VRAI
HYPERTENSION
DYSMÉNORRHÉE
HOQUET PERSISTANT
ANGINE DE POITRINE
ANGIOSPASMES
COQUELUCHE
MAL DE MER

RHODAZIL

BENZOATE DE BENZYLE.

ANTISPASMODIQUE PUISSANT
ABSENCE DE TOXICITÉ ET D'EFFETS SECONDAIRES NUISIBLES

ADMINISTRATION FACILE _ DIGESTION AISÉE

2 PRÉSENTATIONS: RHODAZIL SOLUTION EN FLACONS COMPTE-GOUTTES
RHODAZIL CAPSULES EN ÉTUIS DE 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPECIA"
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE _ PARIS_3e

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL
VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE
VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

ALIÉNATION MENTALE ET CERTIFICAT

Par M. R. BENON,
Médecin du Quartier des maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

La question de l'aliénation mentale et celle des certificats à rédiger pour établir l'état d'aliénation mentale, représentent une difficulté de la pratique courante de la médecine qu'il n'est pas aisé, en maintes circonstances, de surmonter sans hésitation. Voici quelques notions destinées à faciliter la compréhension des problèmes posés.

I. L'ALIENATION MENTALE

Il ne nous semble pas y avoir de définition possible de l'aliénation mentale en se plaçant au point de vue clinique pur, c'est-à-dire au point de vue psychopathologique, à moins d'adopter une définition vague et extrêmement compréhensive. Seule une définition du point de vue médico-légal ou du point de vue médico-administratif est rationnelle.

1. **Définition du point de vue clinique.** — Le mot aliénation mentale (alienare, changer) signifie simplement changement mental, trouble mental, maladie mentale ; or cela est imprécis, obscur. On a dit que c'était, pour le sujet, le degré d'inconscience de son état, qui créait l'aliénation ; cela est complexe et n'est pas un critérium ; à l'asile il y a des malades qui sont conscients de leur état et qui en souffrent.

2. **Définition du point de vue médico-administratif.** — En réalité, l'aliénation mentale est une situation de fait et on remarque à la réflexion que, dans le concept aliénation mentale, il existe *trois* éléments fondamentaux : un élément médical, un élément familial et un élément social. L'élément médical est indispensable, mais il n'est pas suffisant pour qu'on puisse dire : il y a aliénation mentale. Il importe que la maladie psychique nécessite par exemple des soins spéciaux qu'on ne peut donner à la maison (élément familial), nécessite l'organisation d'une surveillance active et continue (nouvel élément familial), nécessite l'isolement à cause de l'agitation (élément familial encore), ou nécessite l'isolement à cause de l'ordre et de la sécurité publics (élément social), etc. On le voit, la définition de l'aliénation mentale est chose *pratique* plutôt que scientifique. Cela explique que les aliénés constituent une catégorie sociale de malades extrêmement diverse.

II. LE CERTIFICAT DE PLACEMENT

Un certificat de placement à l'asile est toujours de rédaction délicate, sinon périlleuse. La loi de 1838 sur les aliénés prescrit : de constater l'état mental du patient, de décrire les particularités de sa maladie, d'indiquer la nécessité de le traiter dans une maison d'aliénés.

1° **Etat mental : constatations.** — Fixer l'état mental du patient, c'est exprimer les symptômes psychiques actuellement observés ; c'est faire non pas nécessairement un diagnostic définitif, mais un diagnostic de syndrome : délire, démence, excitation maniaque, confusion mentale, etc... On doit noter les signes physiques, s'il en existe. On ne doit rien dire de l'histoire de la maladie ni des antécédents. Il est prudent de ne pas signaler la cause des troubles mentaux. On peut relater sous la forme conditionnelle (si on ne les a pas vues), l'agitation du sujet, ses réactions nuisibles ou destructives, et dire que ces renseignements ont été fournis par des tiers.

2° **Particularités de la maladie : considérations spéciales.** — Le placement à l'asile (l'internement) est une mesure grave qui doit être justifiée et partant indiquée en termes explicites. L'internement est-il opportun ou non ? Est-il ou n'est-il pas une nécessité ? Cela dépend à la fois du sujet, de l'entourage et de la maladie :

1) Du sujet ? Celui-ci est en proie à l'agitation ; ou bien, inconscient de son état, incapable de se diriger, il est dangereux pour lui-même ;

2) De l'entourage ? Le malade exige qu'une surveillance active et continue soit exercée autour de lui, ou bien il est dangereux pour les autres ;

3) De la maladie ? Elle sera de longue durée ; elle présente une forme avec réactions impulsives ; elle entraîne des soins spéciaux. — En résumé il y a nécessité d'une surveillance active et continue, nécessité de l'isolement, nécessité d'un traitement particulier (balnéothérapie, psychothérapie).

3° **Conclusion.** — La conclusion pourra être formulée ainsi : « J'estime, en conséquence, que le malade est dans le cas d'être traité dans un asile d'aliénés ».

4° **Certificat pour placement volontaire.** — Le placement d'un aliéné à l'asile se fait sous la forme de placement volontaire (placement volontaire demandé par la famille et aux frais de la famille), ou, bien plus souvent, sous la forme de placement d'office (placement exécuté sur réquisition du maire de la commune dans les petites communes, du commissaire de police dans les villes, et placement aux frais, à la fois, de la commune et du département.

Le certificat pour placement volontaire d'un aliéné ne diffère pas en principe du certificat en vue du placement d'office. Ce certificat n'est valable que pour *quinze jours*. Dans le certificat pour placement volontaire, il n'est pas indispensable de dire que le patient est *dangereux* pour lui ou pour les autres, il suffit d'indiquer qu'il y a nécessité d'isolement, d'internement, de traitement spécial.

5° **Certificat de placement d'office.** — C'est le certificat que le praticien rédige le plus couramment ; cela changera peut-être du fait des assurances maladies, mais il n'en est encore rien à ce jour.

Le certificat pour placement d'office doit indiquer que le sujet constitue un état de *danger* (danger pour lui, danger pour les autres). Si le danger est grand, le médecin doit dire qu'il y a lieu d'interner *d'urgence* le patient. Faute de ne pas spécifier ce point, il arrivera parfois que l'autorité municipale ne se hâtera pas de réaliser le placement du malade.

6° **Certificat type.** — Voici à titre d'exemple un certificat pour l'internement d'un malade atteint du délire de la persécution avec hallucinations :

« Je, soussigné (nom, prénom, qualité, adresse), certifie que le sieur X... (nom, prénoms, âge, profession, adresse), est affecté d'aliénation mentale, caractérisée par :

(*Etat actuel.*) — Délire hallucinatoire, systématisé. Idées de persécution dirigées contre ses voisins, ou contre son entourage. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. (Il est bon de relater quelques-unes des paroles typiques du malade.)

D'après les renseignements fournis par la famille ou par telle autre personne, il a commis des bris d'objets, il s'est livré à des violences contre les siens, il a commis des fugues, etc.

(*Considérations.*) — Il résulte de mes constatations ainsi que des faits signalés par l'entourage, que le sieur X... se trouve dans le cas de recevoir des soins spéciaux, qu'il doit faire l'objet d'une surveillance active et continue, qu'il est dangereux pour lui ou pour les autres, que par suite il a besoin d'isolement, etc.

(*Conclusion.*) — J'estime, en conséquence, qu'il y a nécessité de faire placer et traiter d'urgence le malade dans un établissement d'aliénés.

7° **Autres certificats.** — Les formes de l'aliénation mentale sont très variées, et les certificats à rédiger peuvent se montrer sous de nombreux aspects. Les plus communs sont ceux qui expriment et résument un délire, une démence, un état de manie ou de confusion mentale.

1. *Délire.* — Très grande variété de délires : délire de persécution, bien ou mal systématisé, avec ou sans hallucinations (garder une attitude d'expectant si les hallucinations ne sont pas nettes et demander un confrère en consultation) ; délire mélancolique (idées de culpabilité, d'indignité, de ruine, de suicide) ; excitation anxieuse ; — délire hypocondriaque, délire de grandeur, délire mystique, délire érotique ; délire de persécution hallucinatoire des intoxiqués (alcoolisme), etc...

2. *Démence.* — Quatre démences : Paralysie générale ou démence paralytique ; affaiblissement global des facultés intellectuelles, troubles profonds du jugement, perte de la mémoire et des idées. Signes physiques : dysarthrie, tremblement de la langue, exagération des réflexes rotuliens, signe d'Argyll-Robertson, Bordet-Wassermann positif, etc.; — Démence précoce (ne porter ce diagnostic que s'il s'agit d'un état déjà chronique) ; — Démence organique et démence sénile.

3. *Excitation maniaque.* — Grande agitation motrice, logorrhée, hypermyosthénie générale. Fuite des idées ; hyperidéation. Tendances mystiques, érotiques, mégalomanes. Insomnie.

4. *Confusion mentale.* — Troubles profonds des perceptions. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Troubles de la reconnaissance des personnes et des objets. Egarement, hébétude. Agitation incohérente. Episodes hallucinatoires ou oniriques.

***

L'aliénation mentale, on le voit, est avant tout une situation de fait. A quel moment le médecin doit-il conclure à l'aliénation mentale et à l'internement ? Cela dépend essentiellement de la famille, à moins que le sujet ne soit nettement dangereux ; mais, dans ce cas encore, la famille souvent voudra attendre, surseoir. Toujours, à mon sens, le praticien devra se contenter de donner des conseils, il n'imposera pas l'internement. Il doit respecter en toutes circonstances les sentiments, les idées, les gestes d'une famille inquiète, hésitante, éplorée.

LA GASTROPTOSE ET SON TRAITEMENT AUX EAUX MINÉRALES DE SLANICUL-MOLDOVEI

Par le docteur Léon RODESCU (de Bucarest),
Membre correspondant de la Société de gastro-entérologie de Paris et de la Société de thérapeutique de Paris.

La gastroptose a été confondue d'abord avec la vieille dilatation de l'estomac, décrite par *Duplay*, *Penzold* et surtout par *Bouchard* et *Legendre*.

Puis il y eut une réaction provoquée par *Bouveret*, *Debove* et *Rémond*, *G. Sée* et mes maîtres, les Professeurs *Alb. Robin*, *Hayem* et *Alb. Mathieu*.

La gastroptose est la dislocation verticale de l'estomac, décrite d'abord par *Cruveilhier* et *Kussmaul*, elle fait partie du syndrome décrit par *Fr. Glénard* (1885) sous le nom de *Ptose abdominale* et par *Keith* sous le nom de maladie de *Glénard*. Dans la gastroptose on constate souvent une hypokinésie associée avec une insuffisance glandulaire, digestive et une hypotonie généralisée des tissus, dénommée *Léiasthénie* par notre maître M. le *Professeur Loeper*.

La grande courbure de l'estomac se trouve, d'après *Obrastzow* à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la ligne qui réunit l'ombilic à l'apophyse xyphoïde.

La majorité des auteurs (*Rochard* et *Demoulin*, *Riegel*, *Pakanowsky*, *Jonnesco*, *Ewald*, *Eichhorst*, *Cramer*, *Jossel*, *Soupault*, *Enriquez*, etc.) soutiennent que la grande courbure de l'estomac se trouve entre 3-5 cm. ou à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A l'examen radioscopique, *Leven* et *Barret* ont trouvé que la grande courbure gastrique se trouve au niveau de l'ombilic, si le malade est debout, avec 1-2 cm. au-dessus de l'ombilic s'il est couché.

Certainement, l'ombilic n'est pas toujours un bon critérium et la distance au-dessus de l'ombilic de la grande courbure varie selon que le malade a l'estomac vide ou non, ou qu'il est couché ou debout; on verra plus bas notre procédé d'examen, en cherchant à obvier à cet inconvénient.

Bouveret soutient que par l'épreuve de *Déhio* un estomac sain n'atteint pas l'ombilic, tandis qu'un estomac malade descend plus bas. Dans la gastro-

ptose l'estomac descend parfois au-dessous de la ligne bis-iliaque et parfois jusqu'à la symphise pubienne.

Les causes principales sont : le corset, des opérations abdominales, l'amaigrissement, la grossesse.

M. Faroy et ses élèves, en examinant les cas de gastroptose, ont observé l'hyperchlorhydrie dans 44 % des cas, nous avons observé une plus grande proportion. M. Faroy a encore observé l'Hypersécrétion, parfois le syndrome d'Ulcer, de la stase, Pylorite (*Loeper*), Pyloro-Duodénite (*Bouchut* et *Ravault*). *De Luna* a décrit dans la Gastroptose : Le syndrome duodénal proprement dit et celui pyloro-duodénal.

***

Nous procédons à l'examen des malades atteints de gastroptose le matin à jeun et en position horizontale (decubitus dorsal). Nous nous servons du clapotage gastrique, de la percussion et de la phonendoscopie. Certains malades ont été examinés aussi par la Radioscopie.

Depuis 1929 jusqu'à présent, en dehors des cas soignés à Bucarest, nous avons soigné dans la station Slànicul-Moldovei (1), où nous pratiquons l'été, 142 cas de gastroptose, parmi lesquels 42 ont été étudiés avec une attention plus grande, car ils se sont présentés plusieurs fois à la consultation, soit pendant la même année, soit 2-3 années consécutives. Nous en rapportons ci-contre quelques exemples. Dans certains cas la gastroptose est associée à d'autres maladies.

Dans tous ces cas, nous avons observé une ascension de la grande courbure gastrique et même un retour à la position normale, après le traitement avec les eaux minérales de Slànic, ou bien qu'ils ont été traités avec les numéros 3, 1 *bis* ou bien avec les numéros 6, 8, 10, 1, d'après leur acidité gastrique.

Comment actionnent ces eaux ? *MM. le Professeur Villaret et Fr. Moutier* dans leur dernier *Traité* (Les cures thermales en gastro-entérologie) disent que les eaux bicarbonatées-sodiques excitent l'appétit, stimulent les organes hyposthéniques et hypotoniques.

L'acide carbonique, que l'on trouve dans les eaux minérales de Slànic, est l'excitant par excellence de la motricité gastrique.

MM. le *Professeur Carnot* et *Kaskowsky* ont montré expérimentalement que ce gaz excite la contractibilité stomacale par l'intermédiaire du Pneumogastrique.

Les ions terreux comme le *Ca* ont un effet sur les spasmes. Sous l'influence de l'eau alcaline chauffée à 36°-45°, le *Cl* sécrété par la muqueuse gastrique provoque l'ouverture du pylore et favorise le transit duodénal. Le *Cl Na* est efficace comme élément excito-moteur.

Nous voyons donc que les sources stimulantes sont indiquées dans la thérapeutique antiptosique.

Nous donnons ici quelques cas plus caractéristiques (d = doigt, au-d. = au-dessus, s = sous) :

Année.	Nom.	Avant traitement.	Après traitement.	Diagnostic.
1930...	Cek... (Linba), Ismail, 63 ans.....	Omb.	2 d. au-d. omb.	Cholécystite. Hyperchlorhydrie.
1931...	Ham.., (Lola), Jassy, 17 ans	1 d. au-d. omb.	2 d. au-d. omb.	Constipation. Hypoacidité.
1931...	Ion... (Aurel), Temisoara, 42 ans..	Omb.	1 1/2 d. au-d. omb. (1932), 3 d. au-d. omb. (1933).	Constipation. Hyperchlorhydrie.
1932...	Panz... (Ion), Jassy, 53 ans.....	1 d. s.-omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Hypochlorhydrie .
1932...	Panai (Marie), Galati, 59 ans	1 d. s.-omb.	2 d. au-d. omb.	Lithiase biliaire. Hyperchlorhydrie.
1932...	Pars... (Hacek), Sulina, 48 ans....	3 d. s.-omb.	2 d. s.-omb., 2 d. au-d.omb. (1933).	Ulcus guéri. Hyperacidité.
1932...	Gui... (Marie), Falesti, 32 ans.....	1/2 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Lit. bil. et rén. Hyperchlorhydrie.
1932...	Kn... (Adèle), Buc., 36 ans.....	1 d. au-d. omb.	2 d. au-d. omb. (1933).	Entérocolite. Hyperchlorhydrie.
1932...	Dan.. (Marie), Galati, 23 ans.....	3 d. s.-omb.	1/2 d. au-d. omb.	Hypochlorhydrie .
1932...	Ghe... (Aglae), Braila, 31 ans.....	1 d. au-d. omb.	2 d. au-d. omb.	Hyperchlorhydrie. Cong. hépatique.
1932...	Bardi... (Roze), Falticeui, 26 ans..	1 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Constipation. Hypoacidité.
1932...	May... (Mayer), Buc, 42 ans	1/2 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Lithiase biliaire. Anachlorhydrie.
1932...	Silb... (Fany), Galati. 37 ans	Omb.	1 1/2 d. au-d. omb. (1933).	Lithiase biliaire. Hyperchlorhydrie. Colite chronique.
1932...	Leond... (E.), Tulucesti, 37 ans....	2 d. s.-omb.	Omb.	Cong. hépatique. Hyperchlorhydrie. Emphysème pul.
1932...	Schus... (St.), R. Sarat, 44 ans....	1 d. au-d. omb.	2 d. au-d. omb.	Entérocolite. Hypochlorhydrie ,
1932...	Zah... (Alex.), Ismail, 42 ans	1 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Colite chronique. Hyperchlorhydrie.
1932...	Hai... (Frieda), Buc., 39 ans	1/2 d. au-d. omb.	2 d. au-d. omb.	Cholécystite calc. Hyperchlorhydrie.
1933...	Berc... (Léon), Galati, 46 ans	1 1/2 d. au-d. omb.	3 d. au-d. omb.	Ulcus guéri.
1933...	Spa... (Sara), Zgurita, 36 ans	Omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Hypochlorhydrie .

(1) Station avec eaux chlorurées-sodiques bicarbonatées (alcalines), carbo-gazeuses, très réputées pour le traitement des maladies du tube digestif et de la nutrition.

Année.	Nom.	Avant traitement.	Après traitement.	Diagnostic.
1933...	Gr... (Rifca), Zgurita, 26 ans	1/2 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Colite chronique. Hyperacidité.
1933...	Gel... (Jean), Sibiu, 35 ans	1/2 d. au-d. omb.	1 1/2 d. au-d. omb.	Ulcus chronique.
1933...	Vart... (Ghizela), Frasin, 32 ans...	2 1/2 d. au-d. omb.	3 d. au-d. omb.	Lithiase biliaire. Hypoacidité.
1933...	Sac... (Eugénie), Zgurita	1 1/2 d. au-d. omb.	2 1/2 d. au-d. omb.	Lithiase biliaire. Hyperchlorhydrie.

En dehors des diagnostics ci-dessus, ces malades présentaient encore de la gastroptose, indiquée par le nombre des travers de doigt au-dessus, ou au-dessous de l'ombilic. Nous avons reproduit ici seulement les cas plus caractéristiques sur un nombre de 42 cas étudiés en détail, le nombre total étant de 142 jusqu'à présent (fin 1933).

***

Conclusions. — 1° La grande courbure de l'estomac se trouve à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

2° Dans la gastroptose, la grande courbure descend au-dessous de cette limite.

3° Nos sujets atteints de gastroptose ont été examinés le matin, à jeun et en position horizontale, en nous servant du clapotage gastrique, de la percussion et de la phonendoscopie.

4° Nous avons observé une ascension de la grande courbure de l'estomac et même un retour à la normale, après le traitement avec les eaux minérales de Slànicul-Moldovei, soit avec 3, 1 *bis*, soit avec 6, 8, 10, 1, d'après l'acidité gastrique.

5° Le CO^2, les ions terreux (*Ca*), le *Cl* sécrété, le *Cl Na* ont un effet surtout stimulant dans la gastroptose.

Bibliographie

Boas. *Magenkrkh. George Thieme*, Leipzig 1913.
Bourget. *Maladies est.*, Baillière.
Bouveret. *Malad. de l'est.* Baillière, Paris 1893.
Cade. *Malad. de l'est. et int.*, Doin 1910.
Chabrol. *Précis Mal. tube diges.*, Baillière.
Chiray et Chêne. *Dyspepsies nerveuses*, Masson 1931.
De Luna. *Marseille méd.*, n° 23, 1926.
Debove et Rémond. *Malad. estom.*, Doin 1893.
Einhorn. *Malad. de l'estom.*, Masson 1901.
Ewald. *Verdaungskr. Hirschwald*, Berlin.
Ewald (C. A.). *Ther im Krankh. Kraus u. Brougsch.*, t. V.
Faroy. *Paris médical* n° 14, 1927.
Fleiner. *Krankh. d. Verdaung*, Euke 1896, Stuttgart.
Florand et Girault. *Affections tube digest.*, Masson 1922.
Fraikin. *Déséquilibrés du ventre*, Maloine 1928.
Gaultier (René). *Les dilatations de l'estom.*, Baillière 1930.
Glénard. *Lyon méd.*, 1885.
Hayem et Lion. *Mal. de l'estom.* Baillière 1913.
Knud-Faber. *Krankh. Magen. u. Darm*, Springer, Berlin 1924.
Labbé (Marcel). *Précis t. dig.* Masson.
Leo. *Diagn. d. Krankh. d. Bauchorgane*, Berlin 1895.
Loeper. *Thérap. méd.*, t. I-II, Masson 1930.
Lyon. *Clin. thérap. et mal. estom.*, Masson.
Mathieu (Alb.). *Mal. est. et int.*, Doin 1901 et *T. M.* Bouchard, Masson, t. IV, 1909.
Mathieu et J.-Ch. Roux. *Pathol. g. int.*, Doin 1909-1911.
Mignot. Les Ptoses digestives, *Pr. Méd.*, n° 45, 1931.
Nicluescu Gh. et Banu. Actiunea apelor de Slairic asupra motilitatii gastrice, *Congr. Baln. Roum.*
Porges. *Magenkrkh. Urb. et Schw.*, 1929.
Rabinovici (Rodescu) Léon. Nouvelle division des dysp. gastr., *Gaz. Hôp.*, Paris, 21 déc. 1909.
Riegel. *Evkr. d. Magens* (Alf. Hölder, Wien. 1908.
Robin (Alb.). *Mal. est.* 1904, *Ther. Prat.*, Rueff 1912, *Ther. usuelle*, Vigot frères, 1910-12.
Roger-Widal-Teissier. *Nouv. traité Mne* t. XII.
Roux (J.-Ch.), Moutier et Carrier. *Pathol. g. int.*, Paris, Doin, t. II, 1922.
Smidt Rudolf. *Kl. Magen u. Darm.* Urb et Schw, 1916.
Soupault et Leven. *Mal. est.*, Baillière 1906.
Teohari Anibal. *T. thérap. Boalele stomacului* (Viata, Rom 1922) et *T. hydromin. al stom si int.* (Carthom).
Tudoran. *Slanicul Médical, Rev. med. chir.*, Jassy, an. 42, n° 1.
Tudoran si Baltaceanu. *Baile si apele de Slanic-Moldova*, Jassy.
Villaret et Justin Besançon. *Clin. thér. hydr.-clim.*, Masson, t. I, 1930.
Villaret et Moutier. *Cures thermales en gastro-entérologie*, Masson, 1933.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE PEDIATRIE

(séance du 20 novembre 1934)

Un cas de tuberculose congénitale. — MM. Grenet, M. Metzger, Héraux et Mézard rapportent un cas indiscutable de tuberculose congénitale. Une femme enceinte de huit mois est atteinte indiscutablement de tuberculose, et dans le but de sauver l'enfant, on provoque *in extremis* l'accouchement et on sépare aussitôt l'enfant de la mère. Celle-ci meurt cinq jours après, sans avoir jamais vu son enfant ; l'autopsie montre l'existence d'une granulie pulmonaire et d'une méningite tuberculeuse.

L'enfant est vaccinée au B. C. G., les 2e, 5e et 7e jours et reçoit ultérieurement un traitement spécifique. Pendant six semaines, sa croissance est assez irrégulière, mais elle va cependant assez bien. A ce moment apparaissent des troubles digestifs graves avec grosse chute de poids. La cutiréaction est négative. L'enfant meurt quelques jours plus tard. A l'autopsie, on trouve une tuberculose granulique des deux poumons et des tubercules disséminés dans tous les organes, témoignant de la virulence de l'infection. Dans tous les viscères se trouvent des bacilles de Koch pathogènes.

Etant donnée la séparation absolue instituée dès la naissance, il ne peut s'agir que d'une tuberculose transplacentaire ; il est regrettable que le placenta n'ait pu être examiné.

Tibias hérédo-syphilitiques. — MM. Babonneix, Macé et Mme Jourdan présentent un enfant de 10 ans atteint d'ostéite hérédo-syphilitique des tibias, affectant à droite l'aspect du tibia en lame de sabre, tandis qu'à gauche il existe, sur le bord antérieur de l'os, deux saillies superposées et séparées par du tissu osseux normal.

Un cas de cytostéatonécrose chez un nouveau-né. — MM. Babonneix et Diriart présentent un nourrisson chez lequel est apparu quelques jours après la naissance un placard rouge-violacé occupant les téguments de la région dorsale. Il s'agissait d'autant plus vraisemblablement de cytostéatonécrose que l'enfant était né en état d'asphyxie apparente, avait été flagellé et que les lésions ont rétrocédé rapidement sans jamais retentir sur l'état général.

Gangrène d'un naevus du pied chez un nourrisson. — MM. J. Hallé et Leveuf présentent les photographies d'un volumineux naevus du pied qu'ils ont observé chez un nourrisson et qui s'est secondairement gangrené.

Primo-inoculation tuberculeuse cutanée et adénopathie satellite traitée chirurgicalement. — M. Coffin rapporte un cas où l'infection semble s'être faite par les glandes sudoripares. L'extirpation chirurgicale de la masse ganglionnaire suppurante a été suivie d'une guérison stable.

Observations d'enfants ayant ingéré du vaccin B. C. G. peu après la naissance et contaminés au cours des années suivantes. — M. Coffin rapporte plusieurs observations dans lesquelles les enfants vaccinés ont été contaminés en même temps que des frères ou des sœurs non vaccinés, servant de témoins, et ont présenté les mêmes signes radiologiques. Il en conclut que ces enfants n'étaient pas vaccinés et qu'il n'est nullement prouvé qu'on est assuré de faire pénétrer le vaccin dans l'organisme par la voie digestive.

Six cas d'acrodynie et leur traitement. — MM. Duhem et Huant ont observé six cas d'acrodynie, dont quelques-uns présentaient des particularités cliniques remarquables : l'un d'eux simulait une paraplégie flasque ; un autre s'accompagnait de troubles psychiques particulièrement intenses. Mais tous s'accompagnaient de signes de déséquilibre neuro-végétatif. Quatre d'entre eux ont guéri à la suite d'applications de rayons ultra-violets. Les deux autres ont été soignés trop irrégulièrement pour permettre de juger les résultats.

Un cas de hernie diaphragmatique congénitale. — M. Taillens (de Lausanne) rapporte un cas d'une variété très exceptionnelle de hernie diaphragmatique congénitale dans laquelle les viscères abdominaux avaient fait irruption dans le péricarde.

Le cycle annuel de la sécrétion de vitamine C par la glande mammaire des vaches laitières. — MM. Rohmer, Bezssonoff et Stoerr ont étudié le taux de la vitamine C pendant une année dans trois laits de provenance très différente. Malgré les différences de régime, la courbe est analogue dans les trois cas et reste élevée d'avril à novembre pour s'abaisser ensuite de décembre à mars. Elle est également indépendante de l'irradiation solaire. Ils rappellent d'autre part que le nourrisson est capable de réaliser la synthèse de la vitamine C et est largement indépendant de son apport.

Les indications de la transfusion sanguine dans les différentes formes de bronchopneumonie du premier âge. — MM. Rohmer et Tassovatz ont traité en un an 100 bronchopneumonies infantiles par des transfusions sanguines, alors que 61 autres étaient conservées comme témoins. La mortalité a été de 70 % pour les cas graves non transfusés, alors qu'elle s'abaissait à 30 % pour les cas de même gravité, mais ayant reçu une ou plusieurs transfusions. Les auteurs discutent ensuite la technique, les précautions à prendre, les incidents à redouter. Ils concluent que la transfusion est une thérapeutique de grande valeur en pareil cas.

Malformation cardiaque avec pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. Giraud, Buisson et Astesiano (de Marseille) rapportent l'observation d'une jeune fille suivie pendant onze ans pour une maladie de Roger, compliquée de pouls lent permanent, due à une dissociation auriculo-ventriculaire complète révélée par l'électrocardiographie. L'étiologie tuberculeuse serait possible, mais il n'y a aucun signe d'hérédo-syphilis.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(séance du 10 novembre 1934)

Parallélisme entre la Vitamine C et la chlorophylle. — MM. A. Giroud, C.-P. Leblond et Rakoto Rataimamanga, en dosant la vitamine C par la méthode de Tillamns, montrent le rapport étroit qui existe dans le règne végétal entre la vitamine C et la chlorophylle. Les plantes blanches sont pauvres en vitamine C. Chez les autres plantes on voit des différences considérables de teneur en vitamine entre les parties vertes et les parties blanches ; ainsi entre la racine et la feuille, entre la fleur blanche et la feuille. D'autre part l'apparition ou la disparition de chlorophylle sont accompagnées d'une apparition et d'une disparition de vitamine C. Des expériences biologiques sur le cobaye confirment ces résultats.

D'autre part, ils retrouvent au niveau des blastes chlorophylliens la réaction de la vitamine C au nitrate d'argent acide qu'ils ont étudiée ailleurs.

Rapport existant entre le pouvoir cholestérolytique d'un sérum et sa teneur en protéines. — MM. Eck et Desbordes ont déterminé pour un certain nombre de sérums le pouvoir cholestérolytique tel que l'a défini Loeper et le rapport $\frac{\text{protéines totales}}{\text{cholestérol entraîné par ces protéines}}$. Il leur a paru y avoir un rapport constant entre ces deux chiffres. Quand, dans un sérum, la précipitation des protéines entraîne une forte quantité de cholestérol, le pouvoir cholestérolytique est négatif, le sérum a tendance à précipiter son cholestérol. Au contraire, quand dans un sérum la précipitation des protéines entraîne une faible quantité de cholestérol, le pouvoir cholestérolytique est positif, le sérum a tendance à dissoudre un excès de cholestérol.

En outre, les auteurs constatent que, pour une valeur égale du rapport $\frac{\text{protéines totales}}{\text{cholestérol entraîné}}$, différents sérums voient leur taux d'urée s'élever tandis que leur pouvoir cholestérolytique diminue. Cette constatation est à rapprocher de celles faites depuis longtemps par Guy Laroche. Ces faits semblent prouver que le pouvoir cholestérolytique d'un sérum dépend plus de la formule protidique que de sa formule lipidique.

Action de la phényléthylmalonylurée sur l'effet vasculaire périphérique de l'adrénaline. — M. G. Unger a constaté que le gardénal possède, en dehors de son action centrale, une influence sur le système vasomoteur périphérique. Il convertit en hypertension les effets hypotensifs des doses faibles d'adrénaline et empêche l'inversion d'action de ce corps par la yohimbine.

Teneur en bacilles de Koch de l'exsudat péritonéal et de l'épiploon des cobayes primo-infectés et surinfectés. — MM. A. Gaiginsky et R. Laporte ont procédé à des ensemencements nombreux, sur milieu de Lœwenstein, d'exsudat péritonéal et de produit de broyage d'épiploon de cobayes primo et surinfectés par voie péritonéale. Il ressort de leurs expériences que, chez les primo-infectés, le liquide péritonéal et l'épiploon sont toujours beaucoup plus riches en bacilles que chez les surinfectés. On observe toutefois une

raréfaction progressive des germes, même chez les primo-infectés, avec tendance à la stérilisation de l'exsudat, quand on inocule des doses faibles (0 mgr. 001) de bacilles. Les résultats sont en faveur de l'hypothèse d'une destruction progressive des bacilles chez les surinfectés.

Sur la culture des protogènes tuberculeux. — MM. SANARELLI et ALESSANDRINI ont constaté que le milieu de Lœwenstein est préférable au milieu de Petroff pour la culture des protogènes tuberculeux, c'est-à-dire des premières formes visibles issues des éléments filtrables qui se sont développés, soit *in vivo*, soit *in vitro*, à l'intérieur des doubles sacs de collodion. Mais l'extrême délicatesse et la fragilité des protogènes rend toujours difficile et incertaine leur adaptation aux milieux artificiels. MM. Sanarelli et Alessandrini ont, toutefois, vérifié que les protogènes poussent plus facilement sur les milieux de Lœwenstein lorsqu'on les prélève des sacs de collodion, restés dans le péritoine des lapins ou dans du liquide de Sauton, entre 30 et 45 jours. Un séjour plus long dans un espace clos et non aéré comme les sacs de collodion est nuisible à la vie des protogènes, ainsi qu'à la vie des bacilles tuberculeux eux-mêmes. Cela explique l'inconstance des résultats positifs constatés dans les cultures des protogènes tuberculeux.

Imidazolémie d'origine parentérale. — MM. M. LŒPER, PERRAULT et LESURE ont recherché les variations de ces substances H, dans des états divers, physiologiques ou pathologiques indépendants des états intestinaux.

Les composés imidazoliques que l'on trouve dans le sérum et dans les urines proviennent tout d'abord de l'intestin, où les dérivés protéiques, tels que l'histidine, subissent l'action de nombreux microbes.

L'augmentation des dérivés imidazoliques peut provenir de la fièvre, de la mise en liberté de détritus leucocytaires, de la destruction des globules rouges, peut-être aussi des albumines des tissus.

Ces imidazols formés en excès ou retenus passent non seulement dans les œdèmes, mais dans les liquides abdominaux ou pleuraux.

Présence de composés imidazoliques dans certains liquides rachidiens. — MM. M. LŒPER, PERRAULT, BROY et LESURE ont recherché s'il n'existait pas parfois, dans le liquide céphalo-rachidien, des substances imidazoliques auxquelles les auteurs allemands donnent le nom de substance H.

Ils ont étudié 21 liquides céphalo-rachidiens.

Le liquide normal ne contient pas trace de ces substances. Le liquide des femmes enceintes en peut contenir des proportions élevées.

Dans les états infectieux et toxiques, le liquide céphalo-rachidien ne donne point d'imidazols, quelque riche que soit le sérum en ces substances.

Dans les états cérébromédullaires peu évolutifs, peu inflammatoires, la réaction est encore nulle ; à peine apparaît-elle dans les liquides riches en hématies, en albumine ou en leucocytes.

La présence de substances imidazoliques en quantité importante dans quatre cas de réaction nerveuse avec hypertension rachidienne et sans inflammation perceptible est à noter.

L'origine de ces substances dans le liquide céphalorachidien est impossible à fixer, ainsi que leur influence sur la production de certaines réactions nerveuses.

Augmentation de poids du testicule du pigeon prépubère après action d'extraits dits antihypophysaires d'urine de femme enceinte. — M. R. MORIGARD. Des extraits purifiés d'urine de femme enceinte préparés par extraction benzoïque provoquent un développement du testicule du pigeon. Ce fait permet de rejeter l'opinion de Zondek qui admet chez les oiseaux une différence d'activité des extraits d'urine de femme enceinte et des hormones antihypophysaires.

Sur l'hypercholestérinémie exogène et endogène du lapin. MM. ECK et DESBORDES montrent que si l'on provoque des hypercholestérinémies d'origine exogène sur le lapin, la stimulation des fonctions hépatiques par le Cynara scolymus agit sur le métabolisme des lipides en évitant la surcharge graisseuse aux dépens d'une décharge intense de cholestérol dans le sérum, vraisemblablement par suite d'une augmentation du pouvoir cholestérolytique du sérum.

Au cours des hypercholestérinémies d'origine endogène, l'action du Cynara est inhibitrice et semble agir en sens inverse de la surrénale.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le *Comité permanent de l'office international d'hygiène publique* (1) que dirige M. Abt, vient de publier le compte rendu de sa session ordinaire d'octobre 1934.

La session, présidée par Sir George S. Buchanan (Grande-Bretagne) réunissait des représentants de toutes les nations.

Selon l'usage, le Comité a étudié d'abord le rapport sur le pèlerinage de 1934 aux lieux saints de l'Islam. Le *pèlerinage de la Mecque* n'a donné lieu cette année à aucun cas de choléra, ni de peste, ni à aucune manifestation sérieuse d'autres maladies. Les moyens de transport par bateau, par route terrestre et par route aérienne devront continuer à être surveillés.

Le comité a étudié encore quelques questions relatives à la *patente de santé, au bureau d'Orient de la Société des Nations à Singapour* et s'est arrêté sur la *convention sanitaire pour la navigation aérienne.*

Cette convention prévoit des vaccinations obligatoires : antivarioliques, anticholériques et sous certaines conditions: antipesteuses.

Elle prévoit en outre des taxes sanitaires en vue de la désinfection et de la démoustication des aéronefs.

Une grande partie des séances a été consacrée à l'étude des maladies épidémiques.

Les cas de fièvre jaune continuent à être peu nombreux. En 1933, on a signalé 20 cas en Afrique, 2 au Brésil. En 1934 (jusqu'à fin septembre), 23 cas en Afrique, 9 au Brésil.

Une discussion a eu lieu sur l'interprétation des tests de protection.

L'étude de la vaccination se poursuit. En Angleterre, Findlay a expérimenté, dans la méthode de Sawyer, Kitchen et Lloyd, associant le virus et l'immunsérum, le sérum de cheval hyperimmunisé préparé à l'Institut Pasteur de Paris par Pettit et Stefanopoulo, à la place du sérum d'ancien malade. L'observation de 305 personnes vaccinées à Londres a montré qu'il existe une sensibilité anormale au virus amaril chez 5 p. 100 environ des sujets. Pour éviter les réactions désagréables, Findlay a essayé de porter à 0 cm³ 4 par kilo de poids du corps la dose de sérum ; il a pu vacciner 35 personnes sans réaction attribuable au virus. En Afrique Occidentale française, Laigret a fait la première grande expérience de vaccination ; nous l'avons signalée dans la *Gaz. des hôpitaux ;* il a employé comme vaccin les virus atténués, sans association de sérum, suivant la méthode qu'il a mise au point. La vaccination complète comporte 3 injections à

(1) **Office international d'hygiène publique, 195, boulevard Saint-Germain, à Paris.**

20 jours d'intervalle. 2.164 sujets, de race blanche, ont reçu la 1re injection, 792 la 2e, 240 la 3e. Il s'est produit un certain nombre de réactions moyennes (fièvre, frissons, céphalée, douleurs lombaires, légère albuminurie) et deux réactions fortes, de courte durée (un syndrome méningé et une paraplégie). Quant à la possibilité d'infecter des moustiques par le virus circulant dans le sang des vaccinés, on peut dire que les Syriens qui ont voyagé à travers le pays pendant la période de leur vaccination, n'ont pas été l'origine de cas de fièvre jaune dans leur entourage. La Commission de la fièvre jaune a exprimé l'avis que la vaccination anti-amarile est à recommander. Elle a fait la remarque que l'emploi d'un vaccin constitué par du virus vivant, sans immunsérum, semble comporter certains risques qui incitent à la prudence ; mais elle a surtout insisté sur la nécessité d'instituer un contrôle sur les personnes vaccinées et vivant dans les pays d'endémicité, afin que l'on puisse juger, dans l'avenir, de l'efficacité respective des diverses méthodes de vaccination.

Peste. — Différents foyers ont été constatés en Afrique (Angola). Dans l'Ouganda elle diminue. En Afrique occidentale française, la courbe est, sans motif connu, remontée au niveau antérieur à 1933, malgré les vaccins et la destruction systématique des rats.

Dans le Mandchouko, signalons une épidémie de peste en 1933 (1.800 cas, 1.546 décès) — peste bubonique et pneumonique. — Une épidémie de peste dans la vallée de Cumbum (Madras) a atteint 11.191 habitants sur 300.000.

Choléra. — La recherche des vibrions sur les pèlerins revenant du Hedjaz soulève le problème de leur origine, qu'il sera intéressant de découvrir.

Les travaux en vue de la préparation d'un sérum type agglutinant le vibrion cholérique sont entrés dans une nouvelle phase. On étudie en Grande-Bretagne la préparation d'un antigène chauffé avec lequel on obtiendrait un sérum agglutinant « O ».

Variole. — La *Commission de la Variole* a rappelé que, dans les renseignements épidémiologiques, les cas de variole atténuée, en particulier du fait d'une vaccination antérieure, ne devraient jamais être dénommés *varioloïde* ni *variola minor :* la varioloïde n'est pas une affection distincte de la variole, et la variola minor (alastrim) a des caractères propres qui la différencient d'une variole atténuée. Une action est envisagée pour essayer d'obtenir que les rubriques em-

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE
AZOTYL
A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.
B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.
HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE
à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE
LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

Tout Déprimé
» Surmené
Tout Cérébral
» Intellectuel
Tout Convalescent
» Neurasthénique
est justiciable de la :
PRIMUM NON NOCERE
Aucune contre-indication
NEVROSTHENINE FREYSSINGE
6, Rue Abel PARIS (12e)
Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - Ni sucre, ni alcool.

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes. 2 à 6 par jour. / Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

ESTOMAC
DYSPEPSIE
GASTRALGIE
INTESTIN
ENTÉRITE
CHEZ L'ENFANT
CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-70
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

CURE DE DIURÈSE
EVIAN
SOURCE CACHAT
VOIES URINAIRES, FOIE
GOUTTE GRAVELLE
ARTÉRIO-SCLÉROSE

ployées dans ces renseignements soient toujours conformes aux règles adoptées par le Comité en 1930.

Des informations ont été communiquées sur les quelques cas d'encéphalite postvaccinale survenus en 1933 ou dans la période écoulée de 1934, aux Etats-Unis, en Angleterre, dans les Pays-Bas, en Suède, en Allemagne ; dans ces trois derniers pays, ils ont été ou plus rares ou moins graves en 1934 que dans la moyenne des années antérieures. En Belgique, un cas possible a été signalé ; dans l'Inde Britannique, on n'en a pas constaté. La rareté de l'encéphalite chez les enfants vaccinés en bas âge s'est de nouveau confirmée.

Typhus exanthématique. — Le vaccin de G. Blanc (Institut Pasteur de Casablanca) a été expérimenté sur 723 sujets. Il serait très intéressant de suivre cette expérience.

Tuberculose. — Le B C G a donné des résultats favorables au Japon.

Psittacose. — Malgré les précautions prises, on signale encore des cas aux Pays-Bas (élevage local) et en Grande-Bretagne (perroquets importés d'Australie).

Poliomyélite. — L'épidémie qui sévit au Danemark (Jutland) a débuté en 1933. Les cas sont devenus très nombreux en 1934, surtout au mois d'août. On note beaucoup de malades légers, dont l'affection n'évolue pas jusqu'à la paralysie.

Le sérum de convalescents a donné de bons résultats avant le stade de paralysie. Une fois la paralysie installée, le sérum n'empêche pas son développement.

Des cas sont aussi signalés en Norvège.

Méningite cérébro-spinale. — On la signale aux Indes et au Soudan anglo-égyptien.

Spirochétoses. — En U. R. S. S., on a observé en 1932-1933, trois épidémies de spirochétose généralement anictérique.

Leishmanioses. — De nouvelles contributions à l'enquête en cours sur la répartition de la leishmaniose viscérale dans le bassin de la Méditerranée, montrent que l'Italie, le Portugal, Malte, Gibraltar, Chypre, la Palestine, l'Egypte, le Maroc sont atteints. La leishmaniose cutanée existe également.

Lymphogranulomatose inguinale. — La maladie de Nicolas-Favre paraît augmenter de fréquence en Allemagne, en France, en Roumanie, où il y a des foyers autochtones. Divers pays (1) envisagent l'application à la maladie de Nicolas-Favre des lois et règlements concernant la prophylaxie des maladies vénériennes.

Goitre. — On continue à insister sur les relations de la fréquence du goitre et la faible teneur du sol en iode (Nouvelle-Zélande), mais la carence d'iode ne paraît pas toujours être le seul facteur goitrigène (Roumanie). Il est certain que l'influence des conditions économiques est très importante (absence de bien-être) et cependant, en Nouvelle-Zélande où les conditions d'hygiène et la situation économique sont excellentes, on trouve le goitre chez les riches comme chez les pauvres.

En Suisse, on signale des villages et des maisons à goitre.

Désinfection terminale. — Les expériences ont montré une désinfection aux vapeurs de formol bien exécutée sur les bacilles typhiques, diphtériques et le streptocoque hémolytique.

Contrôle hygiénique du lait. — Les mesures prises par l'Italie à cet égard sont très remarquables. Nous avons eu l'occasion de le montrer dans la *Gazette des Hôpitaux*, à l'occasion du congrès mondial du lait.

(1) France, Allemagne, Australie. Suède.

Le contrôle aux Etats-Unis est exercé avec une rare sévérité. Les résultats sont excellents.

Diverses communications sur le paludisme en Dalmatie ; sur la vaccination en masse des enfants de Duisbourg (Allemagne), contre la diphtérie ; sur la fièvre ondulante en Angleterre ; sur la vaccination contre la dysenterie par voie orale (Japon) et sur les auxiliaires médicaux en Afrique française, ont clôturé les travaux du Comité.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT

INTOXICATION AIGUE BARBITURIQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

ETIOLOGIE

1. *Fréquente* actuellement (35 cas en 1 an dans un service. Flandin, 1933).

2. *Tentative d'empoisonnement, suicide :*

a) *Anxieux*, absorbant *impulsivement* la totalité des cachets à leur portée ;

b) Psychopathes atteints de *délire* chronique d'interprétation ou hallucinatoire ; *paranoïaques, mélancoliques ;* ils *préparent* méthodiquement et obstinément leur suicide.

3. *Ingestion accidentelle :* rare.

4. *Médicaments et doses :* les dérivés de la malonylurée phényléthylmalonylurée (gardénal) ; phényl méthylmalonylurée (rutonal) ; diéthylmalonylurée (véronal) ; butyléthylmalonylurée (sonéryl) ; diallylmalonylurée (dial)...

La dose mortelle de gardénal serait de 1 *gr.* 50 ; *celle du véronal de* 3 *gr.* Ces chiffres n'ont rien d'absolu. Dans tous les cas, il est *important de préciser la dose* ingérée, si possible.

ETUDE CLINIQUE

En pratique, il s'agit d'*un sujet amené d'urgence* à l'hôpital *dans le coma.*

Prodromes. — Ils sont rarement constatés, car ils sont très *précoces* et *fugaces.*

a) *Précoces*, c'est-à-dire pendant les premiers instants qui suivent l'absorption du toxique ;

b) *Fugaces*, durent au plus une demi-heure.

1. Ce sont des phénomènes d'*ébriété :* aspect, délire, tremblement, dysarthrie, vertiges, titubations.

2. Parfois une *fugue subite*, rappelant la « schlafrauch » de Kraft-Ebing (A. Tardieu).

Etat. — Les intoxiqués aigus par les barbituriques sont des comateux.

L'examen clinique précise :

1° Le degré de la perte de connaissance ;
2° De résolution musculaire ;
3° L'absence de signes de localisation ;
4° *La réponse aux excitations cutanées ;*
5° L'état des réflexes cutanés et tendineux ;
6° *Les troubles cardio-pulmonaires ;*
7° Les troubles sphinctériens, urinaires ;
8° *La température ;*
9° La notion d'absorption de barbituriques, *des doses...*

Schématiquement, on peut décrire quatre sortes de coma barbiturique.

1° *Coma barbiturique léger* (souvent véronal). — Le malade est étendu, inerte, — ses facultés psychiques sont suspendues ; mais les excitations sont capables de *déterminer le réveil* ainsi que *quelques réponses* balbutiées, plus ou moins cohérentes. Les excitations douloureuses provoquent

OPOTHÉRAPIE CARDIAQUE

la

CRINOCARDINE LALEUF

AMPOULES BUVABLES
A BASE D'EXTRAITS SPÉCIAUX CONCENTRÉS DE

MYOCARDE - PANCRÉAS - FOIE - REIN
MUSCLE STRIÉ

RÉALISE

SANS CONTRE-INDICATIONS

L'ORGANOTHÉRAPIE
POLYVALENTE ET SYNERGIQUE

DES

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

ÉCHANTILLONS - LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS - PARIS-15e

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

des plaintes et des *mouvements* réflexes ou *partiellement volontaires*. C'est la *léthargie barbiturique* de Tardieu.

2° *Coma barbiturique profond.* — La résolution musculaire est totale, les membres absolument inertes, tous les réflexes abolis, des sensibilités tactiles et sensorielles sont supprimées. *On ne peut tirer le malade de sa torpeur, mais* on trouve certains mouvements réactionnels, *véritables mouvements de défense comme dans l'hémorragie méningée* : retrait esquissé d'un membre lorsqu'on le pince, etc.

3° *Coma variable.* — Avec alternances de période léthargique calme, à prédominance diurne et de période d'agitation surtout nocturne, avec confusion, onirisme hallucinatoire et anxieux (coma vigil) ; parfois délire marmonnant (Cole) ou pseudo-alcoolique (Hans Laebr).

4° *Coma carus barbiturique.* — C'est un coma absolu, avec inertie musculaire *totale ;* le malade ne réagit à aucune excitation.

Pâleur, ou au contraire, congestion de la face, hypersécrétion salivaire : la bouche légèrement entr'ouverte, laisse passer une salive filante et abondante ; les pupilles sont presque toujours en mydriase et le réflexe irien d'accommodation à la lumière est paresseux ou supprimé ; le myosis est encore assez fréquent.

L'hypotonie musculaire est manifeste ; parfois, on note des convulsions, cloniques (Hald) ou toniques, d'allure tétanique ou épileptique, au début du coma.

Abolition des réflexes cutanés et tendineux ;
Rétention d'urines et de matières ;
Sueurs profuses.

Surtout, on va s'attacher à préciser trois éléments :
1° La température ;
2° Les troubles cardio-vasculaires ;
3° Les troubles respiratoires.

1° Le coma barbiturique est un *coma fébrile* le plus souvent.

La fièvre est modérée dans les premières heures. Son importance pronostique est considérable.

2° Le *pouls* est *petit, filant par moments*, lent et assez bien frappé à d'autres moments. La tension artérielle est basse. Les bruits du cœur peuvent, par instants, devenir sourds, imperceptibles : ces troubles cardio-vasculaires témoignent de la *possibilité de phénomènes de collapsus à tous les instants*, nécessitent l'administration de tonicardiaques, et une surveillance médicale attentive. (Dénéchau, 1933).

3° La respiration est irrégulière ;
Soit Cheyne-Stokes vrai ;
Soit Cheyne-Stokes assez mal rythmé.

En tous cas *phases d'apnée :* redouter la *mort subite* par apnée brutale, et réduire au minimum les *mouvements* du malade.

Devant tout coma toxique, penser au coma barbiturique ; rechercher par l'interrogatoire de l'entourage la nature de toxique, la dose absorbée.

La numération de sang donne une polynucléose.

La recherche des corps barbituriques dans les urines est possible, mais doit porter sur un grand volume d'urines recueillies par sondage, car il s'agit là d'une méthode peu sensible et délicate.

EVOLUTION

1° Actuellement, le traitement par la *strychnine* permet *souvent la guérison*, mais *une surveillance médicale attentive et continue reste à la base du succès.*

a) *Disparition des signes de coma :* la *torpeur diminue ;* après traitement, on obtient des *mouvements de défense* à une excitation, *réapparition* passagère, puis continue des *réflexes tendineux ;* réapparition de la *mobilité*, et dans une certaine mesure, de la *sensibilité*, enfin *réveil* du malade. Mais la guérison se fait souvent en *plusieurs temps* avec des *reprises*, des signes de coma, et au bout d'une durée variable : de 20 heures à plusieurs jours.

b) *Evolution des troubles thermiques et généraux.* — Dans les cas favorables, la température n'apparaît qu'au 2e jour, peut atteindre 39° ou 40°, mais ne dure que 24 heures à 48 heures, et le 4e *jour, l'apyrexie* est de règle. Au moment du réveil, éosinophilie, puis mononucléose relative.

c) *Evolution des troubles cardio-pulmonaires.* — Les phénomènes de collapsus sont toujours à redouter, si le pouls est instable, si la tension reste basse et si les bruits cardiaques ne sont pas bien frappés : parfois, *chez le malade, sorti du coma*, on aura à *continuer* pendant plusieurs jours les toni-cardiaques.

2° *Complications.* — Elles sont de différents ordres.

a) *Antagonisme*, strychnine, barbiturique : en dépit de l'antidotisme, on peut avoir antagonisme entre les deux toxiques (Flandin-Louis Ramond, 1933) ; on obtient une réflectivité vive, un léger trismus, un peu d'opisthotonos, parfois orthotonos ; la diminution des doses de strychnine, des médicaments associés s'imposent.

b) *Complications bulbaires :* apnée, syncope, collapsus.

c) *Complications pulmonaires :* elles sont fréquentes ; on peut avoir :

1. *Condensation hémorragique*, rappelant l'infarctus truffant du poumon (souffle, râles fins, dyspnée modérée).

2. *Œdème pulmonaire diffus* (gros râles disséminés, cyanose, dyspnée). — Dans la pathogénie de ces accidents, le facteur congestif est primordial.

d) *Complications infectieuses : température :*
Soit *broncho-pneumonie ;*
Soit infection d'une *escarre ;*
Soit *encéphalite.*

La température, au lieu de tomber vers le 3e jour, persiste irrégulière, puis *s'élève progressivement.*

e) *Au décours du coma*, on peut voir, vers le troisième jour environ, *des éruptions ;* de type varié, elles sont, le plus souvent *scarlatiniformes* ou *rubéoliformes*, avec possibilité d'*exanthème* et *signes d'allure infectieuse.*

f) *Après le coma*, il persiste d'assez nombreux troubles nerveux d'ailleurs peu durables ; il n'existe pas, à proprement parler, de séquelles véritables de l'intoxication barbiturique aiguë.

1. *Troubles psychiques :* délire onirique, un peu d'agitation pendant quelques heures ou quelques jours, troubles de la parole, lenteur idéative, etc...

2. *Troubles nerveux :* asthénie et courbatures douloureuses ; troubles oculaires.

3° *Mort.* — Avant le traitement par la strychnine (1932), c'était l'éventualité évolutive habituelle.

a) Mort *subite :* par accident bulbaire ;

b) Mort *rapide*, par complication infectieuse ou *pulmonaire ;*

c) Mort rapide, dans les premières heures, avec *hyperthermie* importante ;

d) Plus rarement oligurie, anurie et mort dans l'hypothermie.

(A suivre.)

La durée de la grossesse et ses anomalies, par Henri Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Un volume de 98 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : N° 61). — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

DERMATOSES
PRURITS
3 CACHETS PAR JOUR
EUPHORYL
CAS AIGUS : INTRAVEINEUSES
ANAPHYLAXIES
LABORATOIRES "ANA" 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS - XII^e

·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BÉLIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

TOUTES les Affections du FOIE et du REIN :
1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :
CAPARLEM
HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)
QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE
Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

Granules de CATILLON STROPHANTUS
à 0,001 Extrait Titré de
C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS
Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.
TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900
PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

PADERYL

DRAGÉES

à base de

BROMHYDRATE DE PAPAVÉRINE . . .	0,03
DE CODÉINE	0,02
EXTRAIT DE VALÉRIANE STABILISÉE. .	0,10
DE JUSQUIAME STABILISÉE. .	0,035

CALMANT DE LA TOUX
SÉDATIF NERVEUX

DOSES. — **Adultes : De 2 à 6 Dragées par jour**

à avaler sans les croquer.

Enfants : selon l'âge.

LABORATOIRES CLIN. — COMAR & Cie, *20, Rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS

Le N° 50 Centimes. — 107e ANNEE — SAMEDI 8 DECEMBRE 1934. — N° 98.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS 6e — Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
La vitamine A, par M. L. Babonneix.
NOTES D'ANATOMIE
Trou déchiré postérieur (avec 4 fig.), par MM. A. Delmas et G.-P. Toye.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Tribulations d'Ariel, par M. le professeur J. Fiolle (de Marseille).
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
Bulletin professionnel du Syndicat des médecins de la Seine.
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Affectations et mutations des chefs de service. — Sont affectés au nouvel hôpital Beaujon de Clichy :

Médecins. — MM. Harvier, Troisier, Stévenin, Léon Kindberg (tuberculeux), de l'ancien Beaujon; Charles Richet fils, de l'hôpital de la Charité (service fermé); Turpin (service de dermato-vénéréologie), titularisé.

Chirurgiens. — MM. Okinczyc, Basset, Guimbellot, de l'ancien Beaujon.

Accoucheur. — M. Levant, de l'ancien Beaujon.

Oto-rhino-laryngologiste. — M. Baldenweck, de l'ancien Beaujon.

Ophtalmologiste. — M. Bourdier, de l'ancien Beaujon.

Electroradiologiste. — M. Aubourg, de l'ancien Beaujon.

— *Médecins.* — A l'hôpital Necker (en remplacement de M. Brouardel, limite d'âge), MM. Villaret (mutation intérieure), service Brouardel; Laederich (mutation intérieure), service Villaret; Fiessinger (service Laederich), de la Charité (service fermé); — A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. Ravaut, décédé), M. Weissenbach, de l'hôpital Broca; — A l'hôpital Broca, M. Carrié, de la Charité (service fermé); — A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. Louste, décédé), M. Flandin, de l'hôpital Bichat (service fermé); — A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. Clerc, nommé professeur de clinique à l'hôpital de la Pitié, M. Rivet (mutation intérieure, service Clerc); M. Cathala (service Rivet), de la Charité (service fermé); — A l'hôpital Beaujon (ancien hôpital), service temporaire, M. Etienne Bernard, de l'hospice d'Ivry; — A Ivry, M. Boulin, de l'hospice de Bicêtre; — A Bicêtre, M. Debray, titularisé; — A la consultation antivénérienne du soir (rue de Monceau), M. Flandin, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Electroradiologistes. — 1. A l'hôpital Cochin (remplacement de M. Barret, limite d'âge, M. Ronneaux, de la Charité (service fermé); 2. A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. Mahar, limite d'âge), M. Thibonneau, de la Maison municipale de santé; — A la Maison municipale de santé, M. Guénaux, titularisé. (Voir aussi *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 91, p. 1597.)

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — *Epreuves sur titres.* — MM. Torchaussé, 14; Bouchard, 18; Mainguy, 12; Bouland et Moulle, 17; Lebouchard, 14; Moro, 16; Bonte et Charles, 14; Ledinh Thi, 13; Duclos, 18; Mmes de Bergmann, 14; Fainsilber, 10.

Radiologie. — Question donnée : « Cholécystographie. Technique. Interprétations des résultats. »

Questions restées dans l'urne : « Technique du traitement radiothérapique d'une adénite cervicale tuberculeuse. Mesure des doses. — Corps étrangers. Technique du repérage des corps étrangers. Mise en place du compas de Hirtz. »

MM. Bouland, 2; Moro, 15; Bonte, 17; Ledinh Thi, 14; Lebouchard, 9; Charles, 12.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Croizat.

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

— MARSEILLE. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Espy, Guidoni, Lumbroso, Zananiri, Rastit, Dor, Poucel, Voirin, Ho-Ta Khanh, Fiat, Aubanel,

Externes en premier : MM. Daniel, Haim, Henry, Mistral, Méry, Claustre, Valles, Sérafino, Bausset, Riss, Mlle Roussel, M. Teitelbaum, Mlle Legré, MM. Colleter, Gariel, Fiastre, Alliès.

— Le concours de l'externat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Sansot, Jean, Save de Beaurecueil, Taranger, Gaujoux, Vidal, Buerle, Bonnefoi, Desanti, Mlle Cheyron, MM. Bernard, de Larebeyrette, Jullien, Marcorelles, Decombes, Mlle Dinard, MM. Barthélemy, Poisot, Achard, Latil, Ravelolanosy, Barre, Bergier, Calas, Santini, Crapez, Capel, Adrey, Basile, Guérin, Mancini, Folliero de Luna, Mlles Teyssier, Bastien, MM. Voisin, Bernard, Mlle Blanc.

Stagiaires en premier : MM. Delpin, Parrel.

— MONTPELLIER. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Zakhajm, Souchon, Courty, Godlewski, Yvan, Ausset, Blanchard, Garrigues, Broussous, Mlle Monnin, M. Fabre, Mlle Rouaud, MM. Fol, Barrau, Polge, Rodier, Lassave, Perrier, Cros, Lonjon, Parthenay.

Externes provisoires : MM. Yana, Bonnald, Quet, Nègre, Vieu, Viala. Mlle Sartre, M. Maymard.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — *Transformation de chaire.* — Nous avons déjà annoncé que la chaire de clinique gynécologique de l'Université de Bordeaux (titulaire M. Guyot), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, était transformée en chaire de clinique chirurgicale et gynécologique

Le professeur J. Guyot, titulaire de la nouvelle chaire, a pris à l'hôpital Saint-André, dans les nouveaux bâtiments récemment inaugurés, le service de clinique chirurgicale du professeur Chavannaz, admis à la retraite par application des décrets-lois.

Le Conseil de la Faculté a désigné le docteur Papin, professeur sans chaire, pour assurer pendant un an l'enseignement de la clinique gynécologique et prendre la direction du service à l'hôpital André-Boursier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle aura lieu mardi prochain 11 décembre. L'éloge de Tillaux sera prononcé par M. Siredey (Tillaux éducateur) et par M. Cunéo (Tillaux anatomiste et chirurgien).

— La séance du 25 décembre est reportée au 26. La séance du 1er janvier n'aura pas lieu.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — La douzième assemblée générale de la Ligue nationale française contre le péril vénérien aura lieu le mardi 11 décembre 1934, à 20 h. 45, dans la salle des conférences de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques (métro : Glacière et Saint-Jacques; autobus AR et AR *bis*), sous la présidence de M. le docteur Queuille, ministre de la Santé publique.

M. le professeur Henri Gougerot, secrétaire général de la Ligue, fera un rapport sur les œuvres d'enseignement et de propagande de la Ligue ; M. le docteur G. Milian, président de la Ligue, exposera la vie de la Ligue; M. le professeur Levaditi, membre de l'Académie de médecine, directeur du laboratoire de syphilis et de chimiothérapie expérimentales à l'Institut Alfred-Fournier, fera une causerie sur la syphilis, la paralysie générale, le tabes.

Des films sonores antivénériens seront présentés.

Toute la correspondance doit être adressée à M. le docteur Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVe). Tél. Glacière 06-65.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance annuelle aura lieu le mardi 11 décembre 1934, à 16 h. 1/2, à l'hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence de MM. les ministres de l'Education nationale, de l'Agriculture, de la Santé publique, et de M. le professeur Coutière, membre de l'Académie de médecine.

Ordre du jour : *La variabilité des groupes sanguins et leur limitation en clinique.* Rapporteurs : MM. Kossovitch, Rode, Panisset, Peyre, Troisier, P.-Emile Weil, Lamy, Tzanck, Bécart et Le Rasle.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Spire (de Paris), Florestal Aguilar, membre de l'Académie de médecine de Madrid; J. Robert et Edmond Raillard (de Marseille), Edouard Bauer (de Neuchâtel, Suisse).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Lundi 10 *décembre.* — Jury : MM. Mathieu, président ; Proust, Strohl, Dognon. — M. TSOUTZOS. Etude de la suture primitive précoce des plaies articulaires. — M. LOUGONITCH. Les facteurs des troubles de la différenciation sexuelle. — M. JASSIN. Etude de la rœntgenthérapie dans le traitement de l'asthme à propos de quelques cas d'irradiation dans la région pancréatique.

Mardi 11 *décembre.* — Jury : MM. Balthazard, président ; Claude, Duvoir, Piédelièvre. — M. FOURAULT. Sur le diagnostic de la submersion. — M. ROUGEON. Attentat d'Orsini.

Jury : MM. Brindeau, président ; Pierre Duval, Lemaître, Marion. — M. OLERGANT. La rétention molaire. — M. SZTÉRENFELD. Aspiration prolongée, traitement de l'otite moyenne aiguë supurée. — M. AUGER. L'urétro-cervicite végétante chez la femme. — M. ROUYER. Etude des formes urinaires de l'appendicite chronique. — Mme MICHAUT. Du traitement vaccinothérapique de la tuberculose chirurgicale.

Jeudi 13 *décembre.* — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Tanon, Joannon, Philibert. — M. LABICHE. Etude de l'anorexie mentale. — M. BONNEFOY. Les mauvaises odeurs des villes, leurs inconvénients. — M. SALMON. Les revers d'un progrès.

ANÉMIES
DYSPEPSIES
ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6
TABLETTES
PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL - SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Toux
Dyspnée
IODEINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT
PANSEMENT COMPLET
Phlegmasie, eczémas, brûlures, etc

Huile non Caustique

LENIFÉDRINE

Huile Végétale Antiseptique

à l'*Oléate d'Éphédrine*

SPÉCIFIER DOSAGE { FAIBLE 0.50 %
FORT 1 gr. %

ÉCHANTILLONS :
L. GAILLARD, Pharmacien
26, Rue Pétrelle, Paris (9e)

Se fait en
Solution et en Rhino-Capsules

**

La plupart des états de carence

sont des carences complexes.

Les quatre vitamines sont nécessaires.

Les troubles d'hypo-calcémie qui conduisent au rachitisme et pour lesquels l'ergostérol irradié (Vitamine D) donne de si beaux résultats ne sont presque jamais purs. Les troubles de l'appétit, l'anémie, les troubles du développement indiquent que le sujet souffre aussi du manque des facteurs de croissance et d'utilisation nutritive qu'apportent les autres vitamines.

Il existe des vitamines dans les végétaux frais, mais l'expérience prouve qu'elles y sont en quantités trop faibles pour réduire les états de carence déjà caractérisés. Ceux-ci ne cèdent qu'aux vitamines offertes en abondance sous forme concentrée.

Le Vitamyl Irradié

apporte de l'Ergostérol irradié en solution huileuse finement émulsionné dans un extrait concentré de Vitamines A. B. et C. et permet de réaliser cette médication poly-vitaminique.

sous sa forme la plus active,

car l'Ergostérol irradié s'y trouve en solution huileuse, condition nécessaire pour lui permettre de garder son efficacité,

sous une forme agréable,

en solution, le goût de l'émulsion huileuse est complètement masqué par la saveur légèrement sucrée du milieu glycériné; en dragée le médicament est un véritable bonbon.

RACHITISME — CARENCES et PRÉ-CARENCES
TROUBLES de CROISSANCE — DÉMINÉRALISATION

Solution : 2 à 3 cuill. à café par jour — **Dragées** : 4 à 6 par jour. — Demi-dose chez l'Enfant.

Laboratoires AMIDO, 4, Place des Vosges, PARIS-IV°

JÉCOL
COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS
1 ou 2 cachets fin repas
L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE
ALLOPHAQUINA
COUPE
FIÈVRE GRIPPE ALGIES
1 à 3 cachets à répartir dans les 24 hs.
LITT. ÉCHTT — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

CHRONIQUE

TRIBULATIONS D'ARIEL

Esprit ailé, Ariel doit se garder de prolonger ses contacts avec la terre ; qu'il se pose ici ou là, mais à peine, et comme pour rebondir plus loin. Sa vertu, c'est légèreté ; sa puissance, souffle ténu. Vient-il se fixer, Caliban ricane : « C'est ça, Ariel ? » Tandis que, voletant, insaisissable, Ariel garde, avec son mystère, toute la puissance de ce qu'on peut, au sens vrai du mot, nommer son « charme ».

*
* *

Qui donc m'a dit un jour : « Leriche, c'est l'Ariel de la chirurgie ? » Duhamel, si j'ai bonne mémoire.

Un Ariel méconnu, naturellement, et qui, par surcroît, a l'air, bien souvent, de s'ignorer lui-même ; qui accepte d'argumenter, de disputailler, après avoir replié ses ailes ; qui s'englue dans la pâte molle des raisonnements ; qui se carre pour faire face ; qui oublie qu'il ne doit aux êtres de la terre, en réponse à leurs cris, que les remous légers et la caresse furtive de son vol.

*
* *

Je n'ai pas été le témoin de la récente dispute ; j'imagine qu'elle fut pénible et sans issue.

Quel en a été l'objet ? L'an dernier, Leriche avait fait entrevoir aux chirurgiens de merveilleuses perspectives : « Vous n'avez plus grand'chose à découvrir, leur disait-il, si vous vous en tenez à la suppression des lésions visibles : de telles voies sont à peu près sans issue désormais. Par contre, vous trouverez un champ d'activité inépuisable dans la *chirurgie physiologique*, je veux dire celle qui, agissant sur les fonctions d'une glande, d'un organe, en apparence indemnes, déterminera à distance des effets bienfaisants, rétablira un équilibre général troublé, modifiera la vie profonde des tissus... Les exemples ne manquent pas : action de la para-thyroïdectomie sur certaines dystrophies osseuses ; de la sympathectomie sur les troubles douloureux, les contractures, les cyanoses ; de la surrénalectomie sur les artérites oblitérantes, etc... »

Or, justement, la chirurgie des surrénales a été mise à l'ordre du jour du congrès de chirurgie de 1934. Enquêtes, statistiques, expériences sont allées leur train. En fin de compte, il se trouve que les résultats sont assez décevants, tout au moins d'après le chirurgien chargé d'établir un rapport sur la question : l'ablation d'une surrénale n'a qu'une action médiocre ou nulle sur l'évolution des artérites oblitérantes.

*
* *

L'homme a volontiers des sarcasmes pour qui le déçoit. Même celui qui n'a pas pris à la lettre la promesse, s'indigne de ne pas en voir la réalisation. Et ne lui dites pas qu'elle viendra plus tard : c'est tout de suite qu'il la lui faut.

Il n'y aurait guère là de quoi s'émouvoir. Leriche a eu une grande idée, une de ces idées qui englobent beaucoup de choses, qui doivent donc, un jour ou l'autre, se révéler fécondes, et qui, nécessairement, suscitent une opposition plus ou moins durable. Une telle idée est celle d'un poète : j'écris ce mot avec la plus affectueuse admiration, mais sans me dissimuler le mal qu'il peut faire à un chirurgien dans l'esprit d'autres chirurgiens. Peu importe ! Une intuition « poétique » comme celle de la « chirurgie de la douleur », a une valeur qui dépasse démesurément toutes les découvertes techniques de détail. Qu'elle comporte des conséquences pratiques, je n'en doute pas, bien que je sache que les bénéfices ne seront peut-être pas immédiats. Ayons confiance. Tout ce qui a de la grandeur doit entraîner non pas seulement notre admiration, mais notre foi ; la grandeur seule est productrice, et elle l'est inévitablement.

C'est dire que, même si l'on venait à me montrer que rien, absolument rien ne subsiste, dans le détail, de ce que nous a appris Leriche (et ce n'est là qu'une absurde hypothèse), Leriche ne serait en rien diminué à mes yeux. On n'est pas grand parce qu'on a fait une invention de métier, on est grand quand on a ouvert des voies ; et on est plus grand encore quand, malgré des faux pas et des chutes, on se redresse pour montrer sur le lointain horizon ce qu'on est encore seul à voir.

*
* *

Donc, il est de peu d'importance, ô Leriche, que certains aient à votre égard un mouvement d'humeur.

Seule, serait grave votre obstination à « prouver ». — Un poète n'a pas à prouver ; il crée. Il ne discute pas, il cherche de belles images ou des vérités secrètes, et cela, si possible, dans la joie et *dans le jeu*.

Je ne sais pas, Ariel, si vous consentez à être Ariel ! Peut-être faites-vous peu de cas de cette destinée ? Il n'en est pas cependant de plus merveilleuse. Et voilà que, possédant du génie, vous voudriez montrer un talent d'honnête ouvrier ; aux lumières que vous faites jaillir, vous rêvez d'ajouter un bout de chandelle. Que vous vous connaissez mal !

Vous avez le grand respect de l'expérimentation chirurgicale ; vous vénérez, légitimement mais, semble-t-il, exclusivement, Descartes, Claude Bernard ; vous avez, pour tout dire, une mystique de la « preuve ».

En conséquence, vous expérimentez et vous discutez. Je suis sûr que vous faites l'une et l'autre de ces choses aussi bien ou mieux que tout homme de notre profession, que vous y mettez toute votre application, toute votre droiture qui est incomparable, et tout votre cœur. Je suis beaucoup moins sûr que ce soit là votre rôle, et que vous ne perdiez pas, à cette besogne, votre temps et vos efforts. Votre fonction est d'inventer et de semer. Tant d'autres par la suite seront capables de faire le tri et la critique ! Laissez-leur ce gros ouvrage.

Tout ne peut pas être définitif dans ces intuitions qui affluent en vous si généreusement : certaines ne sont que des germes, ou des promesses de germes. Contentez-vous de laisser tomber des germes : ils pousseront tôt ou tard.

A vouloir « légitimer » à tout prix, vous donnez beau jeu à ceux qui rêvent de vous trouver en défaut sur un point.

Ariel est riche ; qu'il ne fasse pas la besogne des pauvres...

J. Fiolle.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Places de lits-salons et de couchettes à moitié prix. — Appelés à vous déplacer fréquemment de nuit sur de longs parcours, soit pour votre plaisir, soit pour vos affaires, vous utilisez les places couchées des grands trains. Vous passez une agréable nuit, comme dans un vrai lit, tout en éprouvant la satisfaction de gagner du temps.

Désormais, vous pourrez profiter de cette facilité à des conditions plus avantageuses, car vous trouverez, sur le P.-L.-M. des places couchées à moitié prix.

Ce réseau tient à votre disposition des cartes d'abonnement valables 6 mois ou un an, donnant droit à la délivrance de suppléments à demi-tarif pour l'occupation de places de lits-salons, couchettes et couchettes-toilettes.

Le prix des cartes est de 490 fr. pour 6 mois et de 790 fr. pour un an.

VOIES RESPIRATOIRES :

LE RÉSYL

asséchant bronchique
et désinfectant de la muqueuse.

Diminue la toux,
Réduit l'expectoration,
Relève l'état général.

SIROP — COMPRIMÉS — AMPOULES

LA CORAMINE

tonicardiaque et eupnéique

Relève la pression sanguine, raffermit le pouls.
Rend la respiration plus aisée et plus profonde.

Diminue la dyspnée,
Maintient le potentiel nerveux
Tonifie le cœur,

GOUTTES : XX à C PAR 24 HEURES
AMPOULES : 1 à 10 cc. PAR 24 HEURES

Laboratoires CIBA, O. Rolland, Phcien, 109-113, Boulevard de la Part-Dieu, Lyon

REVUE GENERALE

LA VITAMINE A

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Syn. — Facteur lipo-soluble de croissance, antixérophtalmique ; vitastérine A (Funk).

Historique (1). — Avec M. A. Busson, on peut le diviser en trois périodes :

1° De 1857 à 1893, nombre de médecins (Bloch, Game, Lobo, Mac Kenzie, Mori) établissent une relation étroite entre certaines affections oculaires, dont, surtout, la xérophtalmie, et une alimentation défectueuse. Bloch estime que la fréquence de la maladie est due à une alimentation « artificielle mal compo-« sée, du fait du remplacement total ou partiel du « lait entier par du lait écrémé, du caillé ou des sou-« pes de farineux » et l'attribue au défaut d'une substance spéciale contenue dans les matières grasses.

2° En 1913, Mac Collum et Davies, Osborne et Mendel découvrent une substance (facteur lipo-soluble) qui semble inséparable des lipoïdes et qui joue un rôle capital dans la croissance.

3° Actuellement, on cherche surtout à :

Trouver des méthodes de dosage perfectionnées qui permettent d'évaluer la teneur, en facteur A, d'un tissu animal ou végétal ;

Dépister les symptômes de l'avitaminose correspondante, quand elle est fruste et atypique ;

Opposer à cette affection un traitement prophylactique ou curatif.

Définition. — C'est un alcool non saturé, voisin des stérols, dont la formule est $C^{20}H^{30}O$. Elle est contenue tout entière dans la partie insaponifiable de certains corps gras, partie qui représente de 0,50 à 1 % du corps total.

Propriétés physico-chimiques. — Deux capitales :

1° Elle est *lipo-soluble.*

2° *Elle résiste mal à l'oxydation*, celle-ci se montrant d'autant plus active que la température est plus élevée et le contact avec l'air plus intime et plus prolongé. Cette particularité, qui domine son histoire, explique les faits suivants :

a) Soustraite à l'action de l'air et de l'oxygène, elle supporte une température de +120° prolongée douze heures ;

b) Chauffés à l'abri de l'air, les corps qui la contiennent (lait, beurre, huile de foie de morue) la conservent indéfiniment ;

c) Chauffés en présence de l'air, ils la perdent au moins partiellement ;

d) De même, l'huile de foie de morue, lorsqu'on la soumet à des manipulations compliquées destinées à lui enlever son goût et son odeur ;

e) Exposé à l'air en couche mince, le même produit la perd en 14 jours, tandis que, conservé dans des bouteilles bien bouchées, il la conserve des années (Poulson) ;

f) A la température ordinaire, le beurre, dont le rancissement indique l'oxydation, la perd beaucoup plus rapidement que l'huile de foie de morue ;

g) A l'état frais, la graisse de porc en contient. Le saindoux commercial n'en contient pour ainsi dire pas, fait dû sans doute aux opérations de blanchiment, à base d'oxydation, effectuées pour lui donner un aspect plus engageant (Drumond et Coward) ;

h) Mêmes effets dans la purification des huiles comestibles par l'hydrogénation à +120°, sous pression, en présence du nickel réduit ;

i) La vitamine est détruite par les rayons ultra-violets, grâce à l'ozone que dégagent les lampes à mercure.

Bien qu'elle résiste à l'action des alcalis et des acides étendus, on peut dire d'elle, avec Mme Randoin et M. Simonnet, *qu'elle est la moins stable des vitamines lipo-solubles.*

Elle est :

Insoluble dans l'eau ;

Soluble dans l'acétone, l'alcool, le benzène, le chloroforme, l'éther, les huiles minérales.

D'origine végétale, elle est moins soluble que lorsqu'elle est d'origine animale.

Réactions colorantes. — Elle donne, soit avec l'acide sulfurique, soit avec le trichlorure d'arsenic (Rosenheim et Drummond), soit avec le trichlorure d'antimoine en solution chloroformique (Carr et Price), une couleur bleue plus ou moins foncée. Cette dernière réaction doit être considérée comme « une réaction de groupes ; elle ne peut servir qu'à une éva-« luation très approximative de la richesse en facteur « A des tissus organiques ou végétaux dont on ne con-« naît pas la teneur respective en carotinoïdes » (A. Busson). Les autres ne sont pas plus caractéristiques (Mme Randoin et H. Simonnet).

Réactions spectroscopiques. — Seule, la vitamine A d'origine animale donne une bande d'absorption à 328 μμ dans l'ultra-violet. Il n'y a d'ailleurs, dans cette donnée, que l'apparence de la précision : « l'é-« tude spectroscopique ne nous paraît pas capable, « sans de nouvelles recherches, de doser quantitative-« ment le facteur A contenu dans un organisme ou « dans ses extraits insaponifiables ; trop de causes « d'erreur existent encore » (A. Busson).

Connexions. — Elle est surtout associée à divers pigments végétaux dont les principaux sont la *chlorophylle*, les *lipochromes* et le *carotène.*

1. Il est aujourd'hui bien établi que facteur A et *chlorophylle* sont entièrement distincts.

2. Il existe, au contraire, un remarquable parallélisme entre la richesse d'une plante en *lipochromes* et sa valeur comme facteur de croissance.

3. Le *carotène* (1), ainsi désigné par Arnaud, est une matière colorante très répandue dans le monde végétal (carottes, pollens jaunes et oranges, feuilles d'épinards, de pêcher, de mûrier, de marronnier, huile de palme) et dont la présence n'est pas moins

(1) On trouvera toute la bibliographie de la question dans la remarquable thèse d'A. Busson, *Le métabolisme et le rôle du facteur de croissance ou « facteur A » dans l'espèce animale et dans l'espèce humaine.* Paris, 1933, in-8° de 182 p.

(1) Léon Binet et M. V. Strumza. Le carotène ; son pouvoir hématopoiétique, *Presse méd.*, n° 3, 9 janv. 1932.

certaine chez les animaux : beurre, jaune de l'œuf, corps jaune de l'ovaire.

Propriétés physico-chimiques. — C'est un carbure d'hydrogène non saturé, facile à préparer, cristallisable, de couleur allant du jaune brillant au rouge cuivré. Il s'oxyde facilement. Il est soluble dans nombre de solvants (benzène, chloroforme, éther de pétrole, huiles, sulfure de carbone). En solution chloroformique, il donne, avec le trichlorure d'antimoine, une belle coloration bleue.

Il diffère de la vitamine A par plusieurs caractères : celui-là est coloré, celle-ci est incolore ; la bande d'absorption dans l'ultra-violet, qui est de 328 μμ pour la vitamine A, est de 277, pour le carotène ; en solution chloroformique de trichlorure d'antimoine, ils donnent aussi des bandes d'absorption différentes : 590 μμ pour celui-ci, 610-630 pour celle-là.

Propriétés physiologiques. — Le carotène jouit d'un *important pouvoir hémopoiétique* (L. Binet et M. V. Strumza), dont semble dépourvue la vitamine A (A. Busson).

Il *exerce, sur la croissance, une action stimulante* (Euler et Hellstrom, 1928, T. Moore, 1929), d'autant plus marquée qu'il est plus pur (Javillier et Mlle Emérique, 1930, Mlle van Stock, Guilbert et Penau, 1931, Mlle van Stock, Guilbert, Penau et Simonnet, 1931), mais différente, par certains côtés, de celle que possède la vitamine A (A. Busson).

Carotène et vitamine A sont donc deux substances très voisines, mais distinctes. Quelles sont leurs relations respectives ? Elles ont été élucidées par T. Moore et N. S. Capper, auxquels revient le mérite d'avoir établi qu'ingéré par les animaux, il est converti en vitamine A, qui s'accumule dans le foie (v. plus loin). Le carotène a donc pu être nommé, avec raison, la *provitamine A*.

Identification. — La Section d'hygiène de la Société des Nations a proposé, en 1931, l'adoption, comme mesure étalon, du carotène extrait de la carotte par la méthode de Willstalter, purifié par recristallisation, et dont le point de fusion est de +179°. *L'unité internationale de vitamine A est de 1 milligramme de carotène.* MM. Lesné et Clément préfèrent l'unité biologique définie la « dose quotidienne « suffisante et nécessaire pour protéger le jeune rat « blanc contre la xérophtalmie et la cachexie, et pour « permettre, chez lui, le développement que l'on ob- « serve chez les animaux mis à un régime complet « non carencé ».

Origine. — On le trouve :

En très grande quantité, dans les *graisses et huiles de poisson,* le *beurre,* le *jaune d'œuf ;*

En *quantité importante,* dans la crème, la carde, la citrouille, les épinards, la fève verte, le foie, les graisses animales (bœuf, mouton), le hareng, le lait, la laitue, les piments, la tomate mûre.

Elle est très abondante dans le *lait de femme,* surtout si l'alimentation de la nourrice en contient une quantité suffisante.

Le *lait de vache* frais en contient un peu plus que le lait de femme, le lait d'été que le lait d'hiver, fourni par des animaux nourris de fourrages secs et de tourteaux, le lait de la campagne que le lait des grandes villes (Appleton) ;

Pasteurisé, il en garde une partie, grâce à la réfrigération qu'il subit dès la traite.

Condensé et écrémé, il n'en contient plus la moindre trace.

Condensé, non écrémé et sucré, il est riche en vitamine A, car, pour le préparer, on l'a évaporé sous pression réduite et à basse température.

Condensé, non écrémé et non sucré, il doit, pour se conserver, être stérilisé à +115° pendant vingt minutes : la vitamine A est alors détruite.

Dans le *lait sec préparé* par le procédé des cylindres, elle est conservée, la vapeur qui se dégage chassant l'oxygène et empêchant ainsi l'oxydation. Emploie-t-on le procédé de la vaporisation, elle est détruite par courant d'air sec à +115° dont on se sert pour dessécher le lait.

Le *babeurre* en contient encore moins que le lait sec (R. Debré et A. Busson).

En *quantités moyennes,* dans les aliments suivants : amande, artichaut, avocat, banane, carotte, cervelle, champignon, chou, chou-fleur, citron, cœur, cresson, bette, fromage gras, graines (avoine, blé, maïs), où elle siège dans le périsperme, haricot blanc, huître, lentille, noix de coco, orange, pain complet, patate, pois vert, pomme de terre jaune, potiron, rognon, soja, pelures de la plupart des fruits, viandes grasses;

En *quantité faible,* dans la betterave, la figue, le maïs jaune ou rouge, le millet, le navet, la noix, l'orge, la pêche, la pomme.

Elle *fait défaut* dans les amidons, les fécules, le gluten, les graines non germées, l'huile d'amande et d'olive, surtout purifiées, la levure de bière, le maïs blanc, le radis, le riz, le saindoux, le seigle, l'extrait de viande. Les margarines, végétalines, etc., en contiennent des quantités variables selon leur mode de préparation (Coward).

On admet que :

1° Les herbivores trouvent dans certains végétaux frais (carottes, luzerne, graines en germination, trèfle, soit la provitamine A, soit la vitamine A elle-même, et que leurs tissus en contiennent d'autant plus que ces végétaux en sont eux-mêmes plus chargés ;

2° Les poissons la trouvent soit dans les algues, soit dans le plankton.

Métabolisme. — Il a pu être déterminé, grâce à des techniques spéciales : 1° technique à la potasse (Moore, 1930), technique à l'acétone (Mlle Asselin, A. Busson et H. Simonnet, 1930), permettant d'extraire la vitamine des organes et des tissus 24 et même 48 heures après la mort ; 2° tests biologiques permettant, non seulement de la déceler avec certitude, mais encore de comparer la valeur vitaminique de divers extraits (A. Busson).

Chez l'animal auquel on a fait absorber de fortes doses de carotène, seuls, foie et rein contiennent d'importantes quantités de vitamine A, à l'exclusion du cerveau, de la graisse de couverture, et, peut-être, du sérum.

La présence de cette vitamine dans le rein étant liée à l'activité éliminatrice de cet organe, on peut dire que, *seul, le foie joue dans son métabolisme un rôle capital.* En effet :

Selon toute vraisemblance, *il transforme le carotène en vitamine A ;*

Il la met en réserve. Cette mise en réserve, actuellement démontrée pour le chat, le chien, le poulet, le rat, dépend de deux grandes causes : mode d'alimentation, besoins de l'organisme, ce qui explique la variabilité des résultats obtenus selon les diverses espèces, d'une part, et, de l'autre, l'âge de l'animal (A. Busson et H. Simonnet) ; elle fait comprendre les différences observées entre animaux soumis à un même régime carencé en facteur A.

Le carotène peut-il être, soit assimilé par les tissus, soit transformé *in vitro*, par eux, en vitamine ? La question n'est pas résolue.

Ajoutons que le foie de certains animaux peut être complètement dépourvu de vitamine A, alors que leur état général est excellent et que leur croissance n'est pas troublée. Il doit donc exister, avant la période de carence, une phase durant laquelle le facteur A ayant disparu de la glande hépatique, l'apport vitaminique journalier suffit à assurer la vie normale. L'absence de facteur A dans le foie ne permet donc pas, à lui seul, d'affirmer l'existence de l'avitaminose correspondante (A. Busson).

Chez l'homme, même rôle prédominant du foie dans la mise en réserve de la vitamine A ; presque inexistantes chez le nouveau-né, bien que le foie de la femme enceinte à terme en contienne des quantités considérables, encore peu abondantes chez le nourrisson, tant qu'il reste au régime lacté intégral, ces réserves augmentent brusquement dès que l'enfant est mis à un régime varié (A. Busson). Comme chez l'animal, l'absence de facteur A dans le foie ne permet pas de conclure à la carence, les fonctions tissulaires physiologiques pouvant s'effectuer alors même qu'il n'existe pas de facteur A dosable dans le foie (Id.).

Propriétés biologiques. — Elles ne seront complètement connues que du jour où l'on pourra opposer les *hypervitaminoses A* aux *avitaminoses A*. Celles-là n'ayant encore que peu retenu l'attention des expérimentateurs, en dehors de la carotinémie et de la xanthochromie, nous ne nous occuperons que de celles-ci.

§ 1. — **L'avitaminose A chez l'animal.** - *L'animal de choix* est le *rat blanc* en voie de croissance (30-40 grammes), le *régime* à lui prescrire, le suivant :

Peptone de muscle	17
Levure de bière sèche	3,50
Dextrine	63,50
Huile d'arachide (lavée et chauffée)	12
Mélange de sels	4

(Mad. Randoin et H. Simonnet.)

Totale. Elle se caractérise par *trois ordres de symptômes.*

1. Troubles oculaires, les plus constants.

Xérophtalmie, annoncée par une tuméfaction des paupières, avec diminution corrélative de la fente palpébrale, sécrétion catarrhale abondante, chute des cils, et caractérisée, à la période d'état, par l'aspect spécial de la conjonctive, qui se déshydrate, perd son éclat et sa souplesse (ξηρός, dur).

Lésions cornéennes débutant par de l'infiltration, pour se continuer par une ulcération qui aboutit elle-même à la fonte de l'œil ; elles ont pu être étudiées dans tous leurs détails par M. Mouriquand, J. Rollet et Mad. Chaix, grâce à l'utilisation du microscope cornéen et de l'éclairage en fente de Gullstrand.

Pour M. Mori, qui a suivi ces lésions au microscope, elles passeraient par deux phases : une dystrophique liée à l'avitaminose, une d'infection secondaire.

2. Arrêt de la croissance (Goldblet et Soam) avec chute rapide du poids, anorexie et diarrhée, liée à l'atrophie des muqueuses digestives (Kössler et Maurer).

Cet arrêt de la croissance est dû, essentiellement, soit au trouble apporté dans l'assimilation des lipides (Randoin et Simonnet), *soit à l'impossibilité où se trouve l'organisme de les faire dériver des glucides* (Ling et Wacker). Les altérations histologiques initiales sont, en effet, de deux ordres :

a) Modifications de la teneur normale des tissus en lipides et en acides gras (Javillier, Rousseau et Mlle Emérique) ;

b) Lésions en rapport avec la rupture de l'équilibre colloïdal du protoplasme produites par l'absence de lipides.

3. Lésions des muqueuses. — Nous avons déjà signalé les altérations des conjonctives et des muqueuses digestives : joignons-y celles qui intéressent l'appareil génito-urinaire : pour la vessie, fréquence de calculs vésicaux (Osborne et Mendel, Fujamaki, Perlmann et Weber), « relevant probablement d'un chan« gement dans la constitution de l'épithélium ré« nal » (van Leersum) et des hémorrhagies vésicales (A. Busson), pour le vagin, présence de cellules kératinisées dans la sécrétion qui, d'autre part, garde à l'état permanent la formule cytologique qu'on n'observe normalement qu'au moment de la maturation du follicule de Graaf. D'ailleurs, Wolback et Howe (1925) ont signalé, chez les animaux, la kératinisation et la transformation des épithéliums stratifiés allant jusqu'à la desquamation, qu'il s'agisse des voies respiratoires, des glandes salivaires, du rein, de la vessie, des vésicules séminales, de la prostate ; Fugimaki, la production de tumeurs papillomateuses ou carcinomateuses dans l'estomac ou l'intestin du rat blanc.

La vitamine A « *joue donc un rôle essentiel dans la « vie et dans la croissance des tissus et, en particulier « des épithéliums* » (R. Debré et A. Busson), intervenant peut-être dans les divisions cellulaires si nombreuses chez l'enfant. Ce serait une substance spécifiquement nécessaire à la multiplication des cellules (Randoin et Simonnet).

Quant à la *prédisposition aux infections,* qu'avaient cru remarquer les premiers observateurs, en se fondant sur la fréquence, chez les animaux carencés, de broncho-pneumonies, de sinusites, d'adénites aiguës, de pyélites, etc., elle est aujourd'hui contestée. En effet :

a) Dans la xérophtalmie, avant toute infiltration leucocytaire, existent des lésions portant sur des cellules cornéennes et conjonctivales (Mori, 1923 ; Mouriquand, Rollet et Mad. Chaix, avec la collaboration de Policard, 1931) ; les phénomènes inflammatoires n'apparaissent qu'à partir du moment où existent de fines solutions de continuité, spontanées ou provoquées, de l'épithélium cornéen ;

b) Les germes trouvés dans les cavités nasales et otitiques des rats carencés sont ceux qu'on rencontre dans les infections secondaires qui surviennent chez les cachectiques (A. Busson).

« La carence en facteur A ne favorise donc l'in-
« fection que dans la mesure où elle diminue la vi-
« talité des tissus... Les processus infectieux obser-
« vés ne sont dus qu'à une invasion microbienne
« secondaire par germes banaux sur un organisme
« mis en état de moindre résistance par une dystro-
« phie tissulaire généralisée. » (A. Busson.)

Parmi les *symptômes secondaires*, mentionnons seulement ceux qui portent sur :

L'*épiderme et les phanères* : le poil devient rude et cassant, les plantes des pattes, écailleuses ou œdémateuses ;

Les *glandes endocrines* : atrophie du thymus ;

Le *tissu osseux* : raréfaction des cellules et des trabécules, lésions analogues au scorbut (Tozer) ;

Le *système nerveux* : maladresse, troubles du caractère, le rat expérimenté manifeste une très vive hostilité envers l'entourage ;

L'*appareil respiratoire* : rhinite, avec parfois diminution du sens de l'odorat et épistaxis, aphonie, catarrhe trachéo-bronchique, broncho-pneumonie ;

L'*appareil digestif* : stomatite, anorexie, diarrhée banale ou analogue à celle de la sprue ;

L'*appareil circulatoire* : anémie, parfois grave, tendance aux hémorragies, sans doute en rapport avec la thrombopénie, que Cramer, Drew et Moltram considèrent comme le symptôme le plus précoce de l'avitaminose A ; adénopathies cervicales et médiastines.

L'*appareil génital* : chez la femelle, suppression de l'ovulation et installation d'un état de rut permanent, chez le mâle, dégénérescence du testicule.

Cette carence totale est d'abord latente, puis survient la xérophtalmie, bientôt accompagnée de ralentissement, puis d'arrêt de la croissance.

Est-elle traitée à temps, les lésions oculaires peuvent, selon leur ancienneté, soit disparaître complètement, soit guérir en laissant quelques cicatrices, la courbe du poids reprend son cours ascendant et tout rentre dans l'ordre.

Est-elle suffisamment prolongée (30 à 40 jours chez le jeune rat blanc), elle aboutit fatalement à la mort.

Fruste, elle ne se traduit que par quelque trouble isolé : asthénie, anémie, œdème, anorexie, diarrhée, ou par un ralentissement du développement.

B. **L'avitaminose A humaine.** — Elle peut se présenter sous trois formes : *complète*, *fruste* ou *associée*.

Forme complète. — Après une période latente, qui peut durer de trois à quatre mois (Forest et R. Wolff), l'avitaminose se manifeste d'abord, chez le nourrisson, par l'arrêt, puis par la chute du poids, les troubles digestifs : anorexie, diarrhée, l'apathie, la sécheresse de la peau. Puis apparaît la *xérophtalmie*, dénommée *hikan* au Japon, non contagieuse, toujours bilatérale, intéressant la conjonctive qui « perd son humidité, son éclat, devient terne, parcheminée et se laisse facilement plisser » (Bitot). Les lésions prédominent sur la partie de la conjonctive qui avoisine la cornée, constituant, en cette zone, la *tache de Bitot*, nacrée, triangulaire, à sommet externe, à base interne, à surface ondulée, opaque, recouverte d'un enduit blanchâtre qui ne tarde pas à se reformer si on l'enlève, et qui correspond à la desquamation de l'épithélium. Tous les traitements locaux échouent et l'inflammation s'étend à la cornée, où elle passe par trois phases : infiltration : la membrane prend une couleur blanc jaunâtre, elle s'opacifie ; ulcération à grand axe transversal, accompagnée de symptômes fonctionnels discrets et aboutissant fatalement à la perforation, avec issue du cristallin et fonte de l'œil. Vient-on à introduire dans l'alimentation du beurre, du lait, du foie de poulet (Mori) ou à donner un peu d'huile de foie de morue, tout rentre dans l'ordre ou tout se borne à la production d'un leucome. Sinon, l'état général s'aggrave, une diarrhée incoercible s'installe : la mort est alors fatale.

Existe-t-il, en dehors de ces symptômes, d'*autres* accidents que l'on puisse attribuer, chez le nourrisson, à l'avitaminose A ? Sans doute, est-il sujet aux *infections secondaires*, mais, comme chez l'animal, elles semblent liées surtout aux modifications du terrain (Wright, A. Busson). De même, la plupart des *diarrhées infantiles* ne relèvent pas d'une carence en vitamine A, les variations de la richesse du foie en facteur A dépendant essentiellement (A. Busson) de deux causes : durée de la maladie, — plus elle se prolonge, plus l'organisme s'appauvrit en vitamine A —, nature de l'alimentation. Enfin, rien ne prouve que l'on puisse appliquer à l'espèce humaine les conclusions si intéressantes de MM. L. Binet et Strumza sur le *rôle hématopoiétique* que joue le carotène chez l'animal.

Formes frustes et latentes. — Elles sont beaucoup plus fréquentes, au moins en France, que la précédente, et peuvent se manifester par l'un des troubles suivants (P. Bertoye, Frontali) :

Troubles digestifs : anorexie, diarrhée glaireuse, verdâtre.

Dystrophies : arrêt de progression de la courbe pondérale, lequel constitue souvent le signe initial ; cachexie spéciale aux enfants nourris exclusivement avec des farines ; hypertonie musculaire, coloration bronzée des téguments, aspect squameux de la peau (E. Lesné et R. Clément), œdèmes plus ou moins généralisés, disparaissant rapidement par addition de lait au régime hydrocarboné ;

Manifestations oculaires : conjonctivite d'apparence banale ou granuleuse (Mac Crowan et Mac Malt, Doering, Bloch, Findlay), lésions cornéennes visibles au biomicroscope et à la lampe à fente (Mouriquand, Rollet et Mlle Chaix) ;

Troubles circulatoires : anémie (Mouriquand, Sédaillan et Mlle Weill), manifestations purpuriques.

A ces manifestations on ajoutait, tout récemment encore, la tendance aux infections. Nous avons vu ce qu'il faut penser de cette conception, qui n'est plus admise aujourd'hui dans son intégralité.

Ces formes frustes ou latentes seront reconnues par les anamnestiques et par l'épreuve thérapeutique.

Notions anamnestiques. — Rarement, il s'agit d'enfants nourris au sein, à moins que l'alimentation de

la mère ne contienne pas de vitamine A. « C'est ainsi qu'en 1917, Scheeds, dans la période des grands jeûnes russes, vit une femme atteinte d'héméralopie, et dont le nourrisson présentait les premiers symptômes d'une xérosis conjonctivale. L'huile de foie de morue donnée à la mère guérit rapidement son héméralopie et la xérosis de son enfant. » (P. Bertoye.)

Le plus souvent, il s'agit d'allaitement artificiel, que l'on s'adresse exclusivement à l'un des trois aliments suivants : lait écrémé, babeurre, farines, ou à tous trois simultanément.

N'oublions pas qu'avec un régime suffisant, il peut y avoir carence, par insuffisance de digestion, par exemple en cas de diarrhée (Bloch) ou d'assimilation, le foie n'étant plus capable, en raison d'une insuffisance congénitale ou acquise, de fixer la vitamine A : c'est ainsi que des cas d'avitaminose A ont été observés à la suite des infections les plus diverses.

L'*épreuve thérapeutique* consiste à administrer aux petits malades du lait complet, la quantité de beurre nécessaire pour remédier à la carence en vitamine A étant évaluée à 5 ou 10 % de la ration ; de l'huile de foie de morue ; du foie (Trantal d'Athènes). Quant aux préparations de vitamine A extraites soit de la carotte, soit de la tomate, « il n'est pas encore possible de dire leur valeur » (P. Bertoye).

Formes associées et compliquées. — Dans la plupart des cas, à l'avitaminose A s'associent, soit une carence en substances grasses, soit une avitaminose B ou C, soit un déséquilibre de la ration alimentaire au profit des hydrates de carbone, soit une carence en fer.

Lorsque les lipides font défaut, il y a à la fois carence d'apport, d'absorption et d'assimilation (Ed. Lesné et R. Clément).

Lorsque *l'avitaminose C vient compliquer l'avitaminose A*, on voit survenir des manifestations scorbutiques.

Est-ce *l'avitaminose B qui s'associe à l'avitaminose A et à un excès de glucides dans la ration alimentaire*, c'est la dyspepsie des farineux qui prend la première place dans le tableau clinique.

L'avitaminose A, compliquée de troubles digestifs et de carence en fer, est à l'origine de certaines anémies du nourrisson.

Exceptionnelle chez l'enfant nourri au sein, rare chez l'enfant soumis à l'allaitement artificiel, l'avitaminose A s'observe surtout chez les nourrissons que l'on a nourris longtemps et exclusivement avec les aliments suivants : 1° lait écrémé ; 2° babeurre ; 3° farines à l'eau ou au bouillon de légumes.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

P. Bertoye. — Formes frustes et latentes des avitaminoses. *Questions médicales d'actualité*, janvier 1933.

Edouard Lesné et Robert-Clément. — *Avitaminoses, in Traité de médecine des enfants*. Paris, 1934, in-8° t. I, p. 468-527.

A. Busson. — V. p. 000.

Edouard Lesné, Mlle Germaine Dreyfus-Sée et R. Clément. — Les vitamines, in *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1934, in-8°, t. I, p. 568-607.

Frontali (de Padoue). — Les avitaminoses du nourrisson, *IIIe Congrès italien de Nippiologie*, septembre 1932.

L. Randoin et H. Simonnet. — *Les données et les inconnues du problème alimentaire*. II. *La question des vitamines*, Paris, 1927, 480 p. — La question des vitamines, conférence faite le 19 mars 1928 dans la grande salle de la Société de Géographie. Les vitamines. Paris, 1932, in-16° de 217 p.

A. Thiroux. — Vitamines et avitaminoses, *Biologie médicale*, n° 1, janv. 1934, p. 1-55.

NOTES D'ANATOMIE

TROU DÉCHIRÉ POSTÉRIEUR

PAR MM.

A. DELMAS, et G. P. TOYE,

Aide d'anatomie à la Faculté, Internes des Asiles de Montpellier.

On entend par trou déchiré postérieur un orifice de l'étage postérieur du crâne qui correspond à un interstice irrégulier de la soudure du temporal et de l'occipital.

Généralités. — Il est orienté en arrière et en dehors ; sa forme est irrégulière sur sa face endocranienne, comparable à un fer de lance de drapeau sur sa face exocranienne.

Sur cette face, en effet, on peut distinguer deux parties : une portion antérieure, étroite, formant un angle aigu ouvert en arrière et en dehors ; une portion postérieure vaguement circulaire beaucoup plus grande que la précédente.

Ces deux portions communiquent entre elles librement sur l'os sec. Normalement, elles sont séparées par un ligament fibreux tendu entre deux épines osseuses qui les délimitent à leur jonction.

Le trou déchiré mesure en moyenne 15 mm. dans le sens transversal et 9 mm. dans le sens antéro-postérieur, il serait un peu plus grand à droite qu'à gauche.

Description. — On peut décrire au trou déchiré postérieur : 2 bords, un bord postéro-interne ou basilaire, un bord antéro-externe ou temporal, qui s'accolent, en avant en formant un angle aigu ; en arrière, en formant un angle arrondi.

Le bord postéro-interne. — Il est formé par le bord externe des masses latérales de l'occipital.

Il présente deux segments antérieur et postérieur, séparés par l'apophyse jugulaire de l'occipital (fig. 2).

Ceux-ci sont surplombés en avant :

1° Par une éminence, le tubercule occipital creusé de gouttières livrant passage au IX, X et XI, se rendant dans le trou déchiré.

2° Par l'orifice interne du canal condylien, qui livre passage au XII.

En arrière :

1° Par la portion terminale de la gouttière du sinus latéral, sinus qui va se jeter dans la partie postérieure du trou.

2° Par le canal condylien postérieur qui s'ouvre dans cette gouttière.

En résumé, ce bord peut être compris comme un versant sur lequel descendent tous les éléments qui se rendent au trou déchiré.

Le bord antéro-externe. — C'est le bord postérieur de la portion pétreuse du temporal.

On lui décrit comme au bord postéro-interne deux segments antérieur et postérieur séparés par une apophyse, l'épine jugulaire du temporal (fig. 3).

La portion antérieure est creusée d'une fossette, la fossette pétreuse qui loge le ganglion d'Andersch.

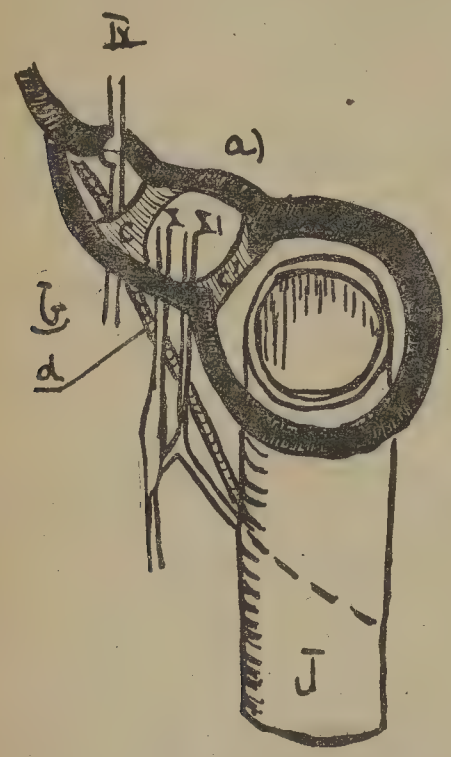


FIG. 1. — a. Bord temporal. — b. Bord occipital. — c et c'. Faisceaux fibreux de cloisonnement. — d. Sinus pétreux inférieur. — J. Jugulaire.

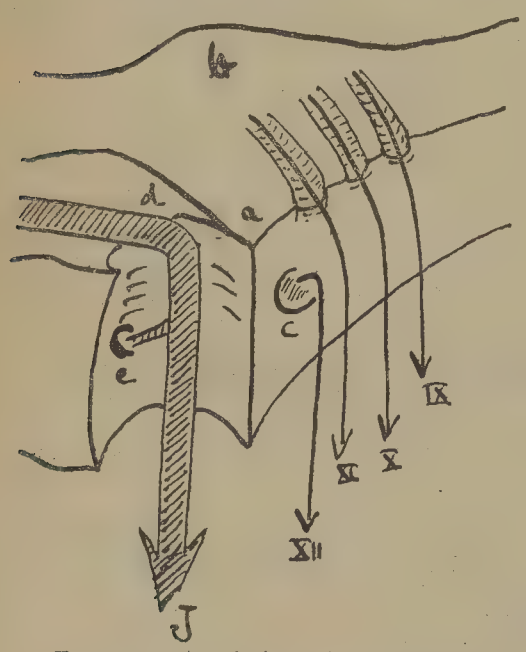


FIG. 2. — a. Apoph. jugulaire. — b. Tub. occipital. — c. Canal condylien. — d. Gouttière du sinus latéral. — e. Canal condylien postérieur.

La portion postérieure arrondie correspond au golfe de la jugulaire.

Ce bord est surplombé en avant :

1° Par une gouttière peu nette qui s'y termine et qui loge le sinus pétreux inférieur.

2° Par l'orifice inférieur de l'aqueduc du limaçon qui s'ouvre au sommet de la fossette pétreuse.

En arrière : par le sinus latéral.

Subdivision du trou déchiré postérieur. — Elle est due à la présence de deux faisceaux fibreux qui divisent le trou en plusieurs loges.

Le principal, postérieur, va d'une épine jugulaire à l'autre et ferme en avant la portion arrondie du trou.

Le faisceau antérieur divise la portion antérieure en deux loges secondaires.

En tout, ils limitent trois orifices :

Un orifice postérieur, large, livre passage et forme le golfe de la jugulaire.

Un orifice moyen livre passage au X et XI.

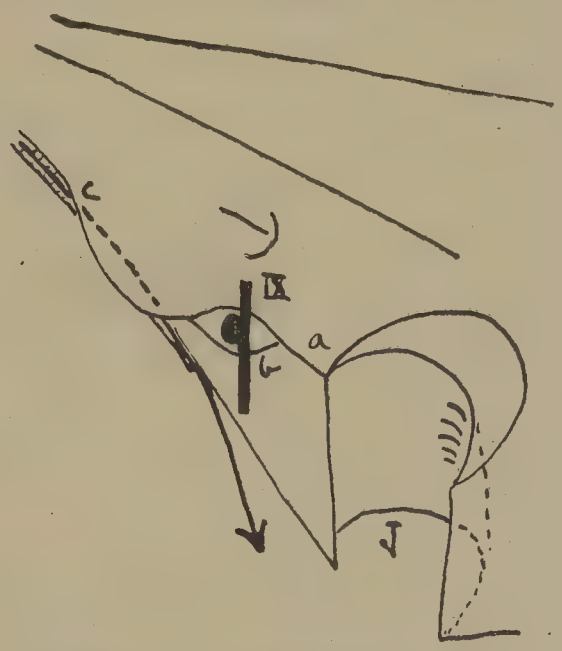


FIG. 3. — a. Apoph. jugulaire. — b. Fossette pétreuse. — c. Gouttière du sinus pétreux inférieur.

Un orifice antérieur livre passage au IX et au sinus pétreux inférieur.

Rapports. — Les rapports du trou déchiré postérieur sont de deux sortes :

1° Avec les régions endo et exocraniennes qu'il réunit.

2° Avec les éléments vasculaires et nerveux qui le traversent allant de l'une à l'autre de ces régions.

1° RAPPORTS AVEC LES RÉGIONS :

(A) en haut. — Il entre en rapport avec l'endocrane et son contenu, c'est-à-dire :

(a) Avec les méninges,

La dure-mère, qui adhère fortement à ses bords, se confond en arrière avec la paroi du sinus latéral. En avant passe sur les ponts fibreux entourant les racines nerveuses.

L'arachnoïde qui forme à ce niveau le confluent bulbo-spinal et enveloppe les racines nerveuses.

(b) Avec l'encéphale, et en particulier, avec la face latérale du bulbe et le lobule amygdalien du cervelet.

(B) en bas. — Avec l'espace rétro-stylien ou sous-parotidien postérieur de Sébileau.

Limité en avant par le diaphragme stylien ;

Limité en arrière par l'aponévrose et les muscles prévertébraux et les scalènes ;

Limité en dedans par la cloison sagittale de Charpy ;

Limité en dehors par le sterno cléido-mastoïdien.

2° RAPPORTS VASCULO-NERVEUX. — Il se met en rapport avec les éléments qui le traversent, c'est-à-dire des vaisseaux, des nerfs :

(A) Les éléments vasculaires comprennent :

(a) Une artériole branche de la pharyngienne ascendante, qui passe dans l'orifice antérieur avec le glosso-pharyngien.

(b) Des sinus veineux ;

LABORATOIRES CARTERET

LIQUIDE
et
COMPRIMES

ANTISEPTIQUE GÉNÉRAL

Sans odeur et non toxique

LUSOFORME

Formol saponiné

DÉSINFECTANT -- DÉSODORISANT

S'EMPLOIE EN SOLUTION AQUEUSE à 1/4 ou 1/2 p. 100 en GYNÉCOLOGIE, OBSTÉTRIQUE, CHIRURGIE

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

NESTLÉ
FAIT UN LAIT
EN POUDRE

"Nestogène"

LAIT SEC, DEMI-GRAS
SUCRÉ (SUCRES DIVERS)
NON DÉVITAMINÉ
DE BONNE CONSERVATION
LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS :
SOCIÉTÉ NESTLÉ (FRANCE) 6, Av. Portalis, PARIS

En avant le sinus pétreux inférieur, qui issu du sinus caverneux, longe la suture pétrooccipitale, traverse l'orifice antérieur avec le glosso-pharyngien et devenu une veine, va se jeter dans la jugulaire interne au-dessous du trou.

En arrière, le sinus latéral ;

Le sinus a déjà décrit deux segments avant d'arriver au bord du trou.

1° Un segment occipital ou horizontal à l'intérieur de la grande circonférence de la tente du cervelet ;

2° Un segment mastoïdien ou descendant. A ce moment, il se porte en avant et en dedans, et pénètre dans l'orifice postérieur.

Au-dessous de ce point, le sinus latéral se dilate pour former le golfe de la jugulaire.

(B) *Rapports avec les éléments nerveux.* — Les éléments nerveux traversent les orifices antérieur et moyen. Ce sont : le IX, le X, le XI.

1° Le glosso-pharyngien, dont les fibres motrices et sensitives, nées du sillon collatéral postérieur du bulbe, se réunissent en un tronc unique.

Ce tronc arrive jusqu'au trou engainé par un prolongement de la pie-mère.

Il présente à ce niveau deux renflements, les ganglions d'Andersch et d'Ehenritter, origine de ses fibres sensitives.

Dans le trou, il traverse l'orifice antérieur, placé en arrière, puis en dehors du sinus pétreux inférieur.

Au-dessous, il se place en arrière de la carotide interne.

Le pneumogastrique. — Issu lui aussi du sillon collatéral postérieur au-dessous du IX chemine au-dessous et en dehors de lui.

Il traverse le trou déchiré par l'orifice moyen, placé en avant du spinal. Il présente à ce niveau un renflement, origine de ses fibres sensitives, c'est le ganglion jugulaire.

Au-dessous du trou, il descend en arrière de la carotide interne et de la jugulaire, se renflant en un nouveau ganglion, le ganglion plexiforme.

Le spinal. — Issu de deux racines médullaire et bulbaire, cette dernière située au-dessous de celles du IX et du X dans le sillon collatéral postérieur. Il gagne avec ce dernier l'orifice moyen toujours situé en arrière de lui. Au-dessous, il se divise en deux branches :

La branche interne, qui se jette dans le ganglion plexiforme du X ;

La branche externe, qui croise la face postérieure de la jugulaire.

Les syndromes nerveux. — La lésion à ce niveau de ces nerfs, isolée ou associée, donne naissance à une série de syndromes nerveux, qui sont :

Le syndrome d'Avellis, constitué par l'atteinte du X, et de la branche interne du XI.

Le syndrome de Schmitt, par atteinte du X et du XI en entier.

Le syndrome de Vernet, ou du trou déchiré postérieur dans lequel les 3 nerfs IX, X et XI sont intéressés.

Enfin, à ces trois syndromes, on peut ajouter ceux qui proviennent de la lésion surajoutée du XII, et du sympathique immédiatement au-dessous de l'orifice dans l'espace rétro-parotidien.

Ce sont :

Le syndrome de Jackson, fait d'un syndrome d'Avellis ou de Schmitt, avec en plus l'atteinte du XII.

Le syndrome de Collet, ou syndrome total, dans lequel le IX, le X, le XI et le XII sont intéressés.

Enfin le syndrome de Villaret, qui lui, est complet par adjonction au syndrome de Collet de la lésion du sympathique.

Ces syndromes possèdent dans la presque unanimité des cas une étiologie médicale, soit qu'il s'agisse de compression par tumeur, exostose ou plaque de pachyméningite, soit qu'il s'agisse de phlébite de la jugulaire s'accompagnant de périphlébite et de névrites.

On peut les rencontrer cependant, quoique d'une manière très rare, au cours des fractures de la base. Ils ont alors pour caractère d'être représentés par des paralysies siégeant du même côté que la fracture et isolées, ce qui les différencie des paralysies d'origine centrale.

Elles s'observent dans le cas de fracture transversale du rocher. Dans ce cas, le trait qui se dirige vers le trou occipital émet une branche qui contourne le condyle en arrière, traverse le trou déchiré postérieur pour aboutir au rocher qu'il coupe transversalement avant de se terminer dans l'étage moyen.

Ce sont ces différents syndromes qui, par leur apparition possible en clinique, justifient l'intérêt du trou déchiré postérieur, lieu de passage important des éléments vasculaires et nerveux qui, partis de l'encéphale, vont gagner le cou, le thorax et le tronc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 4 décembre 1934)

La vessie retrouve-t-elle un fonctionnement régulier après la destruction étendue de la moelle ? — MM. Hermann, Morin et Vial. Se fondant sur les expériences de Goltz et Ewald, et de Müller, physiologistes et neurologues admettent généralement qu'après la destruction de la moelle, toute possibilité de miction spontanée n'est pas abolie.

Les auteurs montrent que sur un chien dont la moelle a été sectionnée au-dessous de D^1, la rétention d'urine demeure absolue plus de six mois après la destruction des centres vésico-spinaux. Cette observation ne confirme donc pas l'opinion de Goltz et Ewald, tandis qu'elle s'accorde avec la conclusion de Roussy et Rossi : une fois séparée des centres médullaires, la vessie ne retrouve pas de fonctionnement régulier réflexe ou automatique.

Les secours d'urgence aux asphyxiés. — MM. Nicloux et Legendre insistent sur les secours d'urgence aux asphyxiés. Ceux-ci permettent de sauver chaque jour de nombreuses vies et joueraient un rôle capital dans la défense des populations civiles contre le péril aérien. On sait d'ailleurs que les sapeurs-pompiers de Paris ont organisé un service spécial qui accourt au premier appel et qui ne compte plus ses heureuses interventions. MM. Nicloux et Legendre rappellent le développement en France de ces notions, dont ils ont pris l'initiative et auxquelles ils ont apporté la plus large contribution. Ils précisent ensuite les meilleures techniques de sauvetage et de respiration artificielle et définissent les rôles respectifs du sauveteur occasionnel ou professionnel et du médecin.

Sur un cas d'ictère grave familial du nouveau-né guéri par hémothérapie. — MM. Péhu et A. Brochier (de Lyon) apportent une observation d'ictère grave familial avec érythroblastose, du type maladie de Pfannenstiel, traité par des injections intramusculaires de sang.

Cette thérapeutique a amené la guérison de l'ictère. C'est le premier cas traité en France avec succès.

Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

LACTOCHOL

LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien 46 Avenue des Ternes PARIS (17e)

Docteurs !
Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes
Goût agréable

OLÉTHYLE-BENZYLE

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures
Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

LAC-SER

LACTOSERUM DESSÉCHÉ

Un paquet de 5 gr. dilué dans 100 gr. de liquide reconstitue 100 gr. de lactoserum naturel

Boîte de 30 paquets

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

La dénatalité. — M. DEVRAIGNE jette un nouveau cri d'alarme au sujet de la dénatalité en France.

La situation de notre pays devient angoissante à une époque où s'avère la faiblesse de la France vis-à-vis de ses voisins et de la race blanche vis-à-vis des autres races, en particulier de la race jaune.

Les causes de la dénatalité de la France sont surtout morales. M. Devraigne le montre avec vigueur : « Si l'égoïsme, dit-il, avec besoin de luxe et de jouissance, continue à sévir contre l'intérêt bien compris de la collectivité, si l'Etat ne réagit pas énergiquement et reste sourd aux appels des natalistes qui signalent le danger, c'est la disparition à coup sûr de la France, d'ici cinquante ans, du rang des grandes nations. »

Etude de la teneur du sérum sanguin de l'homme en amino-acides et polypeptides à l'aide d'un nouveau procédé de dosage global de ces corps. — M. CHERBULIEZ et Mme Anna HERZENSTEIN.

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Léon Bernard, décédé.

Les candidats étaient ainsi classés : en 1re ligne, M. Debré. En 2e ligne, MM. Burnet, Dujarric de la Rivière, Nègre, Tanon, Weill-Halle. Adjoint par l'Académie : M. Heim de Balsac. Au premier tour de scrutin, M. le professeur Robert DEBRÉ est élu par 52 voix sur 82 votants.

M. Tanon obtient 28 voix ; M. Weill-Hallé, 1 voix ; 1 bulletin blanc.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

BULLETIN PROFESSIONNEL DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le S. M. S. a décidé de publier chaque mois un bulletin professionnel relatant tous les événements que doivent connaître les praticiens, et dont la *Gazette* a déjà eu souvent l'occasion de parler. Voici le premier de ces bulletins :

ASSURANCES SOCIALES. — Le grave problème des assurances sociales domine toujours la situation.

Trois faits sont à signaler.

D'abord, les suites de la circulaire Marquet.

Rappelons, pour ceux qui ne le sauraient pas encore, ce qu'est la circulaire Marquet.

Le 8 août dernier, M. Marquet, alors ministre du Travail, envoyait aux préfets une circulaire, insérée à l'*Officiel*, enjoignant à ces fonctionnaires de s'efforcer d'obtenir, en échange d'une augmentation du tarif de responsabilité des caisses pour soins aux assurés, un abaissement des tarifs syndicaux minima : et, si les médecins s'y refusaient, de résilier purement et simplement les conventions, c'est-à-dire de permettre aux caisses d'organiser elles-mêmes, avec leurs propres médecins, les soins à leurs assurés.

A la suite de cette circulaire, qui provoqua dans le Corps médical une vive émotion, la Confédération des Syndicats médicaux français fit une démarche pressante auprès de M. Marquet qui envoya quelques jours après une lettre « rectificative ». Malheureusement, cette lettre ne rectifie rien. Car, d'une part, ainsi qu'il résulte d'une consultation de Me Jobit, conseil juridique de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine, une lettre privée d'un ministre n'annule en rien une circulaire insérée à l'*Officiel*, et, d'autre part, dans cette lettre, M. Marquet ne retire ni son invitation aux caisses d'obtenir la réduction des honoraires médicaux, ni la menace de résiliation des conventions en cas de résistance du Corps médical. Les conséquences de la circulaire du 8 août subsistent donc intégralement.

Et nous venons d'en constater une première preuve. Une caisse de la région parisienne, ayant relevé son tarif de responsabilité, demandait, conformément à la loi, l'approbation de son nouveau tarif. Or, la Commission compétente a estimé que ce tarif ne pouvait pas être approuvé, parce que la caisse n'avait pas, selon les termes de la circulaire ministérielle du 8 août, « obtenu en contre-partie des sacrifices résultant de l'augmentation des dépenses, une réduction du tarif syndical minimum ». La circulaire du 8 août continue donc à agir. C'est pourquoi nous demandons à la prochaine Assemblée générale de la Confédération que de nouvelles démarches soient entreprises pour obtenir soit l'abrogation de la circulaire, soit une autre circulaire plus conforme à la loi.

Passons maintenant au second fait.

En réalité, cet incident de la circulaire Marquet n'est que le dernier en date de la longue série des conflits qui se sont élevés depuis longtemps entre les Caisses et la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

(Cette Fédération est le groupement des quatre syndicats de la Seine : 1° Syndicat des Médecins de la Seine ; 2° Syndicat Médical de Paris ; 3° Syndicat de la Banlieue Ouest et Nord ; 4° Syndicat de la Banlieue Est et Sud, qui constituent l'équivalent du syndicat départemental, ayant seul pouvoir, selon la loi, de contracter avec les Caisses.)

En vue d'obtenir si possible un accord entre les Caisses et la Fédération, le Conseil de la Confédération a offert son intervention, qui a été acceptée par la Fédération avec gratitude. Une commission, constituée par quatre délégués de la Confédération, et quatre délégués de la Fédération, dite « Commission des huit », a été chargée d'examiner les réclamations des deux parties et de trouver des formules d'entente. Actuellement, les pourparlers sont en cours et il est impossible d'en prévoir les résultats. Disons seulement que les quatre délégués de la Fédération, dont le devoir est de défendre les intérêts du Corps médical, ne peuvent s'en tenir qu'aux termes de la charte précisant les conditions auxquelles nous avons consenti à collaborer aux assurances sociales : libre choix du médecin par l'assuré, aucune tarification obligatoire d'honoraires, paiement direct par le malade, respect absolu du secret professionnel, liberté de prescription ; ce sont les conditions mêmes de la médecine libre, et toute concession qui les entamerait serait la première étape de l'asservissement du Corps médical.

Passons enfin au troisième fait : le désir des Caisses de modifier ou de résilier les conventions. En conséquence, la Fédération de la Seine vient de recevoir du Président de l'Union des Caisses de la Région parisienne une lettre dont nous détachons ces quelques phrases significatives :

« Conformément au désir exprimé par la Confédération des Syndicats médicaux français, les représentants de l'Union des Caisses de la Région parisienne ont pris contact avec les représentants des Syndicats médicaux au sujet de l'application des Conventions Syndicats-Caisses.

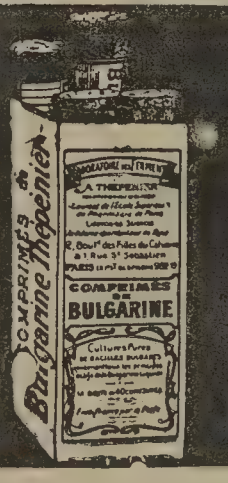
« Les tractations se poursuivent en ce moment dans un commun désir d'entente, nous sommes heureux de le constater.

« Mais nous sommes dans l'obligation de vous faire remarquer que la convention en cours doit être dénoncée avant le 1er décembre prochain si nous ne voulons pas la voir renouveler sous sa forme actuelle par tacite reconduction pour une nouvelle période d'un an.

« Nous venons, en conséquence, vous proposer de proroger jusqu'à la fin des pourparlers, c'est-à-dire au plus tard le 1er avril 1935, la convention en cours, la conclusion des travaux de ladite Commission devant être soit la signature

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES
Prophylaxie de la FIEVRE TYPHOIDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES
DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS
SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le « Laboratoire des Ferments » du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854 Seine

d'un nouveau texte, soit la non-passation d'une nouvelle convention. »

C'est donc à la date du 1er avril 1935 que se réglera définitivement le sort des médecins de la Seine en ce qui concerne les soins aux assurés sociaux.

Questions fiscales. — Les questions fiscales sont aussi brûlantes que celle des assurances sociales. A cet égard, les pouvoirs publics ont adopté une singulière et paradoxale conduite envers les médecins : par le canal du ministre du Travail, ils prétendent diminuer nos honoraires ; par le canal du ministre des Finances, ils veulent augmenter nos impôts. Ils oublient de se demander de quoi vivent les médecins par ce temps de crise.

On a répandu intentionnellement dans ces dernières années la légende que le médecin gagnait beaucoup d'argent et fraudait impunément le fisc. De là, pour réprimer cette fraude, l'institution du livre-journal que tous nos lecteurs connaissent. Mais à ce propos, il convient de réfuter une erreur qui risquerait de donner à nos confrères une fausse sécurité. Certains croient que la production d'un livre-journal correctement tenu est susceptible de constituer une preuve irréfutable à opposer aux prétentions des agents du fisc. En réalité, il n'en est rien, car, sous sa forme actuelle, le livre-journal ne présente aucun des caractères d'authenticité qui seraient indispensables pour constituer cette preuve. Nous citons, à ce sujet, les *Annales judiciaires et fiscales*, qui disent expressément ceci : « Pas plus d'ailleurs qu'on ne semble avoir aperçu que l'obligation d'un livre-journal entraînait nécessairement, si on voulait être certain de son authenticité, celle d'un livre-journal folioté et ayant dates certaines, à l'aide d'un procédé quelconque, comme le livre-journal des commerçants, qui est nécessairement folioté et paraphé au Tribunal de commerce. » Et M. Léon Bérard, en critiquant cette disposition nouvelle au Sénat, à la séance du 19 décembre 1933, déclarait : « Je ne crois pas qu'un bon psychologue fiscal puisse attribuer grand crédit ni grande vertu à la comptabilité d'un contribuable que, par ailleurs, il croirait homme à tromper le contrôleur et la commission de taxation. »

« Nous pouvons ajouter, en ce qui concerne cette dernière, que la présentation des livres du médecin, à une séance où nous siégions, n'a pas été considérée comme apportant le moindre élément de confirmation de l'exactitude de la déclaration discutée par l'Administration fiscale.

« Ainsi donc, ce livre-journal n'aura guère d'utilité pratique ; par contre, il sera pour nous une formalité de plus, et une formalité qui pourra présenter des inconvénients sérieux ; même sous sa forme actuelle, il constitue une comptabilité, et les erreurs de comptabilité sont plus graves que les erreurs de déclaration. » (Dr Herpin.)

Par contre, le système de la préconciliation fonctionne avec avantage pour les médecins, et beaucoup de contrôleurs des contributions y ont actuellement recours. Rappelons que ce système consiste à soumettre les déclarations à un arbitre médical qui, connaissant la vie du médecin et ses obligations professionnelles, est seul capable d'émettre un jugement exact sur ses dépenses et ses recettes. Le préconciliateur est actuellement le docteur Tissier-Guy, président du Conseil de Famille de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. En raison de sa parfaite impartialité et de sa haute probité, les avis du docteur Tissier-Guy sont généralement acceptés par les agents du fisc, et ainsi ont pu être évitées quantité d'injustices au détriment du médecin.

Il n'en reste pas moins que les percepteurs poursuivent les médecins débiteurs de leurs impôts avec une rigueur implacable. Aussi, le Syndicat des Médecins de la Seine a-t-il cru bon récemment d'adresser la lettre suivante au ministre des Finances :

« S. 3324. « Paris, le 7 novembre 1934.

« A Monsieur le ministre des Finances.

« Monsieur le ministre,

« On nous signale qu'un certain nombre de médecins se trouvent en ce moment en difficulté pour le règlement de leurs contributions de 1934. Ceci n'est pas pour nous étonner, car la médecine parisienne traverse en ce moment une crise extrêmement sévère qui diminue les ressources de tous et réduit certains à la misère. Nous venons donc vous prier de vouloir bien donner des instructions à vos services pour que toutes facilités et tous délais soient accordés à nos confrères. En faisant appel à votre bienveillance, nous vous rappelons que le Corps médical est le seul corps professionnel qui consente des sacrifices dans l'intérêt de la collectivité, en traitant gratuitement, ou à des honoraires très réduits, les malades des hôpitaux, des O.P.H.S., les réformés de guerre, tous les déshérités de la fortune.

« Dans l'espoir d'une réponse favorable à notre demande, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération très distinguée.

« Pour le Syndicat des Médecins de la Seine,

« *Le Président.* »

Nous n'avons pas encore reçu de réponse ; mais nous n'abandonnerons pas la partie, et sur ce terrain, comme sur tous les autres, nous poursuivrons énergiquement la défense des intérêts médicaux.

Réorganisation du travail au Syndicat des Médecins de la Seine. — Précisément, pour faciliter et intensifier cette œuvre de défense, le Syndicat a récemment réorganisé ses méthodes de travail. En présence de la multiplicité et de l'urgence des divers problèmes professionnels dont nous sommes assaillis, notre Conseil d'administration ne peut plus suffire à la tâche. Il a donc été décidé de créer, pour chacune des grandes questions à l'ordre du jour, un service spécial, dont le chef étudierait chaque question et apporterait devant la Conseil la solution toute prête pour approbation et exécution. Nous donnons ci-dessous la liste de ces services et les noms de nos collègues qui ont accepté d'y être préposés. Pour éviter tout retard ou erreur de transmission, nous prions nos confrères qui auraient une demande à formuler ou un renseignement à fournir de se mettre en rapport directement et personnellement avec eux.

Assurances sociales : *docteur Drouet*, 5, boulevard Arago (13e). Gob. 51-72.

Malades aisés dans les hôpitaux : *docteur Bourguignon*, 15, rue Royer-Collard (5e). Odé. 26-40.

Dispensaires : *docteur Hartmann*, 77, rue de la Chapelle (18e). Nor. 79-10.

Exercice illégal : *docteur Jolly*, 63, boulevard de Sébastopol (1er). Lou. 66-47.

Pharmaciens : *docteur Cabessa*, 328, rue des Pyrénées (19e). Mén. 67-93.

Pléthore médicale et Médecins étrangers : *docteur Boëlle*, 30, place de la Nation (12e). Did. 40-43.

Propagande et recrutement syndical : *docteur Sénéchal*, 31, rue Scheffer (16e). Passy 47-33.

Secret médical : *docteur Dévé*, 15, rue Chernoviz (16e). Aut. 19-21.

Questions fiscales : *docteur Herpin*, 5, rue Anatole-de-la-Forge (17e). Eto. 27-16.

Rapports avec les pouvoirs publics : *docteur Bongrand*, 6, rue Villaret-de-Joyeuse (17e). Eto. 41-72.

Presse : *docteur Hartenberg*, 64, rue de Monceau (8e). Lab. 27-94. Le Syndicat des Médecins de la Seine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

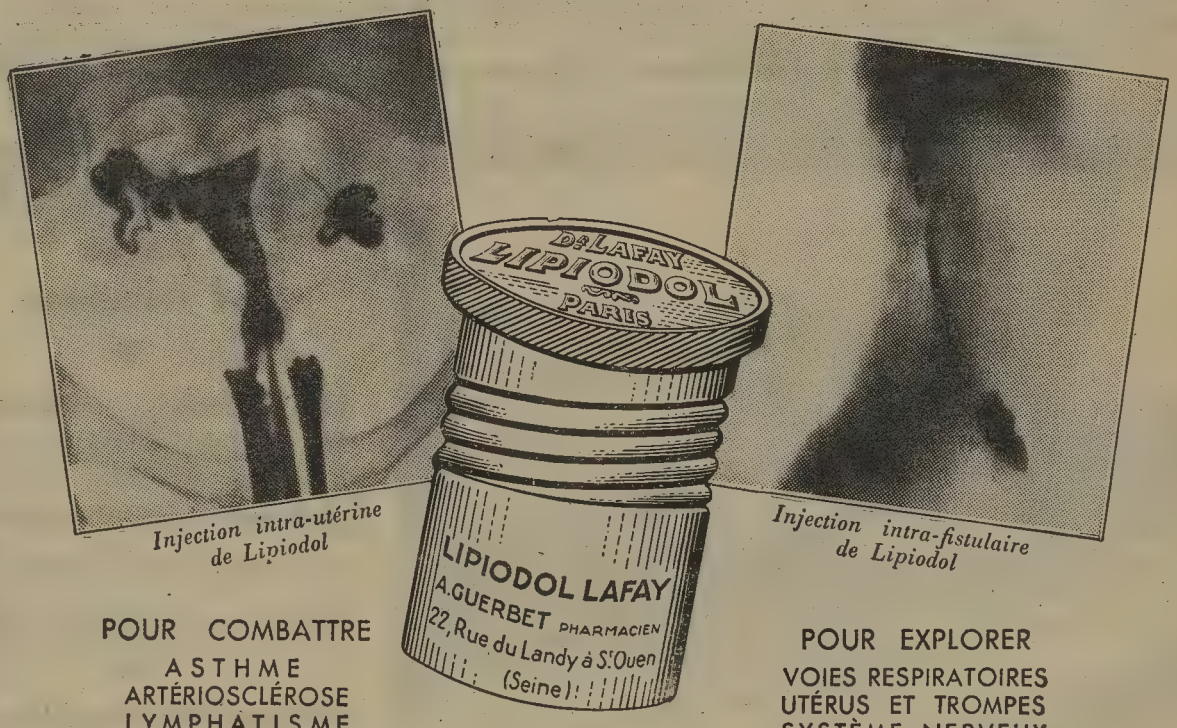
paris. — soc. gén. d'imprimerie et d'édition, 17, rue cassette.

LIPIODOL LAFAY

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE ET RADIODIAGNOSTIC

Huile iodée à 40 %

54. centigr. d'iode pur par centi. cube



Injection intra-utérine de Lipiodol

Injection intra-fistulaire de Lipiodol

POUR COMBATTRE

ASTHME
ARTÉRIOSCLÉROSE
LYMPHATISME
RHUMATISME
ALGIES DIVERSES
SCIATIQUE
SYPHILIS

POUR EXPLORER

VOIES RESPIRATOIRES
UTÉRUS ET TROMPES
SYSTÈME NERVEUX
VOIES URINAIRES
SINUS NASAUX
VOIES LACRYMALES
ABCÈS ET FISTULES

AMPOULES, CAPSULES,
EMULSION, COMPRIMÉS

Dosage :

1 cm3. = 0 gr. 54 d'iode
1 capsule, 1 cuiller à café d'émulsion = 0 gr. 20 d'iode
1 comprimé = 0. gr. 04 d'iode

A. GUERBET & Cie
Pharmacien
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
22, Rue du Landy
St-OUEN (près Paris)

LIPIODOL à 20 %

LIPIODOL à 10 % Ascendant

HÉMET-JEP CARRÉ

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURETIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

BRIANÇON
1350 M.
d'Altitude

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

Train rapide & direct : PARIS-LYON
Briançon • *Autocars* : GRENOBLE MARSEILLE

Médecins Résidents : Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

BISMUTHOÏDOL

Bismuth colloïdal à grains fins, solution aqueuse

Procédé spécial aux Laboratoires ROBIN

Injections sous-cutanées, intra-musculaires ou intra-veineuses

Immédiatement absorbable — Facilement injectable

COMPLÈTEMENT INDOLORE

1 ampoule de 2 cmc. tous les 2 ou 3 jours.

R. C., 221.839, Seine

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 12 DECEMBRE 1934. — N° 99.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Les topiques émanants, par M. L. Alquier.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine militaire française. — Société française de sérologie et de syphilis expérimentale.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
LIVRES NOUVEAUX
NOTES POUR L'INTERNAT
Intoxication aiguë barbiturique. Signes. Diagnostic. Traitement (fin).

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Candidats admissibles aux épreuves orales :

Mlle Adda (Lucienne), M. Albrecht (Tonel), Mlle Aldou (Fernande), MM. Allilaire (Roger), Arviset (Abel), Aurenche (André), Mlle d'Aussagnel de Lasbordes,

M. Bargain (Rolland), Mlles Barnaud (Annie), Barrillon (Suzanne), MM. Basset (André), Bauer (Jean), Beauchef (Jean), Beaufils (Jean), Bellin (André), Bergeron (Louis), Bessil (Emile), Billard (Jacques), Blanchard (André), Bonduelle (Michel), Mlle Bonnenfant (Françoise), MM. Boquet (Henri), Borde (Robert), Mme Boulenger (Denise), MM. Boulenger (Pierre), Bourdin (Jacques), Bouvier (Jean), Brégeat (Raymond), Bret (Jules), Breton (Pierre), Bretton (Roger), Buffard (Georges),

MM. Cahuet (Robert), Camus (Pierre), Canetti (Georges), Carasso (Raoul), Carniol (Jules), Mlle Casalis (Annette), M. Castany (Jean), Mlle Cauchy (Marie-Louise), MM. Cauvy (Jean), Champeau (Maurice), Chassagne (Pierre), Chiche (Henri), Claisse (Robert), Cler (René), Combes (André), Mlle Commerson (Simone), MM. Cornet (André), Cuvereaux (Maurice),

Mlles Damiens (Simone), Daubail (Mad.), MM. Daverne (André), Debelut (Jean), Debost (Jérôme), Debouvry (Jacques), Delzant (Olivier), Denizet (Pierre), Dennewald (Ferdinand), Denois (Pierre), Depaillat (André), Desfosses (Louis), Deuil (Roger), Doukan (Gilbert), Drain (Maurice), Mlle Dreulle (Denise), MM. Dreyfus (Bernard), Droguet (Paul), Dubois (Jacques), Duret (Marc),

M. Ebstein (Pierre), Mlles Epstein (Stéphane), Eremia (Anne),

MM. Faliu (André), Falk (Moses), Feld (Michel), Feuillette (Pierre), Fischer (Ladislas), Fischgrund (Samuel),

MM. Gaignerot (Jean), Gallaut (Roland), Gaquière (André), Gaumé (Pierre), Genevrier (Robert), Gerbaux (Jacques), Ghozland (Lucien), Giraud (Jean), Glénard (Raymond), Goudot (André), Gout (Lucien), Gout (René), Goutner (Boris), Gras (Louis), Grèze (André), Gruner (Jean), Guenon des Mesnards (Guy), Guéret (André), Guès (Albert), Guillemin (Georges), Guittard (Jean), Guny (André),

M. Hacker (Bernard), Mlle Haguenauer (Jeanne), MM. Hanoun (Fernand), Hausmann (Louis), Mlle Helman (Béatrice), MM. Hertzog (Pierre), Hofmann (Salomon), Horeau (Jean),

M. Inbona (Jean),

MM. Jacquot (André), Jannette-Walen (Franck), Joly (Antoine), Jouon (Hubert),

M. Kaufmann (Henri),

MM. Laigle (Louis), Lajouanine (Paul), Lamotte (Michel), Laneuville (Jean), Lartigue (Paul), Laumonnier (Henri), Laurence (Gabriel), Mlle Lautmann (Françoise), MM. Leboff (Marcel), Lefebvre (René), Le Picard (Jean), Lepintre (Yves), Le Roy (François), Le Sourd (Maurice), Le Sueur (Guy), Lévy (François), Léwi (Samuel), L'Hirondel (Jean), Lignières (Alain), Livory (Marcel), Logeais (Pierre), Mlle Lotte (Alice), M. Luteraan (Philippe).

MM. Magder (Edmond), Mande (Raymond), Mlle Marquis (Guillemette), MM. Marre (Pierre), Martinon (André), Mar-

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

tinot (Pierre), Maschas (Héraklès), Mathieu (André), Di Matteo (Jean), Mazingarbe (André), Menanteau (André), Meyer (Henri), Molinéry (Jean), de Montis (Louis), Morel Fatio (Daniel), Morhange (Jean), Morichau-Beauchant (Marie), Mousseau (Maurice), Mozziconacci (Pierre),

MM. Nardi (César), Nastorg (André), Neveu (Jean), Nick (Jean), Nordman (Robert),

Mlle Oehmichen (Germaine), M. Oger (Gabriel), Mlle Olivier (Jacqueline), MM. Olivier (Marcel), Ordonneau (Paul)),

MM. Pahmer (Marcel), Paillas (Jean), Paugam (Paul), Pertus (Jean), Philippe (Mathieu), Mlle Picard (Suzanne), MM. Pierra (Christian), Pinet (Gabriel), Piton (Jean), Poisson (Roland),

MM. Rault (André), Raynaud (Maurice), Reignier (Jacques), Robert (Jean), Robey (Maurice), de Rocca-Serra (Jean), Roche (Camille), Roche (Jean), Rodde (Aimé), Mlle Rotté (Suzanne), MM. Rougé Paul), Rougier (Michel), Rouvet (Fernand), Rouvillois (Claude), Roux (Maurice), Rouyer (François), Rouzaud (Marcel), Rudaux (Philippe), Rybinski (Albert),

Mlle Sachnine (Anna), MM. Salvanet (Jacques), Samain (Adrien), Schaefer (Georges), Schapira (Georges), Seguin (Marcel), Mlle Seiffert (Edith), MM. Sénéchal (André), Sevileano (Nicolas), Mlle Simon (Antoinette), MM. Soullard (Jacques), Strass (Ernest), Streusand (Sigismond).

MM. Tardieu (Guy), Taveau (Pierre), Temime (Pierre), Tempier (Aimé), Tetreau (Henri), Teyssier (Louis), Thomas (Henri), Thomeret (Georges), Tiffeneau (Robert), Tiret (Jacques), Tran Van Con, Turlotte (Jacques),

MM. Vendryes (Pierre), Verne (Jean), Verstraete (Claude), Vialard (Emile), Vialatte (Jacques), Villey-Desmeserets (Raymond), Vincent (Max), Vincent (Philippe), Vionnet (Fernand), Vivien (Paul),

MM. Walther (Roger), Wattez (Edouard), Weill (François), Welti (Jean), Mlle Wirz (Suzanne), M. Wolinetz (Emmanuel),

M. Yglésias-Bétancourt (Pedro),

MM. Zarachovitch (Marcel, Zivy (Pierre), Zwillinger (Alfred).

— CONCOURS D'ASSISTANT D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX. — *Radiologie.* — Question donnée : « Principe et montage de l'ionomètre. »

Questions restées dans l'urne : « Appendicite chronique : technique et interprétation de l'examen radioscopique et radiographique. — Indications, contre-indications et technique de la radiothérapie d'un fibrome utérin. »

MM. Mainguy, 13; Bouchard, 17; Torchaussé, 19; Moulle, 18; Mme de Bergmann, 14; M. Duclos, 13.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — STRASBOURG. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Mischo, Muller, Rebender, Nerson, Branzen, Wilhelm, Mangeney, Biedermann, Dieffenbach, Vassilaros.

Externes : MM. Buck, Polak, Kircher, Rohmer, Mlle Dautheville, MM. Bernheim, Muller, Germain, Blum, Francis Lévy, Jean Lévy, Pfister, Mlle Lévy, M. Bernhard, Mlle Tessier, MM. Loinger, Frey, Mlle Fonlupt, MM. Bader, Gall.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — MM. Pic, professeur, et Condamin, professeur sans chaire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, admis à faire valoir leurs droits à la retraite, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté.

— AGRÉGATION. — Résultats du tirage au sort pour la formation du jury de l'agrégation de médecine, section hydrologie thérapeutique et climatologie (concours du 7 janvier 1935) :

Professeurs (juges titulaires) : MM. Soula (Toulouse), Tournade (Alger), Dubois (Lille), Santenoise (Nancy), Hermann (Lyon), Creyx (Bordeaux), Lambert (Nancy), Fabre (Lille), Vles (Strasbourg), Cluzet (Lyon), Pech (Montpellier), Duhot (Lille), Chelie (Bordeaux), Maillard (Alger), Pontes (Strasbourg), Robert (Nancy), Moog (Toulouse), Schaeffer (Strasbourg), Piéry (Lyon). Chevallier (Marseille).

Agrégés (juges suppléants) : MM. Lamy (Nancy), Fabre (Bordeaux), Merklen (Nancy), Giberton (Lille), Roche (Marseille), Brustier (Toulouse), Benhamou (Alger), Sedailhan Lyon), Malmejac (Marseille), Enselme (Lyon), Kayser (Strasbourg), Wangernez (Bordeaux), Reiss (Strasbourg), Damade (Bordeaux).

FACULTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE DE BEYROUTH. — M. le docteur Yves Poursines, agrégé à la Faculté de Nancy, a été nommé professeur d'histologie et d'anatomie pathologique à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

GUERRE. — Un concours sera ouvert le lundi 4 février 1935 pour l'admission à l'emploi d'*infirmières des hôpitaux militaires.*

Pour les conditions du concours, consulter le *Journal officiel* du 1er décembre 1934, p. 11816, ou s'adresser au directeur du Service de santé de la région où résident les candidates.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR N. PENDE (DE GÊNES). — Le vendredi 14 décembre 1934, à 21 h., à la Sorbonne, amphithéâtre Descartes, 17, rue de la Sorbonne, conférence par M. le sénateur Pende, sur : Amélioration vitale de la race humaine, organisée par le Comité France-Italie, sous les auspices de l'Umfia ou Union médicale latine, et sous la haute présidence de S. Exc. le comte Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie, et sous la présidence du docteur Dartigues, président de l'Union médicale latine.

PRÉFECTURE DE POLICE. — M. Langeron, préfet de police, a nommé médecin en chef de l'infirmerie spéciale M. le docteur Joseph Logre, en remplacement de M. le docteur de Clérambault, décédé.

INSTITUT CALOT A BERCK-PLAGE. — On demande un interne résident, en fin de scolarité, ayant fini ses examens, ayant passé thèse ou non. Engagement pour un an. Conditions : logé, nourri, blanchi et 500 fr. de fixe par mois. — S'adresser, soit au docteur Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, les samedis et lundis, de 15 à 16 h., soit au docteur Fouchet, tous les jours, à l'Institut Calot, à Berck-Plage.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Lacomme (de Mesvre, Saône-et-Loire).

POUR CLINIQUE PARISIENNE empl. idéal, aéré dans quart. le plus calme de Paris R. G. A vend. hôtel part., const. neuve ult.-mod., 3 ét. et terr. sup.-conf. Prix intér. — Voir Maréchal, 45, rue Simplon, Paris (XVIIIe).

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE *Rachitisme, Lymphatisme.*
PILULES ET GRANULES

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15e)

NATIBAÏNE

ASSOCIATION

1/3

DIGITALINE NATIVELLE

2/3

OUABAÏNE ARNAUD

DU

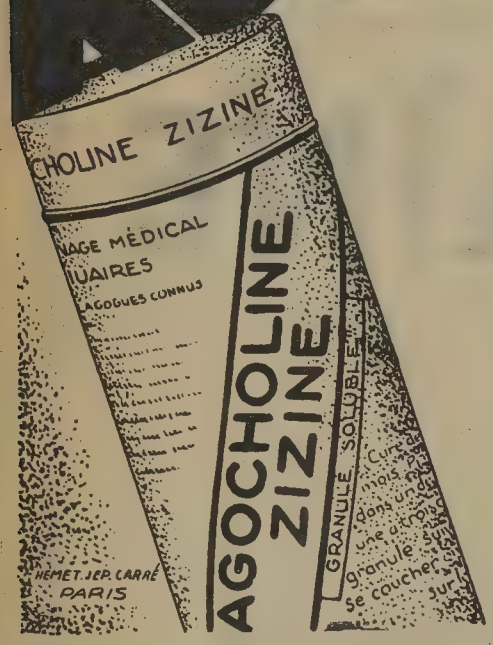
LABORATOIRE NATIVELLE

La NATIBAÏNE est la seule association des deux glucosides connus et appréciés : la DIGITALINE NATIVELLE, employée par tous les Praticiens, et l'OUABAÏNE ARNAUD, qui est le seul produit extrait du Strophantus Gratus ayant servi aux essais cliniques publiés par les Professeurs et les Docteurs : Vaquez et Lutembacher, Laubry, Clerc, Lian, Ribierre, Gallavardin, Laubry, Minet, Legrand, Pagliano, etc.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE ENVOYÉS SUR DEMANDE

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24, 26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITÉ CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies Infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine

LES TOPIQUES ÉMANANTS

Par le docteur Louis ALQUIER.

Un grand nombre de substances, appartenant aux trois règnes : animal, végétal ou minéral, agissent sur l'organisme, vraisemblablement en dégageant une énergie vibratoire, sorte d'émanation comparable à celle des corps radio-actifs. Cette action s'exerce au travers d'une enveloppe imperméable aux sécrétions cutanées, le topique étant placé directement sur la peau, ou même sur les vêtements.

D'innombrables essais, poursuivis depuis trois ans, m'ont permis de classer les substances étudiées en topiques réflexogènes, fondants, et topiques irradiés aux UV. Voici les notions essentielles, en ne retenant ici que les substances donnant les réactions les plus franches et les moins irritantes.

Topiques réflexogènes. — Un vésicatoire, renfermé dans une enveloppe imperméable, pour empêcher tout contact direct, ainsi que l'action des sécrétions cutanées, donne, au point où il est placé sur la peau, une sensation de chaleur profonde qui diffuse légèrement vers les parties voisines ; l'addition de jaborandi augmente cette diffusion mais atténue l'action locale.

La peau ne présente pas de modification, ou rosit légèrement.

Au bout de quelques minutes, la vaso-dilatation diminue et finit par disparaître.

Une action vaso-dilatatrice de même ordre est réalisée par les sels de chrome, les sulfures, notamment le sulfure de cadmium (rouge de cadmium des peintres) qui marque la peau d'un fin réseau rosé. L'arsenic, le mercure, le bismuth, le fer, le phosphore, l'acétate d'alumine ont un faible pouvoir vaso-dilatateur.

Les atténuations homœopathiques d'argent congestionnent localement, et peuvent irriter les épidermes délicats. Les atténuations ou la teinture mère de kola, quassia, camomille, chélidoine sont vaso-dilatatrices, comme la poudre de plantes desséchées.

L'ergot de seigle, les tannins, l'antimoine excitent la vaso-motricité locale, avec augmentation des battements artériels.

Tous ces topiques sont efficaces contre les troubles circulatoires atteignant un viscère ou une région, qu'il sagisse d'ischémie ou de congestion locales. Ils réalisent une excitation réflexogène comparable à celle des révulsifs ou des divers agents physiques capables d'activer la vaso-motricité, tels que : chaleur, courant continu, massages excitants, diathermie.

D'autres topiques font jouer, non plus la vaso-motricité, mais la rétractilité tissulaire. Sous leur action, les chairs s'épanouissent et semblent gonfler. Aux points où la peau se détachait mal des parties profondes, rétractées et enraidies, les chairs retrouvent leur souplesse et leur volume normaux ; les déformations de la cage thoracique, les déviations des pièces squelettiques dues à cet enraidissement rétractile, disparaissent au prorata de l'assouplissement obtenu. Ce travail des chairs s'accompagne fréquemment d'un fourmillement de même ordre que la crépitation cellulitique, perçu par la main posée sur les points où joue le réflexe, et même, par le patient. Parfois s'ajoutent des sensations comparées à des piqûres d'aiguille, à de brusques élancements, localement ou à distance. Un fourmillement agréable, une sensation de détente annoncent l'activation du drainage lymphatique et la diffusion des exsudats.

Cet effet s'épuise en quelques minutes. Il peut, alors, être réactivé par l'imposition d'une main sur le topique ou sur les enraidissements à détendre, ou encore, par des excitations réflexogènes, telles que celles de la main, ou de vibrations électriques appropriées. Cette variété de topiques mérite ainsi le nom d'anti-cellulitiques et représente un adjuvant précieux du massage et de la physiothérapie réflexogène, tandis que les vaso-moteurs ne font que créer des conditions favorables dues à une circulation sanguine plus régulière et plus active. L'alternance des deux variétés de topiques, excitant successivement rétractilité tissulaire et vaso-motricité, est un excellent mode de traitement que le sujet peut appliquer lui-même, dès qu'il a appris à reconnaître les signes des deux réactions, ainsi que ceux qui indiquent une irritation due à des excitations trop fortes ou trop prolongées, c'est-à-dire : crispation, chaleur brusque, hypersécrétions locales, avec agacement, nervosisme, angoisse, dyspnée, palpitations de cœur, indices d'une irritation de l'ensemble des réflexes vago-sympathiques.

Les substances qui activent la rétractilité tissulaire sont : l'ellébore blanc, l'aluminate de cobalt, ou bleu de cobalt des peintres, la plupart des sels d'alumine, la noix vomique, la datura, les atténuations homœopathiques de Cuprum. La vigne vierge, ou Pareira brava, donne des détentes douces ; l'oxyde de zinc, ou blanc de zinc des peintres, détend et calme le nervosisme, sans jamais irriter. Au contraire, tous les sels de plomb sont à éviter, en raison des réactions désagréables qu'ils occasionnent, sans contre-partie utile.

D'une manière générale, les topiques réflexogènes ne doivent être appliqués que le temps nécessaire au complet développement des réactions qu'ils doivent produire, puis retirés, afin d'éviter fatigue et irritation. Les applications peuvent être renouvelées autant de fois par jour que cela semble utile ; les excitations alternées des deux réactions les ramènent à la normale au bout de quelques alternances, qui, bien conduites, sont un remarquable calmant de la surréflectivité vago-sympathique.

Résolutifs fondants. — Ils méritent ce nom en raison de leur action sur les reliquats inflammatoires : plaques indurées, périviscérites, synovites, engorgements ganglionnaires, enraidissements rhumatismaux anciens, engelures, épaississements sous-cutanés de toute nature, bourrelets saillants des cicatrices vicieuses. Tout ce qui est exsudat et enraidissement tend à disparaître, mais on ne saurait demander la régression du tissu fibreux, ni la libération d'adhérences, qui sont seulement débarrassés des éléments congestifs, ainsi que des rétractions et infiltrats.

Contrairement aux topiques réflexogènes, les applications doivent être prolongées des heures chaque jour, cette variété de topiques ne donnant que le minimum de réactions irritatives.

Les albumines, protéines, certains produits de désassimilation tels que l'urée, certains produits opothérapiques tels que la folliculine, sont de remarquables fondants, excitant doucement la rétractilité tissulaire, et activant le cours du sang et de la lymphe, avec tendance marquée à la diffusion de l'action thérapeutique. Citons encore la magnésie, les atténuations homœopathiques d'or, celles de gelsemium, associées à Ignatia, l'association d'oxyde de zinc et de bioxyde de manganèse, ou terre d'ombre des peintres, enfin le thymol.

Complexes. — L'association de substances d'action différente peut transformer complètement l'action sur l'organisme. Fréquemment, les réflexes partent les uns après les autres, en vagues irrégulières, vite irritantes, ou bien l'excitation produit des effets différents suivant les susceptibilités individuelles.

Les innombrables antalgiques et sédatifs nerveux de la pharmacopée moderne sont, en général, peu recommandables en topiques ; certains, cependant, rendent de signalés services. Citons : aspirine, phénacétine, acétanilide, pyramidon et quelques combinaisons heureuses, étudiées pour l'emploi en topiques.

Topiques irradiés. — Une heure d'exposition aux UV. émis par un brûleur à vapeur de mercure ou aux Rayons X, dynamise certaines substances, sans cela peu actives. Une poudre métallique impalpable, collée en couche mince sur toile, caoutchouc ou cuir, conserve l'énergie pendant un mois. Quelques heures d'insolation hebdomadaire prolongent cette activité jusqu'à quatre mois. Une nouvelle irradiation peut alors la réactiver.

L'action est antiphlogistique. Des congestions viscérales cèdent, souvent mieux qu'aux révulsifs, et l'application du topique peut être renouvelée autant de fois que la congestion récidive. Des applications prolongées toute la nuit, résolvent arthrites et périarthrites chroniques rhumatismales, avec possibilité d'action sur certaines exostoses. Des applications de plusieurs heures par jour sur le crâne ou le rachis soulagent, dans nombre d'affections organiques du névraxe, des nerfs ou des muscles, tout ce qui, directement ou indirectement, dépend des perturbations vago-sympathiques.

Se méfier des applications sur l'abdomen, trop souvent congestionnantes et favorisant les hémorrhoïdes, en cas de troubles conjonctivo-lymphatiques médiastino-sous-hépatiques, si fréquents lors des affections viscérales.

Ainsi donc, à côté des corps radio-actifs, se place toute une série de substances, susceptibles d'utilisation en topiques sans contact avec la peau, ce qui exclut toute absorption. Vraisemblablement, il s'agit là de vibrations émanées comme celles du radium, pendant un temps dépassant, d'ordinaire, plusieurs années.

Les topiques émanants n'ont pas le pouvoir de modifier les tissus comme le radium ; leur action se limite à la congestion exsudative et aux réactions vasomotrices et conjonctivo-lymphatiques qu'elle détermine. Cette action n'est jamais dangereuse ; si elle est bien adaptée aux réactions du sujet, elle les régularise, active le cours du sang et de la lymphe, supprimant ainsi des causes fréquentes et importantes de troubles nerveux et améliorant la santé générale. Simple et facile, si l'on prend comme directives les réactions à modifier, ce traitement trouve son emploi dans un grand nombre de cas et peut être confié aux malades eux-mêmes qui, presque toujours, perçoivent les sensations indicatrices de l'action réflexogène, et celles qui annoncent l'irritation nuisible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1934)

Rapport de M. Donzelot sur les hypertensions paroxystiques. — L'auteur en distingue 3 groupes :

1° Hypertension paroxystique greffée sur une hypertension permanente ;

2° Hypertension paroxystique associée à un syndrome clinique ;

3° Hypertension paroxystique liée à une néoformation des organes chromaffines : paragangliome ou surrénalome.

Dans le 1er groupe, tout peut se borner à un phénomène sphygmomanométrique ou bien existent quelques signes cliniques d'aspect varié : phénomènes sans gravité. Les crises hypertensives chez un hypertendu permanent peuvent provoquer des ruptures vasculaires ou amener la distension du ventricule gauche.

Dans le 2e groupe : à mentionner les paroxysmes du saturnisme et de l'éclampsie : à côté, il convient de signaler l'excitation des nerfs sensibles au cours d'affection des centres nerveux, des syndromes infectieux, des néphrites..., des injections médicamenteuses.

Dans le 3e groupe, il faut retenir que le surrénalome hypertensif se caractérise par des crises très violentes et par une tumeur développée aux dépens des organes chromaffines. La crise rappelle l'injection intra-veineuse expérimentale d'adrénaline. Dans le surrénalome, la radiographie a pu procurer une amélioration, sans conduire à la guérison.

Pathogénie de l'hypertension paroxystique. — M. Mouquin. L'hypertension paroxystique est due à un trouble brusque de l'appareil régulateur de la tension artérielle. Pratiquement, les faits ressortissent aux trois éléments suivants :

Origine centrale. — Augmentation du tonus hypertenseur des centres vaso-presseurs, par suite d'acidose, ou d'anoxémie, ou d'une tumeur, ou ramollissement.

Origine surrénale. — Il s'agit communément d'une tumeur de la médullaire surrénale ou d'un surrénalome. Il semble, en l'espèce, que l'adrénaline sanguine augmente brusquement et que le régulateur de la tension artérielle en est comme débordé.

Origine au niveau des nerfs craniens. — Deux nerfs craniens ont été mis en cause. Le V à la suite de zona, le X au cours d'un cancer de l'œsophage à forme laryngée.

Fonction rénale au cours des hypertensions paroxystiques. — M. de Gennes. Pour l'auteur, toute hypertension paroxystique retentit sur la fonction rénale et détermine albuminurie, élévation de la constante, diminution de l'élimination phtaléinée, et élévation du chiffre de l'urée sanguine. Ces phénomènes viennent avec la crise hypertensive, après laquelle ils peuvent persister. Si la crise dure longtemps, il semble qu'il en puisse résulter de véritables néphrites chroniques.

Sinus carotidien et perturbations tensionnelles. — MM. H. Bénard et F.-P. Merklen estiment qu'il est intéressant de faire intervenir une perturbation du sinus carotidien et de la zone vaso-sensible cardio-aortique dans les perturbations de la tension artérielle. Mais la théorie sinusale de l'hypertension artérielle est passible d'un certain nombre d'objections. S'il est intéressant d'envisager l'action des divers médicaments préconisés dans les perturbations tensionnelles du point de vue de leur action sino-carotidienne, par contre, les espoirs que l'on avait pu fonder sur une intervention portant plus directement sur le sinus n'ont pas été confirmés.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 8 novembre 1934)

Une adaptation simple de la cravate de Hennequin comme procédé de traction dans le traitement des fractures diaphysaires hautes et moyennes du fémur chez l'adulte. — M. Talbot expose qu'il n'existe qu'un seul procédé de traction sur la cuisse qui remplisse les conditions suivantes : bonne tolérance, efficacité parfaite, possibilité de mobilisation du genou sans étirement des ligaments : ce procédé est la broche transcondylienne.

Mais certains lui trouvent de gros inconvénients. L'auteur propose de remettre en honneur la cravate de Hennequin, mais avec une modification importante, en ce sens que la cravate enserre une demi-gouttière plâtrée postérieure cruro-jambière, appliquée sur bandage ouaté rituel de Hennequin.

A propos de deux observations d'érythème noueux. — MM. Melnotte, R. Bourgeois et R. Boron s'attachent surtout à l'intérêt épidiologique de ces deux cas. Ils soulignent l'avantage de la cuti-réaction qu'il faudrait rendre systématique pour déceler les sujets réceptifs et des examens périodiques, comportant notamment la radioscopie systématique, pour déceler les sources de contage.

Rhumatisme articulaire aigu franc au décours d'une scarlatine. — MM. Bodard, Human et Duran ont observé chez un sujet, au cours de la convalescence d'une scarlatine bénigne, une atteinte de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endo-péricardite et de pleurésie bilatérale et traité avec succès par une médication salicylée prolongée.

Rhumatisme articulaire aigu chez deux époux. — MM. Ferrabouc et Jude apportent les observations de deux époux atteints de rhumatisme articulaire aigu avec, dans les deux cas, une angine pultacée initiale. Ils versent ce document au débat sur l'épidémiologie de la maladie de Bouillaud.

M. Andrieu a observé des faits analogues. Il rappelle les arguments en faveur de l'épidémicité et de la contagiosité de la maladie de Bouillaud, mais il estime que cette contagiosité est relativement faible et qu'elle est réalisée au mieux dans les épidémies de maison sous forme de contagion familiale.

Parenchyme rénal et sensibilisation tissulaire. — M. Guy Henri passe en revue les caractères des néphrites anaphylactiques, biotropiques et de sensibilisation. Il étudie surtout ces dernières, dont il précise les conditions étiologiques : doses minimes inoffensives habituellement de substances thérapeutiques diverses, — le tableau clinique : apyrexie, séméiologie complète des néphrites aiguës avec rétention chlorurée et azotée, stigmates urinaires, — l'évolution : fréquence des séquelles. Elles résultent de l'action directe de la substance en cause sur un parenchyme rénal parfaitement normal en apparence, mais « sensibilisé » par des agressions toxiques antérieures, sans intervention d'un facteur infectieux ou d'un conflit humoral préexistant. Les formes graves dont une dizaine d'observations ont été publiées avec une mortalité de 60 % sont très rares. Les formes bénignes, éphémères ou inapparentes méritent d'être recherchées par un examen systématique dans les heures ou la journée qui suit les injections dangereuses (sels d'or, de mercure, etc.).

Néphrite vaccinale. — M. Guy Henri rapporte un cas authentique et complet observé récemment et précise, à cette occasion, les caractères cliniques de l'atteinte rénale, à manifestations surtout azotémiques. Il insiste à nouveau sur les conditions étiologiques et la nécessité d'éviter la vaccination chaque fois qu'il existe des stigmates de fragilité rénale. Depuis 1916 et les quelques observations de néphrite vaccinal publiées par Nobécourt et Peyre, Bouttier et Chauvin, Méry et Hallé, lors de la diffusion de la vaccination antityphoparatyphoïdique, les faits de cet ordre sont devenus tout à fait exceptionnels.

Epithélioma métatypique primitif du poumon chez un sujet de 20 ans ayant évolué en 5 ans et demi avec rémission clinique de 32 mois à la suite d'un traitement radiothérapique. — MM. Pilod, Hamon et Passa rapportent l'observation d'une tumeur maligne métatypique du poumon gauche ayant envahi précocement le médiastin et le hile du poumon opposé. En dehors des signes de compression médiastinale, les auteurs signalent l'apparition, au cours de l'évolution, de signes cardio-vasculaires (souffle systolique et diastolique de la base et rythme mitral), dont ils envisagent la pathogénie.

Ils insistent sur l'amélioration prolongée obtenue par le traitement radiothérapique qui a permis au malade d'assurer pendant deux ans sans interruption le métier de facteur rural.

Atrophie optique et malariathérapie. — MM. Lassale, Sohier et Aujaleu rapportent les résultats obtenus par la malariathérapie, suivie d'une cure mercurielle, dans un cas d'atrophie optique tabétique à marche rapide arrivée à son ultime degré d'évolution, puisque le malade avait une acuité visuelle réduite à la perception lumineuse pour l'œil droit et à 1/40 pour le gauche. Ils ont obtenu une amélioration nette de la vision avec à droite 1/40 et à gauche 1/30, ainsi qu'une modification importante des signes biologiques liquidiens : réduction à 4 d'une lymphocytose qui, au début, était à 175 éléments, négativation du benjoincolloïdal très positif, diminution de l'albuminose.

Les auteurs rappellent les cas antérieurement traités par M. Fribourg-Blanc et les résultats intéressants que l'on peut attendre de cette méthode, en insistant surtout sur l'intérêt qu'il y aurait à mettre en œuvre la malariathérapie, de façon très précoce et avant que des lésions importantes et irrémédiables du nerf optique se soient installées.

SOCIETE FRANÇAISE DE SEROLOGIE ET DE SYPHILIS EXPERIMENTALE

(assemblée générale du 8 novembre 1934)

A. — RAPPORTS

Valeur comparative des réactions de floculation entre elles. — M. le prof. Meinicke (Allemagne) montre les progrès effectués par les réactions de floculation dans ces dernières années, progrès qui se sont extériorisés aux Conférences internationales successives de Copenhague (1923 et 1928) et de Montevideo (1930), quelques critiques que l'on puisse apporter aux conditions de fonctionnement de ces conférences. Il compare ensuite les résultats que lui ont

donnés les réactions de Kahn et de Müller et sa deuxième réaction de clarification (M. K. R. II). Ces trois réactions, d'antigène et d'exécution très différents, donnent des résultats égaux si on les pratique avec une technique sensibilisée : il semble donc que l'on ait atteint un degré de sensibilité des réactions de floculation qu'on ne puisse que difficilement dépasser, sans risquer d'accroître simultanément le nombre des réactions non spécifiques, ou d'obtenir des réactions paradoxales, la quantité de réagines du sérum dépassant les limites optima de la réaction.

L'auteur insiste ensuite sur l'intérêt qu'il y a à avoir une réaction de floculation aisée à lire, donnant des résultats quantitatifs, et applicable au liquide céphalo-rachidien. En employant sa technique des deux tubes, la M. K. R. II donne 4 degrés différents de positivité aisément discernables ; elle permet divers modes de lecture, la lecture au microscope donnant une sensibilité très élevée par rapport au Kahn et au Müller. Par ailleurs, la M. K. R. II donne un pourcentage de résultats positifs non spécifiques très réduit, bien que plus élevé qu'avec le Kahn ; elle permet l'emploi d'un antigène sûr et stable ; elle est facilement applicable à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Enfin, appliquée avec des antigènes spéciaux, elle peut servir comme réaction d'immunité dans diverses maladies.

Valeur comparative des réactions de floculation dans la syphilis. — M. Arthur Vernes (Paris) rappelle qu'il a le premier introduit la notion de floculation en sérologie. La floculation syphilitique n'est que l'exagération de la floculation normale ; dans un mélange de sérum en quantité fixe avec un réactif approprié à doses décroissantes, la floculation se reproduit périodiquement dans des zones distinctes : aussi est-il difficile de régler la réaction de telle sorte qu'elle soit exclusivement spécifique. La mesure de l'intensité du trouble produit, au moyen d'un photomètre, véritable balance optique, a permis de déterminer à l'aide de chiffres l'intensité du trouble à tous les stades de l'infection ; mais tout ce travail d'adaptation n'a pu et ne peut se construire qu'au lit du malade.

M. Vernes conclut à l'insuffisance actuelle des réactions de floculation qui donnent des résultats simplement qualitatifs, et à la supériorité de celles qui donnent des résultats d'ordre quantitatif.

Les aspects physiques des réactions de floculation. — M. P. Lecomte du Noüy étudie du point de vue physico-chimique les modifications du sang qui accompagnent l'état pathologique. Le changement, à la base, est certainement de nature chimique, structurale ; les modifications moléculaires physiques présentent des avantages considérables parce qu'on peut les mettre en évidence facilement, mais elles ne sont jamais que l'expression, que l'écho d'une altération chimique, atomique, sous-jacente.

L'auteur passe ensuite en revue quelques réactions, dites de floculation, classiques, en s'efforçant d'établir les modifications chimiques et physico-chimiques du sérum auxquelles elles pourraient correspondre. Mais il n'est possible d'étudier avec fruit ni les propriétés physiques et physico-chimiques des antigènes, ni aucune réaction immunologique, sans appuyer ces recherches sur des travaux chimiques corrélatifs. M. Lecomte du Noüy conclut qu'en somme, aujourd'hui, tout est à faire ; il insiste sur les difficultés techniques de ces recherches, sur la nécessité de créer de nouveaux instruments de physique ou de modifier les anciens qui ne sont pas adaptés aux problèmes biologiques, et il trace une large esquisse du laboratoire d'immunologie de demain.

B. — COMMUNICATIONS

Valeur comparative de la réaction de Vernes, de la réaction de Kahn et de la réaction de Meinicke (M. K. R. II). — MM. L. Jame et A. Jude (du Val de Grâce) apportent le résultat de leurs observations portant sur 245 sérums de syphilitiques traités et non traités.

D'après ces auteurs, les méthodes de floculation sont plus sensibles et plus précoces que les réactions d'hémolyse. La réaction la plus sensible est la M. K. R. II, puis viennent les réactions de Kahn et de Vernes.

De même, la réaction de Meinicke est la plus durable et la plus résistante à l'action thérapeutique. Elle doit prendre place à côté de la réaction de Kahn, élégante et commode, et à côté de la réaction de Vernes qui, appliquée à la syphilimétrie, présente un intérêt indiscutable.

Valeur comparative de la réaction de Vernes et de la réaction de Kahn. — MM. Ch. Laurent et M. Peyrot (de Saint-Etienne) ont trouvé le plus habituellement, soit 4.030 fois sur 4.222, les deux séro-réactions concordantes. Leur valeur semble sensiblement identique au début de la tréponomose, à la période du chancre, mais les auteurs croient pouvoir affirmer que la séro-réaction de Kahn disparaît plus tardivement après le traitement et qu'elle permet un dépistage plus précis chez les prostituées.

A propos de la valeur de la M. K. R. II, d'une fraction de Wassermann modifiée et de la réaction de Vernes. — M. Demanche conclut à la précocité, à la netteté et à la grande sensibilité de la réaction de clarification de Meinicke (2e manière), surtout par le procédé de lecture au microscope ; mais cette réaction lui aurait donné, en raison même de sa grande sensibilité, quelques résultats non spécifiques. Sa technique personnelle du B-W. lui donnerait une sensibilité très voisine de celle du Kahn standard. Quant à la réaction de Vernes, si elle a pour elle d'être la seule méthode quantitative précise, elle aurait contre elle son défaut de sensibilité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

Doctorat d'Etat. — 97. Achard. — Contribution à l'étude du traitement et des résultats éloignés des grossesses tubaires dans les cinq premiers mois de leur évolution. (A propos de 105 observations.)

49. Aiguier. — Les méningiomes de la gouttière olfactive.

123. Arlaud. — De la réapparition d'adénomes intra-prostatiques entraînant de nouveau des troubles urinaires importants après prostatectomie.

35. Arnal. — Mortinatalité et mortalité primaire des nouveau-nés à la clinique obstétricale de la Charité, au cours de l'année 1932.

21. Arné. — Contribution à l'étude des pleurésies médiastines purulentes.

62. Arnulf. — Les parotidites post-opératoires. Etude clinique et expérimentale.

145. Aulagner. — Contribution à l'étude des sinusites maxillaires traumatiques.

2. Baillat. — Contribution à l'étude des formes cliniques des septico-pyohémies à staphylocoques.

89. Barriéra. — Etude radiologique de l'œsophage dans le rétrécissement mitral et quelques dilatations cardiaques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367 ; Montpellier, n° 78, p. 1380 ; Strasbourg, n° 80, p. 1420 ; Toulouse, n° 83, p. 1470 ; Alger, n° 84, p. 1486 ; Marseille, n° 85, p. 1507 ; Nancy, n° 93, p. 1650.

72. Beaudonnet. — A propos d'un cas de grand abcès froid péritonéal encapsulant. Contribution à l'étude des péritonites encapsulantes.

153. Beaujard. — Contribution à l'étude de la croyance en la réalité du délire. Les variations de son intensité.

23. Beaussier. — Les intoxications par le tétrachlorure de carbone dans l'industrie.

19. Béguin. — Pyléphlébite chronique et maladie de Banti.

18. Belz. — Les paralysies oculaires dans les traumatismes fermés du crâne et du massif facial. Valeur séméiologique et pronostic.

94. Bendrihem. — La variole en Europe au cours de ces dix dernières années.

47. Bénichou. — La lutte contre la syphilis dans l'armée métropolitaine.

26. Bénitte. — Contribution à l'étude de l'état humoral dans les « cellulies ».

136. Benoit. — La dilatation des bronches chez l'adulte. Formes cliniques, évolution et modes de terminaison.

17. Bérest. — L'hydronéphrose tuberculeuse.

171. Bergazzy. — A propos de trois observations de phlébites du membre supérieur survenues au cours du post-partum et du post-avortum.

142. Berger. — Etude critique du drainage dans le traitement chirurgical des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (L'aspiration sus-pubienne avec fermeture immédiate.)

63. Bisch. — Etude anatomique, clinique, thérapeutique du cancer du corps utérin.

135. Blandin. — Recherches radiographiques dans la scoliose.

105. Blein. — L'effort législatif en faveur de la vaccination antidiphtérique en France et à l'étranger.

67. Blum. — Origine bucco-dentaire des abcès du poumon.

71. Boisbourdin. — Le traitement du rhumatisme chronique à l'hôpital militaire de Bourbon-l'Archambault (Allier).

104. Bonnet. — Hypertrophie et insuffisance cardiaques dans les anémies chroniques graves. Etude clinique et pathogénique.

120. Bouchayer. — Dysthyroïdisme et carie dentaire et leurs traitements.

57. Brigandat. — Valeur des temps de coagulation sanguine dans le pronostic et la prophylaxie des complications vasculaires post-opératoires.

11. Broch. — Trente-deux observations d'hystérotomies recueillies à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon. (Statistique portant sur les années 1931 et 1932.)

91. Caillard. — Contribution à l'étude de la composition minérale du plasma sanguin de l'homme dans certains états neuro-psychiatriques.

109. Camelin (Mme), née Peillard. — Des séquelles de la fièvre typhoïde d'après l'épidémie de la banlieue lyonnaise de 1928-1929.

127. Camuset. — La conservation de la trompe gravide dans les grossesses tubaires.

9. Carli. — Les récidives de la maladie de Basedow après le traitement chirurgical.

64. Castellani. — Contribution à l'étude du traitement des anévrismes artériels du creux poplité.

44. Cazaux. — Quatre-vingt-trois observations ayant trait à des applications de forceps recueillies à la clinique obstétricale au cours de l'année 1932.

43. Cenet. — Etude de la morbidité et de la mortalité par infection puerpérale au cours de l'année 1932. (Statistiques de la Clinique obstétricale.)

155. Charpy. — La substance d'Oriel dans les maladies allergiques (dermatoses en particulier).

14. Chaumonnot. — Contribution à l'étude des affaissements du sommet par thoracoplastie partielle haute dans la tuberculose pulmonaire. Technique et résultats.

128. Chavane. — Les variétés cliniques du mégacôlon congénital dans l'enfance.

84. Chevaleyre. — Etude sur l'hypertrophie cardiaque primitive chez le nourrisson.

160. Clermont. — L'alcoolisation du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

86. Colas. — Un aspect des difficultés de pronostic dans les syndromes de vomissements graves de la gestation. (A propos de quatre cas mortels.)

110. Collet. — Sur une complication de la gastro-entéro-anastomose : la sténose transitoire de la bouche.

100. Colson. — Contribution à l'étude des cardio-thyréoses.

77. Cordier. — A propos d'une observation de lacune congénitale de la voûte cranienne.

116. Cros. — Contribution à l'étude des rapports entre la septicité et les malformations bucco-dentaires et le développement intellectuel de l'enfant.

38. Cunin. — La cinétique des bronches après lipiodolage et l'échelle de ventilation pulmonaire.

106. Cuzin. — L'emploi de la curiethérapie dans le traitement des formes hémorragiques de la fibromatose utérine.

99. Damidot. — Etat actuel de nos connaissances pouvant servir de base à la prophylaxie de la maladie de Heine-Médin.

27. David. — Contribution à l'étude de la néphrectomie sous-capsulaire.

107. Decour. — Phénomène de Shwartzman (allergie hémorragique).

32. Deit. — Résultats éloignés des interventions sur les cancers thyroïdiens. Déductions thérapeutiques.

28. Delorme. — Considérations sur le traitement et les conséquences éloignées des fractures de la base du crâne.

3. Desgeorges. — Contribution à l'étude de la lambliase des voies biliaires.

46. Ducros. — L'encéphalite aiguë dans la pneumonie infantile.

40. Dumont. — La myélose aleucémique mégacaryocytaire.

95. Duparc. — La perforation spontanée intrapéritonéale de la vessie tuberculeuse.

68. Dupuy. — Pensions et tuberculose pulmonaire.

88. Duranceau. — Les ondes hertziennes courtes en applications locales dans le traitement de certains rhumatismes chroniques et en particulier dans le traitement de l'arthrite de la hanche.

33. Emont. — Les présentations de l'épaule considérées du point de vue de leur pronostic. Statistique de la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine 1927-1932.

51. Escourrou. — Combinaison de la vaccinothérapie à la sérothérapie dans le traitement préventif du tétanos.

80. Etchecopar. — Contribution à l'étude du traitement insulinien des plaies atones et des escharres.

56. Favier. — A propos de la réfection complète du périnée.

129. Faysse. — Considérations sur trois cas de péritonite purulente du post-partum.

81. Féraud. — Contribution à l'étude de la thérapeutique salicylée à doses massives dans le rhumatisme articulaire aigu.

20. Feyler. — Contribution à l'étude des troubles du métabolisme de l'eau chez le diabétique.

124. Fière. — Contribution à l'étude de la bismutho-résistance au cours du traitement de la syphilis.

103. Forestier. — Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques d'origine traumatique et plus spécialement de leur diagnostic radiologique.

161. Fourrat-Besson. — Les orchi-épididymites à colibacilles.

169. Francoz. — Sur l'intérêt de l'urographie intraveineuse dans les traumatismes fermés du rein.

151. Freidel. — Nutrition et système maxillo-dentaire. (Etude clinique et expérimentale.)

147. Gaillard. — Les hémianopsies latérales homonymes dans les tumeurs cérébrales.

102. Gardien. — Essais de traitement de l'anxiété par la réflexothérapie nasale.

24. Garitan. — Zona traumatique.

114. Garmier. — Les hémorragies trachéales.

156. Gauthier. — Contribution à l'étude de la tuberculose des glandes salivaires et en particulier de la sous-maxillaire.

53. Ghémard. — Contribution à l'étude de l'ostéoradionécrose tardive des maxillaires.

25. Girardin. — Contribution à l'étude des manifestations révélatrices du diabète. Revue clinique et étude statistique d'après 210 observations.

16. Gouverner. — A propos de la guérison spontanée de l'abcès du poumon.

76. Grandcolas. — Les zonas symptomatiques.

172. Grenier. — De l'association du protoxyde d'azote au tribromo ethanol.

140. Grouès. — Cancer du larynx et tuberculose.

87. Guibert. — Le paralytique général devant le test des mots d'épreuve. Confrontation des épreuves orales et écrites. Mécanisme psycho-physiologique des lapsus.

75. Guignon. — Les délires secondaires à la manie.

52. Guyotat. — Contribution à l'étude de la néphrectomie partielle.

22. Henry. — Hypertension et hypotension artérielles par anaphylaxie chronique.

6. Jacob. — Hémorragies et perforations gastriques.

30. Jeantet. — La tuberculose des gaines synoviales des tendons fléchisseurs des doigts.

83. Joffre. — Gommes syphilitiques de la cornée avec hypopyon.

121. Josserand. — Contribution à l'étude de la climatopathologie. Les inadaptés urbains.

159. Julien. — L'amibiase pulmonaire dans la région de Lyon.

10. Jurus. — De l'efficacité et de l'innocuité de certains procédés destinés à diriger la marche du travail. (Accouchement dirigé.)

4. Lacour. — Recherches sur la malaria-floculation de Henry. (Sa sensibilité, sa spécificité, sa valeur pratique.)

158. Lafarge. — La poliomyélite épidémique en France.

112. Laffitte. — Du colobome congénital des paupières.

146. Lafon. — Nævus de la face et tumeur cérébrale.

133. Laforêt. — Contribution à l'étude de la spirochétose ictéro-hémorragique.

157. Lantheaume. — Les malformations duodénales. Etude radiologique et clinique.

58. Lapeyre. — Cœur et anaphylaxie.

73. Legrand. — Les hémorragies gastro-duodénales de stase.

13. Lemoine. — Les milieux et les techniques de Löwenstein de 1931 à 1933. Leur intérêt clinique et bactériologique dans la tuberculose.

42. Liscoët. — Les hématomes sous-duraux chroniques.

108. Long. — Les mastoïdites post-traumatiques.

12. Lumaret. — L'hémoculture dans le rhumatisme articulaire aigu selon la méthode de Löwenstein. Contribution à l'étude du problème étiologique de la maladie de Bouillaud.

139. Magnard. — Les manifestations pharyngo-laryngées de l'encéphalite épidémique.

166. Maillefert. — Sur la provocation médicamenteuse du travail dans les grossesses arrêtées. (A propos de deux observations.)

134. Majnoni d'Intignano. — Tryptique thérapeutique et greffons alternés dans le traitement des scolioses.

168. Malfroy. — Contribution à l'étude des luxations ouvertes du coude.

74. Martin. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des tumeurs lymphoïdes du médiastin.

5. Masson. — Contribution à l'étude de la gono-réaction envisagée comme test de guérison de l'infection gonococcique.

39. Maupin. — La réaction de Kahn. Etude clinique.

154. Mayer. — Les traitements des pneumothorax incomplets. (A propos de la thérapeutique des adhérences pleurales.)

163. Mercier. — Contribution à l'étude de la granulie froide.

137. Mermet. — Une statistique hospitalière de vingt et un cas d'abcès du poumon. Considérations cliniques, radiologiques, thérapeutiques.

117. Metton. — Six observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la gestation.

69. Michaux. — Etude du temps de désintégration par hydrolyse de quelques microbes. Essai d'application clinique des désintégrats au diagnostic de certaines maladies.

164. Moisesco (Mlle). — L'anasarque fœto-placentaire avec érythroleucoblastose.

98. Momet. — 12 observations d'interruption provoquée de gestation par la méthode lente chez les tuberculeuses pulmonaires. Observations recueillies au cours des cinq dernières années à la clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Lyon.

54. Montagné. — La tuberculose primitive du mollet.

36. Montfort. — Traitement de l'ozène par les greffes tendineuses mortes.

66. Morel. — Les hémorragies intra-craniennes obstétricales du nouveau-né.

29. Moura. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de la cholécystectomie, d'après 90 observations.

70. Nardin. — Considérations étiologiques sur la fièvre ondulante dans la région lyonnaise.

149. Néty. — Le traitement des arthrites gonococciques aiguës par la vaccinothérapie spécifique intraveineuse associée à la gonacrine.

61. Nguyen-Van-Tien. — Contribution à l'étude radiologique du poumon cardiaque et cardio-rénal. Sur certains aspects radiographiques de l'œdème pulmonaire chez les cardio-rénaux.

125. Nordman. — La dénatalité actuelle en France et dans le monde.

48. Notin. — La prophylaxie criminelle dans les grandes villes.

55. Péan. — L'érysipèle à point de départ non ombilical chez le nouveau-né.

144. Pelletier. — Les paralysies du muscle grand dentelé d'origine traumatique.

59. Perdu. — Des thrombo-phlébites craniennes et du sinus caverneux en particulier.

141. Pérol. — Les insufflations intrapleurales dans le traitement des pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. (50 observations.)

92. Pétey. — L'histospectrographie. Etude de ses techniques.

170. Plauchu. — Scléroses et réactions tissulaires.

15. Pocréaux. — Contribution à l'étude de l'anémie

rhumatismale. Formes anémiques de la maladie de Bouillaud.

167. PONCET. — Traitement de la tuberculose pulmonaire chez les diabétiques : l'insuline, les sels d'or, la collapsothérapie.

115. POULAIN. — Contribution à l'étude du diagnostic radiologique de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire.

1. PUTHOD. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'ovaire au cours de la puerpéralité.

150. RAOUST. — Contribution à l'étude des manifestations pleurales du kyste hydatique du poumon.

37. REBARDY. — L'ostéite syphilitique des os du crâne et de l'os frontal. Ses formes classiques. Sa forme héréditaire monoperforante.

60. RENARD. — Eclairage moderne et hygiène.

122. RIBOLLET. — Contribution à l'étude des embolies artérielles bismuthiques.

7. RIMBAL. — Contribution à l'étude des différentes incisions menant sur les voies biliaires. (A propos de 168 observations.)

31. RIOTTE. — Contribution à l'étude de la pneumotomie dans le traitement des abcès du poumon.

131. ROCHE. — Les syndromes agranulocytaires avec angine ulcéro-nécrotique. Contribution à l'étude des formes anormales.

82. ROSSI. — De l'astragalectomie primitive dans les traumatismes ouverts du cou-de-pied.

85. ROUGIER. — Les formes latentes et les formes occultes de la syphilis congénitale broncho-pulmonaire dans la première enfance.

113. ROULET. — Indications et résultats comparés du pneumothorax et de la phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

34. ROUSSEL (Hubert). — Les accouchements par le siège à la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon, pendant les années 1929, 1930, 1931, 1932. Contribution à l'étude du pronostic de l'accouchement par le siège.

111. ROUSSEL (René). — Traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal par la gastro-entéro-anastomose et la gastrectomie. Résultats comparés de ces deux opérations et indications respectives.

119. ROUX (André). — La déchloruration et la rechloruration en thérapeutique. (Revue générale.)

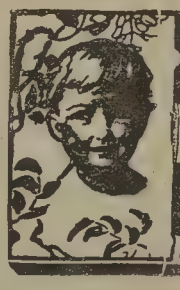
148. ROUX (Roger). — Contribution à l'étude des cécités corticales. (A propos de trois observations personnelles.)

78. ROZIÈRES. — Contribution à l'étude du lupus érythémateux aigu. A propos d'un cas observé dans le service hospitalier de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille.

41. SABATIER (Louis). — Essai anatomique et physiologique sur l'appareil nerveux du cœur.

8. SABATIER (Paul). — Contribution à l'étude des cholécystostomies, à propos de 36 observations.

ESTOMAC INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE
ENTÉRITE CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE
VALS-SAINT-JEAN
EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE
Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul Haussmann, Paris (9e). Téléph. 227-76
ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.


USAGE ENFANTS DES DOCTEURS
SUC D'ORANGE MANNITÉ INOFFENSIF — DÉLICIEUX
NÉO-LAXATIF CHAPOTOT
Echant. : 56, Boul Arago PARIS

CONTREXEVILLE
SOURCE PAVILLON
LA SAUVEGARDE DU REIN
GOUTTE, GRAVELLES, ARTHRITISME

MÉDICATION CHLORHYDRO-PEPSIQUE
DYSPEPSIES Anorexie Vomissements LIENTÉRIE
ELIXIR GREZ ET PILULES
CHLORHYDRO-PEPSIQUES Amers et Ferments digestifs
DOSES : 1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas. Enfants : 1 à 2 cuillerées à dessert
Dépôt : 49, Rue de Maubeuge, PARIS — Envoi franco Echantillons.

DÉSINFECTION INTESTINALE — CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS- 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

45. SANTINI. — Les complications nerveuses de l'infection colibacillaire.

138. SAUSSE. — Contribution à l'étude d'un anesthésique nouveau : l'évipan sodique (120 anesthésies commentées.)

162. SCHAPIRA. — Contribution à l'étude des dégénérescences héréditaires de la macula ; la rétinite pigmentaire centrale.

118. SIFANTUS. — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis du larynx.

93. SIVRIÈRE. — Diagnostic et traitement des perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique et de l'oléothorax.

65. TESTON. — Soixante-dix observations de tuberculeuses pulmonaires ayant accouché pendant les deux derniers mois de la grossesse.

90. TORQUÉAU. — La médecine est une science. Essai d'étude critique de la méthode en médecine.

165. TOUILLON. — La cyanose du nouveau-né.

79. TOURENC. — Contribution à l'étude des érythrodermies des nouveau-nés. (A propos de deux cas de maladie de Ritter.)

126. TRIOLET. — Contribution à l'étude de la pyrétothérapie dans le traitement des psychoses non syphilitiques.

143. VAUCHER-BERNARD (DE). — Les sténoses de l'intestin grêle d'origine traumatique.

132. VERBOUD. — Considérations sur dix observations de kystes de l'ovaire coexistant avec la puerpéralité. Observations recueillies au cours des six dernières années à la Clinique obstétricale et à la Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine de Lyon.

152. VIAL. — Contribution à l'étude des anévrismes artériels spontanés des membres.

50. VILLAT. — Contribution à l'étude des toxi-infections alimentaires. Rôle possible d'une nouvelle espèce microbienne.

96. VOLDOIRE. — La tension artérielle au cours de la pneumonie.

130. VUARNET. — Six observations de gestations survenues chez les diabétiques.

101. WEIGERT. — L'intoxication oxycarbonée chronique.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 257. EL TAHER. — Les suppurations orbitaires symptomatiques des sinusites fronto-ethmoïdales chez le tout jeune enfant.

356. FAN PIENG TCHÉ. — Contribution à l'étude de la pellagre. Données étiologiques récentes.

355. GHASSÉMI. — Les hémorragies post-opératoires précoces en chirurgie gastrique. Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Tixier.

358. GRADON. — Contribution à l'essai du traitement de la syphilis par un dérivé bismuthique, mercurique et stibinique du thiopropanol sulfonate de sodium (allotriol).

361. GRAMATICOFF. — L'ictère grave familial du nouveau-né avec érythroleucoblastose.

360. IANATCHKOVA (Mme). — Résultats de 128 épreuves du travail. Observations de la Clinique obstétricale, années 1931 et 1932.

362. KADREFF. — Le signe d'Argyll-Robertson en dehors de la syphilis.

353. KOURTEFF. — Tumeurs cérébrales et statistiques neuro-chirurgicales. Réflexions anatomo-cliniques.

351. LI TSI GZIOU. — La défense passive des populations civiles contre la guerre aéro-chimique en Chine.

354. MOGHBEL. — Contribution à l'étude des éventrations post-appendiculaires. Travail de la Clinique chirurgicale de M. le professeur Tixier.

363. RAPONSKY. — La sédimentation sanguine. Phénomène colloïdal. Une nouvelle méthode de micro-sédimentation sanguine.

352. SOKOLSKY. — 130 tentatives de provocation médicamenteuse du travail au voisinage du terme (méthode de Hauch). Travail de la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Lyon (Prof. J. Voron).

359. YAO-BIT-CHIN. — Eosinophilie sanguine et scarlatine.

LIVRES NOUVEAUX

Pour la splendeur latine (1), par le Dr DARTIGUES, président de l'U. M. F. I. A. (Union médicale latine), préface du prof. J.-L. Faure, membre de l'Institut.

Notre ami Dartigues, président fondateur de l'U. M. F. I. A., vient de réunir en un magnifique volume ses « paroles et écrits », au service de la spiritualité et de l'action latines dans le monde, de 1910 à 1934.

« Il faut tout lire, écrit M. Faure, dans ce livre, où l'on découvre à chaque instant, à travers le bouillonnement des mots et des idées, des phrases fulgurantes et toute une éloquence vibrante et tumultueuse, marque bien personnelle du talent de Dartigues... »

Personne n'a fait depuis 25 ans plus que Dartigues pour le resserrement des liens fraternels entre toutes les nations latines pour le rapprochement de la France et de l'Italie, pour la compréhension du rôle immense du nouveau régime italien.

Par son action incessante, depuis 1910, Dartigues a joué un rôle bienfaisant et noblement servi la cause de la fraternité latine ; il a donné aussi de grands exemples de gratitude en faisant rendre à Clemenceau, à Branly, la justice qui leur est due.

Pour tout cela, il doit être admiré et remercié.

F. L. S.

Thérapeutique hydro-climatologique de la tuberculose (2), par Léon BERNARD, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et Roger EVEN, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Les auteurs adoptent la division fondamentale en tuberculoses locales et tuberculoses à réactions générales. Le fait qui légitime le mieux cette division dans un livre de thérapeutique, c'est que tuberculoses locales et tuberculoses à réactions générales, indépendamment de leur physionomie clinique différente et de leur association peu commune, répondent tout différemment aux actions extérieures et notamment aux actions thérapeutiques.

Parmi les tuberculoses avec réactions générales, les tuberculoses de l'appareil respiratoire seules retiennent leur attention.

Les auteurs séparent deux chapitres dans l'hydrologie comme dans la climatologie, l'un consacré aux tuberculoses locales, l'autre aux tuberculoses respiratoires, faisant d'ailleurs leur place, parmi les formes de la tuberculose pulmonaire, à celles qui évoluent sur le type local.

Pour les tuberculoses locales, comme pour la tuberculose respiratoire, qui réclament respectivement, et suivant les cas, des traitements chirurgicaux et des traitements médicaux, il va de soi que la climatothérapie s'ajoute, sans les supplanter, à ces traitements, dans des conditions de simultanéité ou de succession qui varient suivant les catégories de faits et doivent être envisagées sur chacun d'eux.

(1) In-8 raisin de 724 pages. — Prix : 40 fr. — Paris, René Lépine.

(2) Bibliothèque de thérapeutique hydro-climatologique. In-8 de 146 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES
INFECTIONS VASCULO-SANGUINES
PHLÉBITES - SEPTICÉMIES
DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à 6 DRAGÉES
PAR JOUR

ANA

LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL - PARIS. XIIe.

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY s/s BOIS

On trouvera donc dans ce livre, exposées d'une façon toute pratique, les connaissances nécessaires sur les caractères généraux des affections, les stations, les techniques de cure, les indications. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

INTOXICATION AIGUE BARBITURIQUE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT [1]

FORMES CLINIQUES

Nous rappellerons les différentes variétés d'intoxication aiguë barbiturique, donnant suivant l'intensité du coma :

1° La léthargie barbiturique ;

2° Le coma vigil avec psychose barbiturique ;

3° Le coma barbiturique profond ;

4° Le « carus » barbiturique ;

5° Citons encore l'intoxication aiguë barbiturique, suivie de *toxidermie ;*

6° Chez certains malades, prenant régulièrement des barbituriques, une intoxication massive a pu *déclancher des « myalgies barbituriques »*.

Ces derniers faits montrent qu'il existe des formes de transition entre l'intoxication barbiturique aiguë et le barbiturisme subaigu et chronique.

DIAGNOSTIC

1. **Positif.** — 1° Coma toxique ; 2° notion de barbiturique absorbé.

Faire préciser la date d'absorption, les doses exactes. Notions importantes pour le traitement.

2. **Différentiel.** — L'examen neurologique élimine rapidement :

A. — Les comas avec signes de localisation :

1. Hémorragie cérébrale ;

2. Ramollissement cérébral ;

3. Coma terminal des méningites, tumeurs, etc... ;

4. Le coma de l'*hémorragie méningée* est plus voisin du coma barbiturique, surtout coma barbiturique *incomplet*, mais le syndrome méningé, le Babinski, le liquide céphalo-rachidien font le diagnostic.

B. — Le coma *épileptique* peut prêter à erreurs dans certains cas de barbiturisme aigu, avec crises épileptiformes, hypersialorrhée. Cependant certains signes, comme la *morsure de la langue*... et *l'évolution surtout*, lèvent les doutes rapidement.

C. — En règle, on reconnaît vite qu'il s'agit d'un *coma toxique*, et on pensera AVANT TOUT A TROIS COMAS : *diabétique, oxycarboné, barbiturique.*

Comas contre lesquels on peut agir souvent avec succès.

1. Le coma diabétique a pour lui *l'odeur spéciale de l'haleine*, la déshydratation rapide, *la dyspnée* spéciale, souvent à type de Küssmaul ; la mydriase, l'*hypothermie*, mais encore, les notions de diabète antérieur, la *glycosurie, l'acétonurie.*

2. Le coma de l'*intoxication par oxyde de carbone* est d'un diagnostic assez facile :

On a le plus souvent la *notion d'intoxication*, l'aspect *congestif* de la face, les *plaques* rosées de la peau, *l'aspect rutilant* du sang veineux.

Mais se méfier dans certains cas de *comas mixtes : oxyde de carbone et barbituriques*, ce qui est assez fréquent.

Deux erreurs à éviter. — A. Ne pas confondre un *coma barbiturique* précédé d'une courte phase d' « ivresse barbiturique », avec un *coma éthylique :*

Les notions d'ingestion d'alcool, l'odeur de l'haleine guideront le diagnostic.

B. Ne pas confondre un *coma barbiturique*, avec un *coma urémique :* l'erreur est facile en face d'un « carus barbiturique » avec coma très profond, stertor, oligurie, Cheyne-Stokes, myosis, hypothermie.

Et même pour certains auteurs, « il ne s'agit en somme, que d'un coma urémique provoqué, avec augmentation de l'urée sanguine ». (Tardieu, 1928).

D. — Les autres comas (opiacés, belladonés, de l'encéphalopathie saturnine...), sont parfois difficiles à différencier.

TRAITEMENT

A. Traitement classique. — 1° *Lavage d'estomac* (pas plus de huit heures après l'ingestion), simple ou avec solution très étendue de permanganate de K. (Bickel et Katzenelbogen) ou avec charbon animal, ou *un centigramme d'apomorphine.* (Ide).

2° *Saignée abondante ;*

3° *Alimenter artificiellement l'intoxiqué (sérothérapie, voie rectale, tubage gastrique) ;*

4° *Tonicardiaques, adrénaline* (Babonneix et Huber) ;

5° Diurétiques dès le 2e jour ;

6° *Sondage de vessie,* aseptique et régulier ;

7° *Position demi-assise* (congestion pulmonaire) ;

8° *Soins des téguments* (escharre) ;

9° Nettoyage minutieux et répété de la *bouche ;*

10° *Inhalations ou injections répétées d'oxygène.*

B. Traitement moderne. — 1° *Strychnine.* — En 1932, deux Américains Haggard et Greenberg montrèrent l'antidotisme *strychnine-barbiturique. Ide* (de Louvain) a donné la posologie : une dose mortelle esi jugulée par 5 doses mortelles de strychnine (d. m. = 0,03 ctg) ; *agir immédiatement ; faire des injections intra-veineuses* à raison d'un minimum de 1 *ctg. par heure.*

Mais il n'y a pas de règles précises : se baser sur les réactions du malade. Certains auteurs ont injecté jusqu'à 1 gr. 30 de strychnine. *Pour d'autres, il est inutile de dépasser 25 à 30 ctg. chez l'adulte.*

De nombreux auteurs ont obtenu de brillants succès avec la strychnine.

2° Cependant, l'antagonisme barbiturique-strychnique n'est pas aussi régulier et constant qu'on le crut tout d'abord.

Parfois, on doit avoir recours à la CORAMINE par voie intra-veineuse. (Sigismond Bloch), 3 *à* 5 *cm*^{3} *intraveineux* toutes les heures, *jusqu'à* 20 *et* 30 *cm*^{3} (Louis Ramond).

On peut utiliser encore les injections d'huile camphrée et les inhalations de carbogène.

3° Enfin, certains auteurs, se basant sur des études expérimentales, conseillent les *injections intraveineuses d'alcool à* 30 %.

En tout cas, sans espérer, comme le dit *Ide, que l'on ne doive plus mourir d'intoxications par les barbituriques*, il semble que l'on possède par la strychnine, le carbogène, la coramine intra-veineuse et la surveillance constante du malade, des armes thérapeutiques puissantes contre l'intoxication barbiturique aiguë.

Cf. Trois articles de CARRIÈRE, HURIEZ et WILLOQUET. — Le Barbiturisme aigu, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1934, N° 34 ; Strychnothérapie du barbiturisme aigu, *Gaz. des hôpit.*, 1934, N° 35 ; Traitement actuel du barbiturisme aigu (gardénal-coramine et gardénal-alcool), *Gaz. des Hôp.* 1934, N° 41.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, n° 97, p. 1745.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

ANTISEPTIQUE PULMONAIRE **calme la toux**

Guéthural

ALLOPHANATE DE GUÉTHOL

puissant modificateur des sécrétions bronchiques

GRANULÉ

POUVANT ÊTRE CROQUÉ OU PRIS DANS UN PEU D'EAU, DE TISANE

DOSES QUOTIDIENNES : 3 ou 4 cuillerées à café prises dans l'intervalle des repas.

Échantillons & Littérature sur demande à MM. les Docteurs

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ

30, Rue Armand-Sylvestre **COURBEVOIE (Seine)**

COURMONT

tonique "roche"

toni-stimulant complet

élixir
2 cuillerées à café
2 fois par jour.

phosphore · strychnine
arsylène · manganèse

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie _10, Rue Crillon_ PARIS

HEMORROIDES, PROSTATITES

ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

13, rue Pagès - Suresnes (Seine)

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 15 DECEMBRE 1934. — N° 100.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Eloge de Paul Tillaux, par M. A. Siredey.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine. — Séance annuelle. — Prix décernés.
NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE
Les substances « minimales » dans l'alimentation du nourrisson, par M. L. Babonneix.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
De la patente, par M. A. Herpin.
L'Etat ignore le nombre des médecins allemands naturalisés français, par M. Maurice Mordagne.
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Le jury est composé de MM. Gutmann, Faroy, Faure-Beaulieu, Huber, Caïn, Capette, Leveuf, Ombrédanne, Brocq, Digonnet.

— Concours d'assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — *Electrologie.* — Question donnée : « Recherche de la réaction de dégénérescence. »

Questions restées dans l'urne : « Indications, technique et résultats du lavement électrique. — Indications et technique de l'actinothérapie. »

MM. Charles, 10; Ledinh-Thi, 11; Moro et Bouchard, 17; Mme de Bergmann et M. Moulle, 18.

— Concours de l'externat. — Le jury est composé de M. Chenevier, secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique à Paris, président; MM. Lamy, de Brun du Bois-Noir, Kourilsky, Dreyfus, Ménégaux, Banzet, Meillère, Redon, Parfonry.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Briand, Perreau, Francillon, Mazaré, Lafeuille, Vallet, Guillet, Longet, Fabre, Favre, Hugonnier, Bertoye, Duvernay, Dochier, Thibaux, Trouiller, Peyrache, Poinas, Grenot, Mlle Bruley, MM. Roy, Jeanjean, Barrié, Gaillardin, Savet, Béraud, Chattot, Verrier, Allirot, Marchal, Pugeat, Bussillet, Barrut, Haddad, Fritayre, Mathieu, Robin, Mlle Vaganay, MM. Chandellier, Josseron, Mlle Vurpillot, MM. Desbiez, Collin, Barousse, Bouche, Amathieu, Servelle, de Chauvigny, Demangeat, Margot, Rebatel, Rosan, Picot, Moussard, Redon, Barrière, Dugoujon, Neyra, Boutin, Cier, Mourgues, Galloni, Gay, Arnaud, Leraillez, Billon, Barbier, Mlle Ganidel.

Externes provisoires : MM. Garnier, Brunel, Vinet, Bauchu, Inglessis, Portanery, Fournier (Jean), Saint-Dizier, Durand, Villard (Jean), Martin (Hubert), Proby, Meng, Mlles Polack, Beck, MM. Rastaghi, Chauvet, Tissot, Parlange, Cadoz, Fagot, Fargier, Cons, Ledermann.

— Montpellier. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Fassio, Quet, Ginestie, Guignot, Roux, Mathieu.

Externes en premier : MM Steintein, Deffuant, Delmas, Mlle de Gaillande.

Candidats classés : MM. Duc, Soulié, Marcoulidès, Fermaud, Passouant, Manoli, Debay, Vergues.

— Le concours de l'internat des sanatoriums s'est terminé par la nomination de M. Vergues interne titulaire, M. Fernand externe en premier; Mme Galtier a été classée.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Vacances de Noël et du Jour de l'an.* — La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du dimanche 23 décembre 1934 au mercredi 2 janvier 1935 inclus.

Les bureaux du secrétariat seront fermés le lundi 24 décembre 1934 et du vendredi 28 décembre 1934 au mercredi 2 janvier 1935 inclus.

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

La bibliothèque sera fermée le lundi 24 décembre 1934 et du vendredi 28 décembre 1934 au mercredi 2 janvier 1935 inclus. Elle sera ouverte les 26 et 27 décembre, mais seulement de 14 à 18 h.

GUERRE. — M. le médecin-colonel Cochois, directeur du Service de santé de la 11e région, est nommé au grade de médecin général.

M. le pharmacien-colonel Finelle, du ministère des Colonies, est nommé au grade de pharmacien général.

— (Val-de-Grâce.) M. le médecin capitaine Pesme, chirurgien des hôpitaux militaires à l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé, est nommé professeur agrégé du Val-de-Grâce et affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (chaire de chirurgie spéciale).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin général Frontgous, adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, est nommé inspecteur général de l'hygiène en Afrique occidentale française.

M. le médecin général Jauneau est nommé adjoint au directeur du Service de santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole.

SANTÉ PUBLIQUE. — *Commission des sérums.* — Le *Journal officiel* du 1er décembre publie un décret en date du 28 novembre ainsi conçu :

La Commission des sérums, instituée en vue de l'application de la loi du 25 avril 1895, par le décret du 15 mai 1895, modifié par le décret du 19 février 1904, continuera à fonctionner au ministère de la Santé publique et de l'Education physique, pour l'application de la loi du 14 juin 1934, dans les mêmes conditions que précédemment.

Elle sera chargée, en particulier, de l'enquête, prévue par l'article 1er de la loi du 14 juin 1934, avant l'autorisation des produits visés par ladite loi et assurera l'inspection prescrite par le même article.

HÔPITAL NOTRE-DAME DE BON-SECOURS. — Un concours pour six places d'internes titulaires et six places d'internes provisoires sera ouvert le jeudi 14 février 1935, à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (XIVe).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques :

Une écrite comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points.

Une orale comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Les internes titulaires en fonction reçoivent un traitement annuel de 5.600 fr. la première année ; 5.900 fr. la deuxième et 6.200 fr. la troisième.

Pour les renseignements et demandes d'inscription, s'adresser à M. l'administrateur délégué, 66, rue des Plantes, le mercredi, de 9 à 11 h , et le samedi, de 14 à 17 h., jusqu'au 26 janvier 1935, dernier délai d'inscription.

HOPITAL FOCH. — La Commission administrative de l'hôpital Foch (les médaillés militaires) vient de ratifier la nomination par les médecins de l'hôpital Foch de M. le docteur Thiroloix, ancien interne lauréat des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, nommé chef du service de cardiologie, en remplacement du docteur Léon Giroux, décédé, et de M. le docteur S. de Sèze, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté, nommé médecin adjoint du service des maladies du système nerveux et du service des maladies rhumatismales.

AVIS DE VACANCE. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Braqueville, à Toulouse, est vacant par suite du départ de M. le docteur Gimbal, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

AVIS DE CONCOURS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin directeur du sanatorium Roux, à Arnières, près Evreux. Les candidats devront justifier d'une pratique antérieure dans un établissement de cure, une connaissance approfondie de la phtisiologie et une expérience dans la conduite d'un sanatorium.

Le traitement, outre les avantages ordinaires consentis aux directeurs de sanatoriums publics : logement, chauffage, éclairage, blanchissage, etc., varie de 70.000 à 75.000 fr.

Adresser les dossiers et demandes de renseignements à M. le médecin inspecteur des établissements de la Renaissance sanitaire, 23, rue du Renard, Paris.

Le registre d'inscription sera clos le 25 décembre.

XVe SALON DES MÉDECINS ET DU CORPS MÉDICAL. — Le XVe Salon des médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires aura lieu du 27 janvier au 3 février, à la galerie « Beaux-Arts », 140, faubourg Saint-Honoré, Paris.

Les exposants ont pu apprécier l'année dernière tout le succès recueilli par cette manifestation et juger de l'intérêt que lui ont porté presse et visiteurs, après un vernissage présidé par le ministre de la Santé publique.

Cette année, une section d'art photographique sera ouverte aux confrères qui ne manient ni le pinceau ni l'ébauchoir. D'autre part, le Salon apportera sa contribution à l'œuvre de secours pour les « Femmes et enfants de médecins » sous la forme d'une tombola offerte par les exposants.

Aussi faut-il que tous les confrères qui ont participé irrégulièrement à nos expositions répondent cette année à l'appel de la convocation qu'ils vont recevoir, avant le 1er janvier, date de la clôture des inscriptions.

Pour tous renseignements et nouvelles adhésions, écrire au secrétaire organisateur : M. P.-B. Malet, 46, rue Lecourbe, Paris (XVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Vazeille (de Montargis), ancien député ; G.-F. Gautier (de Paris), commandeur de la Légion d'honneur, médecin chef de l'hôpital W. K. Vanderbilt.

RENSEIGNEMENTS

LABORATOIRE MÉDICAL PHARMACEUTIQUE,
22, rue du Chemin de Fer, Sceaux (Seine).
Se charge de spécialiser toute formule magistrale.
Liste et échantillons des spécialités déjà existantes sur demande. Analyses médicales. Autovaccins.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS. 2e

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET
Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

LA TROUSSE D'URGENCE
doit toujours comporter
plusieurs ampoules de

CORAMINE

MÉDICAMENT D'URGENCE
des Collapsus cardio-respiratoires

Syncopes
cardiaques
respiratoires

Asphyxies
par submersion
par gaz toxiques

Comas
toxiques, barbituriques
diabétiques

Voie intraveineuse et sous-cutanée
parfois intra-cardiaque

Ampoules de 1,5 et 3cc.

TECHNIQUE_LITTÉRATURE_ECHANTILLONS

LABORATOIRES CIBA_O. ROLLAND
109_111_113_BOULEVARD DE LA PART-DIEU_LYON

ASTHÉNIE GÉNÉRALE

Action Élective sur les Centres Génito-Spinaux

YO-ANDROL

(Antero-Hypophysine - Vitamine E - Orchilipoïde, etc.)

NOUVELLE FORME:

Ampoules injectables

▼

HOMOLOGUE

FÉMININ :

YO-GYNINE

POSOLOGIE : 1 injection hypodermique tri-hebdomadaire ou 6 à 9 pilules par jour

LABORATOIRE ISCOVESCO

107, Rue des Dames, PARIS

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA PATENTE

Un décret du 30 novembre, paru au *Journal officiel* du 2 décembre, fixe pour l'application de la patente des conditions qui sont à peu près celles que nous avions déjà indiquées.

Nous disons, à peu près, car, jusqu'à présent, la base de cet impôt était calculée au 12e ou au 15e de la valeur locative, suivant son importance ; désormais elle sera calculée uniformément au 10e ; ainsi, surtout pour la deuxième catégorie, la diminution des charges sera inférieure à ce que nous pouvions espérer.

Quoi qu'il en soit, à partir du 1er janvier 1935, « le droit proportionnel de patente cessera d'être établi sur la valeur locative des habitations des patentables. » Comme il est d'usage de fixer au tiers de la valeur totale de l'appartement, celle des locaux à usage professionnel, il en résultera une diminution qui sera en principe de deux tiers.

Mais comme il est institué un droit fixe, le montant en sera ajouté au droit proportionnel et ainsi la diminution sera moindre et, dans les cas les plus favorables, réduite à la moitié.

Ce droit est fixé ainsi qu'il suit :

A Paris, 140 francs :
Dans les communes au-dessus de 100.000 âmes, 100 fr. ;
Dans les communes de 50.001 à 100.000 âmes, 80 fr. ;
Dans les communes de 30.001 à 50.000 âmes, 60 fr. ;
Dans les communes de 20.001 à 30.000 âmes, 40 fr. ;
Dans les communes de 10.001 à 20.000 âmes, 30 fr. ;
Dans les communes de 5.001 à 10.000 âmes, 25 fr. ;
Dans les communes de 2.001 à 5.000 âmes, 22 fr. ;
Dans les communes de 2.000 et au-dessous, 18 fr.

Ce droit fixe est, bien entendu, multiplié par le nombre des centimes.

Pour Paris, il faut donc actuellement le multiplier, en chiffres ronds, par 8, et ainsi le droit fixe s'élèvera à 1.120 francs, à condition qu'à cette occasion, le nombre des centimes ne soit pas augmenté.

A. HERPIN.

L'ÉTAT IGNORE LE NOMBRE DES MÉDECINS ALLEMANDS NATURALISÉS FRANÇAIS

Avant les vacances parlementaires, M. le général Stühl, sénateur de la Moselle, d'accord avec les représentants autorisés du monde médical, avait posé au ministre de la Justice une question indiscrète sur le nombre des naturalisations accordées à des médecins allemands.

Voici, d'après l'*Officiel*, le texte de la question et celui de la réponse bizarre qui a été faite :

« *Question écrite.* — 2777. — M. le général Stühl, sénateur, demande à M. le Ministre de la Justice combien de naturalisations ont été accordées à des médecins ou étudiants en médecine allemands depuis avril 1933, dans quelles conditions et sous quelles garanties la naturalisation a été accordée.

Réponse. — Les statistiques établies par le service de naturalisation ne contiennent pas de rubriques spéciales relatives aux médecins et étudiants en médecine naturalisés ; *il n'est donc pas possible de fournir les chiffres demandés.*

Avant d'accorder la naturalisation à un médecin ou à un étudiant en médecine étranger, la chancellerie s'assure toujours que les premiers sont titulaires du diplôme d'Etat français de docteur en médecine et que les seconds remplissent les conditions exigées pour pouvoir obtenir, à la fin de leurs études, ledit diplôme d'Etat. »

Ainsi donc le ministère de la Justice répond au sénateur de Metz *qu'il ne peut pas lui répondre.*

Quand nous avons demandé cet été à M. Louis Marin, alors ministre de la Santé publique, *combien de doctorats d'Etat avaient pu être décernés à des Allemands ou ex-Allemands.* Il a été obligé de nous déclarer, *après enquête administrative*, qu'il ne pouvait pas le savoir... !

Poussant plus loin ses investigations, l'*Association Corporative des étudiants en médecine* est allée dans les bureaux du ministère de l'Education nationale, poser les mêmes questions. Là il lui a été prouvé, très amicalement du reste, *qu'on ne classait pas par nationalité* les docteurs d'Etat provenant des docteurs d'Université. C'est donc toujours la même méthode employée, ou plutôt la même absence de méthode. On ne sait pas..., on ne classe pas... ; mais, alors, que fait-on, dans les bureaux, des multiples classeurs qui y sont installés ?

En ce qui concerne la naturalisation, le ministre de la Justice ignorerait s'il naturalise un médecin, un étudiant en médecine ou un champion de boxe. Or ce qu'il répond à M. le général Stühl, est totalement inexact, puisqu'il reconnaît dans sa réponse que *la chancellerie s'assure que le médecin candidat à la naturalisation, est titulaire du doctorat d'Etat.*

Etudiants et praticiens de France qui vous plaignez avec raison de la pléthore, nous vous demandons de vous défendre et d'exiger de vos assemblées professionnelles qu'elles fassent au plus tôt la lumière sur cette question mystérieuse des étudiants en médecine et médecins allemands entrés en France depuis avril 1933. Vous ne devez pas être dupes plus longtemps.

MAURICE MORDAGNE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Lundi 17 *décembre.* — Jury : MM. Marcel Labbé, président : Lemierre, Loeper, Abrami. — M. SARAFOFF : La néphrite hématurique subaiguë progressive. — M. FOURMAL : Etude critique de l'action de l'histronie sur les dyspepsies hypersthéniques de cause ulcéreuse ou non. — M. MITEFF : Le nouveau traitement du tétanos. — M. PASQUIER : Etude du traitement actuel des hémophtysies tuberculeuses.

Mardi 18 *décembre.* — Jury : MM. Brindeau, président ; Carnot, Lereboullet, Lantuéjoul. — MM. BEAUDART : Exploration clinique de la région thyroïdienne chez les Basedowiens. — M. CARTON : Les barbituriques dans le traitement associé du tétanos. — M. HOSSEIN : Diagnostic de la bronchopneumonie simple et tuberculeuse chez le nourrisson. — M. MARTINEZ PRIETO : Diagnostic biologique de la grossesse par les méthodes scientifiques.

Jury : MM. Léon Binet, président ; Lenormant, Marion, Sergent. — M. MICHEL : Chronaxie vestibulaire et réaction psycho-motrice. — M. GAY : A propos de cinq cas de fractures parcellaires intra-articulaires de la tête radiale. — M. BOMPARD : Pyknolepsie (contribution à l'étude des absences).

Mercredi 19 *décembre.* — Jury : MM. Baudouin, président ; Couvelaire, Robert Debré, Troisier. — M. ARDEBER : A propos de quelques cas d'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales. — M. THOMAS : Sur un cas de môle vésiculaire récidivante. — Mlle BRISARD : La bronchectasie de l'enfant, maladie congénitale. — M. LAVONE : Indications respectives de la sérothérapie et de la vaccination antitétaniques.

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (antigénothérapie), par L. NÈGRE et A. BOQUET, chefs de service à l'Institut Pasteur. Préface du professeur CALMETTE. Un volume de 236 pages, avec 15 figures. (Bibliothèque de Phtisiologie). — Prix : 85 fr. — Paris, Masson et Cie.

Par l'Extrait hépatique foetal
les Tréphones embryonnaires
le Sérum hémopoïétique

le Trèphonyl

SOUS SES TROIS FORMES

1°- Boîte de 6 ampoules de 10 cc.
2°- Boîte de 10 ampoules de 5 cc.
3°- Flacon de Sirop de 300 grammes

constitue le traitement spécifique

de
TOUTES les ANÉMIES

de TOUTES les
DÉFICIENCES ORGANIQUES

Prix : 18 Frs.

Par VOIE BUCCALE Exclusivement
UN à DEUX FLACONS-AMPOULES DE 10 cc.
DEUX à QUATRE FLACONS-AMPOULES DE 5 cc.
DEUX à TROIS CUILLERÉES DE SIROP PAR JOUR

Echantillons et Littérature
Laboratoires du Dr ROUSSEL
97, r. de Vaugirard, PARIS-6e
TÉLÉPHONE : LITTRÉ 68-24

LE CENTENAIRE DE TILLAUX

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1934

TILLAUX ÉDUCATEUR

Par le docteur Armand SIREDEY, vice-président.

Mesdames, Messieurs,

J'accomplis un pieux devoir, en évoquant aujourd'hui, devant vous, la mémoire de l'éminent chirurgien qui fut mon premier Maître. J'ai passé deux années dans son service, j'ai travaillé pendant dix ans à côté de lui, dans cet amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux, qui était, en quelque sorte, *son école ;* j'ai pu apprécier son enseignement substantiel, son ardeur au travail, sa conscience professionnelle, sa haute valeur morale, qui lui ont valu le respect, l'estime et l'affection de la plupart des médecins de ma génération.

Il y a eu cent ans, le 8 décembre, que Paul Tillaux naquit aux environs de Caen, à Aunay-sur-Odon. Son père était tanneur, il avait quatre enfants, dont un seul fils qu'avaient précédé deux sœurs aînées. Sa première enfance fut heureuse, dans un milieu modeste, exempt de soucis. Il avait à peine huit ans lorsque son père, François Tillaux, fut emporté, en quelques jours, par une pneumonie.

La situation changea : Mme Tillaux, femme intelligente et dévouée, chercha d'abord à continuer, avec les deux frères de son mari, naguère ses collaborateurs et associés, l'industrie qui leur assurait à tous l'aisance. Elle s'aperçut que les affaires périclitaient ; elle s'empressa de liquider, pour s'occuper exclusivement de ses enfants.

Grâce à l'appui bienveillant du vicaire général du diocèse, ami de la famille, Paul Tillaux fut admis comme pensionnaire au petit séminaire de Caen, et il obtint de suivre, en qualité d'externe, les classes du lycée. Il y trouva Léon Labbé, son aîné de deux ans, avec lequel il se lia d'une bonne amitié, qui dura toute sa vie, et eut sur lui une heureuse influence.

Sans compter parmi les élèves les plus brillants, il fit de bonnes études. En rhétorique, il s'imposa un surcroît de travail, et, à l'exemple de Labbé, il passa son baccalauréat sans avoir fait la classe de philosophie.

La vie religieuse ne l'attirait pas ; il manifesta l'intention de se préparer à l'Ecole de Saint-Cyr, sa mère l'en détourna ; il songea à la médecine. Deux de ses oncles maternels, appartenant à notre profession, et le médecin d'Aunay, ami de sa famille, s'efforcèrent de lui faire abandonner ce projet. Ils lui firent entrevoir la longueur des études médicales, l'incertitude du succès, les déceptions que lui causerait plus tard la rude existence du médecin de campagne. Rien ne put ébranler sa résolution, et avec l'approbation de sa mère, il entra à l'Ecole de Médecine de Caen, où l'avait précédé Léon Labbé.

Les études médicales le captivèrent d'emblée, il s'y adonna tout entier, avec un zèle que ne lui avaient jamais inspiré les études littéraires du lycée. A la fin du premier semestre, il devint externe, quelques mois plus tard prosecteur ; et en décembre, il était nommé, au concours, interne de l'Hôtel-Dieu de Caen, quinze mois environ après sa première inscription.

Dès ce moment, il se mit à enseigner, donnant à des élèves plus jeunes que lui des leçons d'anatomie, de pathologie dans lesquelles il s'efforçait de leur transmettre les notions qu'il venait lui-même d'acquérir. Quoique faiblement rétribuées, ces répétitions lui procurèrent bientôt la satisfaction de ne plus être à la charge de sa famille.

Il aimait cette vie d'hôpital ; il travaillait tout le jour avec un entrain admirable, étudiant à fond les malades de son service, faisant des dissections, préparant consciencieusement ses conférences. Le soir, retiré dans la petite chambre qu'il occupait, tout en haut de l'Hôtel-Dieu, il se plaisait à regarder, sous les rayons du soleil couchant, La Troche d'Ondefontaine, massif imposant de grands arbres qui couronnait la colline derrière laquelle se trouvait son village natal, où presque chaque dimanche il allait rejoindre sa chère mère et ses sœurs.

De temps à autre, sa pensée se portait vers Léon Labbé qui poursuivait ses études à Paris et il rêvait de l'y rejoindre. Une circonstance fortuite accentua ce désir.

L'Hôtel-Dieu de Caen reçut, un matin, la visite d'un authentique interne des hôpitaux de Paris. Il apparut à ses camarades normands comme un personnage d'importance, et on l'invita à déjeuner à la salle de garde. Il leur parla des conditions séduisantes dans lesquelles se faisaient les études à Paris. Il fit l'éloge des grands maîtres de l'époque, vanta les cours de la Faculté de Médecine, les hôpitaux, qui offraient un choix considérable de malades. Il évoqua les cours du Collège de France, ceux de la Sorbonne, et sans doute, aussi divers autres agréments de la vie parisienne, en termes tels, que ses hôtes en furent vivement impressionnés.

A partir de ce jour, ce qui n'était chez Tillaux qu'une vague aspiration, devint une obsession, et il fit part à sa mère de l'intérêt, qu'il y aurait pour lui à perfectionner ses études à Paris. Confiante en l'avenir de son fils, bien loin de s'y opposer, elle l'encouragea à partir, comme si elle avait la vision de la brillante destinée qui l'attendait. A la rentrée des cours, Tillaux fut inscrit à la Faculté de Médecine de Paris. Il y continua, avec le même bonheur, la vie studieuse qu'il menait à Caen.

Externe des hôpitaux, le deuxième de sa promotion, en 1855, il était, l'année suivante, interne provisoire, et en 1857 il obtenait le titre envié d'interne des hôpitaux.

Il fut successivement élève de Giraldès, Gosselin, Denonvilliers, puis de Nélaton. Il avait apprécié à sa juste valeur l'expérience clinique de Gosselin, son impeccable bon sens, mais il subit tout particulièrement l'empreinte de Nélaton, qui était à l'apogée de sa magnifique carrière. Il admirait son esprit largement ouvert à tous les progrès, sa vaste instruction, la maîtrise qu'il déployait dans son enseignement.

Tillaux poursuivit rapidement la série de ses succès : dès sa deuxième année d'internat, il devint aide d'anatomie, puis prosecteur.

En 1863, il était nommé chirurgien des hôpitaux à son deuxième concours, et s'il échoua, cette même année, à l'agrégation, il fut nommé, en 1866, le premier de la promotion suivante.

Tillaux avait le don et la passion de l'enseignement, il s'y consacrait avec une ardeur inlassable. Aide d'anatomie, puis prosecteur, il professait dans les pavillons de dissection, à la grande satisfaction des étudiants qui l'entouraient.

Plus tard, candidat aux hôpitaux et à l'agrégation, il fit des cours à l'Ecole pratique dans les salles situées derrière le musée Dupuytren, que la Faculté de Médecine mettait à la disposition de l'enseignement libre, et il y attirait autant d'auditeurs que pouvaient en contenir ces petits amphithéâtres, très mal éclairés, et d'aspect lugubre.

En 1869, Husson, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, lui offrit la direction des Travaux scientifiques à l'amphithéâtre d'Anatomie des hôpitaux. Serre avait occupé ce poste, durant de longues années, en dépit de son âge avancé ; il avait peu à peu laissé tomber ce centre important d'enseignement. Administrateur de grand mérite, Husson avait des vues originales ; très sou-

cieux du prestige de son administration, il faisait sentir quelquefois, de façon un peu rude, son autorité, aux élèves et même au corps médico-chirurgical des hôpitaux ; mais il encourageait volontiers l'enseignement ; il tenait en particulier à maintenir, à relever l'école de Clamart, où les élèves de l'Assistance publique, externes et internes, pouvaient perfectionner leurs connaissances d'anatomie normale et pathologique, en même temps qu'ils s'initiaient à la médecine opératoire.

Il avait pu se rendre compte du zèle et de la conscience avec lesquels Tillaux s'acquittait des services dont il avait été chargé. Il avait entendu parler de ses cours à l'Ecole pratique, et en dehors de toute intervention politique ou amicale, il avait eu l'idée de s'adresser à lui pour réaliser les réformes qu'il souhaitait.

Il eut la main heureuse : en quelques mois, Tillaux réorganisa Clamart, et dès le début de l'année 1870 des cours quotidiens y furent assurés, en fin de journée, après les dissections.

Il faisait lui-même les lundis et vendredis un cours d'anatomie topographique, qu'il continua, avec le même bonheur, pendant vingt ans. Le semestre d'été était consacré à la médecine opératoire.

Malgré l'éloignement, les élèves reprirent le chemin de la rue du Fer-à-Moulin, et il fallait arriver de bonne heure pour trouver des places dans le petit amphithéâtre qui avoisinait la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

Tillaux, en dépit de la grande habitude qu'il avait de ces leçons, préparait chacune d'elles avec soin. Il contrôlait les dissections faites par ses préparateurs, dont il vérifiait les moindres détails. Il éprouvait une certaine joie lorsque quelque fait clinique récent ou quelque lecture lui faisaient découvrir l'importance d'une particularité jusque-là méconnue. Il se hâtait de la mettre en relief, de façon à rénover son enseignement, qu'il adaptait constamment aux nécessités de la pratique chirugicale. C'est ce qui rendait ses leçons si vivantes, si profitables aux étudiants.

En 1869, Tillaux devint chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; son service y fut très suivi. Lorsque la guerre éclata, l'organisation du Service de Santé était bien incomplète et n'approchait guère de celle que nous avons vue en 1914 et qui s'est perfectionnée de façon si remarquable, au bout de quelques mois.

En 1870, le service militaire n'étant pas obligatoire, Tillaux ne faisait pas partie des contingents mobilisés. Après les premiers désastres, à l'exemple d'un certain nombre de ses collègues, il organisa une ambulance, qu'il mit à la disposition de la Société de secours aux blessés.

On l'envoya à Sedan où il arriva quelques jours après la bataille dans laquelle avait sombré notre armée. La ville était pleine de blessés recueillis dans des installations de fortune, improvisées à la hâte, et qui laissaient beaucoup à désirer.

Plus tard, les blessés évacués, il offrit ses services au gouvernement de la Défense nationale qui l'envoya à l'armée de Cambriels évoluant dans la direction de Belfort. En voulant la rejoindre, il tomba entre les mains des Allemands, qui l'obligèrent à passer par le duché de Bade et la Suisse, pour revenir à Lyon, et de là vers l'armée de la Loire, à laquelle il resta attaché jusqu'à la fin de la guerre.

Comme il rentrait fatigué et quelque peu déprimé, après avoir vu tant de détresses navrantes, il fut atteint d'une fièvre typhoïde grave, qui mit ses jours en danger. Sa convalescence fut longue, mais après un réconfortant séjour en Normandie, il revint à Paris au début de 1872, tout à fait valide, et reprit sa vie, plus active que jamais.

Au cours de l'année scolaire 1872-1873, il fut appelé, d'après le roulement normal des agrégés, à suppléer dans la chaire de médecine opératoire, son maître Denonvilliers, malade. Il en fut tout d'abord effrayé, craignant de ne pas être à la hauteur de sa tâche.

Denonvilliers était un érudit ; son esprit fin, sa diction élégante, l'originalité de ses vues, plaisaient aux élèves et il était, certes, difficile de le remplacer.

Dès ses premières leçons, Tillaux conquit son auditoire. S'il n'avait pas les allures brillantes de son maître, il possédait d'autres qualités personnelles qui, dès le premier jour, plurent au public.

Sa haute taille, sa physionomie franche et ouverte, son regard pénétrant, son entrain suggestif, impressionnèrent favorablement les élèves, plus vibrants que ceux d'aujourd'hui. Sa voix chaude, bien timbrée, dominait l'assistance, ses démonstrations claires, agrémentées de schémas dessinés sur le tableau noir, fixaient dans l'esprit des auditeurs les notions qu'il voulait leur inculquer. Aussi les élèves accouraient-ils en foule dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Je ne puis mieux faire que de reproduire ici le tableau qu'a tracé de ces leçons le professeur Paul Reclus, dans le magnifique éloge qu'il a consacré à Tillaux, en prenant possession de sa chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, en 1905.

Reclus, interne en 1872, avait suivi ces cours, avec la plupart de ses camarades, et il en avait gardé un souvenir impressionnant, comme en témoignent ces quelques lignes.

« Qui n'a pas assisté à ces cours », dit Reclus, « ignore à quel degré l'enthousiasme peut transporter un auditoire. Longtemps avant la leçon, les gradins étaient pris d'assaut, au milieu des cris, des rires, des interpellations des nouveaux arrivants. Toute place était bonne, d'où l'on pouvait entendre la voix du professeur, et les embrasures des fenêtres, les corridors eux-mêmes étaient pleins. Tout à coup un profond silence, puis un murmure, un frémissement sourd, tel celui qui précède l'orage et, soudain, un roulement de bravos accueillait l'entrée du Maître. »

« ...Et les applaudissement prolongés qui saluaient la fin de sa leçon disaient la reconnaissance des élèves pour tout ce que le Maître venait de dépenser de lui-même. »

Sa robuste constitution ne laissait paraître, chez lui, aucune trace de fatigue ; mais il sortait de l'amphithéâtre le visage rouge, baigné de sueur, et ses mains un peu tremblantes trahissaient une certaine excitation nerveuse, qu'il supportait vaillamment.

Il avait conscience d'être resté en parfaite union avec ceux qui l'écoutaient, et de les avoir convaincus. Ce beau succès se maintint durant tout le semestre.

Il fut suivi d'une pénible déception. Après la mort de Denonvilliers, sa place, devenue vacante, semblait revenir de droit à Tillaux. A l'instigation de ses amis, il se mit sur les rangs pour briguer sa succession. Il n'avait pas encore quarante ans : on lui objecta sa jeunesse, et Le Fort fut élu.

J'ai entendu dire, à l'époque, par des voix autorisées et désintéressées, que son triomphe, au cours de sa récente suppléance, avait été la principale cause de son échec. Certains professeurs, accoutumés à un auditoire clairsemé, n'étaient pas pressés de l'accueillir dans leurs rangs ; ils redoutaient une comparaison qui n'eût pas été à leur avantage. Il lui fallut attendre dix-sept ans, pour obtenir à la Faculté la place que semblaient lui promettre prématurément les acclamations de la jeunesse enthousiaste !

S'il en éprouva quelque dépit, il ne s'abandonna pas au découragement ; il poursuivit sans défaillance son labeur quotidien, et continua d'enseigner, à Clamart, à Lariboisière, puis à Beaujon, avec le même entrain, le même dévouement et le même bonheur.

C'est quelques mois plus tard que j'eus la bonne fortune d'entrer dans son service. Bachelier de fraîche date, je venais de quitter mon petit collège de province, et je com-

mençais à Paris l'étude de la médecine. Je lui fus présenté un matin de novembre 1873 par mon cher oncle le docteur François Siredey, son ami et son collègue de l'hôpital Lariboisière, qui lui demanda de m'accepter comme élève bénévole. Il m'accueillit avec bienveillance, me fit ceindre, séance tenante, un tablier, insigne de mon incorporation, et il m'adjoignit, d'emblée, un stagiaire, sous la direction duquel je devais, dès le lendemain, faire le pansement de trois malades de la salle des femmes. Très timide, j'étais quelque peu effrayé d'assumer aussi promptement un rôle actif dans un service de chirurgie ! Ce rôle n'avait rien de glorieux : il consistait à appliquer, chaque matin, sur un vieil ulcère variqueux, une compresse de linge troué enduite de cérat, puis à introduire, chez deux autres malades, une mèche de charpie dans des abcès récemment ouverts.

La compresse trouée, le cérat, la charpie, causeraient aujourd'hui quelque stupeur dans un service de chirurgie, et je reconnais que nous étions loin du pansement idéal ; nous ignorions non seulement l'asepsie, mais la propreté. Notre Maître s'en préoccupait déjà, il lavait les plaies à l'alcool, et devait à cette pratique des succès opératoires remarquables dans ses grandes opérations.

En ces temps-là, notre grand Pasteur était à peu près le seul à savoir qu'il existait dans l'air, et plus particulièrement dans celui des salles d'hôpital, des germes malfaisants, dont il entrevoyait l'influence néfaste, dans la genèse des graves accidents que l'on attribuait à une inéluctable fatalité !

Si je fais allusion à mes premiers essais thérapeutiques, ce n'est certes pas que j'en sois fier, mais cette collaboration, que Tillaux exigeait de ses plus humbles élèves, n'était pas dépourvue d'intérêt. Elle avait l'avantage de les attacher au service, de stimuler leur attention, et de leur donner, dès leur premier contact avec les malades, une vague intuition du devoir professionnel. Elle éveillait peu à peu, chez eux, la *conscience médicale*, et elle avait une réelle valeur éducative, dont je ne me suis rendu compte que beaucoup plus tard.

Les services de chirurgie ne ressemblaient guère à ceux d'aujourd'hui. Les opérations, sauf urgence exceptionnelle, n'avaient lieu qu'une fois par semaine. Tous les autres jours, Tillaux commençait sa visite à 9 heures très exactement ; il la faisait lentement, examinant à fond, devant nous, les malades nouveaux, surveillant les appareils, les pansements.

Il procédait chaque jour à l'appel des élèves inscrits, et si l'un d'eux manquait, il était sévèrement réprimandé, le lendemain, comme si son absence eût compromis le fonctionnement du service, nous habituant ainsi à l'exactitude, dont il nous donnait l'exemple, car il ne connaissait ni dimanches ni fêtes.

Il interrogeait minutieusement les malades et les blessés, soulignant devant nous l'importance des symptômes qu'ils accusaient, le rôle de tel ou tel facteur dans la production d'une fracture, d'une luxation, de sorte qu'un ignorant, comme je l'étais, apprenait, peu à peu, à faire un interrogatoire méthodique, à interpréter les désordres dont il nous exposait un résumé clair, accessible à tous.

Il chargeait souvent l'un de nous de l'examen d'un entrant, et il ne dédaignait pas de diriger son interrogatoire, de le détourner des questions inutiles, et surtout, il ne laissait passer aucune occasion de nous faire comprendre les égards que l'on doit à ceux qui nous consultent.

Il exigeait qu'on parlât aux malades avec bienveillance, sans rudesse, sans brusquerie, sans familiarité humiliante pour eux. Il ne laissait pas passer une parole désobligeante sans la relever, quelquefois avec sévérité.

Il nous répétait que pour gagner la confiance des malades, il importe de leur témoigner de l'intérêt, de leur éviter toute souffrance physique ou morale, et de les encourager, même dans les cas les plus désespérés.

Le proverbe latin : *Verba volant, scripta manent*, est singulièrement désuet aujourd'hui. L'histoire nous a montré, hélas ! depuis longtemps, la valeur illusoire des contrats écrits les plus solennels, alors qu'une parole imprudente laisse, pendant des semaines, des mois, des années, à de pauvres malades l'obsession d'un mal incurable, dont on a malencontreusement, et même à tort, prononcé le nom devant eux. Tillaux nous mettait en garde contre de pareilles fautes.

Il ne se contentait pas de nous apprendre l'anatomie, la pathologie chirurgicale ; il nous habituait à faire un examen méthodique basé sur l'observation rigoureuse des faits, sans nous laisser égarer par des hypothèses, par des théories préconçues. Cette règle s'applique à la médecine comme à la chirurgie. Elle est indispensable pour conduire au diagnostic, base essentielle du traitement.

Il s'évertuait à faire notre éducation, nous apprenant dans ses menus détails la technique, le métier, si j'ose dire, c'est ainsi qu'il a instruit de nombreux praticiens, qui lui ont dû le meilleur de leur formation professionnelle.

Après avoir passé deux semestres chez lui, comme bénévole, j'y suis revenu en qualité d'externe, au moment où j'allais arriver à l'internat et j'ai profité davantage de ses leçons. Avec le recul des années, au soir de ma vie, j'en saisis encore mieux la portée et je lui en reste très reconnaissant.

Il ne cessait de nous répéter que l'on ne doit jamais faire souffrir un malade ou un blessé, en l'examinant. Il nous le prouvait en soulevant avec une adresse admirable, et en palpant de ses grosses mains — dont il brisait, à l'occasion, un cal vicieux du fémur — un membre phlegmoneux ou meurtri par un traumatisme, et formidablement endolori, sans arracher une plainte au malade.

Lorsqu'il confiait à l'un de nous une exploration de ce genre, il avait soin de préciser la façon dont on devait placer la main, mouvoir les doigts. Ces précautions sont indispensables non seulement pour épargner aux malades des souffrances, mais pour réaliser un examen complet, approfondi et pour assurer au malade les soins nécessaires.

. . . . . .

Son diagnostic discuté et dûment établi, il envisageait avec une grande prudence les indications thérapeutiques, en conservant une réserve que ses successeurs trouveraient excessive

Tillaux avait connu la chirurgie meurtrière de l'époque prépastorienne et même en présence de succès incontestables, qu'il avait dus lui-même à l'asepsie parfaite et au perfectionnement des techniques chirurgicales, il se montrait peut-être trop craintif à propos d'opérations parfois rationnelles.

Il n'est pas inutile de rappeler aux jeunes chirurgiens, qui ont parfois le réflexe opératoire un peu prompt, la sage et prudente objection que sa haute conscience professionnelle l'amenait à formuler :

« S'il s'agissait de quelqu'un des miens, d'un de mes plus proches parents, pratiquerais-je ou laisserais-je pratiquer cette opération ? » Et lorsqu'il avait répondu par la négative, rien ne pouvait le ramener à l'action.

Il m'est arrivé, en présence d'interventions qui me paraissaient discutables, de poser cette même question à certains chirugiens et elle a suffi, plus d'une fois, pour arrêter la main d'un opérateur un peu trop pressé, que je ralliais *à l'expectation surveillée*, au grand bénéfice de la malade !

Tillaux a été, durant toute sa vie, un modèle de correction professionnelle. Nul n'avait, plus que lui, le souci de son devoir, de sa responsabilité. Par un scrupule de conscience excessif, il osait à peine publier ses statistiques, fa-

re connaître ses succès, par horreur de la réclame, et cependant même avant la réalisation parfaite de l'asepsie, il avait obtenu de remarquables guérisons dans la chirurgie abdominale en particulier, et dans l'ablation des goitres.

Il fut nommé membre de l'Académie de Médecine en 1879. En 1880, il présida la Société de Chirurgie et il se dérobait systématiquement aux manifestations qu'on voulait lui préparer dans ces circonstances. Néanmoins il était très sensible aux témoignages d'affection dont l'entouraient ses élèves et les malades de l'un et l'autre sexe qu'il avait sauvés.

Chaque année, il consentait à recevoir dans son service d'hôpital les vœux qu'on lui apportait, traditionnellement, au jour de sa fête, le 29 juin. Il éprouvait une joie réelle à recevoir, à ce propos, la visite de nombreux opérés, des lettres d'absents, des fleurs dont on encombrait sa voiture, et qu'il rapportait chez lui avec émotion.

Il reconnaissait chacun de ses visiteurs et visiteuses, et s'il ne les appelait pas tous par leur nom, il se souvenait très exactement de l'opération faite à chacun d'eux. Il les remerciait avec effusion de leur fidèle souvenir, dont il était sincèrement touché.

En dehors de ses remarquables qualités professionnelles, Tillaux était un gai compagnon, toujours de bonne humeur, confiant, optimiste, tenant joyeusement sa place dans les réunions intimes, avec ses vieux amis, Labbé, Périer et ses anciens élèves, comme Amodru et beaucoup d'autres, je ne puis les citer tous. Son esprit large, tolérant, lui rendait la vie agréable et facile.

Il ne comprenait pas les inimitiés politiques ou confessionnelles. Il se flattait d'entretenir à la fois les plus cordiales relations avec deux de ses anciens condisciples du petit séminaire de Caen, dont l'un était évêque de Coutances, l'autre archevêque de Besançon, et avec un des chefs du marxisme révolutionnaire. Il resta lié avec eux jusqu'à sa mort.

C'est seulement en 1890 qu'il fut nommé professeur de Médecine opératoire à la Faculté. Il abandonna Clamart, où le remplaça son élève Quénu, notre regretté collègue, et il dut renoncer aux leçons cliniques qu'il aimait à faire à l'Hôtel-Dieu.

Il prépara ses cours de la Faculté avec le même soin méticuleux qu'il apportait jadis à ses leçons de Clamart. Il s'entourait à ce propos d'une documentation très complète, cherchant et fouillant tout ce qui pouvait lui fournir des idées nouvelles. Mais il évitait à dessein de faire étalage de son érudition, d'encombrer le thème qu'il avait choisi de citations, de discussions n'ayant pour ses auditeurs qu'un vague intérêt. Il s'appliquait à rester clair, concis, à laisser dans l'esprit des élèves les notions nettes, précises, qu'il jugeait utile de leur apprendre.

Cette préparation parfois longue et minutieuse diminuait le temps qu'il pouvait consacrer à son service d'hôpital. Sa conscience en fut troublée et il pria un de ses meilleurs élèves, chirurgien des hôpitaux, de venir l'aider dans sa visite quotidienne à l'Hôtel-Dieu.

Il n'existait pas d'assistant à cette époque, et cet élève favori du Maître, formé à son école, refusa d'abord de s'y prêter, ne voulant pas s'interposer entre les internes et le chef qu'ils avaient librement choisi. Cette délicatesse ne vous surprendrait pas, si j'osais le nommer. Je m'en garderai bien ; il abuserait de son autorité pour me couper la parole. Mais il fut accueilli par les internes comme il le méritait ; ils le prièrent instamment de venir aider le Maître.

En 1892, chevalier de la Légion d'honneur depuis 1871, Tillaux reçut la rosette d'officier. En 1894, il quitta la chaire de médecine opératoire pour la clinique chirurgicale de la Charité, l'ancienne chaire de Velpeau, puis de Gosselin qui conservait encore un certain prestige.

Quelques années plus tard, Farabeuf malade ayant prématurément abandonné sa chaire d'anatomie, Tillaux la demanda.

Le Conseil de la Faculté, à une voix de majorité, autorisa la permutation. Mais le Conseil supérieur de l'Instruction publique la refusa, et Tillaux conserva son service de la Charité. Il demeura quelque peu affecté de cet échec ; il eut l'impression que l'avenir lui échappait.

Les honneurs, qu'il n'avait jamais sollicités, vinrent à lui de divers côtés. Il avait été nommé commandeur de la Légion d'honneur en 1895. En 1904, la plaque de grand-officier de la Légion d'honneur lui fut décernée et, la même année, il devint président de l'Académie de Médecine ; ce fut pour lui une grande joie, qui l'encouragea à poursuivre vaillamment sa vie laborieuse, bien qu'il fût dans sa soixante-dixième année.

Cependant sa robuste santé fléchissait ; il ressentait une fatigue insolite, une gêne dans la marche. Ici même, un jour, il fit un faux pas en montant l'escalier pour prendre sa place au bureau ; il en éprouva une violente douleur dans la hanche, qui ne fit qu'augmenter, et bientôt l'immobilisa complètement. Il se rendit compte qu'il était gravement touché.

Il s'abandonna stoïquement à son sort. Il consentit à peine à sa laisser examiner par quelques-uns de ses élèves, de ses plus chers amis, par Walther, en particulier, mais malgré les instances de ceux qui l'entouraient, il se déroba énergiquement aux consultations multiples et variées, véritable calvaire de ceux qui, jouissant d'une grande notoriété, attirent à leur chevet, même malgré eux, tant de bonnes volontés, trop souvent discordantes et parfois troublantes ! Il se réfugia dans l'isolement, et s'éteignit peu à peu, sans bruit, le 20 octobre 1904, nous donnant jusqu'à sa dernière heure une impressionnante leçon de dignité, de fermeté et de résignation.

. . . . . .

Tillaux a été durant toute sa vie un admirable professeur. Il enseigna par sa parole, par ses écrits, par son exemple. Il ne se contentait pas de donner à ses élèves l'instruction scientifique et professionnelle, d'étendre le cercle de leurs connaissances. Il s'appliquait à éveiller leur conscience, à développer, chez eux, le sentiment du devoir, le souci constant de leur responsabilité. Il avait à cœur d'en faire, à son image, des êtres bons et secourables. Il fut *un merveilleux éducateur*.

J'emprunte encore à Reclus quelques paroles citées par lui, qu'il a découvertes dans un des derniers cours de Tillaux, au début d'une nouvelle année scolaire. Je ne saurais choisir meilleure épigraphe pour le portrait que j'ai cherché à vous tracer de lui, elles caractérisent de façon saisissante la belle figure de cet homme de bien :

« *Ayez pitié des malades* », disait-il, « *respectez-les. Etre savant, c'est quelque chose, être bon, c'est mieux encore !* »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE 1934)

M. Georges Brouardel, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés.

Après la proclamation de ces prix, M. le président Walther prononce une allocution, où il rend un premier hommage à son ancien maître M. Tillaux, dont l'Académie célèbre aujourd'hui le centenaire.

L'éloge de Tillaux est prononcé par deux orateurs. M. Siredey, a parlé de « *Tillaux éducateur* ». Nous reproduisons plus haut son magnifique discours (voir page 1791.)

M. BERNARD CUNÉO montre à son tour « *Tillaux anatomiste et chirurgien* ».

Peu d'anatomistes ont connu le succès de Tillaux. Il le « devait, dit M. Cunéo, à la chaleur et à la clarté de ses démonstrations et au talent avec lequel il usait de l'enseignement au tableau noir... » En réalité, ajoute M. Cunéo, « Tillaux n'arriva jamais à dessiner très correctement, », mais ses dessins schématiques furent un des gros facteurs de son succès.

Tillaux parlait avec lenteur, avec des pauses voulues. L'exactitude de ses comparaisons, la rigueur de ses descriptions donnaient « à son exposé un caractère lumineux qu'admiraient tous ses auditeurs... » Il savait merveilleusement rester en communication avec eux, il percevait leur « degré de fatigue » et savait ramener l'attention par une anecdote qui permettait à l'esprit un peu de repos.

Puis M. Cunéo retrace la carrière de Tillaux, chirurgien des hôpitaux en 1863, agrégé en 1866, enfin, chef des travaux anatomiques à l'amphithéâtre des hôpitaux de Clamart.

Ce n'est qu'après la guerre, en 1872, qu'il put inaugurer son enseignement « essentiellement consacré à l'étude de l'anatomie envisagée au point de vue de ses applications chirurgicales ». On sait quel fut son succès, « il nous en est resté une fidèle image dans le *Traité d'anatomie topographique*. Pour la première fois, la couleur faisait son apparition dans un livre d'anatomie, d'un prix abordable. Les descriptions étaient simples et claires. La simplicité extrême de Tillaux souleva beaucoup de critiques. « Mais, après tout, ce désir de la clarté ne vaut-il pas mieux que cette recherche systématique de l'obscurité, trop fréquente à l'heure actuelle, où le lecteur moyen semble dédaigné et où l'auteur paraît s'adresser à une minorité, seule susceptible de le comprendre, ou tout au moins se donnant comme telle ?... »

« ... Il semble que Tillaux anatomiste ait fait du tort à Tillaux chirurgien. En réalité, cela n'est pas. Le second ne le cédait en rien au premier. Mais Tillaux a appartenu à cette génération, dont la carrière a été en quelque sorte coupée en deux périodes par la découverte de l'asepsie.

L'unité de sa vie chirurgicale en a été pour ainsi dire rompue... « Comment s'étonner de la difficulté qu'il eut à se plier aux exigences de la chirurgie nouvelle, et n'est-il pas admirable qu'il ait pu s'adapter à celle-ci dans la mesure où il y est arrivé ? »

Le succès du professeur Tillaux dans son enseignement chirurgical égalait celui qu'il avait dans son enseignement anatomique. M. Cunéo insiste avec raison sur sa douceur vis-à-vis des malades auxquels il témoignait « autant de respect que de pitié ».

... « Je voudrais, dit en terminant M. Cunéo, que lorsque de jeunes étudiants passent au pied de la statue de Tillaux, ils ne songent pas seulement au grand anatomiste, au grand chirurgien, au grand professeur que fut ce Maître, mais qu'ils pensent aussi à l'exemple de droiture, d'honnêteté, de haute conscience que constitue toute sa vie. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1934

PRIX DE L'ACADÉMIE (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Jean Blanc (de Carcassonne).

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (1.200 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Worms (de Paris). Elle décerne une mention honorable à M. le Dr Selbon (de Tunis).

PRIX AMUSSAT (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Alain Mouchet (de Paris).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Lamare et Larget (de Saint-Germain-en-Laye).

PRIX AUDIFFRED (un titre de rente de 24.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Baillarger (2.500 fr.) — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Lacan (de Paris).

Prix Barbier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Nicolas et Gaté (de Lyon).

Prix Berraute (un titre de rente de 3.092 fr.). — L'Académie attribue les arrérages à MM. Peyron, Montpellier, Michy, Martinez, Rossano, Kerguntul, Blondel, Piraud et Pennaneac'h, de l'Institut Pasteur, à Paris.

Prix Boulongne (6.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. les Drs Gastinel et Pulvénis (de Paris).

Prix Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le professeur Dautrebande (de Liége).

Prix Brault (5.000 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs, dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. Henri (de Constantine), 3.000 fr. ; M. Degos (de Paris) : 2.000 francs.

Prix Buignet (1.600 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Boutaric (de Dijon).

Prix Buisson (12.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Reboul et Racine (de Paris).

Prix Campbell Dupierris (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Mofz (de Paris).

Prix Chevillon (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Zagdoun (de Boulogne-sur-Seine).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Sarral (de Paris) et M. le Dr Montels (d'Amélie-les-Bains).

Prix Daudet (2.500 fr.). — L'Académie attribue le prix à Mlle Buisson, chef de laboratoire à l'asile de Villejuif.

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs, dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. le Dr Ballazard (de Casablanca) : (1.000 fr.) ; M. le Dr Lassablière (de Paris), 500 fr..

Prix Dieulafoy (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le professeur Benhamou (d'Alger).

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont destinés à récompenser l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat ; cette année, ces arrérages sont attribués à M. Edouard Maison.

Prix Garnier (900 fr.). — L'Académie décerne le prix à deux auteurs et partage entre eux, par moitié, les arrérages, savoir : M. le Dr Pierre Uhry (de Neuilly-sur-Seine), 450 fr.; M. le Dr Kissel (de Nancy), 450 fr.

Prix Gaucher (1.800 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Péhu (de Lyon). Elle décerne une mention honorable à M. le Dr R.-A. Weille (de Nancy).

Prix Godard (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Poenaru Caplesco (de Bucarest).

Prix Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie attribue le prix aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. le Dr Yves Boquien (de Nantes), 600 fr. ; M. le Dr Mauric (de Paris), 600 fr. ; M. le Dr Langlade (de Saint-Amand-les-Eaux), 300 fr.

Prix Guinchard (8.000 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Emile Gilbrin (de Paris).

Prix Catherine Hadot (3.600 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat à deux auteurs de mémoires et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. le Dr Douady (de Saint-Hilaire-du-Thouvet), 2.400 fr. ; M. le Dr Bufnoir (de Cannes), 1.200 fr.

Prix Herpin (de Genève) (3.000 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Jean Lereboullet (de Paris).

Prix Huguier (1.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à MM. Xavier Bender et Max Leydier (de Paris).

Prix Infroit (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Ledoux-Lebard (de Paris).

Prix Laborie (8.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Fèvre (de Paris).

Prix Larrey (500 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Valot (de Paris). Elle décerne des mentions honorables aux Drs Nguyen-Van-Khaï (de Saïgon), Tournier-Lasserve (de Pau), Henri Fischer et Paoli (de Bordeaux).

Fondation Laval (1.200 fr.). — L'Académie attribue les arrérages à M. Félix Poilleux, interne des hôpitaux.

Prix Leveau (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Collet (de Paris).

Prix Magitot (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Halphen et Worms (de Paris).

Prix Claude Martin (800 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Princeteau (de Bordeaux).

Prix Merzbach (12.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Armand-Delille et Lestocquoy (de Paris).

Prix Meynot (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Escat (de Toulouse).

Prix Monbinne (1.500 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix Monbinne aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : M. le Dr A. Sallet (de Toulouse), 500 fr.; M. le médecin-général Bouffard (de Paris), et le médecin commandant Vaugel (d'Hanoï), 500 fr. à chacun d'eux.

Prix Oulmont (1.000 fr.). — Ce prix est décerné à l'élève en médecine qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie). Le prix est décerné à M. Jean Baumann.

Prix Pannetier (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix au Dr Joseph Lemoine (de Paris).

Prix de la Fondation Péan (12.000 fr.). — Un seul candidat, le Dr Reboul (de Paris), a sollicité ce prix. L'Académie le lui a accordé.

Prix Pourat (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. de Dr Broun (de Paris).

Prix Ricaux (*diabète*) (5.000 fr.). — L'Académie attribue le prix à M. le Dr Ducas (de Paris).

Prix Ricaux (*tuberculose*) (5.000 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat aux candidats dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. les Drs Hinault (de Paris) et Mollard (de Cambo), 1.250 fr. chacun ; M. le Dr Machebœuf, MM. Fethke et Dieryck et Mlle Lévy, 625 fr. chacun.

Prix Robin (600 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr Farges (de Varetz). Une mention honorable est attribuée à M. le Dr Roy (de Paris).

Prix Sabatier (600 fr.). — L'Académie attribue le prix au Dr G. Ardouin (de Cherbourg). Elle décerne une mention honorable à M. le Dr Gauvreau (de Montréal).

Prix Saintour (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Raphaël Araya, professeur à la Faculté de Médecine de Rosario (République Argentine).

Prix Stanski (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Barbeillon (de Paris).

Prix Tarnier (1.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle attribue des mentions honorables à : 1° M. le Dr Bouquet (de Brest) ; 2° MM. les Drs Vignes et Blechmann (de Paris).

Prix Testut (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Augier (de Paris).

Prix Vernois (800 fr.). — L'Académie décerne le titre de lauréat du prix aux auteurs dont les noms suivent et partage entre eux les arrérages de la façon suivante : MM. Charles Flandin, J. Bernard et Joly (de Paris), 133 fr. 33 à chacun d'eux ; MM. Marcel Clerc, A. Villejean, Philippe Navarre (de Paris), et Bohec (du Havre), 100 fr. à chacun d'eux.

Service de l'hygiène et des maladies contagieuses. — L'Académie a proposé et M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux per-

Troubles digestifs de l'enfance

1 cuillerée à café par année d'âge

EUPHORYL INFANTILE

GRANULÉ SOLUBLE

DERMATOSES
PRURITS
ANAPHYLAXIES

LABORATOIRES "ANA"
18, Avue DAUMESNIL — PARIS

ASSOCIATION PLURIGLANDULAIRE

COLLOÏDINE
LALEUF

DRAGÉES

OBÉSITÉ

ET MALADIES PAR
CARENCE DIASTASIQUE

DE 2 A 8 DRAGÉES PAR JOUR
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS — LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
20, RUE DU LAOS — PARIS - 15e

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

Reconstituant - Tonique
Hémopoiétique - Anti-Toxique

PHYTO-SPLÉNOL

Granulés ou Dragées

J. PLÉ DOCTEUR EN PHARMACIE - 111bis rue de Turenne PARIS V3e

sonnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de Protectorat pendant l'année 1933.

Rappel de médaille d'or : M. le Dr Barbary, Préfecture de Nice.

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr Broquin-Lacombe, de Troyes.

Médailles de vermeil : M. le Dr Vigne (de Lyon) ; M. le professeur Dollé (de La Madeleine) ; M. le professeur Lisbonne (de Montpellier) ; M. le Dr Moitron (d'Epinal).

Médailles d'argent : M. le Dr Lamy (de Melun) ; M. le Dr Mans (d'Amiens) ; M. le professeur Viollc (de Marseille) ; MM. les Drs Mallard (de Dijon), Dubois (de Nîmes), Sollier (de Nîmes), M. le Dr Llaguet (de Bordeaux) ; M. le Dr Poty (de Laval).

Médailles de bronze : MM. les Drs Lavigne (de Mézières), de Peretti (d'Ajaccio), Cassan (de Carcassonne), Carnus (de Rodez), Lesbroussart (de Caen), Prunet (de Bourges), Girard (de Toulouse), Martin (de Saint-Etienne), Moreau (du Puy), Arsac (du Puy), Grenoilleau (de Blois), Chalut (de Lyon), Troin (de Draguignan), Duvic (de la Roche-sur-Yon), Marcotte (de la Teste-de-Buch), M. le professeur Verge (d'Alfort), MM. les Drs Russo (de Rabat), Jullien (de Joyeuse).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et M. le Ministre de la Santé publique a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1933, des médailles d'honneur de l'Hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Glénard (de Vichy), Molinery (de Bagnères-de-Luchon).

Médaille d'or : M. le Dr Serane (de Saint-Nectaire).

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Pelon (de Luchon), Aubertot (de Royat), Debidour (du Mont-Dore).

Médaille d'argent : M. le Dr Clogne (du Mont-Dore).

Médailles de bronze : M. le Dr B. de Gorsse (de Luchon), M. le Dr Dubois (de Saujon).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le Ministre de la Santé publique met annuellement à la disposition de l'Académie de Médecine une somme de 3.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions ci-après, pour leurs travaux en 1933.

Médaille de vermeil : M. le Dr Morin (de Paris).

Médailles d'argent : MM. les Drs Lemesle (de Bléré), Houssaye (de Pontlevoy).

Médailles de bronze : MM. les Drs Danet (de Serifontaine), Gossart (de Ribécourt), Hozard (de Béthisy-Saint-Pierre), Vincent (de Gouvieux), Valette, Laurent et Sauvan (de Marseille), Morizot (d'Arles), Bocca (de Marseille), Dansac (de Soissons).

SERVICE DE LA VACCINE. — 1° *Vaccination anti-variolique.* — L'Académie accorde, pour le service de la Vaccination anti-variolique en 1933 :

Médaille d'honneur : M. le Dr Blanc (de Casablanca).

Médailles de vermeil : MM. les Drs Gommes, Isidor et Labady (de Paris).

Médailles d'argent : MM. les Drs Belous (de Miribel), de Choudens (de Saint-Jean-de-Gonville), Ducher (de Thoissey), Joly (de Paris), Jouen (de Mont-Saint-Aignan), Ladevie (de Billom), Laurens (d'Aïn-Bessem), Llaguet (de Bordeaux), Meneault (de Pont-de-Vaux), Oguse (de Paris), Poncet (de Bourg), Poncin (de Montreval), Porcher (de Maillot), Quinqueton, Rabant, Rouyer et Teisseire (de Paris), Truffet (de Seyssel), Vincent (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les Drs Bertucat (de Saint-Anthème), Besserve (de Pont-du-Château), Boyer et Cabessa (de Paris), Chassagne (de Lezoux), Cornet (de Clermont-Ferrand), Dabadie (de Salles), Dispagne (de Nédroma), Ferry (de Paris), Funck-Hellet (d'Asnières), Gagnière (de Pionsat), Giraud (de Sebdou), Giry (de Hagondage), Grall (de Mokolo), Guilloire (d'Aubervilliers), Hirrigoyen (de Salles), Huchot (de Paris), Illiou (de Maroua), Letort (de Hadong), Loubic (de Salles), Masseguin (d'Abidjan), Menetrier (de Rohrbach-les-Bitche), Mercier (d'Aubière), Mesnard (de Saïgon), Moreau (de Messeix), Moulinard (de Fort-Lamy), Netter (de Paris), Noël (de Marseille), Picard (de Faulquemont), Pierrat (d'Insming), Roumaingas (de Kerrata), Schaechter (de Saint-Avold), Schmitt (d'Ars-sur-Moselle), Serin (de Fontenay-sous-Bois), Soulayrol (de Marseille), Tiphine (de Bouzonville), Tramini (de Mac-Mahon), Verdier (de Paris), Volpert (de Forbach), Wock (de Puttelange-les-Farschviller), Zehnpfennig (de Grostenquin).

2° *Vaccination antidiphtérique.* — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphtérique en 1933 :

Médailles d'argent : MM. les Drs Bailly-Salin (de Sens), Cleret (de Montluçon), Donato et Fayot-Petit-Maire (Mme) (de Paris), Jorcin (de Julienas), Landowski (Mme) (de Boulogne-sur-Seine), Milhit, Moulin et Noir (de Paris), Naz (de Lyon), Poncet (de Bourg-en-Bresse), Poulain (de Saint-Etienne), Triollet (de Vannes).

Médailles de bronze : MM. les Drs Audibert (de Saint-Etienne), Bardot (de Montigny-les-Metz), Barret (de Saint-Etienne), Bellet (du Havre), Bourgeois et Cleret (de Paris), Clodot-Bayer (Mme) (de Metz), Comte (Mme) (de Saint-Etienne), Dauplais (de Dieuze) Delgove (de Neufchâtel-en-Bray), Desbrousses (Mme) (de Paris), Deumié (de Saint-Etienne), Dolisi (de Bitche), Duchesne (de Gournay-en-Bray, Hideux (de Barentin), Jacques (de Marboz), Martignon (de Lagarde), Mathé (de Paris), Munier (de Rémilly), Tracq (de Saint-Etienne).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES SUBSTANCES « MINIMALES » DANS L'ALIMENTATION DU NOURRISSON

Par M. L. BABONNEIX,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis (Annexe Grancher).

Elles sont surtout représentées, en dehors des *vitamines* (v. *Gazette des Hôpitaux*, 13 juin 1934, n° 47), par :

Certains *métaux* et *métalloïdes ;*

Certains *amino-acides ;*

Les *substances de lest.*

§ I. — **Métaux et métalloïdes.** — Certains métaux et métalloïdes interviennent à doses minimes dans les réactions chimiques qu'ils accélèrent par action catalytique (G. Bertrand, R. Lecoq).

Des MÉTAUX, les principaux sont :

Le *cuivre*, qui, expérimentalement, joue un rôle de catalyseur dans la production de l'hémoglobine, en l'aidant à fixer le fer nécessaire, et dont la carence produit, chez le jeune animal, des anémies que guérit le cuivre, mais non le fer.

Le lait de femme en contiendrait de 0 gr. 00021 à 0 gr. 00028 par litre ; le lait de vache beaucoup moins : aussi son usage prolongé détermine-t-il, à la longue, une anémie d'autant plus nette que les réserves apportées par le nouveau-né s'épuisent à la longue (0 gr. 030 par kilo à la naissance, 0 gr. 018 à trois mois). Il faudrait donc (Görter), à partir du quatrième mois, ajouter au lait des aliments contenant du cuivre : farine, fruits, légumes ; on se rappellera que le fer médicinal en contient habituellement une quantité suffisante. Remarquons, d'ailleurs, 1° que

LABORATOIRES PROBIOS

Thérapeutique mixte Antivirus-Bactériophage

J. LESQUENDIEU PHARMACIEN

PROBIOS VOIES RESPIRATOIRES

Coryza, Rhinites, Angines, Bronchites, Grippe, Ozène

En ampoules pour instillations nasales ou pulvérisations

PROBIOS ANTIPYOGÈNE

Abcès, Phlegmans, Panaris et toutes suppurations

Ampoules buvables et pour applications locales. En pommade.

POMMADE NASALE Préventif dans la grippe et le coryza.

Littérature et échantillons sur demande aux LABORATOIRES "PROBIOS", 1 Avenue Pasteur, PARIS

CINNOZYL

SOLUTION HUILEUSE DE CINNAMATE DE BENZYLE CHOLESTÉRINE, CAMPHRE

PRÉTUBERCULOSE, TRAITEMENT ADJUVANT DES TUBERCULOSES MÉDICALES ET CHIRURGICALES

AUGMENTE LA CHOLESTÉRINÉMIE

AMÉLIORE L'ÉTAT GÉNÉRAL, AIDE A METTRE L'ORGANISME EN ÉTAT DE RÉSISTANCE VIS-A-VIS DE L'INFECTION BACILLAIRE

De 1 à 2 ampoules par jour ou tous les 2 jours. Séries de 15 à 20 injections. Boîte de 8 ampoules de 5 cc.

INJECTIONS sous-cutanées INDOLORES ou intramusculaires

Aucune réaction

Pas de contre-indications

: : LABORATOIRES CLIN, COMAR & Cie, *20, rue des Fossés-St-Jacques,* PARIS : :

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE

PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES

URÉTRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES R.C., 221.839, Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

la pasteurisation et la concentration du lait dans des récipients de cuivre augmentent sa richesse en cuivre (Quamm et Helwig) au point que son administration ne produit plus d'anémie ; 2° que la carence en cuivre n'a pas encore été démontrée directement dans les anémies infantiles (Ed. Lesné et R. Clément).

Le *manganèse*, contenu surtout dans le foie et, pour le sang, dans le plasma, est doué de propriétés stimulantes sur l'organisme. Il y en a de 0 gr. 040 par kilogramme dans l'avoine. Il existe à l'état de traces dans le lait de vache (Lundow et Peterson, Bertrand). Il paraît être l'élément actif des oxydases.

Le *nickel* et le *cobalt* se trouvent, à doses infimes, dans les végétaux. Dans les tissus animaux, ces deux substances ont pu être mises en évidence dans le pancréas et dans l'insuline, où elles paraissent exister en quantités relativement considérables ; la seconde occupe surtout le thymus.

Associées, elles rendraient moins brutale l'action hypoglycémiante de l'insuline, d'après Bertrand et Machebœuf, dont les résultats ont été contestés par Labbé et Nepveux ; le cobalt aurait, de plus, une action élective sur le grand sympathique (Le Goff).

Le *zinc* existe, en quantité appréciable, dans l'organisme à la naissance ; il décroît pendant l'allaitement, augmente lors du sevrage, puis augmente proportionnellement à l'âge. La carence expérimentale en zinc détermine une mort rapide de la souris ; ajoute-t-on à temps, à sa ration, une dose quotidienne de 0 gr. 0002 de zinc, elle se remet et sa croissance reprend (G. Bertrand et Benzon).

L'alimentation normale fournit chaque jour à l'organisme les 0,0010 à 0,0015 de cuivre dont il a besoin.

Certains de ces métaux interviennent dans les actions diastasiques : en se déposant à la surface de la diastase qui, elle-même, se présente sous forme de micelles, ils augmentent de beaucoup son activité. Ce rôle de co-ferment est joué, selon les cas, par le fer, le manganèse, le magnésium (G. Bertrand).

Parmi les MÉTALLOÏDES, signalons :

L'*arsenic*, stimulant des tissus, dont la peau et les phanères sont très riches ; on ignore les symptômes que produit sa carence ;

Le *brome*, qu'on trouve, dans l'organisme, en quantité parallèle à celle du chlore ;

Le *fluor*, qui accompagne le phosphore dans ses combinaisons, dont il semble favoriser la fixation (A. Gautier), et qui entre en quantité appréciable dans la composition de l'émail ;

L'*iode*, surtout contenu dans la glande thyroïde, et qui joue un rôle important dans la croissance ;

Le *silicium*, dont peau et tissu conjonctif contiennent des quantités appréciables, et d'ailleurs inversement proportionnelles à la teneur en chaux de ces tissus (Scheffer, Sartory, Pellissier).

§ II. — **Amino-acides** (*Syn.* acides aminés). — Ce sont, comme on sait, des corps possédant à la fois la fonction acide et la fonction amine, et qui ont pour formule générale :

$$R — CH(NH^2) — CO^2H$$

le groupement amine NH^2 se fixant sur le chaînon préterminal de la chaîne, le groupement CO^2H constituant le groupe terminal, et R étant, selon les cas, un radical acyclique, aromatique ou hétérocyclique (1).

Depuis Osborne et Mendel, certains de ces amino-acides sont considérés comme indispensables, à doses minima (loi du minimum), pour le développement et pour l'entretien des fonctions vitales, la valeur alimentaire des protéines dépendant, avant tout, « de la nature, du nombre et de la proportion des divers acides aminés qu'ils contiennent » (R. Lecoq).

I. — Les plus importantes, pour le nourrisson, appartiennent au groupe des amino-acides hétérocycliques, et sont représentées par le tryptophane, l'histidine et la proline.

Le *tryptophane*, ou *protéinochromogène*, est un acide indol-amino-propionique, ou une indol-alanine.

Trois fois plus abondant pour le lait de femme que pour le lait de vache (Furth et Nobel), il est indispensable à l'équilibre azoté, quelle que soit la richesse du régime en azote, et à l'entretien de la vie chez les jeunes rats (Wilcock et Hopkins). Nourris, en effet, soit avec de la zéine (protéide du maïs) ou de la gélatine, qui n'en contiennent pas, ces animaux excrètent plus d'azote qu'ils n'en absorbent et ne tardent pas à succomber à la cachexie : leur équilibre azoté se rétablit et leur état s'améliore rapidement si on en ajoute au régime ; il ne cesse de s'aggraver si on lui substitue des produits qui n'en contiennent pas : tyrosine, protéines d'arachides et de soja. Au lieu d'être, comme la lysine, un facteur de croissance, le tryptophane est donc un facteur de « maintenance ».

L'*histidine* est une imidazolalanine qui agit particulièrement sur la croissance (Ackyroyd et Hopkins).

Tryptophane et histidine interviennent aussi dans l'hématopoïèse (Fontès et Thivolles), et certaines anémies du nourrisson n'auraient pas d'autre origine qu'une alimentation ne contenant pas assez de ces deux amino-acides.

La *proline* doit être considérée comme un acide pyrrolidine carbonique, dérivé de la pyrrolidine, groupement voisin du pyrrhol. Comme les précédentes, elle est indispensable à la croissance.

II. — D'autres appartiennent au groupe des amino-acides acycliques.

Les uns sont des *diamino-acides*, comme la *lysine*, acide 1-5 diamino-capronique, qui, associée au tryptophane, suffit, soit à assurer une croissance normale chez les jeunes animaux dont le régime ne contient que la zéine ou des produits analogues (gliadine, protéine de l'avoine ou de l'orge) Osborne et Mendel, Wilcock et Hopkins, Champy et Gley), soit à permettre la survie des jeunes rats exclusivement nourris de protéines végétales (Ed. Lesné et R. Clément), tandis que, chez les mêmes animaux dans le régime desquels figure, comme seul élément azoté, la gliadine, la vie se maintient, mais la croissance s'arrête.

Les autres sont des *amino-acides sulfurés*, comme la *cystine*, qui est un acide bibasique diaminé.

Mêmes considérations à son sujet que pour les substances précédentes. Elle est indispensable au rat (Osborne et Mendel) ; elle doit, si l'on veut assurer la croissance normale de ces animaux, être ajoutée à la phaséoline (protéine du haricot) ou à la protide extraite de la viande de bœuf Mitchell et Smits). C'est elle qui manque la première quand on réduit par trop la quantité de caséine contenue dans le régime (Osborne et Mendel).

Un des dérivés de la *cystéine*, le *glutathion*, formé d'une molécule de cystéine unie à une molécule d'acide glutamique, doit (L. Binet et J. Magrou) prendre place parmi les facteurs de croissance. En effet, son taux est très élevé dans les tissus jeunes (I. W. Thomson et C. Voegtlin, L. Binet et A. Arnaudet). Ces derniers auteurs l'ont dosé dans le tissu hépatique des jeunes rats : pour 100 gr. de foie, ils ont trouvé, en milligrammes, 666 à la naissance, 344 au vingt-sixième jour et 210 au soixante-sixième.

Pour Abderhalden, rentrent encore dans la même série, les *acides aspartique* (acide amino-succinique), *glutamique* (acide amino-glutarique), la *phénylalanine*, ou acide-phényl amino-propionique et la *tyrosine*, acide paraoxyphényl amino-propionique.

(1) Cf. M. ARTHUS, *Précis de chimie biologique*, Paris, 1932, in-18, 11e *édition*, p. 129. — Ed. LESNÉ et G. DREYFUS-SÉE. Carences alimentaires, *Traité de médecine des enfants*, Paris 1934, in-8°, I, p. 438.

SIROP DU Dr REINVILLIER

(Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris)

au Phosphate de Chaux hydraté

TUBERCULOSES - RACHITISME - MALADIES DES OS & DU SYSTÈME NERVEUX

DENTITION DIFFICILE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

ASSIMILATION COMPLÈTE

PRESCRIRE : SIROP REINVILLIER, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

PAS D'ACIDE LIBRE

Traitement de la TUBERCULOSE

ANGIOLYMPHE

EXTRAIT VÉGÉTAL INJECTABLE DU Dr P. ROUS

NON TOXIQUE

La Tuberculose chez l'homme est une maladie très curable, mais le malade est le plus souvent terrassé avant d'avoir pu organiser sa défense.
L'Angiolymphe lui en fournit les moyens et par son concours lui permet d'assurer lui-même sa guérison.
Dr ROUS, de Paris.

EMPLOI. — 2 à 5 c. c. en une injection par jour contre la **Tuberculose** dans toutes ses manifestations.

RÉSULTATS. — Dans les formes pulmonaires, disparition rapide de la dyspnée, de la toux, modification des crachats, diminution de l'expectoration, augmentation de l'appétit, du poids, des forces, etc.
Dans les formes ganglionnaires, osseuses, rénales, etc., amélioration rapide de tous les symptômes. Une boîte suffit d'ordinaire pour donner un commencement d'amélioration très sensible.

Laboratoire : 4 *bis*, rue Hébert, COURBEVOIE.

Sur demande : **LITTERATURE et ECHANTILLONS.**

SULFARSENOL

ARSENOS-SOLVANT

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

EKTOPHANOL

SELS DE LITHIUM DE L'ACIDE PHEN QUINOLEINE CARBONIQUE

Indications : Rhumatismes musculaires ou articulaires, aigus ou chroniques, Goutte, Sciatique, Lumbago, etc.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE Ch. DESGREZ, Dr en Phie, 19-21, rue Van-Loo, PARIS XVIe — Tél. *Auteuil 26-62*

D'après M. Arthus, 100 grammes de protéines contiennent :

	Sérum Album.	Sérum Globul.	Caséine.	Gélatine.	Kératine.	Elastine.
Tryptophane..	trouvé	trouvé	1,50			
Histidine.	3,40	2,80	3,79	0,40		
Proline...	1,04	2,76	6,70	5,20	3,60	1,74
Lysine ...	13,20	8,95	7,70	2,75		
Cystine...	2,30	0,67	0,06			
A. aspartique....	3,12	2,54	1,20	0,56	2,50	
A. glutamique..	7,72	8 50	15,56	0,88	3,00	0,76
Phénylalanine..	3,08	3,84	1,20	0,40	3,00	3,89
Tyrosine.	2,10	2,50	4,50		0,68	0,34

En pratique, il suffit de se rappeler qu'en dehors de la gélatine, de la gliadine, de l'hordénine et de la zéine, « presque toutes les protéines sont capables d'assurer une bonne croissance : il suffit, pour cela, de les faire entrer en proportions suffisantes dans la ration des sujets en expérience » (R. Lecoq), chez le nourrisson, de varier les substances albuminoïdes du régime et d'associer, à parties égales, protides animales et végétales (Ed. Lesné et R. Clément).

§ III. — **Substances de lest** (Syn. : *encombrantes, scoriacées*) (1). — Elles agissent plus par leurs qualités physiques : volume surtout, que par leur composition chimique, et semblent jouer, dans le développement des sujets jeunes, un rôle décisif, comme le montre une série d'observations faites, dans ces dernières années, tant par les vétérinaires que par les expérimentateurs.

Les uns et les autres ont signalé, chez les volatiles cloîtrés dont l'alimentation est trop substantielle, l'apparition de troubles graves : paraplégie, arthropathies, anémie, anorexie. Leur poil s'ébouriffe, leur état général devient précaire, ils maigrissent et ne tardent pas à succomber si on ne modifie pas leur régime. Les laisse-t-on, au contraire, picorer à leur aise et absorber des substances inertes : coquilles, herbes, os, sable, tous les symptômes morbides rétrocèdent et le développement normal reprend son cours (Drummond). Ces mêmes phénomènes ont été aussi observés par Funk (1916), qui réussit à diminuer la mortalité de poulets élevés en cage, par simple addition au régime, de chou et de charbon, par Merklen, chez des canetons nourris exclusivement d'un mélange de pommes de terre, de son et de farine. Mais ce sont surtout Osborne et Mendel qui, en 1918, insistèrent sur les heureux effets obtenus, dans l'élevage des animaux, en les habituant à absorber de grandes quantités de papier buvard. Leurs conclusions ont été confirmées par Hart, Halpin et Steenbock (1921), qui établirent une relation entre l'insuffisance du régime en lest et la maladie du poulet connue sous le nom de « crampe » ou de « faiblesse des pattes ». Ils virent, en outre, que cette maladie survient immanquablement chez des animaux alimentés avec des régimes concentrés, même quand on leur laisse prendre beaucoup d'exercice et qu'on les laisse au vert. Les substances antiscorbutiques sont sans action sur elle, tandis que l'addition au régime de 10 % de papier buvard la guérit à coup sûr. Les mêmes faits ont été notés, ultérieurement, par Pénau et Simonnet (1922), R. Lecoq (1922), Mme Randoin et R. Lecoq (1927).

M. R. Lecoq a eu le grand mérite de rapprocher de la crampe des oiseaux certains troubles de croissance observés chez l'enfant : pâleur, maigreur, nervosité, asthénie, arthropathies, et qui relèvent, tantôt de la suralimentation, tantôt de la sous-alimentation.

Dans le premier cas, « il est admis que, pendant la période de croissance, les besoins énergétiques et plastiques sont plus élevés ; pour les satisfaire, on accumule dans le régime tout ce qui paraît substantiel, comme la viande, les œufs, le pain, les pommes de terre, le laitage, toutes choses n'apportant que peu de lest sous forme de cellulose ».

Dans le second, il s'agit le plus souvent d'une alimentation mal réglée, surabondante en quantité, insuffisante en qualité.

Il a su aussi rappeler que la loi des équilibres alimentaires, qu'il a établie avec Mme Randoin, s'applique aux substances de lest. Elles « interviennent, en effet, dans ces équilibres, au même titre que les substances hydrocarbonées, azotées ou grasses, au même titre, également, que les vitamines. Le seul fait de fausser les rapports existant entre les divers constituants d'une ration, par suppression ou diminution de l'un ou l'autre de ces constituants, suffit à gêner, ou même à *entraver totalement* l'assimilation et l'utilisation des autres ».

Le régime des enfants doit donc comporter une certaine quantité d'épinards, de légumes verts, de salades cuites, de fruits bien mûrs ou en compote. Cette quantité, déterminée empiriquement, ne doit être ni trop forte ni trop faible.

(1) Cf. Raoul Lecoq. Les troubles de la croissance considérés comme maladies par carences physiques. *Bulletins des sciences pharmacologiques*, mars 1922, t. XXIV, p. 132, et A propos de l'alimentation carnée, *Presse médicale* 5 juin 1929. p. 744.

LIVRES NOUVEAUX

Les Adhérences (1), par Victor-Pauchet et H. Gaehlinger (de Châtel-Guyon). « La Pathologie abdominale ». Collection publiée sous la direction du Dr Victor-Pauchet.

Dans ces trente dernières années, les adhérences ont pris une place grandissante en pathologie digestive. Trop souvent considérées comme une complication tardive des interventions abdominales, elles sont la conséquence de l'extension en profondeur de l'infection des organes sous-jacents.

Dans leur étude pathogénique et le rappel de leurs expérimentations personnelles, les auteurs montrent que les adhérences sont bien rarement dues à l'acte chirurgical, mais bien plus fréquemment à la progression vers la séreuse d'une infection chronique non diagnostiquée ou insuffisamment traitée.

Après avoir rappelé leur symptomatologie clinique et plus particulièrement celle des dextrites, ils accordent un chapitre important au diagnostic de ces lésions, mais surtout ils montrent qu'avant de penser à un traitement chirurgical parfois bien décevant en terrain réactionnel, il est possible par un traitement médical, parfois long, parfois minutieux, d'obtenir le plus souvent une amélioration marquée et durable. Ce traitement médical des adhérences, plein de détails de pratique courante, est basé sur deux grandes indications principales : décongestionner la réaction périviscérale et supprimer les causes de réinfection. Lorsqu'on peut suivre ces indications de façon satisfaisante, on obtient assez rapidement la diminution des douleurs, de la gêne du transit, ainsi que des conséquences toxi-infectieuses.

Ce n'est qu'après échec de ce traitement médical que l'on est autorisé à envisager le traitement chirurgical qui constitue le dernier chapitre de ce livre. L. G.

(1) In-8 de 106 pages avec figures dans le texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

LABORATOIRES R. HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmacien, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. — PARIS

Traitement de la Séborrhée

ET SURTOUT DE L'ALOPÉCIE SEBORRHÉIQUE (chute des cheveux banale) CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR LE

CHLOROSULFOL VIGIER

ET PAR LES

SAVONS VIGIER

à l'Essence de Cadier et à l'Essence de Cèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENSÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GÉNATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1 000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

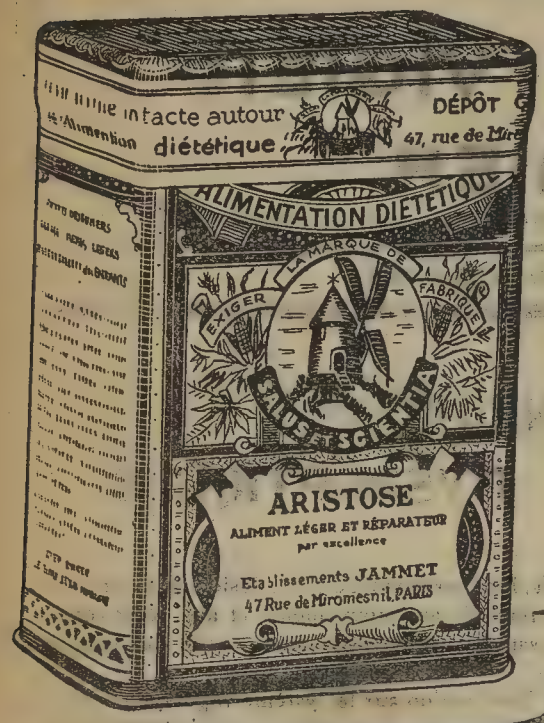
GÉNALCALOIDES — ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

FARINES MALTÉES JAMMET



Régime des
Malades - Convalescents - Vieillards

Alimentation progressive et variée des Enfants

FARINES TRÈS LÉGÈRES :

RIZINE
FARINE MALTÉE DE RIZ

ARISTOSE
A BASE DE BLÉ ET D'AVOINE

CÉRÉMALTINE
ARROW-ROOT, BLÉ, ORGE, MAÏS

ORGÉOSE
FARINE MALTÉE D'ORGE

FARINES LÉGÈRES :

GRAMENOSE
AVOINE, BLÉ, MAÏS, ORGE

BLÉOSE
FARINE MALTÉE DE BLÉ

AVENOSE
FARINE MALTÉE D'AVOINE

LENTILOSE
FARINE MALTÉE DE LENTILLES

CACAO GRANVILLE
CACAO A L'AVENOSE - A L'ORGÉOSE, etc., etc.
LÉGUMOCÉRÉAL - ORGÉMASE - MATÉ SANTA-ROSA
:: **CÉRÉALES** spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS** ::

USINE A LEVALLOIS-PERRET -- BROCHURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Ets JAMMET, rue de Miromesnil, 47, PARIS

TRAITEMENT DU PSORIASIS
PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ ARSÉNO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc. ½ pour injections intraveineuses ou intramusculaires

LABRE G. FERMÉ
55, Boul. de Strasbourg
PARIS

Psothanol

Le Psothanol à 1 cc
Pour injections intramusculaires
Thérapeutique autophylactique
Rénovation leucocytaire.

LA MÉDICATION BROMURÉE DE CHOIX

LE TRIBROMURE

du Docteur GIGON

LABORATOIRE des PRODUITS du Dr GIGON
A. FABRE, Pharmacien
25, Boulevard Beaumarchais - PARIS

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 19 DECEMBRE 1934.— N° 101.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

FACULTÉ DE MÉDECINE

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sympathectomies lombaires et présacrées contre les douleurs dues à un néoplasme inopérable de l'utérus. Sédation des douleurs, par MM. A. Jung et E. Lucinesco.

L'INSTITUT BENITO MUSSOLINI (avec 1 plan), par M. B. Weill-Hallé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Société de chirurgie. — Société de biologie. — Société de thérapeutique.

DÉFENSE PASSIVE

Comment peut-on se procurer des masques?

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Syndicat des médecins de la Seine.

NOTES DE PRATIQUE

NOTES POUR L'INTERNAT

Diagnostic des hématémèses.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'assistant d'électroradiologie des hôpitaux. — Question donnée : « Electrothérapie dans la paralysie infantile. »

Questions restées dans l'urne : « Modes de production du courant continu en électrothérapie et son utilisation. — Modes de production et utilisation des courants de haute fréquence. »

MM. Boute, 15; Duclos et Torchaussé, 17 ; Lebouchard, 13; Maingy, 14.

Classement des candidats : MM. Moulle, 53 points; Bouchard, 52; Torchaussé, 50; Moro et Duclos, 48; Mme de Bergmann et MM. Boute, 46; Maingy, 39; Ledinh Thi, 38; Lebouchard et Charles, 36.

— Concours de l'externat. — Composition du jury :

Anatomie. — MM. Ménégaux, Meillère, Gilbert Dreyfus.

Pathologie médicale. — MM. Kourilsky, Lamy, de Brun du Bois-Noir.

Pathologie chirurgicale. — MM. Parfonry, Banzet, Redon.

Anatomie. — Questions : 1. Trou déchiré postérieur; décrire sa constitution et citer les organes qui le traversent. — 2. Les ligaments antérieurs de l'articulation de la hanche sans les rapports. — 3. Insertions du triceps sural sans décrire la constitution du muscle ni celle du tendon. — 4. Enumérer les branches de l'artère poplitée. — 5. Enumérer les rameaux fournis par la branche profonde du ner cubital.

Pathologie médicale. — Questions : 1. Aspect, siège et évolution de l'éruption cutanée dans la varicelle normale non compliquée. — 2. Les signes physiques donnés par l'examen de l'abdomen dans la cirrhose de Laennec, à la période d'état, avant la ponction. — 3. Indications et accidents de la ponction évacuatrice de la plèvre dans la pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité. — 4. Comment distinguer au lit du malade une hémoptysie d'une hématémèse? — 5. Décrire la respiration de Cheyne-Stokes. — 6. Caractères du souffle valvulaire dans l'insuffisance aortique (type maladie de Corrigan).

Pathologie chirurgicale. — Questions : 1. Signes fournis par l'inspection, la palpation et la percussion de l'abdomen dans les péritonites par perforation en péritoine libre, dans les premières heures. — 2. Renseignements fournis par le toucher dans le cancer du col utérin. — 3. Symptômes d'une fracture transversale récente fermée de la rotule. — 4. Signes physiques d'une hernie crurale étranglée à la période de début.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Le *Journal officiel* du 15 décembre publie l'arrêté nommant le jury du concours d'agrégation (*section hydrologie thérapeutique et climatologie*) qui doit s'ouvrir le 7 janvier 1935.

Sont nommés membres du jury :

M. Villaret, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie.

OUABAÏNE ARNAUD

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

M. Carnot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

M. Santenoise, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

M. Fabre, professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille.

M. Soula, professeur sans chaire (physiologie) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

M. Carnot est nommé président dudit jury.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. — M. le professeur André Mayer, du Collège de France, membre du Conseil supérieur de la recherche scientifique, est nommé secrétaire général adjoint de ce Conseil.

— La session du Conseil supérieur de la recherche scientifique s'ouvrira le jeudi 20 décembre 1934.

MÉDECINS INSPECTEURS ADJOINTS D'HYGIÈNE. — Un concours sur épreuves et sur titres pour la nomination de cinq médecins inspecteurs d'hygiène adjoints aura lieu à Grenoble, à l'Ecole de médecine et de pharmacie (rue Lesdiguières), les lundi 28 et mardi 29 janvier 1935, à 8 h. 30.

Le concours est réservé aux médecins pourvus du diplôme de docteur en médecine français (diplôme d'Etat) et du diplôme d'hygiène délivré par les instituts d'hygiène des universités françaises.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français depuis dix ans au moins, conformément à la loi du 19 juillet 1934.

Ils devront avoir satisfait à la loi militaire, être âgés de 25 ans au moins et de 45 ans au plus, à la date du 15 janvier 1935.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 janvier 1935, à 16 h.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Préfecture de l'Isère, à Grenoble.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA SALPÊTRIÈRE. (Professeur : M. A. GOSSET.) — Enseignement fait avec la collaboration de MM. Ledoux-Lebard, chargé de cours à la Faculté; D. Petit-Dutaillis, agrégé, chirurgien des hôpitaux; J. Charrier, Leibovici, Thalheimer et P. Funck-Brentano, chirurgiens des hôpitaux; René-A. Gutman, médecin des hôpitaux; Ivan Bertrand, directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes; Georges Lœwy, G. Seille, R. Sauvage et Lecœur, anciens chefs de clinique; Jean Gosset, Longuet, Hepp et Mencière, chefs de clinique.

Mercredi, à 10 h. : Opérations par le professeur.

Jeudi, à 11 h. 15 : Leçon par le professeur.

Samedi, à 11 h. : Visite des salles.

Lundi et vendredi, à 11 h. : Radio-diagnostic, par M. Ledoux-Lebard.

Mardi et jeudi, à 9 h. 30 : Opérations par les assistants.

Mardi et samedi, à 10 h. : Opérations de neuro-chirurgie, par M. D. Petit-Dutaillis.

Samedi, à 10 h. : Présentation de pièces, par M. Ivan.

Tous les jours, à 9 h. 30 : Conférence de sémiologie chirurgicale.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. (Professeur : M. F. LEMAITRE.) — *Enseignement théorique.* — M. E. Halphen, agrégé, commencera une série de conférences sur les affections des fosses nasales le mercredi 9 janvier 1935, à 16 h. (amphithéâtre de physique), et les continuera les vendredi, lundi et mercredi, à la même heure, jusqu'à la fin de février.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. Wilmoth, agrégé, commencera son cours le mercredi 9 janvier 1935, à 17 h., et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

DÉFENSE PASSIVE

COMMENT PEUT-ON SE PROCURER DES MASQUES?

Un certain nombre de nos confrères nous ont demandé comment le public peut se procurer des masques pour la protection individuelle.

On en trouve actuellement dans l'industrie privée, mais il faut n'acheter que des masques agréés par le service chimique de la Guerre.

L'appareil de protection individuelle se compose de 2 parties :

1° Une partie à ajuster sur le visage ; le masque proprement dit. Ce masque est muni d'un pas de vis normalisé, c'est-à-dire que l'on peut y visser tous les modèles français de cartouches, ainsi que les tuyaux pour bidons filtrants.

2° Une cartouche, de l'un des types, dont le dispositif contre arsines a été agréé (5 jusqu'ici).

Pratiquement, on peut se procurer ces masques et ces cartouches aux adresses suivantes, que nous donnons à titre indicatif et d'une façon absolument désintéressée. Il y a encore certainement d'autres fabricants. Voici une première liste :

— Office de protection, 3, rue du Colisée ;

— Office technique de défense nationale, 5, rue Greffühle ;

— Société de matériel de protection, 47, avenue Friedland ;

— O. C. P., 71, rue du Temple (Gravereaux.)

Exiger le certificat de garantie. Tous ces appareils sont livrés à volonté, dans un étui ou une petite mallette. Le prix moyen est voisin de 100 fr. L. G.

NOTES DE PRATIQUE

NEPHRITES CHRONIQUES

Régime très strict, émissions sanguines, purgatifs salins ou drastiques, sont à la base de la thérapeutique des néphrites chroniques. Dans les formes hydropigènes, les régimes hydrolactés de réduction continués trois ou quatre jours et suivis du régime lacté, puis d'une diététique lacto-végétarienne déchlorurée seront toujours à conseiller en cas d'œdèmes ou de troubles dyspnéiques. La théobromine est indiquée, mais si elle est souvent mal supportée par les voies digestives ou peu tolérée par le système nerveux (céphalées), utiliser alors — ce sera tout avantage pour le malade — l'adonis vernalis sous forme de Diurène.

C'est à peu près là tout le traitement, car les agents hypotenseurs désintoxiquants, sels de calcium, cures hydrominérales, agents physiques, ne représentent qu'une thérapeutique d'exception.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES Littérature et Echantillons : 10, Impasse Millord, Paris (18e)

Sirop Granules CROSNIER Cure sulfureuse

LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULd PASTEUR, PARIS (XVe)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS

SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE

DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

les 2 médicaments cardiaques essentiels

aux Douleurs dentaires dues aux Carres Pulpites Abcès etc

aux Névralgies faciales Intercostales Sciatiques

aux Insomnies provoquées par la Douleur ou le Surmenage

l'asciatine

oppose sa triple action

Hypnotique

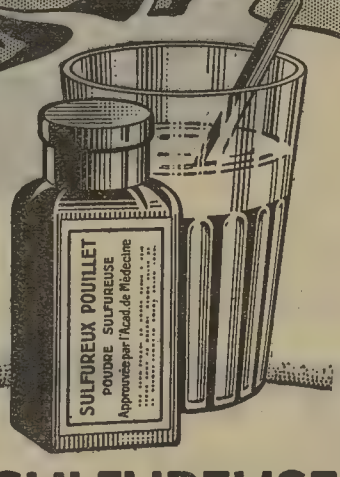
Antinévralgique

Analgésique

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

SULFUREUX POUILLET

LABASSÈRE
EAUX-BONNES
CAUTERETS
CHALLES-LES-EAUX
LUCHON
ENGHIEN



EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:

POUR BOISSON
Le flacon..... 12 fr.
POUR BAINS :
Le flacon..... 8 fr.
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 12.50

MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

Travail de la Clinique chirurgicale A de Strasbourg.
(Directeur : prof. R. Leriche.)

SYMPATHECTOMIES LOMBAIRES ET PRÉSACRÉE CONTRE LES DOULEURS DUES A UN NÉOPLASME INOPÉRABLE DE L'UTÉRUS. SÉDATION DES DOULEURS [1]

PAR MM.

A. JUNG, Chef de clinique. et E. LUCINESCO, Assistant.

Il y a 8 ans, notre Maître, le Professeur R. Leriche, a montré comment, dans certains cas, il était possible de soulager les douleurs des cancéreux inopérables par diverses opérations et en particulier par les opérations sympathiques. Il est revenu sur ses conceptions en exposant les principes de la Chirurgie de la Douleur (2). Depuis il n'en a guère été question.

Le cas suivant illustre le réel intérêt pour les malades de cette chirurgie.

Mme H..., âgée de 33 ans, est amenée à la clinique du Professeur Leriche le 18 août 1934, présentant de vives douleurs pelviennes et périnéales et un état de subocclusion intestinale. Il s'agissait d'un néoplasme inopérable du col de l'utérus.

Voici ce que nous avons appris :

En août 1933 Mme H. avait été hospitalisée à la Clinique de Gynécologie et d'Obstétrique où, dès cette époque, elle avait été reconnue porteuse d'un néoplasme inopérable du col utérin. La biopsie révélait un « Epithélioma mixte du col utérin. Monstruosités cellulaires et mitoses en petite quantité ».

Deux applications de radium avaient été faites.

La malade s'est relativement bien portée jusqu'en juin 1934. A cette époque ont commencé des troubles digestifs : nausées, gêne à la défécation, constipation de plus en plus forte. En même temps sont survenues des douleurs pelviennes et rectales qui sont allées également en augmentant. Elle n'a vu s'éliminer que tout à fait exceptionnellement quelques gouttes de sang.

Lors de son admission à la Clinique Chirurgicale A le 18 août 1934, la malade présente un abdomen gros et dur. Son état général est altéré. Elle souffre de nausées, de vomissements de plus en plus fréquents et d'un état de constipation qui ne cède plus aux purgatifs ni aux lavages administrés. Elle a de plus de très vives douleurs pelviennes et périnéales, en particulier vaginales et rectales.

Au toucher vaginal et rectal on perçoit un col utérin couvert de bourgeons néoplasiques; les culs-de-sac latéraux et surtout le cul-de-sac postérieur sont envahis presque jusqu'au niveau de la commissure vaginale ; il y existe une petite fistule vagino-rectale. Les parois rectales antérieure et latérale gauche sont envahies et de plus il y a au-dessus de la fistule vagino-rectale une sténose incomplète, mais serrée.

Il s'agit en somme d'un néoplasme inopérable du col de l'utérus avec 1° envahissement du rectum, fistule recto-vaginale et sténose rectale sus-jacente; 2° de vives douleurs pelviennes (surtout recto-vaginales) et périnéales.

L'établissement d'un anus iliaque gauche définitif s'impose ; il est exécuté quelques jours après son entrée à la clinique (Jung, Lucinesco). Opération sans particularités.

Les jours suivants les selles s'évacuent, l'abdomen est moins distendu et l'état général de la malade s'améliore d'une façon remarquable. Mais les douleurs ne cèdent pas, au contraire, elles deviennent de plus en plus vives, empêchent la malade de dormir et résistent à l'administration de morphine.

Sur le conseil de notre Maître, le Professeur Leriche, nous entreprenons chez cette malade, dont l'évolution de la tumeur s'annonce comme lente et dont l'état général est bon, une intervention contre la douleur.

Opération le 11 septembre 1934 (Jung, Lucinesco, Sureyya). Anesthésie générale à l'éther. Sympathectomies lombaires et présacrée.

Incision médiane sous-ombilicale. La cavité pelvienne, à l'exploration, se montre presque normale et permet à peine de soupçonner les graves lésions sous-péritonéales. Découverte d'abord à droite, puis à gauche (où cela est plus difficile à cause de l'anus contre nature) des chaînes lombaires. De chaque côté sont réséqués 1 cm. 5 de la chaîne sympathique, avec, de chaque côté, un ganglion (il s'agissait du 3e ou 4e). Enfin résection du nerf présacré (plexus hypogastrique supérieur) dans toute sa largeur et sur toute une longueur de 1 cm. environ.

L'effet est remarquable. Les douleurs disparaissent entièrement et les injections de morphine peuvent être complètement supprimées.

La plaie guérit par primam et la malade quitte la clinique le 28 septembre, portant un appareil pour son anus iliaque gauche, mais ne souffrant d'aucune douleur.

La malade est revue le 30 octobre et le 24 novembre 1934. Les signes locaux ont augmenté, la fistule vagino-rectale s'est un peu élargie. Malgré cela la malade est débarrassée de toute douleur. Elle a un bon état général, elle dort bien, elle s'occupe activement de son ménage. En somme elle mène une existence normale, depuis plus de deux mois, avec l'illusion bienfaisante d'une guérison complète. N'est-ce pas appréciable pour une jeune femme ayant à s'occuper d'un ménage et d'un jeune enfant ?

(1) Malade présentée à la Société de Médecine du Bas-Rhin. Séance du 25 novembre 1934.

(2) R. Leriche. La Chirurgie de la Douleur. Conférence faite à la Société de Médecine du Bas-Rhin. Séance du 8 mai 1926, et *Presse Méd.*, 20 avril 1927, p. 497-499.

La durée de la grossesse et ses anomalies, par Henri Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité, professeur à l'École d'anthropologie. Un volume de 98 pages (Collection Médecine et Chirurgie pratiques : N° 61). — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'INSTITUT BENITO MUSSOLINI

Fondation de l'Institut national fasciste pour la préservation sociale.

Par M. B. WEILL-HALLÉ,

Directeur de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le samedi 1er décembre, le Duce inaugurait à la porte de Rome, sur le Monteverde Nuovo, l'Institut qui porte son nom et qui, sous l'aspect le plus heureux, synthétise l'effort moderne dans la lutte contre la tuberculose.

Construit par les soins de l'Institut national de Prévoyance sociale, il est formé de trois éléments : une clinique de la tuberculose, avec tous ses départements, un sanatorium pourvu de bien des perfectionnements ingénieux, un service de dispensaire.

L'Institut Benito Mussolini associe donc l'organisation d'enseignement et de recherches et l'œuvre d'assistance et de prévoyance.

Si l'Institut de Prévoyance sociale, présidé par Son Excellence Bottai, a la part essentielle dans le projet et la construction du nouvel établissement, il est juste de noter que la clinique proprement dite et son aménagement scientifique doivent leur origine à la Confédération des industriels, dont le président est Son Excellence le comte Volpi, et dont le Dr Basso est le fidèle interprète.

L'initiative de ces deux groupements a trouvé son point de départ dans une inspiration fondamentale qu'il est juste de rechercher, comme pour beaucoup d'entreprises de l'Italie actuelle, dans la volonté, la ténacité, le génie même de son guide, pour traduire littéralement le mot Duce.

Mais, pour mener à bien une telle œuvre, il fallait encore un homme connaissant toutes les difficultés du problème à résoudre, capable de chercher à toutes les sources la documentation indispensable, et de poursuivre, jour après jour, la réalisation du plan adopté.

Cet homme s'est trouvé dans la personne de l'honorable professeur Morelli, dont l'invitation transmise par le secrétaire général de la Société nationale fasciste, l'infatigable et si prévenant professeur Bocchetti, nous a valu de passer à Rome deux journées inoubliables, journées d'accueil généreux au delà de toute expression, journées d'enseignement aussi et dont tous les médecins français lui resteront profondément reconnaissants.

La délégation française comprenait, outre le professeur Bezançon, secrétaire général de l'Union internationale contre la tuberculose, nos collègues parisiens Rist, Armand-Delille, Ameuille, et nous-même ; Lyon était représenté par le professeur Courmont, Lille par le professeur Leclercq. De Bruxelles, étaient venus le Dr et Mme Derscheid ; de Leysin, le Dr Burnand. L'Allemagne avait délégué MM. Gutt, Bruno Lange et le chirurgien Sauerbruck ; Mme Lydia Rabinovitsch, l'ancienne collaboratrice de R. Koch, avait répondu à une invitation spéciale. Enfin, le professeur Neumann, de Vienne, représentait l'Autriche.

La première journée, samedi 1er décembre, fut consacrée à l'inauguration elle-même. A huit heures et demie, le professeur Bocchetti venait nous prendre au Palace Hôtel où nous étions hébergés, et nous conduisait dans la banlieue romaine, au Monteverde Nuovo, sur l'éminence proche de l'hôpital du Licteur, colline très aérée où s'élève le grandiose Institut.

A 9 h. 30 exactement, annoncé par les vivats des jeunes fascistes groupés aux abords de l'édifice, par les sonneries des avant-gardistes, le Duce descend de voiture.

Il est accueilli par les plus hautes personnalités du Gouvernement, des deux Chambres, de la Municipalité, des Cours de justice. Citons en particulier le sénateur Federzoni, président du Sénat, l'honorable Costanzo Ciano, président de la Chambre, les ministres Jung et de Francisci, plusieurs sous-secrétaires d'Etat, le gouverneur de Rome, prince Boncompagni, etc. ; de nombreux médecins, et d'abord le vénérable professeur Maragliano, tous les collaborateurs de l'Institut, professeur Bocchetti, Alessandri, Spolverini, Omodei Zorini, Monaldi, Daffi, Verceti.

Avec une courtoisie toute particulière, le Duce se fait présenter les médecins étrangers, et réserve les attentions les plus flatteuses à la délégation française et notamment à notre si sympathique chef de file, le professeur Bezançon.

Un rapide service de consécration retient toute l'assistance dans le vestibule central, où le cardinal Marchetti Selvaggiani, vicaire du pape, prononce une courte prière destinée à appeler sur l'édifice et sur les malades présents et futurs la bienveillance céleste.

Nous nous dirigeons ensuite vers l'Aula magna, déjà occupée par de très nombreuses personnalités du monde scientifique ou littéraire, des représentants des diverses œuvres d'assistance et de prévoyance, des professeurs et des étudiants. Une longue acclamation reçoit le Duce à son arrivée sur l'estrade.

Aussitôt l'honorable Battai, ancien ministre des Corporations, prend la parole pour exposer les faits et les chiffres témoignant de l'œuvre considérable accomplie en ces quatre années.

Le coût de l'œuvre est de 60 millions de lires, soit 78 millions de francs, dont près du tiers a été distribué en salaires rémunérant 800.000 journées de travail.

L'orateur indique l'état présent de l'organisation sanatoriale qui comportera finalement, en 1937, 58 sanatoriums, 18.686 lits, y compris les 2.500 lits du village sanatorial de Sondalo.

« Nous sommes, dit l'honorable Bottai, devant un fait social nouveau, qui par ses proportions, par l'apparence qu'il revêt, n'a pas d'analogue dans les temps écoulés : sept millions d'assurés, et bientôt plus de 8 millions, grâce à la poursuite de notre action dans les campagnes ; dix millions d'assistés dans les familles de nos assurés..., chiffre énorme et que ne serait pas en mesure de procurer la charité privée. Un vaste patrimoine se forme auquel patrons et travailleurs contribuent à l'unisson. »

L'orateur termine en soulignant l'évolution nouvelle d'un peuple dans la voie de la prophylaxie et de la prévoyance, où l'ouvrier arrivera à résoudre, par ses propres moyens, par le fruit de son propre travail, le problème de dignité morale, de conscience civile et de puissance politique que représente pour lui la défense de la santé.

Cette péroraison est accueillie par de vibrants applaudissements. Le comte Volpi di Misurata, président de la Confédération fasciste des industriels, dit l'importance des cours de perfectionnement institués par la Confédération elle-même en 1927. Ces cours ont préparé 700 médecins, à qui revient dans la péninsule le rôle de pionniers combattants dans la croisade entreprise par le Duce lui-même pour la défense et l'intégrité physique de la race.

C'est pour concourir à ce but que la Confédération des industriels a participé financièrement à l'organisation de la clinique de l'Institut B. Mussolini, en offrant une dotation à l'Institut de la Prévoyance sociale.

Le comte Volpi, chaleureusement applaudi, cède la parole au professeur Bezançon qui prononce une courte et significative allocution, dont nous reproduisons les passages essentiels.

Après avoir rappelé la mémoire de son prédécesseur au secrétariat général de l'Union internationale contre la tuberculose, le regretté Léon Bernard, il poursuit ainsi :

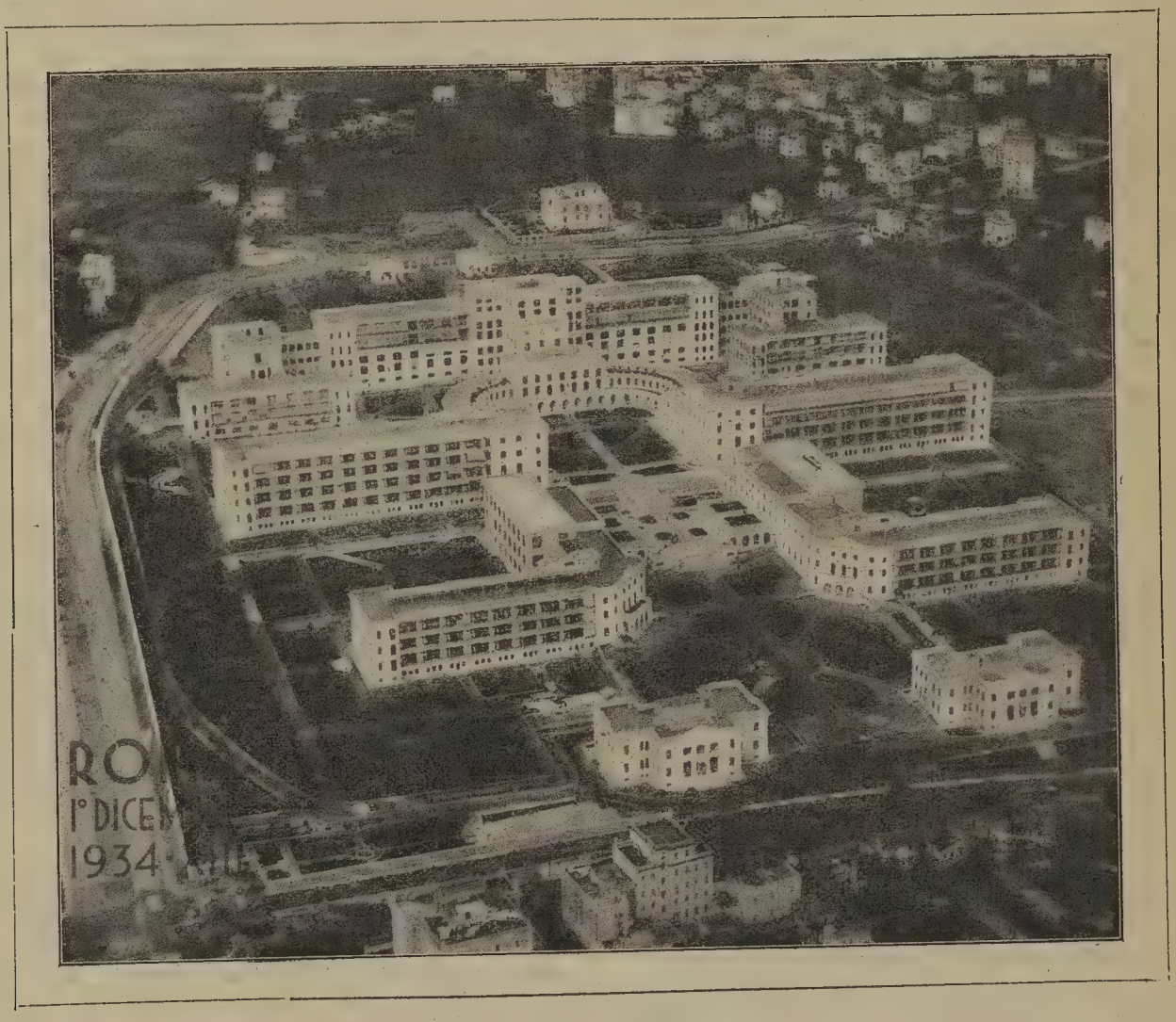
« La fondation de l'Institut Benito Mussolini est pour les nations affiliées à l'Union internationale contre la tubercu-

lose un magnifique exemple. L'Institut représente certainement la plus grande Ecole de perfectionnement en tuberculose du monde entier, il constitue le plus grand effort qui ait jamais été accompli ; effort si considérable que beaucoup doutaient de sa réalisation, réalisation d'ailleurs qui n'a été possible — ne l'oublions pas — que grâce à la loi d'assurance obligatoire contre la tuberculose, décrétée par le chef du Gouvernement.

« Les médecins italiens et aussi les médecins étrangers vont pouvoir trouver dans cet Institut un enseignement complet non seulement de phtisiologie, mais aussi de toutes les branches de la médecine qui ne peuvent en être séparées, de la pédiatrie, des maladies des voies respiratoires.

« Sous la haute direction du professeur Morelli, qui, fidèle interprète de votre pensée, Excellence, a été le créateur et l'animateur de cette belle œuvre, vont ainsi se former de nombreux médecins spécialistes qui, véritables *missi dominici*, vont se répandre dans toute l'Italie pour y assurer la lutte contre la tuberculose.

« La formation de médecins spécialistes, de phtisiologues, ne sera d'ailleurs pas la seule tâche de l'Institut. Il va prendre — il a pris déjà — une place importante dans



L'Institut Benito Mussolini.

l'étude scientifique de la tuberculose. Bactériologiste adonné aux recherches sur la tuberculose, autant que clinicien, j'ai toujours suivi de très près le mouvement de la science bactériologique italienne, dont je suis heureux de saluer, en la personne du professeur Maragliano, un des premiers représentants.

« Je sais quelle place, à l'heure actuelle, tient dans le monde savant la bactériologie italienne, et mon sang latin se réjouit de sa magnifique envolée.

« Grâce à cette alliance de la phtisiologie pratique et de la science, la création de l'Institut Benito Mussolini va donner une impulsion nouvelle à la lutte antituberculeuse et la décroissance déjà rapide de la courbe de mortalité va encore s'accélérer ! »

Il évoque ensuite le grand nom de Forlanini, et dit la place éminente prise par l'illustre savant dans l'histoire thérapeutique de la tuberculose. Puis se tournant vers le Duce :

« Excellence, mes chers collègues, laissez-moi maintenant oublier que je suis ici à titre de secrétaire général de l'Union Internationale contre la tuberculose, pour me souvenir seulement que je suis Français, que je suis Latin, que je suis un vieil humaniste, et que, comme tel, j'aime l'Italie et Rome en particulier comme une seconde patrie.

« Aussi quelle joie, à chacun de mes voyages, de trouver plus belle ma seconde patrie, de suivre cette voie triomphale conquise sur la misère et le taudis, et de pouvoir ainsi unir dans mon admiration, la Rome antique ressuscitée à la Rome nouvelle fasciste triomphante. »

Une chaude ovation couronne le discours du professeur

Bezançon et traduit le vrai sentiment de la foule des assistants.

Enfin, l'honorable professeur Eugenio Morelli prend le dernier la parole. Ses premiers mots, adressés au Duce, sont pour lui exprimer sa reconnaissance de l'avoir désigné pour réaliser l'œuvre de ses rêves.

Il dit les liens qui le rattachaient à Forlanini, dont il s'efforce de maintenir le culte et de perpétuer l'enseignement.

Il rappelle les étapes successives de la lutte italienne contre la tuberculose et souligne le rôle actif joué par le Duce lui-même dans la campagne entreprise.

Le professeur Morelli indique ensuite le but immédiat de la clinique Benito-Mussolini qui est la préparation des médecins spécialisés destinés à diriger les dispensaires et sanatoriums répandus dans toute l'Italie.

Il montre l'importance du médecin compétent dans le diagnostic précoce de la tuberculose, seule condition d'une thérapeutique efficace.

Enfin, il envisage le côté social de la lutte, témoigne des résultats déjà obtenus par le Comité national fasciste de lutte contre la tuberculose qui a pu jusqu'à ce jour réduire de 50 % la mortalité et pourra encore diminuer sensiblement les conséquences du terrible fléau.

Dans une péroraison vivement applaudie, le professeur Morelli interprète brillamment la dédicace de l'Institut au chef du Gouvernement, Benito Mussolini.

La séance levée sur le salut au Duce, clamé par toute l'assemblée, sur le signal du secrétaire général du parti fasciste, on procède à la visite de l'établissement.

Comme on le voit sur le plan ci-joint, il se décompose en large bâtiment de façade, dont le type général s'apparente au reste des constructions. Ce bâtiment est le siège de la clinique. Il contient de chaque côté, selon le sexe, 75 lits de médecine et 75 lits de chirurgie, respectivement situés au premier et au second étage.

Un large vestibule au rez-de-chaussée est décoré de deux beaux bas-reliefs de Minerbi, rappelant l'union des travailleurs de toute catégorie dans la lutte contre la tuberculose.

A droite et à gauche se trouvent les salles de direction, le salon des professeurs, la bibliothèque et le musée de la tuberculose. Une place est réservée à un centre de statistiques.

Entre les salles de cliniques, trouvent place, au premier, les laboratoires de recherches physio-pathologiques, au second, les salles d'opérations.

Deux corps de bâtiments latéraux, de 30 lits chacun, sont destinés, dans un but didactique, aux spécialités, orthopédie, pédiatrie, gynécologie, oto-rhino-laryngologie.

Passé le vestibule du rez-de-chaussée, on atteint le grand amphithéâtre de 300 places, très commodément installé.

Derrière le bâtiment central, arrondis en quadrants autour d'une terrasse exposée au sud-est, deux couloirs supportant tous les laboratoires d'examen et de recherches, — bactériologie, histologie, chimie, sérologie — conduisent aux deux grandes ailes postéro-latérales dirigées parallèlement au bâtiment de la clinique. Ces ailes constituent les deux sanatoriums (hommes et femmes répartis à droite et à gauche de la ligne médiane de l'Institut). Chaque sanatorium comporte deux services superposés de 250 lits chacun. Tous les services ont leur cabinet radioscopique. La radiographie, la pharmacie, les services dentaires, sont installés au sous-sol de la clinique proprement dite.

Au rez-de-chaussée, les deux sanatoriums sont reliés chacun à un réfectoire, d'une capacité de 500 places.

Au-dessus des réfectoires, du côté féminin, un laboratoire école ; du côté des hommes, un théâtre et cinéma de 800 places.

A chaque sanatorium est annexée une église.

Il faudrait pouvoir étudier dans tous ses détails l'organisation très minutieuse des pavillons-sanatoriums, tous débordant de luminosité, et pourvus de dispositifs très ingénieux permettant de transformer les salles de six malades en loges de cure de plein air par simple glissement dans des rainures de murailles-paravents orientables de bien des manières.

A l'extrémité de chaque service, existent des salles d'isolement pour les cas graves.

Notons que 40 lits sont réservés aux médecins eux-mêmes, initiative heureuse qu'il faut sans doute rapporter au secrétaire du syndicat national fasciste des médecins, qui n'est autre que le professeur Morelli lui-même.

Nous n'insistons pas ici sur la perfection des services généraux, tous installés dans la cour centrale, mais dissimulés à la vue par l'habile disposition de terrasses fleuries, et l'utilisation de deux cours anglaises.

Aux deux extrémités des pavillons-sanatoriums, et séparés d'eux, se trouveront les deux dispensaires, non encore aménagés, et qui compléteront, comme nous l'avons dit, l'arsenal technique, thérapeutique et prophylactique de ce magnifique organisme de lutte contre la tuberculose.

Il est le plus récent effort de réalisation dans le programme général élaboré par l'Institut national fasciste de la Prévoyance, et nul établissement au monde ne paraît pouvoir lui être comparé.

Au reste, l'Italie a dans la lutte contre la tuberculose obtenu déjà de sérieux progrès.

La statistique inscrivait en 1924, 60.548 décès par tuberculose ; en 1933, le chiffre en était descendu à 35.240. Avec l'augmentation de la population, il est plus intéressant de signaler le pourcentage des décès : 156 pour 100.000 habitants en 1924, 76 en 1933.

Dans le quinquennium 1929-1933, l'Italie a dépensé pour atteindre un tel résultat 1 milliard 645 millions de lires, soit 2 milliards 138 millions de francs.

Saluons cet effort méritoire de nos amis italiens, qu'ils n'auraient pu fournir, selon leur propre avis, sans l'établissement des lois d'assurance. Au surplus, seuls les assurés bénéficient de l'institution nouvelle, où ne sont accueillis que les ouvriers gagnant moins de 700 lires par mois.

La visite terminée, et nous l'avons tous renouvelée le lendemain, pour en emporter une vision plus précise, le Duce quitte l'Institut sous les mêmes acclamations qui l'avaient accueilli à son arrivée.

Le soir, dans une soirée dont Mme Morelli et ses charmantes filles faisaient les honneurs avec la grâce traditionnelle de l'Italie, nous avons eu l'agrément de nous retrouver chez le directeur de l'Institut, qui occupe un agréable pavillon isolé à quelque distance de la clinique, mais relié aux autres par un couloir souterrain, permettant au chef de s'y rendre sans difficulté de jour et de nuit, sur un simple appel d'urgence.

*
* *

Notre voyage à Rome nous eût laissé une suffisante impression d'admiration pour nos amis d'au delà des Alpes, si nous n'avions pu voir que l'Institut B. Mussolini.

Mais comment ne pas signaler la promenade captivante qui nous a été offerte au lendemain de l'inauguration.

Dans un confortable autocar, où nous voisinions avec les professeurs Morelli, Bocchetti, Puntoni, Zanoni, et nous n'aurions garde d'oublier le sénateur professeur Sanarelli, le plus parisien des Romains, nous avons fait l'excursion de l'Agro Pontino : autrefois, Marais Pontins de sinistre mémoire, où sévissait la maladie dévastatrice au point que pendant de longs siècles, ils furent abandonnés, aujourd'hui terres défrichées merveilleusement colonisées, où comme sous une baguette magique s'élèvent déjà deux cités, Littoria, vieille de trois ans, Sabandia, âgée d'un an, cinquante-quatre mille hectares de terres recouvrées pour l'agriculture, 2.500 colons déjà établis et qui deviendront

possesseurs de 15 à 25 hectares de prairies productives, tel est le bilan admirable de cette autre campagne en faveur de l'hygiène et de l'amélioration sociale.

Institut Benito Mussolini, conquête de l'Agro Pontino, hier encore pestilentiel comme au temps de Pline l'Ancien, grâce à la bonification du sol marécageux, Institut d'Education physique de l'Œuvre Balilla qu'il nous a encore été donné d'apercevoir trop rapidement, triple spectacle d'une œuvre singulièrement instructive, fondée à la fois sur la science, sur l'esprit national et sur un vrai sentiment de solidarité sociale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1934)

Non transmission au rat, par ingestion, du virus typhique historique contenu dans les poux infectés. — MM. Charles NICOLLE et Paul GIROUD.

Le pouvoir désaminant du poumon. — MM. Léon BINET et Daniel BARGETON.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1934)

Anesthésie à l'évipan. — M. MOURE insiste sur la nécessité d'une grande lenteur d'injection. Si la méthode comporte des contre-indications et des incidents, il semble néanmoins qu'elle soit peu dangereuse, comme en témoignent les statistiques étendues.

M. Pierre DUVAL estime que le nombre de cas publiés est encore insuffisant pour donner un jugement définitif.

Radiothérapie des ostéomes. — M. CHEVRIER rappelle les résultats obtenus avec Bonniot, et discute les modalités d'action de la radiothérapie sur les ostéomes.

M. PROUST souligne l'intérêt de la méthode.

Ostéogénèse. — M. LERICHE défend les idées qu'il a exprimées avec Policard. Une série d'expériences montre qu'un transplant de muqueuse vésicale dans les muscles entraîne une ossification voisine. On peut voir l'os apparaître avant les images ostéoblastiques. Une série de projections démontre ces ossifications au contact des transplants de muqueuse vésicale.

M. PROUST constate que le périoste ne semble jouer qu'un rôle conducteur.

M. MATHIEU souligne que le rôle des ostéoblastes demeure encore mystérieux.

M. MÉTIVET pose la question des ostéomes dans les cicatrices de cystostomie.

M. PAPIN trouve dans les données de M. Leriche l'explication des ostéomes observés après certaines opérations sur la vessie.

Fermeture intra-péritonéale des anus du grêle. — M. FEREY (Saint-Malo) a obtenu huit succès sur huit cas opérés par ce procédé.

M. SOUPAULT constate que l'anus terminal sur le grêle est utilisé comme méthode de traitement pour certaines colites par des chirurgiens américains.

M. PICOT estime que les fistules intestinales se ferment seules en général, lorsqu'on fixe simplement le grêle au péritoine.

M. ALGLAVE a observé un cas de mort par anus sur la fin du grêle.

M. LARDENNOIS, pour la cure d'un anus du grêle, pratique une anastome termino-latérale au bouton de Murphy, un des bouts intestinaux restant comme ouverture de sûreté à la peau.

Présentation de malades :

M. LEVEUF. — Constriction permanente des mâchoires, traitée par résection condylienne et appareil de Darcissac.

SOCIETE DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1934)

Caractères d'un bacille acido-résistant isolé d'un cobaye inoculé avec un liquide pathologique d'origine humaine. — M. Paul BOQUET. Le bacille étudié par l'auteur présente des propriétés pathogènes médiocres à l'égard des animaux réceptifs aux bacilles des mammifères et aux bacilles aviaires. Mais il diffère aussi nettement des bacilles paratuberculeux communs par ce fait qu'il confère au cobaye une allergie très accentuée et qu'il acidifie le milieu synthétique de Sauton, en produisant une tuberculine, dont l'activité, mesurée par la réaction dermique, n'est inférieure que de moitié à celle de la tuberculine de Koch.

Remarques à propos d'un bacille acido-résistant. — M. A. BOQUET. Les constatations de l'auteur, jointes à celles que d'autres expérimentateurs ont publiées récemment, montrent que des bacilles acido-résistants d'origines diverses et doués de propriétés pathogènes souvent peu marquées, se rapprochent néanmoins beaucoup plus des bacilles tuberculeux que des bacilles paratuberculeux par leurs caractères bio-chimiques, leurs propriétés antigènes, allergisantes ou tuberculinigènes. A cet égard, le bacille qui fait l'objet de ces remarques, présente même des analogies évidentes avec les variétés S des bacilles des mammifères, sinon au moment où celles-ci se dissocient, du moins lorsqu'elles se sont dégradées après plusieurs passages sur les milieux artificiels.

Sur quelques caractères et en particulier sur la lyse spontanée des streptocoques isolés dans l'expectoration des asthmatiques et des bronchitiques chroniques. — M. F. NITTI. On trouve parmi les streptocoques isolés chez ces malades, un certain nombre de souches se caractérisant par leur tendance à la lyse spontanée, lyse qui n'est pas transmissible en série. On peut se demander si ce n'est pas pendant leur séjour dans les voies aériennes que ces germes ont perdu le pouvoir de s'adapter aux milieux artificiels de culture. L'auteur n'a jamais observé ces phénomènes de lyse sur des souches venant d'infections streptococciques graves, humaines ou animales.

Etude de l'action de divers corps chimiques sur le virus poliomyélitique « in vivo » et « in vitro ». — MM. G. HORNUS et P. HABER ont étudié l'action de quelques composés chimiques, tant dans leur action préventive, après injection à l'animal avant toute inoculation, que dans leur action *in vitro* sur le virus poliomyélitique, administré ensuite au singe par instillations nasales.

L'ensemble de leurs recherches confirme la notion de la grande résistance du virus poliomyélitique vis-à-vis des divers antiseptiques. Seuls, le *Solganal*, un composé arsenical (*l'Uclarsyl*), et une substance colorante (*le bleu d'isamine*) ont semblé exercer une certaine action, mais seulement partielle, la poliomyélite évoluant alors beaucoup plus lentement que d'habitude.

Action antirachitique comparée des méthylphosphates, des glycérophosphates et de la lécithine. — M. R. LECOQ

et Mlle M.-L. Barban montrent, en s'appuyant sur la calcification de jeunes rats préalablement rachitisés, que pour une même teneur en phosphore, le méthylphosphate de calcium se montre moins antirachitique que les glycérophosphates de calcium. Par contre, l'activité antirachitique de la lécithine apparaît, pour une même teneur en phosphore, analogue à celle de l'acide phosphorique.

L'action antirachitique du sirop iodotannique phosphaté. — M. R. Gallier montre, grâce à des expériences physiologiques précises conduites sur le rat, que la combinaison iodotannique réalisée selon les conditions indiquées dans la pharmacopée française pour le sirop iodotannique simple, n'entrave pas l'action antirachitique propre de phosphate monocalcique, même aux doses minima d'action.

Analyse biologique de la manne de frêne. — M. R. Lecoq établit au moyen de recherches poursuivies sur le pigeon, le cobaye et le rat, que la manne en larmes est pratiquement dépourvue de vitamines A et C, mais qu'elle renferme une certaine quantité de vitamines B et surtout une assez forte proportion de vitamine D antirachitique. La manne du frêne apparaît, en outre, quand elle se trouve en doses élevées dans la ration, génératrice de déséquilibre alimentaire.

(séance du 24 novembre 1934)

Evolution du virus rabique des rues dans les éléments épithéliaux dérivés de l'ectoderme et de l'endoderme. — MM. C. Levaditi, R. Schœn et J. Levaditi. Seuls, les épithéliums de la cornée sont susceptibles de réagir à l'égard du virus rabique des rues, par la formation de corpuscules oxyphiles analogues aux corps de Negri. Tous les autres éléments épithéliaux d'origine ecto- ou endodermique, de même que les cellules de la substance médullaire de la capsule surrénale, se comportent différemment. Tout en constituant une porte d'entrée favorable à la dispersion du virus rabique, ils ne tolèrent pas la formation de corps de Negri. De ce point de vue, l'épithélium cornéen est celui qui se rapproche le plus de certains neurones, qui, en vertu de leur origine ecto-dermo-névraxique, facilitent l'évolution intra-cellulaire du virus de la rage, ainsi que l'éclosion de la phase visible de son cycle évolutif (corps de Negri).

Activation de la forme filtrable du bacille tuberculeux par l'extrait acétonique de bacilles de Koch. — M. H.-D. Boer confirme les expériences de L. Nègre, J. Valtis et F. van Deinse, d'après lesquelles les cobayes inoculés avec des filtrats de cultures ou d'organes tuberculeux ne contractent jamais de lésions tuberculeuses, alors qu'on observe l'apparition de lésions tuberculeuses typiques chez des cobayes inoculés avec les mêmes filtrats et traités ensuite par des injections bi-hebdomadaires d'extrait acétonique de bacilles de Koch. De ces lésions, l'auteur a pu isoler des cultures de bacilles tuberculeux.

Les groupes sanguins chez les Indiens Guaranis du Brésil. — M. Ribeiro a recherché si les types constitutionnels classiques existaient avec la même fréquence chez les Indiens Guaranis et s'ils présentaient un rapport avec d'autres groupes ethniques.

Son étude porte sur 107 individus des deux sexes, de 4 à 68 ans. Les mensurations ont été faites suivant la technique de Viola. On a fait la vérification systématique des groupes sanguins.

La thyroïde dans un cas d'épihélioma dendritique de la mamelle chez la souris. — MM. L. Mercier et L. Gosselin signalent une modification de l'activité sécrétoire de la glande thyroïde, en rapport avec l'évolution d'un épithélioma dendritique de la mamelle chez la souris, et ils insistent sur le fait que, dans le cas étudié, l'augmentation de l'activité sécrétoire constatée est indépendante de la gestation. Il est donc probable que cette hyperactivité de la glande thyroïde est liée à la diathèse cancéreuse ayant abouti à l'apparition d'un cancer de la mamelle.

Eloge funèbre de M. Jean de Meyer, membre correspondant. — M. Achard.

— Société de biologie de Lyon (séance du 19 novembre 1934) :

Procédé pour faciliter le contrôle des microcultures de bacilles tuberculeux sur milieu de Lowenstein. — MM. A. Dufourt et A. Fabre. La recherche des microcultures sur milieu de Lowenstein, est rendue facile par l'homogénisation de la surface du milieu renfermé dans un tube. On prélève avec une large spatule toute la surface sur une épaisseur d'un ou deux millimètres. La substance retirée est mélangée à de l'eau de Javel diluée au tiers. On laisse agir un quart d'heure en remuant, puis le liquide homogénéisé est décanté, additionné d'alcool à 95°, on centrifuge, le culot est étalé, fixé et coloré au Ziehl. On arrive ainsi par ce procédé à augmenter d'une façon considérable le pourcentage positif des microcultures de bacilles tuberculeux.

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Le coefficient de Maillard chez le cobaye au cours de l'intoxication aiguë par le tétrachloréthane et le chloroforme. — MM. F. Meersseman, L. Perrot et E. Franque ont vu, au cours de ces intoxications expérimentales, le coefficient de Maillard s'élever à des chiffres pouvant atteindre 20 à 30 ; mais cette élévation est variable et irrégulière ; elle est en outre susceptible de régressions, qui se produisent dès que l'on suspend l'intoxication. Ces résultats s'opposent à ceux que l'on obtient avec le phosphore qui, dans l'intoxication aiguë au moins, détermine une élévation rapidement progressive et inéluctable du rapport de Maillard.

Recherches sur l'insuffisance hépatique expérimentale. Les lésions hépatiques chez le cobaye au cours de l'intoxication aiguë par le phosphore, le chloroforme et le tétrachloréthane. — M. F. Meersseman a étudié, à l'aide des méthodes topographiques courantes et des techniques mitochondriales, le foie des cobayes expérimentalement intoxiqués. De cette étude, il tire les conclusions suivantes : 1° sans que l'on puisse, bien entendu, parler d'un rapport mathématique, il paraît exister un certain parallélisme entre le degré des lésions cellulaires et, particulièrement, mitochondriales d'une part, et l'importance et l'irrémédiabilité du déficit uréogénique d'autre part ; 2° il est nécessaire, pour obtenir chez le cobaye des troubles importants et, surtout, définitifs de l'uréogénèse, de réaliser des lésions graves et diffuses des cellules hépatiques, la diffusion des lésions paraissant jouer un rôle au moins aussi considérable que leur gravité intrinsèque.

La diphtérie chez les sujets à réaction de Schick négative. Réaction de Schick et maladies infectieuses intercurrentes. — MM. F. Meersseman et P. Renard ont pratiqué la réaction de Schick chez 54 grippés se répartissant en trois groupes : 1° 21 sujets vaccinés quelques mois auparavant ont donné 15 réactions négatives et 6 réactions positives ; 2° 24 sujets qui avaient eu quelques mois plus tôt une réaction négative, donnèrent 14 réactions négatives, 8 réactions positives et 2 réactions dissociées (négatives avec la dose normale de toxine, positives avec une dose double) ; 3° 9 sujets qui avaient eu antérieurement une réaction dissociée donnèrent 2 réactions dissociées et 7 réactions positives. Ces résultats établissent que, contrairement à ce qui a été constaté pour la rougeole, la grippe est capable d'abaisser la

valeur de l'immunité antidiphtérique et de changer le sens d'une réaction de Schick antérieurement négative.

Recherches sur l'action pharmacodynamique d'un ester de l'acide tropique et d'un amino-alcool (syntropan). — Les propriétés du syntropan présentent certaines analogies avec celles de l'atropine. Expérimentant sur le chien chloralosé, MM. L. JUNG, M. PIERRE et P. MADELENAT ont constaté que cette substance est un paralysant du parasympathique. Mais alors que les actions sur les sécrétions, sur l'iris et sur le cœur, sont peu marquées, bien moins en tout cas qu'avec l'atropine, le pouvoir inhibiteur du péristaltisme intestinal est très élevé.

Aux doses toxiques, le syntropan devient un poison convulsivant.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1934)

De l'action d'un complexe calco-magnésien dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. — M. Paul VIARD donne la suite de la communication qu'il fit avec M. R. Casaubon, le 14 février 1934, à la Société de Thérapeutique, sur l'action de cette association médicamenteuse dans les spasmes organiques en général, et ceux du tube digestif en particulier.

L'auteur insiste, au point de vue étiologique, sur la constance des manifestations rhino-pharyngo-gingivales observées dans les anamnestiques des parkinsoniens, comme aussi bien dans ceux des gastro et entéro-spasmés, et voit dans l'infection banale dominée par le streptocoque, entrée dès l'enfance dans le rhino-pharynx, la cause essentielle des poussées dysfonctionnelles du tube digestif et des scléroses neuro-centrales et neuro-sympathiques qui aboutissent à la maladie de Parkinson.

Au point de vue clinique, il insiste sur la constance du myxœdème qu'il estime pathognomonique du déséquilibre humoral à forme alcalosique observé et chez les entéro-spasmés et chez les parkinsoniens.

Le traitement de ces affections par injections endoveineuses lentement pratiquées, du complexe calco-magnésien, réalise un grand progrès pour des malades jusqu'ici influençables par la thérapeutique habituelle.

La Vaccinothérapie de la Chorée de Sydenham. — M. R. LAUTIER déclare que les premiers essais de vaccinothérapie de la chorée de Sydenham, faits par Marsh en 1911 et Collins en 1913, à l'aide de souches streptococciques isolées de malades atteints de rhumatisme ou de chorée grave, bien que pleins de promesses, ne furent pas poursuivie. Il faut attendre jusqu'en 1923 la reprise de l'essai de la vaccinothérapie dans le traitement de la chorée (observation de Vivien, de Sidi-bel-Abbès).

L'auteur apporte des observations personnelles, qui montrent que la vaccinothérapie de la chorée de Sydenham, appliquée précocement, se montre très efficace, entraîne rapidement la guérison des cas, même les plus graves, préserve des complications cardiaques, facteur de gravité de l'affection, et influence heureusement ces mêmes complications cardiaques, si le vaccin utilisé trop tardivement est injecté d'une façon prolongée.

Etude critique du taux trop élevé des rations alimentaires chez l'homme sain et chez le malade. — M. G. LEVEN estime que le taux des rations alimentaires classiques est excessif chez tous les sujets, sains ou malades.

Il base sur une très longue expérimentation clinique ces affirmations. L'étude de sujets ayant des professions très nudes (cultivateurs, maréchaux-ferrants, etc.), lui a démon-

tré que des rations n'atteignant pas 2.000 calories suffisaient à ces sujets et leur permettaient parfois d'engraisser.

Des rations de 1.500 à 1.800 calories ont suffi pour réaliser des engraissements de 15 à 20 kilogr.

Il rappelle que dans le besoin d'aliments, outre la faim physiologique, entre encore pour une grande part l'habitude de la ration forte.

Les sujets qui ont servi à son expérimentation trouvaient souvent 2.500 calories dans le seul pain consommé chaque jour.

Les troubles fonctionnels engendrés par cette suralimentation ayant cessé avec un régime réduit, les sujets observés ont conservé le taux de la ration alimentaire utilisée au cours du traitement et ont pu cependant fournir les mêmes efforts physiques avec ces rations si réduites.

Ces données ont des conséquences économiques souvent très intéressantes, puisque des familles d'ouvriers ont réalisé des économies de plusieurs milliers de francs, au chapitre nourriture, chaque année, tout en améliorant des santés compromises par des erreurs diététiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Au cours de son assemblée générale du 7 décembre 1934, le S. M. S. a voté les ordres du jour suivants :

Assurances sociales. — Ordres du jour votés par l'assemblée générale du syndicat des médecins de la Seine, le 7 décembre 1934, pour être proposés et soutenus par ses délégués à l'assemblée générale de la Confédération :

1er *ordre du jour.* — L'assemblée générale de la Confédération,

Ayant pris connaissance d'une part de la circulaire ministérielle à tendance illégale du 8 août, d'autre part de la lettre personnelle du 30 septembre du ministre du Travail au secrétaire général de la Confédération ;

Constate que la lettre de M. le Ministre du Travail, en date du 30 septembre, n'a, ni en droit, ni en fait, supprimé les effets de la circulaire du 8 août 1934 ;

Demande que de nouvelles démarches soient entreprises auprès des pouvoirs publics pour obtenir, soit l'abrogation pure et simple de la circulaire du 8 août, soit la publication au *Journal officiel* d'une circulaire basée sur une régulière interprétation de la loi. (Adopté à l'unanimité.)

2e *ordre du jour.* — L'assemblée générale de la Confédération,

Constatant que la rédaction actuelle de l'article 4 et des conventions-type lui donne satisfaction et a permis à la loi des assurances sociales de démarrer facilement et de fonctionner normalement, grâce à la loyale collaboration du corps médical ;

Rappelant que c'est sur ce texte que cette collaboration du corps médical à la loi a été votée, à titre d'essai, le 27 juillet 1930 ;

Redoutant les conséquences d'une refonte de l'article 4 et des conventions-type ;

Déclare s'opposer à toute modification du texte de l'article 4 et des conventions-type ;

Et donne mandat au Conseil d'administration de veiller en toutes circonstances au respect des garanties données aux assurés et au corps médical, par l'article 4 de la loi et par les conventions-type. (Adopté à l'unanimité, moins deux voix.)

Questions fiscales. — Ordre du jour. — L'assemblée générale du S. M. S., réunie le 7 décembre 1934,

Rappelle qu'elle n'avait à la réunion de février accept le livre-journal que sur l'affirmation du secrétaire général de la Confédération que cette institution ne serait que temporaire ;

Donne mission à son conseil d'administration de provoquer et de poursuivre toutes démarches pour que :

1° Le livre-journal qui ne présente que des inconvénients pour les médecins, et aucun avantage pour l'administration soit supprimé ;

2° Le statu quo ante soit rétabli avec introduction dans la législation de la préconciliation qui a donné toute satisfaction aux deux parties ;

3° Et les injustices résultant des nouveaux décrets soient redressées. (Adopté à l'unanimité.)

Naturalisation des médecins d'origine étrangère. — Vœu. — Considérant qu'il est d'un intérêt certain, tant au point de vue moral qu'à celui de la santé publique, de conserver à la médecine française son bon renom traditionnel ;

Considérant que la plupart des abus ou scandales relevés ces dernières années, dans l'application des soins médicaux aux bénéficiaires des lois sociales incombent à des praticiens d'origine étrangère ;

L'assemblée générale du syndicat des médecins de la Seine,

Faisant état de la documentation très étendue que possèdent les syndicats médicaux chargés de veiller à la moralité et à la dignité de la profession,

Emet le vœu que dorénavant, aucune médecin d'origine étrangère ne soit naturalisé sans que la chancellerie ait pris l'avis du syndicat médical départemental.

Cette demande vise aussi les étrangers porteurs du diplôme d'Université mention médecine, ou le postulant. (Adopté à l'unanmité.)

Exercice illégal. — Motion. — L'assemblée générale du syndicat des médecins de la Seine demande que des démarches soient faites auprès de l'administration, en vue d'obtenir d'elle l'expulsion de tout étranger exerçant illégalement la médecine, ou de tout étranger muni du diplôme d'Etat, mais exerçant la médecine dans des conditions susceptibles de jeter sur elle le discrédit. (Adoptée.)

Le Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques, par Louis VIDAL (16e édition, 1935).

L'ouvrage de 1.877 pages, de format 10 1/2-16 1/2, de maniement commode, luxueusement relié, comprend 4 parties comme l'édition précédente, unanimement appréciée.

Toutefois, l'auteur a encore amélioré son ouvrage par la création d'une « Table des Chapitres », paginée, placée au début du volume, conçue et établie en vue de simplifier et faciliter les recherches. Dorénavant, à partir d'une indication ou symptôme quelconques, la Table des Chapitres permettra de trouver immédiatement la page correspondante dans la Nomenclature des produits.

Les 4 parties demeurent comme précédemment :

1° La Table de Spécialités par actions médicamenteuses et Indications thérapeutiques, révisée dans tous ses détails. Simple nomenclature, elle permet, sans prétendre donner de conseils déplacés, de retrouver la liste des spécialités ayant une action précise ou indiquées dans une affection déterminée.

2° Dans la deuxième partie sont groupées de nombreuses documentations nouvelles et les textes anciens ont souvent été remaniés et complétés. Les prix sont mentionnés et une sélection rigoureuse permet la prescription aux assurés sociaux, sans risquer la moindre réaction administrative.

3° La Nomenclature nominale des spécialités pharmaceutiques, avec adresse des Fabricants, a également été mise à jour ainsi que :

4° La Nomenclature des spécialités classées par Laboratoire, qui offre l'avantage de retrouver un produit dont seul le nom du Fabricant est connu.

NÉVROSES INSOMNIES

LOBÉLIANE LALEUF

ANTISPASMODIQUE PUISSANT

EXCLUSIVEMENT VÉGÉTAL

GOÛT ET ODEUR AGRÉABLES

ATOXIQUE

DOSE CALMANTE : 2 à 5 cuillerées à café par jour

DOSE HYPNOTIQUE : 1 à 3 cuillerées à café le soir

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

20, RUE DU LAOS — PARIS (XVe)

Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

Le *Dictionnaire de Spécialités pharmaceutiques*, doyen des ouvrages de documentation, véritable encyclopédie de la spécialité pharmaceutique, reste pour le médecin l'ami fidèle, à portée de la main, et continuera comme par le passé à lui rendre les services quotidiens auxquels il est accoutumé.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SÉMIOLOGIE DES HÉMATÉMÈSES

Vomissement de sang. Il est parfois délicat d'en reconnaître la cause.

CLINIQUE

Trois formes :

A. **Grande hématémèse.** — Parfois quelques prodromes ; Eloignés : douleurs gastriques.

Immédiats : angoisse, malaise, goût de sang à la bouche, chaleur épigastrique.

Le vomissement est de sang *rouge, non aéré* (2 à 500 grammes), parfois mélangé à des débris alimentaires.

Il s'accompagne de pâleur, de tendance syncopale ; le pouls est petit, rapide et mal frappé.

Pronostic. — Sur l'abondance de l'hémorragie (hématémèse *foudroyante*, exceptionnelle, mais tuant très rapidement).

Sur la *répétition* de l'hématémèse, d'où : surveillance du malade ; immobilité, glace, au besoin transfusion sanguine.

Les jours suivants : apparition de *moelena*. Quand les signes alarmants auront disparu, examen plus poussé du malade, pour préciser l'étiologie de cette hématémèse.

B. **Moyenne hématémèse.** — Le plus souvent, sans prodromes.

Vomissement de sang *noirâtre, marc de café*, mélangé à des aliments. Elle est peu abondante.

Pronostic. — Sur la *répétition*, qui peut amener une anémie progressive intense.

C. **Petite hématémèse.** Parfois *occulte*. Quelques piquetés hémorragiques dans un vomissemnt alimentaire. Nécessité des réactions de Meyer, Weber ou de Boas.

Diagnostic. — Il est facile, quand *on assiste à l'accident.*

On différencie la *grande hématémèse* de l'*hémoptysie*. Cette dernière est de sang rouge *spumeux, aéré;* pas de particules alimentaires. Mais possibilité d'hémoptysie déglutie et vomie secondairement ; de toux réflexe lors d'une hématémèse. Aussi, importance des quelques crachats *noirâtres* qui suivent l'hémoptysie pendant deux ou trois jours.

La M. H. est à discriminer de l'*épistaxis déglutie*, de vomissements bilieux, médicamenteux. Simulateurs.

Etiologie et pronostic. — Dans certains cas, étiologie facile à fixer : hématémèse par plaie ou contusion gastrique, ingestion de liquide caustique ; hém. après intervention sur l'estomac : indication au lavage d'estomac ; hém. au cours de maladies hémorragipares : rougeole, leucémie, purpura, ictère grave : *vomito negro* de certaines appendicites.

Causes gastriques. — *H. ulcéreuse.* — Classiquement, l'H. fait partie du tableau de l'ulcus. On a tendance à la considérer, maintenant, comme une *complication* (marque une *poussée évolutive de l'ulcère :* l'élévation thermique, la leucocytose en font foi pour certains auteurs).

On précisera le diagnostic sur l'âge du malade, *l'évolution par crises.* L'H. a un certain intérêt pour localiser la lésion :

Les ulcus de la *petite courbure* saignent facilement, de façon abondante ; ceux du *pylore* donnent des hématémèses peu abondantes de sang noir ; les ulcus *duodénaux* peuvent, mais plus *rarement*, entraîner une hématémèse.

Pronostic. — Surtout *immédiat*, la répétition de l'hémorragie peut poser de délicates décisions thérapeutiques.

Hématémèse cancéreuse. — Elle est peu abondante, demande souvent pour être décelée des recherches microscopiques, des réactions chimiques, mais elle est symptomatique.

Le diagnostic s'appuiera sur l'âge, les antécédents, la radiologie.

Pronostic. — Il est grave : l'anémie qu'elles entraînent, liée à l'intoxication cancéreuse, explique la fragilité opératoire de ces malades.

Accessoirement : l'hématémèse de l'*ulcération simplex*, des tumeurs bénignes de l'estomac.

Enfin, les hématémèses des *gastrites alcooliques ;* des *pyloro-gastrites hémorragiques*, de type hypersténique, des dyspepsies secondaires à une *cholécystite.* Les hématémèses survenant chez un *gastro-entérostomisé* peuvent relever d'un *réveil de l'ulcère*, d'un *ulcus peptique*, ou bien d'*adhérences.*

Causes hépatiques. — L'hématémèse peut apparaître comme l'un des éléments du syndrome d'insuffisance hépatique aiguë au cours d'une *cirrhose maligne.* Plus souvent, c'est le 1er *signe* ou une complication d'une cirrhose, surtout de la *cirrhose hypertrophique anascitique* (origine discutée : hypertension portale ; beaucoup plus importante : *modification de la crase sanguine*).

Elles sont *très graves* de par leur tendance à la *répétition*, leur *abondance.*

L'hématémèse due à la *pyléphlébite* primitive, associée à une splénomégalie, ou secondaire à une affection hépatique.

Causes spléniques. — Ces hématémèses surviennent chez des sujets *jeunes ;* elles ont tendance à *se répéter*, entraînant une anémie *progressive.*

La *splénomégalie*, exceptionnellement due au paludisme, à la syphilis, reste le plus souvent de cause inconnue (on a incriminé une *mycose*) s'accompagne de leucopénie, d'un signe du lacet, d'une augmentation du temps de saignement.

Pronostic. — Il est *sérieux*, mais la *splénectomie* amène la guérison.

Extrême importance des soins *pré-opératoires* (transfusion, etc.).

Causes plus rares. — L'hématémèse de la *crise gastrique du tabès :* crise noire de Charcot ; l'hématémèse survient à l'acmé de la crise, elle est peu abondante. Elle peut compliquer le diagnostic entre la crise ulcéreuse et la crise gastrique tabétique.

Enfin signalons les hématémèses de l'*hypertension artérielle ;* de l'*aortite abdominale*, ou par rupture d'un anévrysme dans l'œsophage.

En résumé, l'hématémèse est un symptôme relativement fréquent, assez facile à reconnaître, qui relève de trois causes possibles : avant tout des *causes gastriques* les plus fréquentes, mais qui ne doivent pas faire oublier des *causes hépatiques* ou *spléniques.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

INSOMNIES
SÉDATIF HYPNOTIQUE DE CHOIX
à base de { DIÉTHYLMALONYLURÉE EXTRAIT DE JUSQUIAME INTRAIT DE VALÉRIANE
BEATOL
LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien - 46, Ave des Ternes - PARIS (17e)
NERVEUX ANTI-SPASMODIQUE ANTI-ALGIQUE
LIQUIDE - 1 à 4 cuillerées à café
COMPRIMÉS - Deux à quatre
AMPOULES - Injections sous-cutanées

OLÉTHYLE-BENZYLE

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL LAFAY
Huile Iodée à 40 %
Pour combattre
Asthme
Artériosclérose
Lymphatisme
Rhumatisme
Algies diverses
Sciatique
Syphilis
Pour Explorer
Système Nerveux
Voies respiratoires
Utérus et trompes
Voies urinaires
Sinus nasaux
Voies lacrymales
Abcès et fistules
Ampoules, Capsules, Emulsion, Comprimés
A. GUERBET & Cie, Pharmacien, 22, Rue du Landy — St-OUEN, près Paris.

VÉMET-JEP-CARRÉ

LE VALÉRIANATE DE PIERLOT
est NEUROTROPE
Il se fixe de préférence sur la surface extérieure de la Cellule Nerveuse.
Il reste **toujours** et **malgré tout**
l'unique préparation efficace et inoffensive pour le cerveau et le cœur,
résumant tous les principes *sédatifs et névrosthéniques* de la
VALÉRIANE officinale.
H. RIVIER, Phien, Succr de LANCELOT & Cie, 26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS

Le plus PUISSANT RECONSTITUANT GÉNÉRAL
HISTOGÉNOL
Médication Arsénio-Phosphorée Organique
NALINE
INDICATIONS :
Puissant Réparateur de l'Organisme débilité
FORMES : Élixir, Granulé, Comprimés, Concentré, Ampoules.
Littérature et Échantillons:
Ets MOUNEYRAT, 12, R. du Chemin-Vert à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
FAIBLESSE GÉNÉRALE
LYMPHATISME
SCROFULE - ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES DIFFICILES
TUBERCULOSE
BRONCHITES
ASTHME - DIABÈTE
R. C. Seine, 210.439 B

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME
HECTINE
PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). - *Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.*
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine). *20 à 100 gout. par jour pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } *Injecter une ampoule par jour, pendant 10 à 15 jours.*
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES
HECTARGYRE
(Combinaison d'Hectine et de Mercure)
Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.
PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. *Une à deux pilules par jour.* } Durée du traitement : 10 à 15 jours
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). *20 à 100 gout. par jour.*
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). } *Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours*
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). } INJECTIONS INDOLORES
Etablts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)
R. C. Seine, 210.439 B

HEMORROIDES, PROSTATITES

ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

13, rue Pagès - Suresnes (Seine)

BRIANÇON

1350 M.
d'Altitude

●

125 Chambres pour Dames et Jeunes Filles.

●

Organisation sanatoriale et médicale moderne

Galeries de Cure privées

●

Train rapide & direct: PARIS-LYON
Briançon • *Autocars:* GRENOBLE MARSEILLE

●

Médecins Résidents: Drs M. & O. PIN

Sanatorium Hôtel des NEIGES.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 22 DECEMBRE 1934. — N° 102.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE
Les vitamines B, par M. L. Babonneix.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS
A propos de l'exercice de la médecine en France, par M. Maurice Mordagne.
Association corporative des étudiants en médecine de Paris. (Communiqué.)
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

CITATION A L'ORDRE DE LA NATION. — Le gouvernement de la République cite à l'ordre de la nation le docteur Clovis Duris, médecin lieutenant des troupes coloniales du Niger (Afrique occidentale française), pour le motif suivant :

« Jeune praticien estimé de tous, envoyé à Zinder dès la première apparition d'une grave épidémie, a prodigué ses soins aux malades avec une admirable abnégation. A été atteint par le terrible fléau au chevet de ses patients. A succombé à son poste, victime de son dévouement et du devoir professionnel. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Amiens. — Ont été nommés internes de l'Hôtel-Dieu d'Amiens : MM. Vasse, Bordier, Malpart et Goulieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Chefs de clinique et chefs de laboratoire (1934-1935). (V. p. 1825.)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — M. le docteur Donnadieu, médecin chef à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est mis, sur sa demande, à la disposition de M. le résident général de France au Maroc.

LIGUE FRANÇAISE CONTRE LE RHUMATISME (secrétariat-trésorerie : 3, avenue du Président-Wilson, Paris [XVIe]). — La dernière réunion clinique de la Ligue française contre le rhumatisme a eu lieu le vendredi 14 décembre, à l'hospice de Bicêtre, service de M. Alajouanine.

Les questions qui y ont été traitées sont les suivantes :

1. Altérations ostéo-articulaires d'origine nerveuse : analogie morphologique avec les affections ostéo-articulaires, nécessité d'un examen neurologique.

Présentation clinique et radiologique de nombreux cas d'altération ostéo-articulaire secondaire :

a. A des lésions nerveuses périphériques ;

b. A des lésions médullaires ;

c. A des lésions cérébrales.

2. Retentissement sur les muscles et les nerfs des affections ostéo-articulaires qui, reléguées au deuxième plan, peuvent être méconnues si l'on n'explore pas systématiquement les articulations voisines :

a. Atrophies musculaires, réflexes, quadriceps (arthrite du genou), du deltoïde (arthrite de l'épaule) ;

b. Sciatique et arthrite chronique de la hanche, sciatique et arthropathies lombaires ;

c. Paralysie du cubital et lésions du coude.

Le compte rendu de la présentation de malades sera publié in extenso dans la *Revue du rhumatisme* de février 1935.

ÉPÉE D'HONNEUR DE M. JEAN-LOUIS FAURE. — Il y a six mois, l'Umfia ou Union médicale latine avait pris l'initiative, lors de sa nomination à l'Institut de France, d'offrir au professeur Jean-Louis Faure une épée d'honneur. Par discrétion, l'Umfia n'a pas ouvert une souscription pour ne pas nuire à celle qui devait s'ouvrir, un peu plus tard, pour la médaille offerte à l'occasion du couronnement de la carrière professorale et hospitalière du professeur Jean-Louis Faure.

DIGITALINE NATIVELLE

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

La fête de la médaille ayant eu lieu il y a un mois à l'hôpital Broca, l'Umfia reprend son projet.

Dès maintenant ceux qui veulent s'associer à la manifestation d'amitié et d'admiration envers J.-L. Faure peuvent adresser leur souscription à l'Umfia, 8, rue de la Pompe, Paris (XVIe).

L'épée, véritable joyau d'art, est déjà commencée; son exécution a été confiée au grand maître orfèvre de notre époque, M. Falize.

Un avis ultérieur annoncera le lieu et la date de la remise de l'épée qui se fera sans doute vers la fin de janvier ou au commencement de février.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE. (Hôpital Laennec et dispensaire Léon-Bourgeois.) — *Cours spécial sur la tuberculose* pour la préparation aux fonctions de médecin de dispensaire et médecin de sanatorium, organisé sous les auspices du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. Fernand Bezançon, Rist et Robert Debré, Etienne Bernard et Lacomme, agrégés; Paraf, Coste, Lelong et Lamy, médecins des hôpitaux; Maurer, chirurgien des hôpitaux; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laennec; Biraud, de la section d'hygiène de la S. D. N.; Evrot, sous-directeur du Comité national de défense contre la tuberculose; Martin, médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine; Calvé, médecin de l'hôpital franco-américain de Berck; Vitry, assistant de l'Ecole de puériculture de la Faculté; Baron, Poix, Soulas, Valtis, assistants de la Clinique; Ch. Mayer, J. Marie, Pellissier, Triboulet, Thoyer, Even, Bernal et Cord, chefs et anciens chefs de clinique; Lévy-Bruhl, Mlle Gauthier-Villars, Olivier, chefs de laboratoire de la Clinique.

Ce cours, d'une durée de trois mois, comprendra deux parties :

Première partie : à la Clinique, du 7 janvier au 2 février 1935. Cette partie est composée de 30 leçons, d'exercices cliniques comportant la sélection de malades de préventorium et sanatorium, de manipulations de laboratoire, de manipulations radiologiques, de démonstrations de la technique du pneumothorax artificiel et des autres thérapeutiques de la tuberculose.

Deuxième partie : stages dans des dispensaires et des sanatoriums :

1° Du 4 février au 2 mars, au dispensaire Léon-Bourgeois (1er et 2e arrondissements) et dans d'autres dispensaires urbains et de banlieue de l'Office de la Seine.

Les élèves seront répartis par petits groupes qui suivront alternativement les consultations de ces différents dispensaires. Durant cette période, des visites seront faites aux centres de placement familial des Tout-Petits, ainsi qu'à des préventoriums, des sanatoriums et d'autres organisations antituberculeuses (Comité national, Office national d'hygiène sociale, etc.).

2° Du 4 mars au 23 mars : dans des sanatoriums de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le certificat d'assiduité à ce cours spécial comprenant les stages permet l'inscription sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine.

Le Comité national de défense contre la tuberculose met à la disposition des médecins de dispensaires ou des candidats à ces postes un certain nombre de bourses. — S'adresser à M. le directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

Les droits d'inscription sont de 500 fr.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 h.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lozano, professeur de thérapeutique chirurgicale à la Faculté de médecine de Saragosse; Joseph Gueirard (du Muy, Var); Victor Rochet, professeur honoraire de chirurgie urologique à la Faculté de médecine de Lyon, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille; le professeur Hans Lorenz, chirurgien à Vienne.

(*Voir la suite des* « Informations », *p. 1825.*)

XXe Croisière médicale franco-belge (Egypte, Palestine, Syrie, Pâques 1935.) — La XXe croisière médicale franco-belge s'effectuera pendant les vacances de Pâques 1935, du 12 au 28 avril, par le paquebot de luxe *Sphinx* (15.000 tonnes) des Messageries Maritimes.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Tel Aviv, Jérusalem, Bethléem), Beyrouth (Baalbeck, Damas), Caïffa (Nazareth et Tibériade), Alexandrie, Marseille.

Les tarifs, spécialement réduits ont été fixés, excursions comprises, à 5.400 francs français en 1re classe et 3.500 fr. français en 2e classe, tarifs sur lesquels les médecins et leurs familles (femmes et enfants mineurs célibataires) bénéficieront d'une réduction de 5 % (cinq pour cent).

Les prix ci-dessus indiqués comprennent tous les frais de Marseille à Marseille : parcours maritime dans la classe choisie, — excursions pendant les escales, — séjour à terre dans des hôtels de premier ordre (boisson exclue), — entrée dans les mosquées, musées et monuments, — pourboires aux guides et dans les hôtels, etc...

Ajoutons que *le voyage s'effectuera quel que soit le nombre des participants*, et que les touristes qui, de Beyrouth désireraient rentrer à Marseille par la Méditerranée-Nord (Tripoli de Syrie, Chypre, Rhodes, Smyrne, Istanbul, Le Pirée, Naples), pourront le faire moyennant un supplément de faible importance.

Ils prendront alors à Beyrouth, le 25 avril, le *Théophile-Gautier*, lequel arrivera à Marseille le 7 mai.

Durant le séjour à Beyrouth, du 22 au 25 avril, séjour qui demeurera naturellement à la charge des passagers, une excursion facultative à Homs, Hama et Alep ou à Palmyre, pourra être organisée pour eux.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser, de la part de la *Gazette des Hôpitaux*, à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

RENSEIGNEMENTS

Pour vos assurances adressez-vous à G. Sagnard, 87, rue Taitbout, Paris (IXe). Trinité 65-95.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE
MANGAÏNE
DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT. 71 Rue Sainte-Anne. PARIS.2e

Insomnies Toux nerveuse. BROMÉINE MONTAGU

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET *Phlegmasies, scrémas, brûlures, etc*

Traitement du Parasitisme intestinal

par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1923
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications

Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :

Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = *5* Perles ou *150* Gouttes

Cure de 5 jours consécutifs à renouveler après 8 jours de repos (plusieurs dans le cas des oxyures).

Trichocéphales et Tœnias = *12* Perles ou *300* Gouttes

Cure de 2 jours consécutifs — diète préalable la veille du début de la cure.

Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par *50* gouttes.

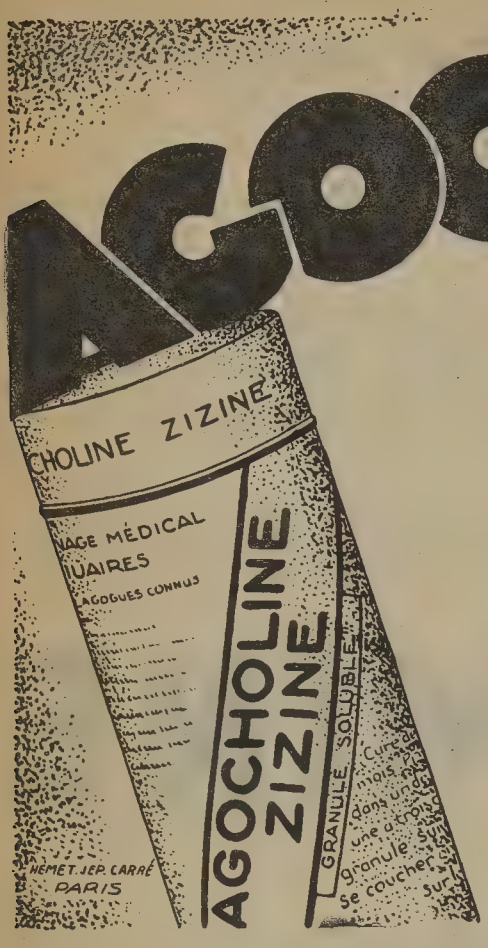
Perles glutinisées et gouttes — *Prescrire* { **CHRYSEMINE PERLES** / **CHRYSEMINE GOUTTES**

Echantillons et Littérature :

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

AGOCHOLINE

(GRANULÉ SOLUBLE)



CHOLECYSTITES CHRONIQUES
CONGESTION DU FOIE

Lithiase biliaire - Ictère et Cholémie

Dyspepsies réflexes - Constipation } d'origine hépato biliaire
Migraines, Vertiges, Eczéma, Prurit }

Posologie : 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES DU Dr ZIZINE
24,26, Rue de Fécamp - Paris (XIIe)

ESTOMAC | INTESTIN
DYSPEPSIE GASTRALGIE | ENTÉRITE *CHEZ L'ENFANT CHEZ L'ADULTE*

VALS-SAINT-JEAN

EAU de RÉGIME, FAIBLEMENT MINÉRALISÉE et GAZEUSE

Envoi gratuit d'Echantillons et de Notices à MM. les Docteurs sur demande adressée
DIRECTION-VALS-GÉNÉRALE : 53, Boul[d] Haussmann, Paris (9e) Téléph. 227-76.

ANÉMIE PALUDÉENNE. — Source Dominique.
VALS-LES-BAINS. — Saison du 1er juin au 1er octobre.

Épilepsie !!

dans l'état actuel de la Science, les

Dragées Gelineau

(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine) demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

INFECTIONS CHRONIQUES **IODASEPTINE CORTIAL** 15, Boul[d] Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de *GRAINS ANISÉS* de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A.)

INFORMATIONS

(suite)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Chefs de clinique (1934-1935) :

Cliniques médicales. — Hôtel-Dieu (M. Carnot) : MM. Cachera, Busson, Laffitte, Maison, titulaires.

Cochin (M. M. Labbé) : MM. Goldberg, Uhry, Louvet, Thiéry, titulaires.

Saint-Antoine (M. Bezançon) : Mlle Heiman, MM. Fouquet, Gaucher, Langlois, titulaires.

Pitié (M. Clerc) MM. Bascourret, Schwob, Zadoc-Kahn, Lenègre, titulaires.

Pitié, thérapeutique (M. Rathery) : MM. Derot, Hesse, titulaires.

Laënnec, tuberculose (M. X.) : MM. Bernal, Cord, titulaires.

Broussais, propédeutique (M. Sergent) : MM. Mamou, Moricard, Patte, Racine, titulaires.

Cliniques chirurgicales. — Hôtel-Dieu (M. Cunéo) : MM. Sicard, Blondin, Tailhefer, titulaires.

Cochin (M. Lenormant) : MM. Cordier, Contiadès, Mouchet, titulaires.

Salpêtrière (M. Gosset) : MM. Gosset, Longuet, Hepp, Mencière, titulaires.

Saint-Antoine (M. Grégoire) : MM. Couvelaire, Vuillème, titulaires.

Vaugirard, thérapeutique (M. P. Duval) : MM. Monod O., Billet H., titulaires.

Cliniques obstétricales. — Baudelocque (M. Couvelaire) : Mlle Fayot, titulaire.

Tarnier (M. Brindeau) : M. Weill Adrien, Mme Kourilsky, titulaires.

Pitié (M. Jeannin) : M. Franco, Mlle Versini, titulaires.

Cliniques spéciales. — Oto-rhino-laryngologie (M. Lemaître) : MM. Bérard, Van den Bossche, titulaires.

Necker, urologie (M. Marion) : MM. Pérard, Bouchard, titulaires.

Sainte-Anne, maladies mentales (M. Claude) : MM. Borel, Caron, Mareschal, Rubenovitch, Nicolas Et., titulaires.

Claude-Bernard, maladies infectieuses (M. Lemierre) : M. Worms, Mlles Barnaud, Willm, titulaires.

Enfants-Assistés, hygiène et clinique de la première enfance (M. Lereboullet) : M. Garnier, Mlle Papaïoannou, MM. Gavois, Odinet, titulaires.

Enfants-Malades, médicale infantile (M. Nobécourt) : MM. Gouyen, Ducas, Veslot, titulaires.

Salpêtrière, neurologique (M. Guillain) : MM. Sigwall, Desoille, Guillain, Rudaux, titulaires.

Hôtel-Dieu, ophtalmologie (M. Terrien) : M. Dumont (Pierre), Mme Vallon-Braun, M. Veil (Prosper), titulaires.

Saint-Louis, maladies cutanées et syphilitiques (M. Gougerot) : MM. Degos, Lortat-Jacob, Merklen, titulaires.

Broca, gynécologie : (M. R. Proust) : M. Jonard, titulaire.

Enfants-Malades, chirurgie infantile (M. Ombrédanne) : MM. Armingeat, Bertrand (Pierre), titulaires ; M. Petit (Pierre), adjoint.

Cochin, clinique chirugicale orthopédique de l'adulte (M. Mathieu) : MM. Padovani, Gérard-Marchant, titulaires.

Chefs de laboratoire (1934-1935) :

Clinique médicale Hôtel-Dieu : MM. Deval, Coquoin, Lavergne, Dioclès, Dognon, Mlle Tissier.

Clinique médicale Saint-Antoine : MM. Duchon, Weill, Tribout, Guillaumin.

Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : M. Nicolas.

Clinique ophtalmologique Hôtel-Dieu : MM. Hudelo, Rocher, Allotte de La Fuye, Bousseau.

Clinique chirurgicale Cochin : MM. Beauvy, Busser, Rappeneau.

Clinique urologique Necker : MM. Colombel, Chabanier, Mlle Kogan, M. Truchot.

Clinique chirurgicale Salpêtrière : MM. Magrou, Rouché, Jahiel, attaché médical.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine : M. Delavenne.

Clinique médicale infantile Enfants-Assistés : M. Pretet.

Service de la diphtérie : M. Lafaille.

Clinique neurologique, Salpêtrière : MM. Bertrand, Garcin, Schmite, Mathieu Pierre.

Clinique des maladies mentales, Sainte-Anne : MM. Dumas, Cuel, Lehmann, Mlle Bonnard, MM. Dubar, Cuzin, Piot.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Saint-Louis : M. Desgrez, Mlle Eliascheff, MM. Peyre, Duché, Dechaume, attaché de stomatologie.

Clinique médicale thérapeutique, Pitié : MM. Doubron, de Traverse.

Hygiène et clinique de la première enfance, Enfants-Assistés : M. Detrois.

Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard : M. Reilly.

Clinique thérapeutique chirurgicale, Vaugirard : MM. Moutier, Goiffon, attaché de chimie ; Dupouy, attaché de radiologie ; Beloux, attaché médical.

Stomatologie : M. Chompret.

Clinique oto-rhino-laryngologique, Lariboisière : MM. Ardoin, Pulvenis.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte : M. Letulle.

Clinique obstétricale Baudelocque : MM. Girand, Sureau, Laporte, attaché médical.

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Cartier, Hinglais.

Clinique obstétricale Pitié : M. Minvielle.

Clinique de la tuberculose Laënnec : MM. Olivier, Lévy-Bruhl.

Clinique propédeutique Broussais : MM. Durand Henri, Couvreux, Kourilsky.

Clinique gynécologique Broca : MM. Parat, Palmer, chefs de travaux ; Moricard, attaché médical.

Clinique médicale Cochin : MM. Gallais, Busy, Hury.

Pathologie chirurgicale : M. Wolfrom, Mlle Saint-Gène.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédique Enfants-Malades : M. Saint-Girons.

Clinique médicale Pitié : Mlle Gauthier-Villars, M. Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 20 décembre. — Jury : MM. Roussy, président ; Bezançon, Gougerot, Huguenin. — M. Le Tensorer : Les néphrites au cours de la syphilis secondaire. — M. Dufour : Etude des accidents d'emphysème du tissu cellulaire au cours du pneumothorax artificiel. — M. Laurent : Hydarthrose hérédo-syphilitique tardive. — M. Vernaz : La vaccinothérapie des mycoses et de leurs séquelles allergiques par les lysats drostosiques de champignons.

Vendredi 21 décembre. — Jury : MM. Brumpt, président ; Gosset, Mathieu, Proust. — M. Maurice : La Lucilia sericata en thérapeutique. — M. Bouley : Table radiologique pour réduction des fractures, des docteurs Maurice Sénéchal et Gérard Léon. — M. Boureau : L'anesthésie de base au Tribromoéthanol.

Samedi 22 décembre. — Jury : MM. Claude, président ; Tanon, Maurice Villaret, Joannon. — M. Mayaud : Le problème de la stérilisation chez les individus. — M. Gourand : Etude de l'action de l'eau de Saint-Aré.

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparléinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16., Seine.

POSOMÉTRIE ABSOLUMENT RIGOUREUSE

CALOMEL VICARIO

PETITS COMPRIMÉS
Un milligramme, quart et demi-centigramme
un, deux et cinq centigrammes
DÉSAGRÉGATION RAPIDE

NÉVRALGIES — GRIPPE — RHUMATISMES

NOPIRINE VICARIO

ASPIRINE RENFORCÉE
Pharmacie VICARIO, 17, boul. Haussmann, PARIS

REVUE GENERALE

LES VITAMINES B

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Syn. — Vitamine hydrosoluble B.

Autant est facile à étudier la vitamine A, autant la vitamine B se prête peu à un exposé didactique. C'est qu'*il n'y a pas*, comme on l'a cru longtemps, *une, mais des vitamines B*, sur lesquelles les auteurs n'arrivent pas à s'entendre et qui diffèrent par leurs propriétés physico-chimiques, par leurs fonctions, par les accidents d'avitaminose ou d'hypervitaminose qu'elles sont capables de produire. Nous appuyant sur les recherches des auteurs français (L. Randoin, H. Simonnet et R. Lecoq), nous envisagerons successivement :

1) Une vitamine B^1, facilement absorbée par la terre à foulon, thermolabile et alcalinolabile, dite encore *antibéribérique* ou *antinévritique ;*

2) Une vitamine thermostable et alcalinostable, *de vie et de croissance cellulaire*, vitamine B^2 de R. Lecoq, B^3 de Randoin et Simonnet ;

3) Une vitamine moins rapidement absorbée par la terre à foulon que la vitamine B^1, assez stable à la chaleur, mais alcalinolabile, *vitamine d'utilisation nutritive :* vitamine B^3 de R. Lecoq, B^2 de Randoin et Simonnet ;

4) Une vitamine P, *antipellagreuse, d'intégrité dermique*, qui, pour R. Lecoq, se confond avec la vitamine de vie et de croissance cellulaire.

Origine. — Les vitamines hydro-solubles B *se trouvent dans les aliments suivants*, rangés par ordre alphabétique (1) :

Amande, Artichaut, Asperge, Banane, Betterave, Craotte, Céleri, Cervelle, Chair des Mammifères et des Poissons, Champignon, Châtaigne, Chou, Chou-fleur, Citron, Epinard, Extrait de malt, Foie, Germe de céréales, Haricot blanc et vert, Jaune d'œuf, Jus de viande, Lait concentré, Lait desséché, Laitue, Lentille, Levure de bière sèche et fraîche, à condition qu'elle ait été cultivée sur moût de malt et traitée avec toutes les précautions désirables pour réduire au minimum les réactions d'oxydation au cours de la dessication (R. Lecoq), Navet, Noix, Oignon, Orange, Pain complet, Petit-lait, Poire, Pois, Pomme, Pomme de terre, Prune, Radis, Raisin, Rognon, Tomate, Jus de viande crue, Vin.

Elle se trouve donc surtout : 1° dans les aliments riches en noyaux cellulaires ; 2° dans les enveloppes et germes des graines, où elle voisine avec les vitastérines.

Les aliments suivants *ne contiennent pas ou contiennent très peu de vitamines B* (antinévritique, d'utilisation cellulaire et névritique) :

Amidon, blanc d'œuf, extrait de viande, farine blanche de blé et farines purifiées, fécules, graisses et huiles ;

De Vitamine P (antipellagreuse) :

Amidons, fécules, graines de maïs, graisses.

Constitution chimique. — Composé quaternaire, contenant du C, de l'H, de l'O et de l'Az, la vitamine B peut être rapprochée des bases pyrimidiniques (R. Funk) ou des acides nucléiniques.

Moyens d'étude. — Les *animaux de choix* sont :

1° Le pigeon (K. Funk) ;
2° Le rat blanc (Mac Collum et Davis).

Quant au *régime*, ce sera, par exemple, celui proposé par M. R. Lecoq, et qui ne diffère que peu de celui indiqué par Mme Randoin et M. Simonnet.

Caséins purifiée	6 grammes
Fibrine	5
Ovalbumine	5
Graisse de beurre	4
Dextrine blonde	66
Mélange salin d'Osborne et Mendel	4
Agar-agar coupé	8
Papier à filtre	2

Sa constitution chimique, comparable à celle d'un mélange de grains permettant le bon entretien des pigeons, leur apporte tous les éléments indispensables à leur vie, et en proportions satisfaisantes, mais est *entièrement dépourvue de vitamine B.*

Chez ceux qui y sont soumis, on voit survenir, au bout de dix jours environ, les symptômes suivants : perte de poids, hypothermie, troubles digestifs et nerveux. « Il semble que, pendant cette période, l'animal lutte contre une intoxication interne, si grave qu'elle est parfois suivie de mort brutale. S'il résiste, comme c'est la règle, des accidents nerveux dramatiques, typiques (moteurs, sensoriels et cérébelleux) apparaissent qui, en quelques jours, aboutissent à la mort, celle-ci survenant normalement entre le dix-septième et le vingt-septième jour de l'expérience. » (R. Lecoq.)

Dissociation de la vitamine B en ses divers composants. — Elle est fondée sur « la rapidité de l'absorption de ses composants par la terre à foulon et leur stabilité ou leur labilité à la chaleur humide *seule et en présence d'un carbonate alcalin.* Ces caractères, donnés d'ailleurs à titre indicatif, ne doivent pas être considérés *comme absolus*, car d'autres facteurs intercurrents, tels que l'oxydation, peuvent intervenir et modifier les résultats » (R. Lecoq). De même, l'alcalinité du milieu (Medical Research Council).

En partant de la levure de bière, M. R. Lecoq a isolé un certain nombre d'extraits :

Extrait B ;
Extrait E ;
Extrait BS ;
Terre T.A.

Chacun a été expérimenté sur le pigeon, préalablement soumis à un régime carencé en vitamine B.

L'adjonction journalière à la ration de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 d'*extrait B* suffit à prévenir ou à guérir les accidents nerveux et assure une reprise rapide, chez les animaux malades, du poids et de la température. Il renferme donc les vitamines B^1, B^2, B^3.

(1) D'après L. Randoin et H. Simonnet. *Les vitamines.* Paris, 1934, in-18, p. 97.

La terre à foulon activée en milieu alcoolique (T. A.), adjointe à la ration aux doses journalières de 0 gr. 60 à 2 gr., ne permet guère qu'une courte survie, mais, sous son influence, les crises nerveuses disparaissent. Elle renferme donc la presque totalité de la vitamine antinévritique ou B^1.

L'*extrait* E n'est pas doué d'action antinévritique, puisque, malgré son administration, surviennent des crises nerveuses, mais il assure, pour un temps assez long, le bon entretien des pigeons. Il contient les vitamines B^2 et B^3.

L'addition au régime de *T. A.* empêche l'apparition de tout accident nerveux. Il contient donc la vitamine B^1.

L'extrait *BS*, donné à des doses quotidiennes de 0 gr. 10 à 0 gr. 50, ne s'oppose pas à la production d'accidents nerveux mortels : il ne contient donc pas de vitamine B^1. Mais il est capable d'assurer une abondante prolifération de la levure. Il contient donc la vitamine B^2 de vie et de croissance cellulaire.

En associant les extraits T. A. et BS, on assure aux animaux une certaine survie, mais ils finissent par succomber dans un état de dénutrition accusée. C'est que, si ce régime contient les vitamines B^1 et B^2, il manque de vitamine B^3, d'utilisation nutritive.

Chez le rat, mêmes résultats généraux, avec cette différence que la présence, dans le régime, de vitamines B^1 ou B^2, suffit à diminuer *considérablement* les besoins en la vitamine manquante, comme si, chez lui, les diverses vitamines du groupe B pouvaient se substituer l'une à l'autre (R. Lecoq).

VITAMINE ANTINEVRITIQUE

Syn. — Vitamine antibéribérique, B^1, BP (Salmon) ou F (Smith).

Définition. — Elle intervient dans l'équilibre nerveux ; son absence, dans l'alimentation, se traduit par des troubles nerveux caractéristiques.

Isolement. — Nous avons vu plus haut comment on peut, grâce à l'emploi de la terre à foulon, la séparer des autres vitamines du même groupe : B^2 et B^3.

Moyens d'étude. — *L'animal de choix* est le pigeon adulte.

Quant au *régime*, voici celui qui est recommandé par Mme L. Randoin et M. H. Simonnet :

Caséine purifiée	6 grammes
Fibrine	5
Ovalbumine	5
Graisse de beurre	4
Dextrine	66
Mélange de sels d'Osborne et Mendel	4
Aliments encombrants :	
Agar-agar	8
Papier-filtre	2

Propriétés physico-chimiques. — La vitamine B^1 *est beaucoup plus instable que les autres du même groupe*, sans l'être, toutefois, autant que la vitamine antiscorbutique.

Elle est, en effet, détruite par nombre d'agents, au premier rang desquels il faut placer la chaleur et les carbonates alcalins.

Elle est soluble dans l'eau (Bréaudet), l'alcool méthylique, l'alcool éthylique à 70° (Fraser et Stenton).

Dialysable (elle passe dans le lait, comme l'ont montré Ed. Lesné et Vagliano), elle est absorbée par diverses substances : noir animal ou végétal, silicate d'alumine colloïdal, hydrate de fer colloïdal, et, surtout, terre à foulon en milieu alcoolique. Nous avons déjà vu que c'est grâce à cette substance qu'on peut l'isoler des autres et la conserver.

Elle offre donc *trois caractères principaux : thermolabilité, alcalinolabilité, absorption facile par la terre à foulon.*

Constitution chimique. — On a isolé de la levure de bière, du riz, du son, des substances (oryzanine, chlorhydrate d'oridine, toruline, vitamine de Funk, que cet auteur rapproche des bases pyrimidiques) qu'on a tour à tour identifiées au facteur B^1. Toutes ces recherches demandent confirmation.

Propriétés biologiques. — Envisageons successivement les *avitaminoses* et les *hypervitaminoses*.

§ I. — **La carence en vitamine B^1**, se traduit par des troubles nerveux ressortissant, chez l'homme, au *béribéri*, chez l'animal, à la *polynévrite aviaire*.

Le béribéri (ou *kakke*) s'observe surtout en Asie orientale : Chine, Cochinchine, Côte orientale des Indes, Japon, Archipel malais. Aux Antilles et au Brésil, il est connu sous le nom de *maladie des sucreries*.

Il se présente sous *trois formes principales :*

Forme paralytique ou atrophique sèche. — Elle se caractérise par des troubles :

Moteurs, de type paralytique et atrophique, débutant par les membres inférieurs, avec dérobement des jambes, finissant par s'étendre aux muscles du dos ;

Sensitifs : mélange d'anesthésie et d'hyperesthésie des pieds : dans la marche, les plantes sont le siège de vives douleurs, bien que le contact avec le sol ne soit pas normalement perçu ; la mort, fatale, est le résultat de l'asphyxie.

Forme œdémateuse (Leroy de Méricourt, 1868). — Au symptôme dominant, l'œdème, occupant la face et la région sternale, se joignent des troubles nerveux d'ordre :

Moteur : faiblesse générale, raideur douloureuse des membres inférieurs, titubation, dysphonie, liée à une paralysie des récurrents, convulsions ;

Sensitifs : engourdissement, fourmillements, sensation de constriction thoracique.

La mort, ici encore, est due à l'asphyxie ou est le fait d'une syncope.

Forme fruste, où tout se réduit à quelque symptôme : asthénie, fourmillements.

Un mot sur le *béribéri du nourrisson* (Matsugahma, José Albert, Ed. Lesné et ses élèves).

Surtout observé en Extrême-Orient, il est spécial aux nourrissons au sein, dont la mère, nourrie exclusivement de riz poli, est elle-même atteinte de béribéri typique ou fruste : il arrive, dans le premier cas, que les symptômes soient tardifs chez elle et n'apparaissent qu'après la mort de son enfant (Hirsch).

Chez les nourrissons élevés à l'allaitement artificiel, il ne s'observe que si le régime comporte des farines hautement blutées, sans lait, sans fruits, sans légumes.

Quels sont les symptômes les plus habituels ?

Dans les formes *subaiguës* ou *chroniques*, les phénomènes initiaux sont l'anorexie et les vomissements, (Matsuyahma). Bientôt il s'y joint d'autres troubles : constipation avec météorisme, amaigrissement, faiblesse du cri, oligurie, tachypnée, et surtout troubles :

Circulatoires : dilatation du cœur droit, tachycardie, pâleur ou cyanose, œdèmes légers, localisés à la région sous-malléolaire, au dos du pied et à la face ;

Nerveux : paralysies des nerfs craniens, principalement du nerf récurrent, d'où aphonie caractéristique, névrite optique.

Dans les *formes aiguës*, ce qui domine, selon les cas, ce sont :

Les réactions méningées, avec convulsions, amaurose, hypertension du liquide céphalo-rachidien, qui n'est le siège d'aucune réaction cellulaire, et, finalement, coma ;

Les troubles cardiaques, avec défaillance subite du cœur, d'où dyspnée, agitation, pâleur cyanotique du visage, mort en 24 ou 36 heures, sans qu'il y ait jamais eu de fièvre. Les tonicardiaques habituels restent sans effet, tandis que l'administration de vitamine B peut, en quelques heures, ressusciter un enfant qui paraissait perdu (J. Albert).

Le pronostic doit d'autant plus être réservé que : 1° au cours d'un béribéri latent, peut survenir un syndrome paralytique emportant le petit malade en quelques heures ; 2° dans les formes chroniques, la mort est parfois le fait d'infections secondaires. D'après José Albert, la mortalité du béribéri chez les nourrissons des Philippines, s'élèverait à 95 %.

Les *lésions* sont complexes : atonie gastro-intestinale avec, quelquefois, suffusions hémorrhagiques de la muqueuse, dégénérescence graisseuse des principaux viscères et, surtout, du cœur, œdèmes et anasarque, névrite interstitielle et parenchymateuse de la plupart des nerfs, dont le pneumogastrique (José Albert), atrophies musculaires diverses, altérations des glandes endocrines, etc.

Quelle est la *cause* du béribéri ? Il est bien établi aujourd'hui qu'*il est dû à l'usage de riz décortiqué*, c'est-à-dire privé de ses enveloppes ou balles (glumes et glumelles), *et poli*, c'est-à-dire privé de sa cuticule et de son germe. « Or, ce sont cette cuticule et ce germe qui contiennent la presque totalité des huiles, des protides et des vitamines. » (A. Thiroux.) Takaki ne l'a-t-il pas fait disparaître dans la marine japonaise, en ajoutant de la viande au régime, alors exclusivement constitué par du riz poli (1883) ? La maladie n'épargne-t-elle pas ceux qui font usage de riz entier ? Les expériences de Strong et Cowell, effectuées sur des prisonniers (1912), ne montrent-elles pas le rôle capital joué, dans sa production, par le riz poli ? La polynévrite aviaire ne lui ressemble-t-elle pas trait pour trait ?

A cette affirmation, un peu trop absolue, un correctif : « Le béribéri humain est presque toujours une maladie complexe. La carence alimentaire n'est que très rarement seule à agir ; elle est en général associée à d'autres causes non négligeables, parmi lesquelles les infections microbiennes. » (L. Randoin et H. Simonnet.)

Un mot du *traitement*.

Préventif, il consiste à prescrire un régime contenant des vitamines B, et en quantité d'autant plus considérable qu'il contient davantage de glucides.

Au nourrisson arrivé à la période du sevrage on interdira donc les farines trop blutées ; on veillera à ce que son alimentation, d'une part, soit bien équilibrée, de l'autre, contienne quelques légumes verts, quelques fruits, ou encore un peu de levure de bière, de son de riz ou d'extrait de malt.

Enfants et adultes, en Extrême-Orient, ne se nourriront pas uniquement de riz poli.

Curatif, il comprendra, outre les médications symptomatiques habituelles, l'administration de substances contenant les vitamines B. L'estomac est-il intolérant, on n'hésitera pas à recourir aux injections sous-cutanées d'extraits solubles (Ed. Lesné).

La **polynévrite aviaire** a d'abord été observée chez la Poule par Eijkman, de Java (1889. Chez cet animal, impossible de nier *les relations qu'elle affecte avec l'absorption de riz décortiqué*. Elle s'observe exclusivement, en effet, chez celles auxquelles on le donne comme seul aliment, et fait défaut chez celles qu'on nourrit soit avec du riz entier, ou *paddy*, soit avec un mélange de son de riz et de riz décortiqué ; elle guérit chez celles auxquelles on donne du son de riz (Eijkman, de Java, 1889). Elle est donc liée à l'absence, dans le régime, d'une substance contenue dans l'écorce de riz.

Actuellement, on la réalise avec le régime polynévritigène indiqué plus haut.

On peut, d'ailleurs, la provoquer en faisant consommer aux animaux, non seulement d'autres graines décortiquées, mais encore des aliments quelconques portés à haute température (Grijns, Herdshoff, Braddon, Herzog, Fraser, Chambers, Bréandel, Weill et Mouriquand, L. Randoin et P. Portier).

Chez le Pigeon, au bout d'une incubation de trois ou quatre semaines, plus courte si les animaux sont plus jeunes et la carence plus complète, surviennent des troubles moteurs : paralysie progressive du pharynx et du jabot, qui se laissent distendre ; des fléchisseurs des doigts, entraînant l'incapacité de se tenir sur le perchoir ; des extenseurs des pattes, ayant pour conséquence une incertitude de la démarche ; tremblement au repos ; puis impossibilité du vol ; paralysie des muscles de la nuque ; convulsions, que l'on peut artificiellement provoquer en heurtant l'animal ou en le gavant. Elles débutent par une contracture tonique des extenseurs du cou, des pattes et des doigts, à laquelle fait suite un battement rapide des ailes, avec culbute du corps et mouvements en rayon de roue, suivi lui-même de tachycardie et d'hypotension et durant de 30 à 120 secondes ; asthénie, somnolence, tendance aux attitudes cataleptoïdes.

La mort, souvent précédée de troubles cérébelleux, survient parfois brusquement.

Dans la *forme chronique* (Weill et Mouriquand), tout se réduit à des convulsions espacées, de gravité croissante, mais sans chute de poids, les vitamines du groupe B autres que la vitamine B^1 étant conservées (Randoin et Lecoq).

Ces divers accidents ne peuvent être évités par l'adjonction, au régime, de larges proportions de lipides (R. Lecoq), pas plus, d'ailleurs, que de glucides, mais ils surviennent moins rapidement en présence de ceux-là que de ceux-ci (Id.). On les prévient ou on les guérit par l'adjonction soit de vitamine B, qui, seule, rend possible l'assimilation des trois classes d'aliments : glucides, lipides, protides, soit d'extrait de malt sec, apportant avec lui la quantité de vitamine B nécessaire à l'utilisation, par l'organisme, du glucide qu'il renferme (92 %), se différenciant ainsi des autres sources de glucides essayées (dextrine, saccharose, sucre de Soxhlet) (R. Lecoq).

A ces troubles nerveux s'ajoutent des troubles fonctionnels liés aux modifications de volume des viscères, sans qu'on puisse dire (Lopez Lomba) que leur atrophie succède à leur hypertrophie. « C'est ainsi que, chez le Pigeon, vers le treizième ou quatorzième jour de la polynévrite, les thyroïdes, la rate et le thymus augmentent, tandis que les surrénales s'atrophient, *puis il se produit un véritable renversement*, les thyroïdes diminuent, les surrénales augmentent énormément, le thymus, le pancréas et le foie s'atrophient, les testicules croissent brusquement, puis diminuent ensuite. On saisit dès lors pourquoi à l'hypoglycémie du début succède, vers le milieu de la carence, une hyperglycémie très nette. Ces diverses manifestations ne sont que la mise en évidence d'un *déséquilibre nerveux* qui se traduit d'abord par une prédominance du système para-sympathique (vague et pelvien), puis par une prédominance du système nerveux sympathique... Tout ce qui peut accentuer ce déséquilibre, dans un sens comme dans l'autre, hâte l'évolution de la maladie. C'est ce qu'ont bien démontré Abderhalden, Arloing et Dufourt en injectant aux pigeons en expérience des doses faibles d'adrénaline (excitant le sympathique) ou de pilocarpine ou d'atropine (excitants du vague). Dans l'un et l'autre cas, les accidents nerveux et la mort furent avancés de dix jours en moyenne. Or, des animaux témoins recevant les mêmes substances et dont le régime est complété par des doses satisfaisantes de vitamines B ne paraissent nullement influencés. » (R. Lecoq.)

A l'autopsie, atrophie ou hypertrophie de la plupart des viscères (v. plus haut) ; chromatolyse d'un grand nombre de cellules nerveuses du névraxe, lésions complexes du système nerveux périphérique.

Chez le Rat, mêmes phénomènes, avec cette différence que les convulsions se font dans un plan parallèle, et non perpendiculaire à l'axe du corps.

Chez le Chat, prédominent les troubles moteurs : paralysies, phénomènes cérébelleux, convulsions (Weill, Mouriquand et Michel).

Chez le jeune Chien, la polynévrite peut être provoquée par la carence en facteur B^1 de l'alimentation administrée à la chienne nourrice (Ed. Lesné et Vagliano).

§ II. — **L'hypervitaminose B^1** est encore mal connue.

Fonctions. — Des constatations, tant cliniques qu'expérimentales, on peut conclure (L. Randoin et H. Simonnet, R. Lecoq), que la vitamine B^1 est un *facteur de l'équilibre nerveux*, dont les effets s'ajoutent, le plus souvent, à ceux de la vitamine d'utilisation nutritive et à ceux de la vitamine cellulaire.

VITAMINE D'UTILISATION CELLULAIRE

Syn. — Vitamine B^2 de R. Lecoq, B^3 de Williams et Watermann, Randoin et Simonnet, D. de Funk et Dubin, G, P-P.

Définition. — Elle intervient, avant tout, dans la croissance des cellules et, dans la plupart des cas, associe ses effets à ceux des autres vitamines du même groupe.

Isolement. — Nous avons vu, plus haut, comment on peut l'effectuer, en suivant la technique indiquée par Mme Randoin et R. Lecoq.

Moyens d'étude. — L'*animal de choix* est le pigeon.

Propriétés physico-chimiques. — La plus stable de toutes les vitamines hydro-solubles, elle n'est détruite ni par l'oxydation, ni par chauffage en présence des carbonates alcalins. Seuls, l'inactivent les alcalis caustiques mis à son contact, une heure, à une température de +100°.

Dialysable, elle est absorbée très difficilement et très lentement par la terre à foulon.

Très soluble dans l'eau et dans l'alcool faible, elle est insoluble dans l'alcool à 95°.

En somme, elle est *thermo et alcalinostable* (R. Lecoq).

Constitution. — On peut admettre, au moins provisoirement, qu'elle se confond avec le *bios*, substance que Wildiers (1901) considère comme le facteur de croissance de la levure, et qui intervient lorsqu'on essaye de la cultiver sur un milieu synthétique artificiel (Pasteur 1858, Liebig 1871). Elle posséderait, dans sa formule, un noyau hétérocyclique.

Propriétés biologiques. — Elles sont très difficiles à déterminer, les diverses vitamines du groupe B étant *étroitement interdépendantes*. En effet :

1° Ni la vitamine B^1 ni la vitamine B^2 ne sont capables de prolonger sensiblement la vie des pigeons soumis à un régime privé de vitamines B, tandis qu'en employant le mélange des deux, la durée de la survie est considérablement prolongée (Randoin et R. Lecoq) ;

2° Vitamines d'utilisation nutritive et d'utilisation cellulaire associent presque toujours leurs effets.

3° La vitamine antipellagreuse est si souvent unie à la vitamine B^2 que, pour certains spécialistes de la valeur de M. R. Lecoq, il conviendrait de les identifier.

Sous ces réserves, on peut admettre, avec M. R. Lecoq, que la vitamine B est « avant tout *vitamine de vie et de croissance cellulaire*. Son action est telle qu'elle s'exerce *in vitro* sur les cultures de la levure aussi bien que sur les cultures des infiniment petits microbiens. Elle est à la base des échanges qui s'opèrent dans l'intimité de nos tissus, des désintégrations et des synthèses par lesquelles toutes les cellules, vé-

gétales ou animales, se développent, se reproduisent et perpétuellement luttent contre la mort », avec Mme Randoin et H. Simonnet, qu'elle « préside à l'utilisation de l'énergie incluse dans les potentiels nutritifs, que, présente dans tous les organismes vivants, elle aurait à jouer un rôle important dans les transformations de matière et d'énergie qui se passent au sein des cellules ».

VITAMINE D'UTILISATION NUTRITIVE

Syn. — Vitamine B^2 de Randoin et Simonnet, B^3 de R. Lecoq, B^4 ou B^5, H.

Définition. — C'est une vitamine appartenant au groupe B et qui intervient surtout dans le métabolisme des glucides.

Isolement. — Il n'a pu encore être effectué d'une manière satisfaisante : on n'a pu dissocier cette vitamine de celle qui préside à l'utilisation cellulaire, et c'est là la raison pour laquelle il est malaisé d'apporter, dans son étude, toute la précision nécessaire

Propriétés physico-chimiques. — Plus résistante que la vitamine à l'oxydation, à l'action de la chaleur et des acides, elle n'est pas détruite par le contact avec les alcalis et les carbonates alcalins chauffés.

Elle est neutralisée par les rayons ultra-violets.

Dialysable, elle est absorbable par la terre à foulon ordinaire, mais moins facilement et moins rapidement que la vitamine B^1.

Elle est soluble dans l'eau, l'alcool éthylique à 70°, l'acide acétique.

En somme, elle est *thermostable et alcalinostable* (R. Lecoq).

Propriétés biologiques. — Voici comment on peut les exposer, sous les réserves déjà indiquées :

1° Elle joue, dans l'*entretien des tissus*, un rôle important qui, depuis longtemps, avait frappé les observateurs ;

2° *Elle intervient dans l'assimilation des trois variétés d'aliments, glucides surtout.*

En ce qui concerne les *glucides*, c'est vraisemblablement à elle qu'il faut attribuer les effets obtenus par les expérimentateurs avec la vitamine B, et dont voici le résumé :

1° Le besoin de facteur B est proportionnel à la quantité de glucides contenus dans le régime (K. Funck) ; il semble aussi en rapport direct avec la rapidité d'absorption intestinale et l'importance de l'hyperglycémie provoquée, en rapport inverse avec la tendance à former du glycogène dans le foie (R. Lecoq) ; elle est régie par le coefficient limite d'assimilation des glucides (Id.) ;

2° Les accidents observés chez les animaux privés de facteur B sont d'autant plus précoces que la quantité de glucides absorbés, puis assimilés, est plus considérable, qu'ils sont plus faciles à digérer, et, inversement, ces accidents sont d'autant plus tardifs que le régime est plus pauvre en glucides préformés (Randoin et Simonnet). Tout se passe comme si l'énergie potentielle contenue dans cette variété d'aliments ne pouvait être utilisée que si, en même temps, une certaine quantité de vitamine B était introduite dans l'économie, d'où la nécessité, dans l'appplication du principe de l'isodynamie, de tenir compte du rapport $\frac{\text{vitamine B}}{\text{glucides absorbés}}$. En l'absence de cette vitamine, l'organisme devient incapable d'utiliser normalement les glucides, d'où deux conséquences : d'une part, l'inanition, aboutissant à l'amaigrissement ; de l'autre, l'accumulation de produits toxiques causés par leur non-utilisation (Id.) ;

3° La nature des glucides n'est pas indifférente (Collazzo) et ceux-ci ne sont pas interchangeables (Randoin et Lecoq). Pour une proportion de 66 p. 100 de glucides dans le régime, la mort survient à une époque qui varie avec leur nature : du 9e au 13e jour pour le lactose, du 15e au 20e pour le glucose et le maltose, du 17e au 20e pour la dextrine, du 22e au 28e pour le lévulose.

4° Leur qualité intervient aussi, comme nous le verrons dans un moment.

Pour certains (*Medic. Research Council*, 1932, Mills et ses collaborateurs, Thiroux), cette action sur les glucides est due à la vitamine B^1, exerçant son influence sur le pancréas par l'intermédiaire du système vago-sympathique.

De même, l'assimilation des *lipides* et des *protides* nécessite la présence, dans l'alimentation, de quantités suffisantes de vitamine B, ces quantités devant être d'autant plus considérables que les lipides et protides sont plus digestibles (R. Lecoq).

C'est donc, selon toute vraisemblance, à l'absence, dans l'alimentation, de la vitamine d'utilisation cellulaire qu'il faut rapporter les accidents suivants, notés par les auteurs chez les animaux privés, soit de toutes les vitamines du groupe B, soit des vitamines B^2 et B^3 : amaigrissement, dénutrition ; troubles digestifs, bien étudiés par Robert Clément, atonie gastro-intestinale appréciable aux rayons X, absence, à l'autopsie, de mouvements péristalliques, tous phénomènes observés par Cowgill, Rowland, Gross, Mac Carrison, et attribués par eux à des lésions importantes du tractus digestif : amincissement et friabilité de l'intestin (Eddy), avec atrophie de la musculature (Hill) ; phénomènes d'intoxication, avec hyper, puis hypoglycémie, caractère très positif de la glycosurie alimentaire, forte diminution du glycogène, tant hépatique (Suner, Barnett et Smith) que musculaire (Collazzo et Py-Suner, Bayo) hypertrophie des îlots de Cangerham (H. Bierry et Kollmann), tous ces phénomènes étant d'ailleurs atténués par l'administration d'insuline (Randoin et Lecoq) ; diminution du gluthation (Mme Randoin et R. Fabre), dont on sait le rôle dans la combustion des glucides et, chez l'homme privé de vitamine B, constipation (E. Marks), dilatation gastrique et cœcale, diminution des mouvements péristalliques, multiplication des parasites (Buchanan), colite, ulcères gastro-intestinaux (Mac Collum).

Tels sont les accidents que l'on peut, dans l'état actuel de la science, *rattacher à l'avitaminose*. Ils diffèrent du diabète par l'absence de glycosurie spontanée et d'acidose, par l'influence favorable de la vitamine B, par les effets incomplets de l'insuline (Ed. Lesné). Ils ont permis à certains auteurs, se fondant, d'une part, sur le pouvoir hypoglycémiant des levures (H. Labbé), de l'autre sur le fait que la vitamine B augmente la tolérance aux hydrates de carbone et abaisse la glycémie (Desgrez, Bierry et Rathery), de traiter le diabète par l'administration de levure (Melcer).

Quant à l'*hypervitaminose* correspondante, son existence semble démontrée par certaines expériences de Mme Randoin et de M. H. Simonnet. Dans des conditions définies d'équilibre alimentaire, et en présence du lactose et du galactose, la quantité nécessaire de vitamine B à ajouter au lait naturel ou artificiel est une quantité *optima*, toute dose supérieure à cette dernière produisant des effets nocifs.

Si ces faits sont exacts, ils trouvent leur application immédiate à l'homme : on veillera avec soin à ne pas prescrire de trop fortes doses de vitamine B, lorsque le régime est à base de lait (Randoin et Simonnet).

VITAMINE ANTIPELLAGREUSE

SYN. — Facteur P, P-P (Pellagra, preventive), d'intégrité dermique ; antidermatitis factor.

Définition. — C'est une vitamine du groupe B, identique ou non à la vitamine d'utilisation cellulaire. Elle intervient dans le bon fonctionnement de la peau et des muqueuses.

Propriétés physico-chimiques. — Thermostable, puisqu'elle résiste à une température de +120° prolongée deux heures, elle est dialysable. La terre à foulon l'absorbe, mais lentement.

Elle est soluble dans l'eau et dans l'eau acidulée, moins dans l'alcool à 80°.

Origine. — Elle existe dans les aliments suivants :

Carotte, Chair musculaire, Foie de porc, Germe de blé, Haricot, Jaune d'œuf, Jus de viande crue, Lait concentré sucré, Lait desséché, Lentille, Levure de bière fraîche et sèche, Pain complet, Petit lait, Saumon.

Sa **nature** est inconnue, personne n'ayant encore cherché à l'isoler.

Propriétés biologiques. — L'avitaminose P se traduit par des maladies caractéristiques.

Chez l'homme, c'est la *pellagre*, dite encore mal de la rosa (Gaspar Casal, 1735), pellagre lombarde, scorbut alpin. Affection printanière, frappant surtout la seconde enfance, elle débute par quelques troubles nerveux : insomnie, tristesse, sensation de lassitude, vertiges, bourdonnements, auxquels succèdent des *manifestations cutanées* intéressant les régions découvertes : dos des mains et des pieds, front, joues, nez, oreilles, cou (collier de Casal), et consistant en un érythème à bords saillants, nettement limités, accompagné d'œdème, que recouvrent bientôt des vésico-pustules, et qui provoque des troubles subjectifs très accusés : sensation de brûlure, de tension, de prurit. Au bout de deux à trois semaines, les douleurs s'atténuent, les pustules se dessèchent, la peau desquame, puis se pigmente irrégulièrement, cette pigmentation fonçant de plus en plus avec le temps et pouvant se compliquer de crevasses et de rhagades, et, ultérieurement, d'atrophie du derme.

Cet érythème est dû à l'action des rayons solaires du printemps, riches en rayons ultra-violets, sur une peau sensibilisée par l'avitaminose P. C'est donc un érythème actinique, comme l'avaient pressenti les vieux cliniciens, qui l'appelaient *mal del sole, souleillades, jettature de sole.*

Non moins constants, les *troubles digestifs* consistent en :

Stomatite. Au début, il y a irritation simple de la muqueuse bucco-pharyngée, rouge, tuméfiée, sensible. A cette irritation succède une phase où apparaissent des ulcérations, des hémorrhagies et des aphtes. Finalement la langue se dépouille ;

Accidents gastriques : anorexie, nausées ou vomissements, sensation de brûlure à l'estomac, dilaté, et dont la sécrétion est devenue pauvre en HCl et en ferments (Pratti et Pellizzi), lenteur et difficulté des digestions ;

Manifestations intestinales ; alternatives de diarrhée et de constipation, ou prédominance d'une diarrhée incoercible, diminution du pouvoir amylolytique et protéolytique des fèces.

Plus tardifs, les *troubles nerveux* peuvent être d'ordre :

Moteur : paraplégie spastique incomplète, ataxie, crampes douloureuses localisées aux pieds, aux mollets et à la main : *modifications de la démarche*, incertaine, lourde et comme ébrieuse ;

Sensitif : fourmillements et engourdissement des membres inférieurs, céphalées, rachialgie, névralgies diverses, sensations de brûlure aux paumes et aux plantes ;

Sensoriel : bourdonnements d'oreilles, hypoacousie, perversions de l'odorat, sensations d'étincelles, mouches volantes, douleurs circumorbitaires, vertiges ;

Psychique : souvent englobés sous le vocable de *folie pellagreuse* (C. Lombroso) et consistant, d'habitude, en délire mélancolique, terminé par suicide, plus rarement en manie aiguë, phénomènes confusionnels ou démentiels.

Tout en admettant l'existence de formes frustes, les classiques divisent l'évolution de la forme normale en trois périodes ou degrés : 1er, érythème ; 2e, troubles nerveux ; 3e, cachexie, terminée par la mort, due elle-même à une complication pulmonaire ou rénale, à une syncope, à la gangrène des extrémités. A aucun moment, il n'y a de fièvre.

Les lésions de la peau sont, au début, d'ordre fluxionnaire. Plus tard, ce qui frappe le plus, c'est l'augmentation de la pigmentation normale, la sclérose des vaisseaux papillaires, l'amincissement du derme avec atrophie des papilles.

La décalcification des os explique la fréquence des fractures.

Quant au système nerveux, ses altérations sont assez disparates : leptoméningite chronique, chromatolyse de nombreuses cellules, surtout sympathiques, sclérose combinée.

La pellagre est une avitaminose P, ainsi qu'en témoignent les arguments suivants :

a) Elle ressemble beaucoup à la polynévrite aviaire, due, sans aucun doute, à une avitaminose (K.Funk, 1913) ;

b) Elle n'a rien d'infectieux (Goldberger) ;

c) Elle a pour seule cause un régime défectueux et peut être prévenue par une modification convenable de la ration (ID.) ;

d) Elle a pu être reproduite :

Chez l'homme (Goldberger et Wheeler, 1920), (Goldberger et Tanner, 1922) ;

Chez l'animal (Weill et Mouriquand, 1917 ; Chittender et Underhill, 1917 ; Chick et Hume).

Ajoutons que « si la pellagre correspond réellement à une avitaminose, elle est, le plus souvent, compliquée de troubles secondaires, dus à d'autres carences, qui en rendent l'étude étiologique particulièrement difficile » (Randoin et Simonnet).

Prophylactique, son traitement consiste surtout dans la prescription d'un régime bien équilibré et riche en vitamine B, renfermant, par exemple, chaque jour, au choix, 200 gr. de lait, 100 gr. de viande ou de poisson maigre, soit encore des légumes verts. Curatif, il comporte : 1° le même régime ; 2° pour lutter contre l'érythème, l'administration d'une pâte imperméable aux rayons ultra-violets. Quant aux troubles nerveux, ils sont justiciables de l'arsenic, surtout sous forme d'atoxyl. Les toni-cardiaques, les reconstituants généraux sont également indiqués (Ed. Lesné et R. Clément).

Chez le *chien*, il existe une maladie dite *black-tongue*, que l'on a pu reproduire en supprimant de son alimentation la vitamine P. La muqueuse buccale se congestionne et s'œdématie, l'haleine devient fétide, la salivation, continuelle, l'anorexie, absolue. Bientôt surviennent des phénomènes généraux : fièvre, diarrhée sanguinolente, amaigrissement progressif, qui aboutissent à la mort. A l'autopsie, ulcérations du duodénum, hémorrhagies du côlon.

Le black-tongue peut être rapproché de la pellagre (Goldberger et Tanner, 1925). En effet :

a) Même distribution géographique pour les deux maladies ;

b) Les régimes qui préviennent ou guérissent l'une sont doués, sur l'autre, de la même action préventive ou curatrice.

Connexions. — Pour M. R. Lecoq, elle se confond sans doute avec la vitamine d'utilisation cellulaire, qui est ainsi chargée de deux fonctions principales : 1° vie et croissance cellulaire ; 2° intégrité dermique. Ces conclusions sont contestées par Mme Randoin et M. H. Simonnet, pour qui il n'a jamais été prouvé que, comme celle-ci, elle soit alcalinostable. La question n'est donc pas résolue.

Les avitaminoses B chez le nourrisson. — En dehors du béribéri, elles peuvent affecter deux formes principales :

1° **Formes frustes** (Ribadeau-Dumas), avec, comme symptômes essentiels :

Les *troubles digestifs* : l'anorexie, phénomène initial, liée en grande partie à un spasme pharyngé et que l'on ne peut vaincre, parfois, qu'en recourant à la sonde ; constipation, toujours très accusée ; météorisme, quelquefois dyspepsie des farineux ;

L'*arrêt de la croissance pondérale* ;

Les *troubles nerveux* : agitation, insomnie, réactions méningées plus ou moins nettes ; asthénie, hypotonie musculaire ;

Les *manifestations cutanées* : prurit, tendance aux infections rebelles, aux gangrènes et aux escarres ; — et *muqueuses* : fréquence des infections rhino-pharyngées et broncho-pulmonaires.

On peut, schématiquement, attribuer, dans cet ensemble :

Les troubles nerveux à l'avitaminose B^1 ;

Les troubles digestifs et l'amaigrissement, aux avitaminoses B^2 et B^3 ;

Les manifestations cutanéo-muqueuses, à l'avitaminose P.

Comment rattacher ces accidents à leur véritable cause ?

En notant leur évolution apyrétique (P. Bertoye).

En observant les effets du traitement.

Il suffit, par exemple, d'ajouter de la levure de bière à la ration pour que la courbe pondérale reprenne sa courbe ascendante (Besnnett, Bloxsom).

De même, la constipation, rebelle aux traitements habituels, cède facilement à l'administration de vitamine B (Ribadeau-Dumas, Mathieu et Willemin-Cloq).

2° **Formes associées** (Ed. Lesné et ses élèves).

A une avitaminose A ;

A une avitaminose C, d'où association, aux symptômes précédents, de manifestations scorbutiques ;

A une avitaminose D, si la carence fait sentir ses effets de huit à dix-huit mois, d'où apparition de troubles rachitiques ;

A d'autres carences.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE DES VITAMINES

P. Bertoye. — Formes frustes et latentes des avitaminoses, *Questions médicales d'actualité*, janv. 1933.

Edouard Lesné et Robert-Clément. — *Avitaminoses*, in *Traité de médecine des enfants*, Paris 1934, in-8°, t. I, p. 468-527.

Edouard Lesné, Mlle Germaine Dreyfus-Sée et R. Clément. — Les vitamines, in *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1934, in-8°, t. I, p. 568-607.

Frontali (de Padoue). — Les avitaminoses frustes du nourrisson, *IIIe Congrès italien de Nippiologie*, sept. 1932.

L. Randoin et H. Simonnet. — *Les données et les inconnues du problème alimentaire*. II. *La question des vitamines*, Paris, 1927, 480 p.; — La question des vitamines. Conférence faite le 19 mars 1928 dans la grande salle de la Société de Géographie. — *Les vitamines*, Paris, 1934, in-16 de 220 p.

Robert Clément. — Vitamines B et fonctions digestives, *Presse médicale*, 17 sept. 1932, n° 75, p. 1420-1422.

A. Thiroux. — Vitamines et avitaminoses, *Biologie médicale*, n° 1, janv. 1934, p. 1-55.

BIBLIOGRAPHIE DE LA VITAMINE B

R. Lecoq. — Essai critique sur les vitamines B, *Presse médicale*, 19 août 1933, n° 66, p. 1300 (bibliogr.).

L'année électro-radiologique. Première année, publiée en 1934, par Morel-Kahn, avec la collaboration de MM. G. Bonte, A. Devois, G. Duclaux, T. Fainsilber, H. Fischgold, J. Guilhem, R. Humbert, P. Marques, W. Strouzer, L. Stuhl. — Un volume de 232 pages. — Prix : 40 fr. Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1934)

Election du bureau. — M. Jean PERRIN est élu vice-président pour l'année 1935.

M. DANGEARD, vice-président en 1934, prendra la présidence en 1935, en remplacement de M. Emile Borel.

Action de la séro-opothérapie sur la production de la matière grasse du lait chez les vaches laitières. — M. G. MOUNOT.

ACADEMIE DE MEDECINE

(SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1934)

S. E. Luiz de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil, assiste à la séance. M. le PRÉSIDENT Walther lui souhaite la bienvenue.

Notice. — M. MARCHOUX lit une notice nécrologique sur le grand savant brésilien Carlos Chagas, correspondant étranger, récemment décédé.

La permanence de l'impression digitale n'est pas absolue. — M. le professeur Leonido RIBEIRO, de Rio de Janeiro. On admet généralement que les empreintes digitales demeurent les mêmes pendant toute la durée de la vie. Or certaines maladies, la lèpre en particulier, sont capables d'altérer les dessins papillaires des empreintes digitales.

On peut également penser que d'autres maladies, la syphilis, les radiodermites ou différents mécanismes peuvent modifier cette empreinte.

Ce point devient important au point de vue médico-légal et au point de vue du diagnostic.

Chose curieuse, les empreintes des lépreux traités redeviennent identiques à ce qu'elles étaient avant la maladie.

M. L. RIBEIRO en montre des exemples frappants, au moyen de magnifiques projections.

La notion des angines banales chez les porteurs de bacilles diphtériques. — M. DOPTER. La question s'est posée de savoir, si parmi les angines survenant chez des sujets vaccinés par l'anatoxine, et dans la gorge desquels l'examen bactériologique révélait l'existence de bacilles diphtériques, il ne fallait pas faire une part à un certain nombre d'angines banales apparues chez des porteurs de germes.

Plusieurs auteurs ont, dans des cas isolés, résolu le problème en pratiquant chez de tels malades une réaction de Schick, un schick négatif signifiant l'absence de diphtérie, un schick positif en étant, dans la plupart des cas, la signature.

L'application de cette méthode a été réalisée dans l'armée ; elle a été étendue aux atteintes du même ordre, constatées parfois chez des sujets non vaccinés parce que, trouvés schicks négatifs au moment de l'incorporation, ils avaient été considérés, suivant la règle, comme naturellement immunisés.

Sur 74 cas étudiés à ce point de vue chez les vaccinés, il n'a été décelé que 9 schicks positifs, correspondant donc vraisemblablement à la diphtérie, soit 1/8 des atteintes attribuées indistinctement au bacille de Löffler.

Sur 70 cas concernant des atteintes du même ordre observées chez des schicks négatifs, 15 seulement ont réagi dans le sens positif ; donc 15 diphtéries seulement, soit 1/5 des cas catalogués tels.

Dans l'une et l'autre de ces deux catégories, les autres atteintes doivent être interprétées comme des angines banales étrangères à la diphtérie et contractées par des porteurs de germes.

Ces résultats entraînent donc une réduction notable de la morbidité diphtérique dans les deux cas envisagés. Il s'ensuit que, d'une part la confiance qu'on peut avoir en l'efficacité de la vaccination préventive, ne peut qu'en être renforcée ; et d'autre part, aux facteurs déjà invoqués pour expliquer la survenance de la diphtérie chez des sujets naturellement réfractaires, s'en ajoute maintenant un nouveau qui contribue à atténuer dans des proportions importantes le soupçon d'infidélité formulé par certains à l'endroit de la valeur du schick négatif, comme témoignage de l'immunité spontanément acquise.

Notice. — M. LAUBRY donne lecture d'une très belle et très émouvante notice sur Paul Ravaut, membre titulaire, récemment décédé.

Action cancérigène du dioxyde de thorium chez le rat blanc. — MM. G. ROUSSY, Ch. OBERLING et M. GUÉRIN. Le dioxyde de thorium qui est aujourd'hui employé dans l'exploration du système artériel et veineux, est doué, on le sait, de propriétés radioactives. Cette notion a incité MM. Roussy, Oberling et Guérin à rechercher si cette substance avait des pouvoirs cancérigènes.

Dans ce but, les auteurs ont injecté soit sous la peau, soit dans le péritoine de rat blanc, du dioxyde de thorium (thorotrast) dilué de moitié d'eau, et sous forme de 5 injections de 1 cc. chacune par animal.

Au bout de 10 mois ou davantage, des tumeurs intrapéritonéales ou sous-cutanées, sont apparues chez un certain nombre de ces animaux. Ainsi 6 sarcomes intrapéritonéaux et 4 sarcomes sous-cutanés ont présenté les caractères macroscopiques et microscopiques des tumeurs malignes expérimentales, du type du sarcome fibroblastique, sans métastase cependant, mais avec possibilité, dans certains cas, d'être greffés en série.

Ces expériences présentent, du point de vue scientifique expérimental, un intérêt en ce sens qu'elles apportent un procédé nouveau permettant de provoquer chez le rat, et dans une proportion assez importante, des tumeurs malignes du type conjonctif. Mais il est bien entendu que ces expériences faites dans des conditions particulières, uniquement chez le rat jusqu'ici, n'autorisent en rien à établir une analogie avec les injections intravasculaires faites chez l'homme. Elles doivent toutefois attirer l'attention sur le fait que le dioxyde de thorium n'est peut-être pas aussi inoffensif qu'on l'avait pensé jusqu'ici.

Normalisation en pharmacie et au laboratoire. — M. P. BRUÈRE précise que dans tous les domaines, normaliser a pour but de spécifier, d'unifier et de simplifier.

Il indique l'organisation en France, le rôle réalisateur de l'A. F. N. O. R. et fait ressortir que les commissions permanentes des diverses pharmacopées sont en réalité des bureaux de normalisation auxquels incombe le devoir de trouver un terrain d'entente pour les appellations, les abréviations, les formules et les méthodes d'essais de *types* répondant à des *normes* de caractère national et international.

Sur la vaccination contre la fièvre jaune. — MM. C. et M. MATHIS. Note présentée par M. MESNIL.

Pathogénie des lithiases rénales. — M. SALGUES.

Election du bureau pour 1935. — M. Hartmann est élu vice-président.

OPOTHÉRAPIE ISCOVESCO

LIPOÏDES H.I : Extrait naturel total & stable de l'organe

AMPOULES INJECTABLES ET PILULES

HORMONES NATURELLES DE L'OVAIRE

GYNOCRINOL

Toutes les indications de l'Opothérapie ovarienne

HORMONES ORCHITIQUES

ANDROCRINOL

Asthénie Génitale, Surmenage
Opothérapie croisée complémentaire

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALIENNE SANS ADRÉNALINE

ADRÉNOL TOTAL

Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde; Asthénie des Hypertendus.

POSOLOGIE : *Une injection hypodermique journalière ou 6 à 9 pilules par jour*

LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, Rue DES DAMES - PARIS

Tél. WAGRAM 07-90

M. Georges Brouardel est réélu secrétaire annuel.

MM. Louis Martin et Sergent sont nommés membres du conseil.

La prochaine séance aura lieu le mercredi 26 décembre. La séance du mardi 1er janvier est supprimée.

M. Darier présente un travail du professeur Em. Cherbuliez et de Mme Hertzenstein, de l'Ecole de Chimie de Genève, sur une méthode nouvelle de **recherche et de dosage dans le sang des polypeptides et des amino-acides.** La technique que les auteurs exposent minutieusement est précise, fidèle et assez aisée pour être applicable en clinique. Il y a lieu de penser que les substances en question interviennent dans le phénomène du choc biologique, dont le rôle en pathologie paraît si important selon nos conceptions actuelles.

La question des polypeptides rejoint peut-être celle de la supposée « anatoxine » de l'anaphylaxie de Richet et Portier, celle des « protéines dégradées » de la colloïdoclasie de Widal, et celle des « cryptotoxines » d'Achard ; elle s'apparente à celle des « protéoses » qu'Oriel et Barber extraient des urines et qui se comportent comme antigènes quand elles proviennent d'un sujet en état de choc. Ces problèmes feront l'objet de recherches ultérieures, que la méthode nouvelle d'analyse facilitera grandement. (*Communication faite à la séance du 4 décembre* 1934.)

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

(séance du 23 novembre 1934)

Hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse. — MM. Villaret, Harvier, Bariéty, Besançon. Le paroxysme hypertenseur est le dérèglement brutal du processus physiologique qui règle l'équilibre tensionnel.

Cette perturbation peut résulter de l'intensité anormale de l'exaltation nerveuse qui préside, soit à la vaso-constriction, soit à la sécrétion adrénalinique. Les hypertensions artérielles paroxystiques par excitation nerveuse comprennent deux groupes. 1er groupe : paroxysmes hypertenseurs relevant à la fois de l'adrénalino-sécrétion et de la vaso-constriction, déclanchés par des excitations nerveuses périphériques ou centrales. 2e groupe : hypertension artérielle paroxystique de nature nerveuse pouvant se manifester soit par une hypertension globale, soit par une élévation tensionnelle dans certains territoires vasculaires à l'exclusion de certains autres, par asinergie circulatoire.

Hypertension solitaire provoquée par une substance toxique. — M. Monier-Vinard. Observation d'un malade émotif, qui, à la suite d'un repas copieux, présente une crise d'hypertension paroxystique. Un repas expérimental amena le même malaise. Ce cas s'apparente aux accès d'hypertension provoqués par certaines substances toxiques, sels d'or, par exemple. Il y a deux mécanismes pour la régularisation de la tension sanguine, l'un neuro-vasculaire, l'autre neuro-sécrétoire. L'intervention de l'un déclenche une compensation de la part de l'autre.

Hypertension brusque au cours d'une hémorragie bulbo-protubérantielle. — M. de Gennes. Poussée d'hypertension brutale et intense (mx 30, mn 17), au cours d'une hémorragie cérébrale de la région bulbo-protubérantielle. Mort en 24 heures par œdème du poumon. Cas rares.

Hypertension paroxystique et circulation de retour. — MM. Laubry et Tzanck insistent sur l'importance de la circulation de retour, dont le débordement peut provoquer l'hypertension artérielle paroxystique — d'où l'action remarquable de la saignée dans certains cas. — Les auteurs opposent deux types cliniques, correspondant l'un à l'hypertension paroxystique d'aller, l'autre à l'hypertension paroxystique de retour.

Hypertension d'aller. — Sujet pâle, spasmé, foie normal, ventricule gauche augmenté, angor.

Hypertension de retour. — Sujet pléthorique, foie gros, tachycardie, dyspnée, extension du cœur droit, engorgement pulmonaire. Efficacité de la saignée.

Symptômes rénaux des hypertensions paroxystiques. — MM. Laubry et Bernal. — Présence constante de symptômes rénaux dans l'hypertension paroxystique : polyurée, albuminurie, cylindrurie, hématurie. Ces signes disparaissent avec l'hypertension. Il s'agit d'insuffisance fonctionnelle du rein.

Maladie de Friedreich avec altérations électro-cardiographiques progressives et solitaires. — MM. Guillain et Mollaret. Malade de 22 ans, atteint depuis l'âge de 16 ans d'une maladie de Friedreich typique. Tout d'abord, aucune anomalie cardiaque. Apparition ultérieure de modifications électro-cardiographiques isolées. Ces modifications persistent depuis plusieurs mois et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel. On ne peut incriminer la circulation coronarienne et on doit penser à la nature nerveuse des troubles.

Scoliose congénitale par pièce osseuse vertébrale surnuméraire entre D^{10} et D^{11}. — MM. Laignel-Lavastine, Schwob et Bonnard. — La radio montre un coin osseux entre D^{10} et D^{11}. Ce coin est de la dimension d'une demi-vertèbre. La malade présente d'autres dystrophies qui peuvent faire penser à l'hérédo-syphilis.

Diabète bronzé avec atrophie des organes génitaux et chute des poils. Syndrome hépato-pancréato-génital. — MM. Labbé, Boulin et Uhry. Syndrome dans lequel s'associent un diabète avec acidose et dénutrition azotée, une cirrhose hypertrophique du foie, sans ascite, une pigmentation cutanée ardoisée, de l'atrophie péno-testiculaire avec impuissance, de la chute des poils. En somme, véritable diabète bronzé avec infantilisme régressif.

Pneumothorax spontanés à répétition. — M. de Verbizier (Toulouse). Malade de 30 ans ayant fait entre 1925 et 1930 14 pneumothorax spontanés à répétition. Dans ce cas, la tuberculose semble ne jouer aucun rôle.

Fièvre typhoïde suivie de deux récidives, la dernière suivie d'une rechute. — M. Dimitresco (Bucarest). Dangers de la transfusion chez les sujets à « sang instable » Benda. Il y a danger à se fonder sur les signes avertisseurs du choc transfusionnel, ceux-ci pouvant faire défaut même dans les cas de chocs mortels.

SOCIETE DE CHIRURGIE

(séance du 21 novembre 1934)

Le président fait part aux membres de la société du décès de M. Chastenet de Géry. La séance est levée en signe de deuil pendant quelques minutes.

Entorse grave du genou. — M. Mouchet rapporte une observation de M. Folliasson (Grenoble) qui a eu l'occasion d'opérer un arrachement du ligament latéral interne du genou, compliqué de désinsertion des croisés et du ménisque interne. Excellent résultat par la seule réfection du ligament latéral interne.

M. R. Monod, dans un cas, a dû secondairement faire une opération de Hey Groves.

LE
VEINOTROPE
Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux rayons U. V.
TRAITEMENT INTÉGRAL
de la
Maladie veineuse
et de ses complications
LABORATOIRES "LOBICA"
46 Avenue des Ternes - PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

BELLAFOLINE
"SANDOZ"
Alcaloïdes totaux de la Belladone, à l'état pur, solubles, stables, exactement dosés, injectables

GOUTTES	COMPRIMÉS	AMPOULES	SIROP
X à XX, trois fois par jour.	1 à 2, trois fois par jour.	1/2 à 2 par jour.	2 à 6 cuillerées à café pr jour.

PRODUITS "SANDOZ", 20, rue Vernier. — PARIS-17e
B. JOYEUX, pharmacien de 1re classe

Hypertensions
ET TOUS ÉTATS
SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE
LISSE

BENZOATE DE BENZYLE

OLÉTHYLE-BENZYLE

le seul en GÉLULES
CAPSULES
MOLLES

Littérature - Echantillons - Posologie
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg Saint-Honoré. Paris

Epanchement sanguin sous-périosté et extradural avec fracture du crâne. — M. PETIT-DUTAILLIS analyse cette observation de M. M. Arnaud (Marseille). Trépanation. L'examen des radiographies et l'interrogatoire permirent de poser le diagnostic rétrospectif d'hypertension intracranienne antérieure au traumatisme.

Il s'agit, vraisemblablement, d'une tumeur cérébrale encore latente.

Tumeur du creux poplité. —M. AUCROY présente une tumeur du creux poplité, dont il a fait l'ablation. C'était un fibroangiome, le troisième cas publié jusqu'ici.

M. ARON en a observé un quatrième.

Compression passagère du duodénum par adénopathie mésentérique consécutive à une appendicite. — L'observation de MM. Pierre DUVAL et J.-Ch. ROUX concerne une malade présentant un syndrome typique de compression mésentérique du duodénum. Sa durée fut exactement de cinq mois et apparut après une crise appendiculaire. A l'intervention, on trouve un appendice malade et un gros ganglion préduodénal. Guérison.

M. LARDENNOIS a opéré un cas à peu près identique.

M. MOURE a souvent trouvé des ganglions mésentériques.

M. OKINCZYC a dû, dans un cas, faire une duodéno-jéjunostomie complémentaire d'une appendicectomie.

M. LEVEUF rappelle les travaux de Delbet, de Vadder et Bercéanu.

Leiomyome du grêle et volvulus. — M. OKINCZYC rapporte cette intéressante observation de MM. Benoit et Alivisatos. Résection de la tumeur et de sa base d'implantation. Guérison.

Schwannome de l'estomac. — M. SOUPAULT rapporte cette observation de M. Tierny (Arras) et insiste sur l'importance de la radiographie en Trendelenbourg. Excision simple. Guérison.

M. MONDOR tient à montrer les difficultés du diagnostic et rapporte une observation personnelle.

M. PICOT également.

M. LARDENNOIS a revu en excellent état une malade opérée en 1928.

Poignet à ressort. — M. MOUCHET en présente une intéressante radiographie.

Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée

Les Sports d'hiver dans les Alpes et le Jura. — Elles sont revenues les neiges d'antan... Exactes au rendez-vous, elles recouvrent de leur blanc manteau pentes et cimes des montagnes.

Des trains rapides et confortables vous conduiront en une nuit aux pays féeriques de la neige étincelante sous un ciel bleu, dans un air idéalement pur.

Pour vous y rendre à bon compte, vous avez à votre disposition diverses combinaisons de billets à prix réduits :

— Billets d'aller et retour de fin de semaine à moitié prix, valables du vendredi à midi au mardi à midi.

— Billets d'aller et retour spéciaux en toutes classes, valables 15 jours.

— Cartes d'excursions à prix réduit valables 15 ou 30 jours.

— Billets de famille valables 33 jours et dont la réduction peut atteindre 75 p. 100 à partir de la quatrième personne. Une réduction supplémentaire est accordée pour les parcours aller et retour de plus de 400 kilom.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

I. *Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris*, réuni le 10 décembre 1934 ;

Considérant que la loi a attribué, en monopole, au syndicalisme médical la défense des intérêts moraux et matériels de la profession médicale, au regard des Assurances sociales ;

Considérant, d'autre part, que le corps médical non syndiqué est trop directement intéressé à tout ce qui est entrepris dans les groupements syndicaux, touchant l'exercice de la profession médicale, pour pouvoir s'en désintéresser ;

Emet le vœu :

Que le syndicalisme médical n'entame pas ou ne laisse pas entamer les droits attachés au diplôme de docteur en médecine de l'Etat français, ni les libertés traditionnelles auxquelles le corps médical français est profondément attaché.

II. *Le Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris ;*

Considérant que les médecins français ont promis et donné loyalement leur concours complet à l'application de la loi des Assurances sociales sous les garanties établies par la loi, le règlement d'administration publique et les conventions-types établies par le ministère du Travail, garanties qui respectent la charte médicale ;

Décide :

Qu'aucune convention nouvelle ne saurait être établie en dehors des principes du contrat qui a été conclu en 1931, conformément à la loi, entre les organismes sociaux qualifiés et le corps médical.

MAURICE MORDAGNE.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

(Communiqué.)

L'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris (seule reconnue d'utilité publique), 8, rue Dante, tient à faire savoir :

1° *Que*, si elle accepte l'adhésion de tous les étudiants en médecine, quelle que soit leur nationalité, *son Comité est composé exclusivement d'étudiants français*, comme l'exige l'article 5 de ses statuts ;

2° *Que, seule des groupements d'étudiants*, elle a dirigé avec succès des campagnes très caractérisées, notamment depuis 1931 :

Pour le vote nécessaire de la loi Armbruster,

Pour la nomination de médecins-auxiliaires, dont la suppression était envisagée au Parlement ;

3° *Que son budget est parfaitement équilibré.*

Cette note a pour but de couper court à une campagne orale et anonyme, tendant à accréditer le bruit que son comité est surtout composé d'étudiants étrangers, et qu'elle a 150.000 francs de dettes !!!

Il ne peut s'agir là, évidemment, que de calomnie ou de confusion.

L'Association corporative déplore vivement de telles manœuvres qui nuisent à l'union désirable et à la bonne entente de tous les étudiants en médecine.

Le président : A. DOMART.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TOUTES les Affections du **FOIE** et du **REIN** :

1 à 2 capsulines à chacun des deux principaux repas de :

CAPARLEM

HUILE DE HAARLEM (au Juniperus Oxycedrus)

QUALITÉ INCOMPARABLE ET ACTIVITÉ INSOUPÇONNÉE

Laboratoire Lorrain de Produits Synthétiques purs — ETAIN (Meuse)

MÉTHODE CYTOPHYLACTIQUE DU PROFESSEUR P. DELBET

DELBIASE

STIMULANT BIOLOGIQUE GÉNÉRAL PAR HYPERMINÉRALISATION MAGNÉSIENNE DE L'ORGANISME

SEUL PRODUIT RECOMMANDÉ ET ADOPTÉ PAR LE PROFESSEUR P. DELBET, A L'EXCLUSION DE TOUS AUTRES POUR L'APPLICATION DE SA MÉTHODE

TROUBLES DIGESTIFS - INFECTION DES VOIES BILIAIRES - TROUBLES NEURO-MUSCULAIRES - TROUBLES CARDIAQUES PAR HYPERVAGOTONIE ASTHÉNIE NERVEUSE - PRURITS ET DERMATOSES - LÉSIONS DE TYPE PRÉCANCÉREUX - ADÉNOME PROSTATIQUE - PROPHYLAXIE DU CANCER

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, RUE VIVIENNE, PARIS - ÉCHANTILLON MÉDICAL SUR DEMANDE

USAGE DES ENFANTS DES DOCTEURS

NÉO-LAXATIF CHAPOTOT

Sirop d'Agrément
au **SUC D'ORANGE**
mannité
Entièrement végétal.
Inoffensif - Délicieux

Le Meilleur et le plus doux des Laxatifs.
Exempt de **Drastiques**, de **Phtalleïne** de **Phénol**, de **Belladone**.

AUBRIOT 56, Boulevard Ornano PARIS

ÉCHANTILLON MÉDICAL GRATUIT SUR DEMANDE.

IODONE ROBIN

Gouttes - Comprimés - Injectable

ARTHRITISME, ARTÉRIO-SCLÉROSE, ASTHME GOUTTE, RHUMATISME, EMPHYSÈME

R. C., 221.839 Seine.

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

ESTOMAC

SEL DE HUNT

HYPERCHLORHYDRIE
FERMENTATIONS ACIDES
GASTRALGIES

LABORATOIRES ALPH. BRUNOT
16, Rue de Boulainvilliers, PARIS

QUINBY
QUINIO BISMUTH "formule AUBRY"
et
SYPHILIS
QUINBY SOLUBLE
INDOLORE - INCOLORE PROPRE - INJECTION FACILE

Adopté par :
L'Assistance Publique — Les Ministères de l'Hygiène et des Colonies.

QUINBY EST EGALEMENT EFFICACE CONTRE LA TYPHOÏDE
QUINBY EST ENCORE INDIQUÉ CONTRE LA FIÈVRE DE MALTE

LABORATOIRES AUBRY
62, rue Erlanger
PARIS 16e
Téléphone : JASMIN 33-44

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE MERCREDI 26 DECEMBRE 1934.— N° 103.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX
Contribution à l'étude du traitement de la myasthénie, par M. le professeur G. Marinesco, MM. E. Façon et N. Vasilesco.
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
Thèses soutenues pendant l'année 1933-1934.
CHRONIQUE
La conférence du professeur Nicola Pende à la Sorbonne.
PRATIQUE MÉDICALE
LIVRES NOUVEAUX
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
NOTES POUR L'INTERNAT
Hémorroïdes. Signes. Diagnostic. Complications.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *Maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Pour l'année 1935 le concours sera ouvert le lundi 11 mars 1935.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 h., du 4 au 15 janvier 1935 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le mardi 15 janvier, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les *Maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire ..... 30 points
Pour l'épreuve clinique..... 20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants.

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES DE LA MARINE. — Les dispositions du décret du 13 mai 1934 portant création d'une croix des services militaires volontaires sont applicables au personnel de l'armée de mer.

Le ruban de la décoration est agrémenté d'une ancre de même métal que la croix.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Jacques de Fourmestraux (de Chartres) a été nommé officier de l'ordre de Léopold de Belgique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE MADRID. — A l'occasion de son deuxième centenaire l'Académie de médecine de Madrid a nommé membres d'honneur MM. J.-L. Faure, Marcel Labbé et Jules Comby (de Paris).

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Le bureau pour 1935 est ainsi composé : président, M. L. De-

NATIBAÏNE
ASSOCIATION DIGITALINE NATIVELLE ET OUABAÏNE ARNAUD
LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession, PARIS (XVe)

keyser; vice-président, M. F. de Rom (Gand); secrétaire général, M. Beckers; trésorier, M. J. Rosenthal; membres, MM. Duivepart et Anciaux.

AVIS DE CONCOURS. — On demande pour la maison de cure et de repos de Ham (Somme) un médecin phtisiologue ou un étudiant préparant sa thèse ayant été assistant ou externe dans un service de tuberculeux.

Traitement : 18.000 fr. par an, logé, blanchi, nourri.

Adresser les demandes à la Société des maisons de cure, 148, boulevard Haussmann, Paris. Tél. Carnot 23-77.

DISPENSAIRE-CLINIQUE CHIRURGICALE MUTUALISTE DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — Le 14 janvier 1935, à 8 h. 30, il sera ouvert à la Maison de la Mutualité, rue François-Moisson, à Marseille, un concours pour deux places d'internes en médecine et en chirurgie, à la Clinique chirurgicale mutualiste des Bouches-du-Rhône, 23, chemin du Sablier, à Marseille.

Les candidats devront s'inscrire, avant le 5 janvier 1935, à la Maison de la Mutualité, où ils pourront prendre connaissance des conditions et règlement du concours.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le docteur Maurice Robineau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours sur la chirurgie du membre supérieur (technique opératoire), en dix leçons, par M. le docteur Pierre Aboulker, prosecteur, commencera le lundi 7 janvier 1935, à 14 h., et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours.

Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PATHOLOGIE MÉDICALE. (Professeur : M. A. BAUDOUIN.) — M. Et. Bernard, agrégé : Tuberculose pulmonaire; M. Boulin, agrégé : Maladies du tube digestif et du péritoine. — M. Etienne Bernard commencera ses leçons le mardi 15 janvier 1935, à 18 h., et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre Vulpian.

M. Boulin commencera ses leçons le mercredi 16 janvier 1935, à 18 h., et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au petit amphithéâtre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Levesque (de Nantes).

— Nous apprenons aussi avec émotion le décès de Mme L.-M. Pierra. Nous adressons à son mari le docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de la Fédération de la Presse médicale latine, à son fils le docteur Christian Pierra et à son gendre le docteur Erlande, l'expression de notre affectueuse sympathie.

Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie, par NOËL FIESSINGER et HENRY WALTER. Un volume de 172 pages. Paris, Masson et Cie. — Prix : 28 francs.

Le traitement des rhumatismes chroniques, par le docteur JACQUES FORESTIER, médecin consultant à Aix-les-Bains, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un volume gr. in-8° de 100 pages. Prix : 12 fr. (Collection des Thérapeutiques nouvelles), publiée par J.-B. Baillière et Fils.

Névralgies Névrites BROMÉINE MONTAGU

CHRONIQUE

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR NICOLA PENDE A LA SORBONNE

Sous les auspices du comité France-Italie et de l'Umfia ou Union médicale latine, a eu lieu le 14 décembre, dans l'amphithéâtre Descartes, à la Sorbonne, sous la présidence bigéminée et effective de Son Excellence le comte Pignatti Morano di Custoza, ambassadeur d'Italie, et du Dr Dartigues, président-fondateur de l'Umfia, une conférence du professeur Pende, doyen de l'école clinique générale de Gênes, fondateur de l'Institut biotypologique d'orthogénétique de Gênes, et sénateur du royaume, sur *L'amélioration vitale de la race humaine.*

Après une présentation très heureuse de l'éminent orateur par le Dr Dartigues, le professeur Pende commença sa conférence, abordant les plus hauts problèmes, surtout celui de l'endocrinologie, au point de vue de l'étude des différents types humains, tant au point de vue morphologique et physiologique qu'au point de vue même psychologique. La conférence fut très écoutée, et applaudie par une assistance des plus brillantes. Nombreux étaient venus les compatriotes du professeur Pende, ainsi que les membres de l'Umfia. Parmi les personnalités présentes, se trouvaient S. Exc. l'ambassadeur d'Italie et Mme la comtesse Pignatti Morano di Custoza, Mme Pende, le baron Scamacca, le capitaine Marabini, le marquis Montaglieri, le commandant Zazartes, le marquis Catalano Gonzala, le marquis Garde, M. Jean Rivain, président du comité de direction de « France-Italie », M. Louis Madelin, Mme de Zara, MM. les professeurs J.-L. Faure, Fiessinger, MM. les docteurs Bandelac de Pariente, vice-président de l'Umfia ; Noir, Molinéry, Chauvois, Martiny, Desfosses, général Boyé, docteurs Crouzon, Bord, Barbier, Hahn, Armand Delille, Morlaas, etc...

Ce fut une belle et grande soirée pour le rapprochement franco-italien sur le haut plan scientifique et amical.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Mardi 18 *décembre. (Thèses vétérinaires.)* — Jury : MM. Tanon, président ; Vergé, Lelard, Simonet. — M. CARVOUNARIS : Hippophagie en vue de son introduction en Grèce. — M. FELDMANN : Le riz et ses dérivés dans l'alimentation des animaux domestiques.

Mercredi 19 *décembre.* — Jury : MM. Fiessinger, président ; Lemierre, Lesbouyriès, Robin. — M. AUTIGNAC : Tétanie d'herbage des bovidés.

Jeudi 3 *janvier.* — Jury : MM. Terrien, président ; Nobécourt, Sergent, Velter. — M. GAUFFRE. Contribution à l'étude de certains larmoiements chroniques.

Mercredi 9 *janvier.* — Jury : MM. Lemierre, président ; Ombrédanne, Donzelot, Leveuf. — M. LACROIX. Les arthrites aiguës suppurées du genou chez l'enfant et leur traitement.

LABORATOIRE MÉDICAL PHARMACEUTIQUE,
22, rue du Chemin de Fer, Sceaux (Seine).
Se charge de spécialiser toute formule magistrale.
Liste et échantillons des spécialités déjà existantes sur demande. Analyses médicales Autovaccins.

PULVEOL
ANTISEPSIE DU CARREFOUR AÉRO-DIGESTIF
POUDRE et PASTILLES
Littérature et Échantillons : 10, Impasse Milord, Paris (18e)

HEMORROIDES, PROSTATITES

ANUSOL

(Anciennement exploité par le Laboratoire Mialhe)

1 suppositoire matin et soir

Echantillons sur demande à Messieurs les Médecins

LABORATOIRES SUBSTANTIA

13, rue Pagès - Suresnes (Seine)

Parfait sédatif de toutes les TOUX

"GOUTTES NICAN"

GRIPPE, Toux des Tuberculeux, COQUELUCHE

Echantillons et Littératures

Laboratoires CANTIN à PALAISEAU (S.-O.). - France

R C Versailles 25.292

Granules de CATILLON à 0,001 Extrait Titré de STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie de Médecine en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une diurèse rapide, relèvent vite le cœur affaibli, dissipent ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES des ENFANTS et VIEILLARDS

Granules de CATILLON 0,0001 STROPHANTINE CR.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE — TOLÉRANCE INDÉFINIE

Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. Univ. 1900

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R. C. Seine 48283

JÉCOL

COMBRETUM
BOLDO-EVONYMUS

1 ou 2 cachets fin repas

L'AUXILIAIRE PHYSIOLOGIQUE DU FOIE

A BASE D'ALLOPHANATE DE BENZYLE

ALLOPHAQUINA

COUPE

FIÈVRE GRIPPE ALGIES

1 à 3 cachets à repartir dans les 24 hs.

LITT. ÉCHmo — 3, rue WATTEAU — COURBEVOIE — Seine

CONSTIPATION SPASMODIQUE

CARBATROPINE

CHARBON ATROPINÉ

LABORATOIRE
MONTAGU
49, Bd de PORT-ROYAL
PARIS

UROMIL

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BELIÈRES — 19, RUE DROUOT — PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA MYASTHÉNIE

Par M. le professeur G. MARINESCO,
MM. E. FAÇON et N. VASILESCO
(de Bucarest).

Depuis la publication du premier cas de myasthénie par Wilks et Erb (1877-78) les auteurs ont essayé de préciser l'étiologie et la pathogénie de cette affection pour pouvoir en même temps établir un traitement des graves troubles engendrés par cette maladie.

Malheureusement, les causes probablement multiples, qui produisent la myasthénie sont encore obscures ; à l'heure actuelle, il est donc difficile de mettre en œuvre un traitement étiologique de la myasthénie.

L'impossibilité de déceler les lésions dans la maladie d'Erb-Goldflam nous fait comprendre pourquoi au début des recherches, Hunter, Oppenheim et Strumpell l'ont rangée dans le groupe des névroses. Plus tard, Brissaud, Ballet et Kalischer, ayant envisagé les phénomènes bulbaires qu'on trouve dans cette affection, ont attribué le syndrome myasthénique à une polioencéphalite supérieure et inférieure chronique. Il est évident qu'un traitement dirigé d'après ces considérations ne pouvait arriver à aucun résultat.

On a décrit des cas de myasthénie chez des malades qui avaient des foyers d'infection aiguë ou latente (Claude) ; nous avons aussi constaté chez une myasthénique l'existence d'une otite double suppurée chronique, chez une autre, des suppurations chroniques dentaires. Chez tous nos myasthéniques nous avons noté l'existence d'une lymphocytose sanguine abondante (jusqu'à 45 % dans un cas). On pourrait mettre cette modification de la formule leucocytaire sur le compte d'une infection chronique, mais nous devons rappeler qu'on l'a attribuée aux troubles du système lymphatique et des glandes endocrines, troubles qui existent dans cette affection (Curschman, cité par Kurt Mendel).

Dans ce cas il est évident qu'on essaiera de traiter les sources d'infection par des moyens médicaux ou chirurgicaux.

Dans un cas, nous avons pratiqué l'extraction des dents malades, mais — deux mois plus tard, — quand la malade a quitté le service on ne pouvait pas constater la moindre amélioration.

On sait, d'autre part, que certains états pathologiques qui produisent une intoxication chronique (tumeurs) et même des états physiologiques (grossesse) peuvent engendrer des symptômes de myasthénie.

Le traitement étiologique étant donc impossible, on a essayé de combattre les symptômes (l'asthénie, les troubles de la déglutition, les troubles cardiaques, etc.) en cherchant à relever les forces de l'organisme.

Le repos absolu au lit permet parfois une récupération assez importante des forces. Held et Wills ont fait connaître l'amélioration notable d'un malade, obtenue seulement par un repos absolu tant physique que moral ; le massage est contre-indiqué. L'alimentation doit être substantielle et composée de tous les éléments nécessaires à la nutrition (albuminoïdes, graisses, hydrates de carbone et sels minéraux). Assez souvent on est obligé de nourrir les myasthéniques seulement avec des aliments liquides à la cuillère et même avec la sonde, lorsqu'ils présentent des troubles de la déglutition, pour éviter les complications pulmonaires. Ce sont surtout les hydrocarbonés qui doivent être administrés en grande quantité, même sous la forme du glucose pur. Keschner et Strauss ont traité, avec des bons résultats, des myasthéniques, en administrant des lavements de glucose. L'élément hydrocarboné présente une importance plus grande que celle d'un simple aliment chez les myasthéniques. Nous reviendrons plus loin sur l'utilisation du facteur hydrocarboné dans la maladie d'Erb-Goldflam.

Comme traitement symptomatique on a eu recours aussi à l'électrothérapie, sous forme de galvanisation ou d'Arsonvalisation, mais sans pouvoir obtenir des résultats. Dans certains cas, l'électrothérapie peut même produire une aggravation des symptômes (Raymond).

Les toniques généraux (la strychnine, la quinine, le phosphore, le fer, l'arsenic, la lécithine, le thorium) sont utiles car ils stimulent l'état général et sont des substances réparatrices. C'est surtout l'utilisation de la strychnine en injections sous-cutanées à doses croissantes de 1 mgr à 1 ctgr. et même plus et à la dose globale d'environ 10 ctgr. qui a donné quelques résultats, comme il ressort des publications de Bona, Jackson, Battes et de notre expérience personnelle.

En général, on doit avouer que le traitement symptomatique est aléatoire et que le traitement étiologique est pratiquement presque inexistant. Heureusement les recherches entreprises pour éclairer le mécanisme de production de la myasthénie ont abouti à des découvertes importantes qui ont eu une influence assez grande sur la thérapeutique de cette affection.

Déjà en 1910, Frugoni, Klippel et Villaret ont considéré la myasthénie comme une dystrophie musculaire progressive, une véritable myopathie primitive et on sait que Fuchs et Kohn ont décrit des formes qui feraient la transition entre la myopathie, la myotonie et la myasthénie. Ces constatations paraissent avoir un regain d'actualité par les recherches récentes qui ont établi l'existence d'une élimination urinaire de créatine survenant chez les myasthéniques tout comme chez les myopathiques.

Il est connu qu'on a attribué à la créatine un rôle de premier ordre dans le maintien du tonus et de la nutrition musculaires. D'autre part, d'après la conception actuelle, on ne considère pas la créatine comme une substance de déchet, mais au contraire comme un produit de synthèse formé au dépens du glycocolle. C'est en s'appuyant sur ces données qu'on a mis en œuvre chez les myasthéniques le traitement par le glycocolle qui a donné quelques résultats dans la myopathie. Jimenez Diaz, Vibanco, Bergomoni, Ye Compes ont publié un cas de myasthénie où l'administration de 10 gr. de glycocolle par

jour améliora nettement et rapidement l'état du malade.

Boothby qui a traité en un an 12 cas de myasthénie à la clinique Mayo, par le glycocolle, communique aussi d'assez bons résultats. Urechia et Mme Retezeanu ont eu aussi un résultat satisfaisant dans un cas de myasthénie. Récemment on a préconisé l'administration du glycocolle par la diélectrolyse (Rutenbeck).

Depuis que Weigert et Laquer ont trouvé une tumeur de la région thyroïdienne avec la structure du thymus dans un cas de myasthénie on s'est mis à rechercher le rôle des glandes endocrines dans la production du syndrome myasthénique. Goldflam, Mandelbaum, Dupré et Pagniez ont incriminé la persistance du thymus et les troubles de sa sécrétion. Ce rôle du thymus dans la genèse des troubles myasthéniques est accepté aussi par de nombreux auteurs, tant en Amérique qu'en Europe.

On a relaté des cas d'amélioration ou même de « guérison » de la maladie d'Erb-Goldflam à la suite de l'irradiation du thymus ou de l'administration d'extraits thymiques (Keschner et Strauss).

Tour à tour on a envisagé le rôle de presque toutes les glandes endocrines, sans pouvoir arriver à préciser une pathogénie univoque de la myasthénie. Pour la traiter on s'est conduit d'après ces considérations pathogéniques et on a administré des extraits des glandes incriminées.

Mais existe-t-il vraiment une pathogénie univoque ? Oppenheim a décrit un cas de myasthénie associée à la maladie de Basedow. Marinesco et Boudonne ont trouvé les follicules thyroïdiens en hyperfonction, mais Raymond et Alquier ont trouvé la thyroïde parfois normale. Lundborg et Chvostek ont cru à une hyperfonction des parathyroïdes et Parhon a produit la réaction myasthénique en administrant des extraits parathyroïdiens. Toutefois le dosage de la calcémie a presque toujours décelé des quantités normales de calcium et Marinesco n'a trouvé aucune modification anatomo-pathologique des parathyroïdes.

Pierre Marie, Boutier et Bertrand ont attribué le syndrome myasthénique à des troubles du fonctionnement de la surrénale, mais quoique Lereboullet et Baudoin aient trouvé des lésions évidentes de ces glandes dans un cas de maladie d'Erb-Goldflam, Roussy et Rossi nient l'intervention des surrénales, considérant ce cas comme appartenant à la maladie d'Addison.

Henri Claude distingue les syndromes asthéniques qui sont dus à des causes multiples (même à la maladie d'Addison) et où on ne trouve jamais des paralysies, des troubles bulbaires ou électriques et la myasthénie proprement dite qui — d'après son opinion — consiste en altérations des muscles et du système nerveux central produites par des substances toxiques que les glandes endocrines ne parviennent pas à neutraliser. (Récemment nous avons pu constater l'absence de la réaction de Jolly dans un cas très avancé de maladie d'Addison dont le diagnostic a été vérifié par la nécropsie). Mais, d'autre part, Sézary croit que souvent il est très difficile de distinguer la myasthénie de l'insuffisance surrénale et Marinesco, tout en admettant les différences cliniques de la maladie d'Erb-Goldflam et de la maladie d'Addison, affirme que rien ne nous autorise à éliminer l'intervention des surrénales dans la genèse du syndrome myasthénique. Il existe des lésions dans les capsules surrénales, mais elles sont discrètes et d'un type spécial : infiltrations vasculaires et nodulaires.

C'est donc en partant de ces faits qu'on a commencé à traiter la myasthénie *par des injections d'adrénaline et d'extraits surrénaliens.*

Les recherches pléthysmographiques que Marinesco a entreprises chez les myasthéniques l'ont fait considérer la myasthénie aussi comme une dystonie végétative, produite par un trouble des glandes endocrines. En effet, Athanasio et Carvallo avaient montré que pendant la contraction musculaire il existe une vasoconstriction dans les muscles. Athanasio et Marinesco ont montré que dans la myasthénie survient une vaso-dilatation pendant la contraction. Cette inversion de la réaction vasculaire serait due aux changements que subit le système végétatif, soit par un réflexe qui part des muscles, soit par une intervention des centres nerveux qui ne parviennent plus à coordonner la contraction des muscles et des vaisseaux.

Il paraît donc qu'il s'agit d'un cercle vicieux. Le métabolisme du muscle dépend d'un nombre de facteurs — dont les glandes endocrines sont les plus importants — et les substances qui en résultent (par leur abondance même) influencent le système végétatif dans ses terminaisons intramusculaires mêmes. Ce trouble végétatif, agissant à son tour sur les vaisseaux, produit des modifications vasculaires qui ne font qu'aggraver les troubles initiaux du métabolisme.

D'après les données de Marinesco on fait des injections journalières d'un extrait total de surrénale jusqu'à l'amélioration des symptômes : modifications de la réaction myasthénique et pléthysmographique, résistance augmentée à l'effort et à la fatigue. On peut reprendre ce traitement — s'il a été efficace — après une pause de 15-20 jours pour empêcher l'apparition ou l'aggravation des symptômes encore existants.

Mais la découverte de l'*extrait du cortex surrénal* (Hartmann, Swingle et Pfiffner) avec son action élective sur les troubles de l'insuffisance surrénale a déterminé l'emploi de cet extrait dans les troubles myasthéniques. Jusqu'à présent les résultats sont contradictoires. Roche, Michel Demole et Duchosal ont publié l'observation d'un malade nettement amélioré après le traitement par la cortine de « Richter » et qui n'avait pas réagi aux autres traitements. D'après eux l'extrait cortico-surrénal augmenterait sur place les oxydations anaérobies et permettrait la synthèse des sulfhydriles.

(Le glycocolle agirait d'une façon analogue en fournissant un des composants nécessaires à la formation du glutathion.)

Mais d'autre part Bernhardt et Levi-Sympson, en employant l'eucortone dans le traitement de deux cas de myasthénie grave n'ont enregistré aucun succès. Ces auteurs arrivent à la conclusion qu'il paraît

que les surrénales n'interviennent en aucune manière dans la production de la myasthénie.

Comme nous l'avons dit plus haut, il paraît établi que les myasthéniques présentent des troubles végétatifs ; l'innervation sympathique des muscles volontaires est troublée chez eux tout comme chez les myopathiques. C'est pourquoi Ken Kuré et Shigeo Okinaka ont préconisé le traitement des dystrophies musculaires par *des injections de solution d'adrénaline* (1 0/00) *et de pilocarpine* (1 %) avec des résultats favorables. Pour les mêmes raisons, on a eu recours à ce traitement chez les myasthéniques en obtenant des résultats contradictoires. Nous-même, nous l'avons employé dans un cas de myasthénie, sans obtenir aucune amélioration (d'ailleurs nous avons subi le même échec en traitant deux myopathiques d'après la méthode de Ken Kuré).

D'après les mêmes considérations qui ont déterminé l'emploi de l'adrénaline et de la pilocarpine, on a préconisé l'*éphédrine*. Mac Alpine a récemment publié trois cas de myasthénie, améliorés à la suite de l'administration de trois (3) ctgrs, deux fois par jour, de ce produit.

Dans notre service, Bruch et Buttu ont essayé chez une myasthénique le traitement par des doses croissantes d'histamine en injections sous-cutanées en obtenant une amélioration subjective de l'asthénie et une augmentation de l'appétit.

En ce qui concerne l'importance des modifications histo-pathologiques du muscle pour la compréhension des troubles myasthéniques, nous rappelons que Marinesco a décrit dans le muscle strié une diminution des oxydases et des lipoïdes et surtout des granulations de glycogène.

Des recherches chimiques récentes ont en effet montré que le métabolisme des hydrocarbonés est troublé dans la myasthénie. Normalement le lactacidogène (la substance de travail d'Embden) se dédouble pour accomplir la contraction musculaire, en acide lactique et en phosphate potassique, en l'absence de l'oxygène. Après la contraction musculaire le processus aérobie refait le lactacidogène qui se transforme en glycogène et phosphate de potassium. Ce processus de resynthèse s'effectue grâce à une consommation d'énergie chimique qui résulte de la combustion du glycose mis en liberté pendant la première phase de ce processus chimique.

Quant aux relations qui existent entre ce métabolisme musculaire et les troubles myasthéniques, il faut se rapporter aux recherches qui ont montré l'importance de l'acide lactique dans la genèse de la fatigue musculaire. On sait que Meyerhoff et Matsouka ont attribué la plupart des phénomènes de fatigue à l'acide lactique qui s'accumule dans le muscle pendant le travail. Embden avait déjà montré que dans les gastrocnémiens excités jusqu'à l'épuisement, on constate une très notable diminution de la faculté de resynthèse du lactacidogène. C'est aussi Embden qui a relevé l'importance de l'équilibre ionique dans ce processus de resynthèse.

Boldt, Mohr, Bergmann et Dresel ont trouvé une augmentation de l'acide lactique dans le sang du myasthénique. Récemment Jimenez Diaz, Cuenca et D. Rubio ont repris ces dosages et ont constaté aussi une lactacidémie élevée avec une augmentation successive et un retard de récupération de la valeur initiale après l'effort. Ces auteurs ont fait ces dosages dans des cas de myasthénie légère, dénommés par eux « myasthenia minor » qui ne se distingue de la véritable myasthénie pseudo-paralytique que par une atténuation des symptômes cliniques. Cette lactacidémie élevée résulte d'un défaut de resynthèse du lactacidogène qui peut être mis au compte d'un apport insuffisant d'oxygène, nécessaire à la combustion du glycose, dont émane l'énergie qui refait le lactacidogène. Cet ensemble de faits se retrouve dans les états anémiques, dans les affections cardio-vasculaires ou dans les états où il existe un apport insuffisant d'oxygène. Mais la resynthèse peut être troublée même avec un apport suffisant d'oxygène. En effet, Jerwell, Alder, Lang et Jimenez ont montré que l'insuffisance hépatique crée un état de mauvaise utilisation de l'oxygène. Schumacher a publié des cas de cancer hépatique avec une lactacidémie élevée. On pourrait donc admettre que la resynthèse du lactacidogène serait une fonction hépatique (Noorden, Jost, Jansen).

On connaît d'ailleurs l'asthénie qui existe dans les syndromes avec insuffisance hépatique, mais d'après Supmiewski et Collazo la resynthèse serait due non seulement au foie, mais aussi aux autres glandes endocrines et Jiménez Diaz avec ses collaborateurs soutiennent à leur tour que la récupération des muscles après l'effort est un processus métabolique dans lequel intervient tout un système (foie, surrénale, thyroïde, hypophyse), le même qui préside aux diverses phases du métabolisme des hydrocarbonés. On connaît les travaux de Rosenow qui a trouvé des troubles du métabolisme hydrocarboné dans tous les états d'adynamie et dans la myasthénie.

Récemment, Reuter et Zimmermann ont repris l'étude des troubles chimiques des myasthéniques. Leurs recherches ont abouti aux conclusions suivantes : L'acide lactique n'est pas constamment augmenté dans le sang de ces malades, mais on y trouve un taux plus élevé qu'à l'état normal et un abaissement retardé de l'acide lactique sanguin, après un travail prolongé. Ces constatations confirment les travaux antérieurs de Marinesco, Sager et Kreindler qui ont établi qu'il existe chez les myasthéniques une acidose qui augmente surtout rapidement après un léger travail.

Au cours des mêmes recherches, Reuter et Zimmermann constatent aussi que dans la myasthénie le métabolisme des hydrocarbonés n'est pas troublé seulement dans les muscles, mais aussi dans le foie. Ces auteurs arrivent après ces constatations à la conclusion que l'insuline devrait être employée dans le traitement de la myasthénie. Avant ce travail, paru en 1933, nous avons — dans un article publié dans la *Roumanie Médicale*, de janvier 1932 — relaté les résultats obtenus par nous en *traitant trois myasthéniques par l'insuline*. Nous avons préconisé cette thérapeutique basée sur des conditions de physio-pathologie auxquelles les auteurs allemands (sans connaître notre travail antérieur) sont aussi arrivés. D'ailleurs notre méthode a été employée par Mlle Bronislava Hasenberg qui la mentionne dans sa thèse inau-

gurale de Montpellier (1932). L'auteur de cette thèse — souffrant de myasthénie — dit avoir ressenti une amélioration évidente après une cure d'insuline.

Nous avons administré l'insuline avant le déjeuner et le dîner, à la dose de 5-15 u., suivies d'un repas riche en hydrocarbonés. Les résultats obtenus ont été favorables, mais n'ont pas dépassé la durée du traitement. L'amélioration consistait surtout dans une augmentation des forces (constatée au dynamomètre), une résistance accrue à la fatigue (épreuve de l'élévation du bras) et une tendance à la normalisation des réactions myasthéniques et pléthysmographiques.

Comment expliquer cette action favorable de l'insuline ? Nous avons montré que le système endocrinien qui paraît être troublé dans la myasthénie est le même qui tient sous sa dépendance le métabolisme musculaire. L'augmentation de la lactacidémie a été mentionnée par tous les auteurs qui ont étudié les troubles du métabolisme des hydrocarbonés dans les muscles. Mais nous savons que cette lactacidémie, créant un état d'acidose, doit être favorablement influencée par l'insuline, hormone par excellence alcalinisant. Nous ne pouvons pas préciser si cette action consiste seulement dans une amélioration des combustions d'hydrocarbonés en empêchant la formation de nouvelles quantités d'acide ou bien si elle s'exerce directement sur les acides déjà produits. On pourrait nous objecter que d'après les dosages de Briggs, Welser et Dorsi l'insuline produit une augmentation de l'acide lactique, mais cette affirmation a été rejetée par les recherches de Servantie, Aurep, Zannon, Rest et Redon. Il est vraisemblable que pour sa fonction, le muscle doit avoir assuré un métabolisme normal des hydrocarbonés. Falta dit que l'action normale du muscle a besoin d'une certaine quantité de sucre qui ne peut être obtenue si l'insuline manque. Dans le diabète maigre il existe une véritable atrophie musculaire qui peut être remplacée par une hypertrophie athlétique après un traitement insulinique. Il paraît donc que l'importance de l'insuline pour le maintien de la fonction et de la trophicité musculaire est de premier ordre.

Nous rappelons aussi qu'en 1924, Nitesco et Cosma ont démontré expérimentalement que l'insuline hâte l'oxydation pour le muscle de deux corps intermédiaires du métabolisme (acide-α-oxybutyrique et acide pyruvique (1). C'est à la suite de toutes ces considérations que nous avons pensé à nous adresser à l'insuline pour traiter les myasthéniques.

Récemment deux nouveaux moyens ont été ajoutés aux méthodes préconisées dans le traitement de la myasthénie.

C'est d'abord *l'harmine*, qui — comme on le sait — est un alcaloïde isolé par Triche en 1848 du Pergamum Harmala et était utilisé en Orient comme stupéfiant. Grâce à son action de libération musculaire cette substance a été préconisée dans le traitement de la rigidité parkinsonienne (Alvin, Fischer, Hamé et Perraut) ; en même temps Behringer et Willmanns ont pensé à employer l'harmine à la dose de 0,02-0,03 ctg. en injections sous-cutanées journalières dans le traitement de la myasthénie. Cette action favorable pourrait être expliquée, d'une part, par l'action euphorique de l'alcaloïde, d'autre part par les recherches faites par Schain qui — dans sa thèse de Bucarest — a montré que l'harmine augmente l'excitabilité neuromusculaire de la préparation sciatique-gastrocnémienne de la grenouille.

Chez une myasthénique nous avons employé ce traitement ; tant que durait l'action de l'harmine (6-8 heures), la malade éprouvait une certaine amélioration subjective.

A la Réunion Neurologique Internationale de Paris, en juin 1933, Foerster (de Greifswald) a communiqué les résultats très favorables qu'il a obtenus en traitant trois myasthéniques par *la vératrine*. Nous avons aussi mis en œuvre ce traitement qui consiste dans l'administration de XV gouttes de teinture de veratrum album, prises à trois fois pendant la journée. Nous avons constaté chez une malade, dès les premiers jours, un redressement des forces, avec diminution de l'asthénie et de la difficulté de l'acte de mastication et disparition de la diplopie. Après 10 jours de traitement, la malade, qui était confinée au lit, put faire quelques pas dans la chambre et même exécuter quelques travaux de ménage. Nous n'avons pas eu l'occasion de renouveler notre expérience, mais d'après cette seule constatation nous pouvons affirmer que la vératine a eu un effet certainement favorable dans ce cas.

Pour expliquer cette action nous rappelons que la proto-vératrine, alcaloïde très rapproché de la vératrine et qui est contenue dans le veratrum album, administrée en petites doses a une action sur la contraction musculaire qui consiste dans une augmentation de la courbe de contraction ; on sait aussi que les doses fortes produisent une disparition de la contraction par épuisement du sarcoplasme (Garten, Hoffmann, Woebecke, Kolins).

***

Après ce long exposé on peut avoir l'impression que les diverses méthodes de traitement de la myasthénie — si nombreuses et si variées — ne traduisent que leur inefficacité. Nous croyons que s'il est juste qu'à l'heure actuelle nous n'avons pas un traitement pour guérir la myasthénie, ce serait une erreur de soutenir l'inefficacité des diverses méthodes et de croire que l'amélioration qui survient après leur administration n'est due qu'aux rémissions spontanées, habituelles pendant l'évolution de la maladie.

En ce qui nous concerne, nous croyons que l'inégalité d'action des divers traitements est due surtout aux facteurs suivants : la prédominance chez certains malades des troubles de la fonction neurovégétative ; chez d'autres malades, la prédominance des facteurs endocriniens et du métabolisme musculaire.

On doit tenir compte du fait que ces troubles n'existent jamais à l'état isolé et qu'ils s'influencent réciproquement en créant un véritable cercle vicieux. C'est de cette manière qu'on peut expliquer les observations si disparates des divers auteurs qui ont

(1) La constatation de Reuter et Zimmermann que la fonction hépatique est aussi troublée dans la myasthénie laisse supposer une action favorable de l'insuline aussi sur cette insuffisance relative du foie.

communiqué des résultats favorables, soit avec les extraits surrénaliens, soit avec l'insuline, l'harmine ou la vérarine, ou même avec le simple repos au lit et l'alimentation hydro-carbonée.

Il est étrange que des substances de nature et d'action si différentes (hormones ou alcaloïdes) aient réellement un effet, de durée plus ou moins longue, dans le traitement des symptômes myasthéniques.

Il est probable que l'explication de ces constatations réside dans le fait que chaque substance employée séparément n'agit que sur un seul segment de cette chaîne fermée qui constitue le substratum physiopathologique de la myasthénie.

Pour conclure, nous proposons comme schéma du traitement de la myasthénie (après avoir écarté les facteurs étiologiques) le procédé suivant :

a) L'administration, comme traitement de base, d'une alimentation riche en hydrocarbonés, en y ajoutant les injections d'insuline, d'extraits hépatiques et l'ingestion de glycocolle ;

b) L'adjonction, dans les intervalles libres, d'une des substances mentionnées plus haut (strychnine, extraits surrénaliens, harmine, histamine, vératrine) en nous guidant d'après la manière favorable ou non par laquelle chaque malade réagit envers chacun de ces produits.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bergmann und Dressel. *Z. Klin. Med.*, 1928, n° 8.
2. Beringer und Willmanns. Zur Harmin und Bannisterinfrage Dtsch, *Med. Woch.*, 1929, II.
3. Bernhardt u. Levy-Simpson. Ein Beitrag zur Frage der Beziehunder Nebennierenrinde zum Krankheitsbider Myasthenia gravis, *Klin. Woch.*, B 50, 1932.
4. Charcot et Marinesco. *C. r. Soc. Biol.*, 1895.
5. Falta et Boller. Diabète insulaire et insulino-résistant, *Klin. Woch.*, 7 mars 1931.
6. Foerster (Greifswald). Traitement de la myasthénie par la vératrine, *Soc. de Neurol. de Paris*, juin 1933.
7. Frugoni. La myasthénie gravis, *Presse Méd.*, 2 avril 1910.
8. Fischer (A.). Untersuchungen uber die Wirkung von Harmin bei postenceph., Zuständen, *M. med. W.*, 1929, I.
9. Jimenez Diaz, Cuenca et Diaz Rabio. La myasthénia minor, *Presse méd.*, 19 sept. 1931.
10. Mac Alpine. Le traitement de la myasthénie par l'éphédrine, *Lancet*, janv. 1934.
11. Keschner (M.) and Strauss (I.). Myastenia gravis, *Arch. of Neurol. and Psych. March* 1927.
12. Marinesco (G.). Nouvelles contributions à l'étude de l'histologie, de la physiologie pathologique et de la pathogénie de la myasthénie, *Ann. de Méd.*, Mai 1925.
13. Marinesco (G.). Contributions à l'étude de la myasthénie grave pseudo-paralytique, *Sem. Méd.*, 2 sept. 1908.
14. Mauriac et Aubertin. L'insuline. La physiologie de l'insuline, *Ann. de Méd.*, déc. 1927.
15. Marinesco (G.), Sager et Kreindler. Zur Pathogenese der Myasthenie, *Z. Klin. Med.*, 113, 1930.
16. Matsouko. Milchsaurebildung bei d. chemisch. Contractur des Muskels, *Phlugers Arch.*, 1924.
17. Marinesco. Nouvelles contributions à l'étude de la myasthénie, *Bull. de la Soc. Med. Hôp. Paris*, 1925.
18. Mendel Kurt. Die Symptomatologie der Myasthenie, *Zbll. f. d. Neurol. u. Psych.*, 1 aug. 1934.
19. Roch, Michel Demole et Pierre Duchesal. Un cas de myasthénie prog. traité, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Paris*, n° 3, 1934.
20. Maninesco, Façon et Vasilesco. Câteva date asupra tratamentu lui myasthéniei, *Rom. Med.*, 15 janv. 1932.
21. Ravina (A.). La thérapeutique moderne des myopathies, *Presse Méd.*, mars 1934.
22. Nitzescu et Corsma. L'insuline et les oxydases du muscle, *C. R. Soc. Biol.*, t. XC, 1924.
23. Pierre Marie, Boutier et Bertrand. Etude anatomo-clinique d'un cas grave de myasthénie, *Ann. de Méd.*, 1921, n° 3.
24. Rosenov Adynamie und Blutzuckergefalle, *Klin. Wschr.*, 2, 1928.
25. Roussy et Rossi. Un cas de myasthénie grave progressive d'Erb-Goldflam, *Rev. Neurol.*, 1911.
26. Reuter u. Zimmermann. Stoffwechseluntersuchungen bei Myasthenie, *Zahl. f. Klin. Med.*, n° 124, 1933.
27. Sézary. L'asthénie d'origine endocrinienne, *Presse Méd.*, janv. 1922.
28. Schain (A.). Rigiditatea post-encefalitica si tratamentul ei cu harminä, *Tezä Bucuresti*, 1930.
29. Ureche et Retezeanu (Mme). Le glycocolle dans la myasthénie, *Presse Méd.*, août 1934.
30. Willmanns u. Bekringer. Zur Harmin und Bannisterinfrage, *Dtsche hed. Woch.*, 1929, II.
31. Bronislawa Hasenberg. Contribution à l'étude de la myasthénie, *Th. de Montpellier*, 1932.
32. Rutenbeck (H.). Studien uber Glycoolektrolophorese bei der Dystrophia muscularum progressiva, *Klin. Wschr.*, 29, 1934.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1933-1934 (1)

Doctorat d'Etat. — 146. Aballéa. — Contribution à l'étude de la tension oculaire dans la myopie.

104. Angibeau. — Contribution à l'étude du diagnostic biologique de la tuberculose urinaire.

165. Armand. — Sur 38 cas de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.

151. Arzel. — L'hypertrophie congénitale du col vésical.

115. Audemard. — Etude des ruptures des kystes de l'ovaire.

100. Ayme. — Arthur Schopenhauer.

141. Baché. — Le sanatorium. Son utilité et sa place dans la lutte antituberculeuse.

112. Bahuet. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'hérédo-syphilis. Ses signes mineurs.

48. Baillet. — La valeur diagnostique du test hormonal lapine dans les affections gynécologiques.

28. Ballan. — L'infantilisme hypophysaire.

122. Barraud. — Cancer du massif facial. Indications opératoires. Résultats.

149. Bauray. — Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse extra-utérine.

114. Beauvieux. — Recherches anatomiques sur les canaux semi-circulaires des vertébrés.

138. Beauvieux (Mme). — Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses à pneumocoques.

143. Bellec. — Des abcès froids tuberculeux des trompes.

110. Bellet. — Des indications de la sonde à demeure avant cystostomie pour adénome prostatique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1934, Lille, n° 77, p. 1367; Montpellier, n° 78, p. 1380; Strasbourg, n° 80, p. 1420; Toulouse, n° 83, p. 1470; Alger, n° 84, p. 1486; Marseille, n° 85, p. 1507; Nancy, n° 93, p. 1650; Lyon, n° 99, p. 1776.

8. BENDERITTER. — Sur l'exophtalmie de la maladie de Basedow et sa pathogénie.

52. BENMERABET. — L'infantilisme lié à l'insuffisance mécanique de l'alimentation.

6. BIÈS. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la réaction de Vernes à la résorcine dans la tuberculose pulmonaire.

101. BODET. — Contribution à l'étude du traitement de l'insuffisance ovarienne.

150. BONNEFOI. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale compliquant l'évolution des kystes de l'ovaire.

5. BONNEFOND. — Contribution à l'étude de la valeur du drainage médical des voies biliaires.

65. BOSQ. — Les causes de la droiterie et de la gaucherie. Le maurcinisme dans l'épilepsie.

96. BOUISSOU. — Le renouveau de l'antimoine.

34. BOUSSIER. — Des hydronéphroses bilatérales par vaisseaux anormaux du rein.

33. BRISOU. — Recherches sur l'état de contamination des huîtres livrées à la consommation.

119. BRUGAILLÈRE. — La vie médicale de François Rabelais.

129. — BRUNE. — L'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans les insuffisances hépatiques.

41. BRUNIES. — L'hydrologie de Pline l'Ancien.

12. BRUSQ. — Nietzsche. Etude psycho-pathologique.

130. CAILLAUD. — Etat actuel du traitement de la coqueluche.

153. CARDINAUD. — Contribution à l'étude des résultats du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.

102. CASSAN. — Contribution à l'étude des abcès de la langue.

63. CAUSSAIN. — Les ostéoarthrites de la hanche d'origine mélitococcique.

11. CHAPERT. — Contribution à l'étude des greffes ovariennes comme traitement de la ménopause opératoire chez les jeunes femmes.

53. CHASSIN. — Contribution à l'étude des troubles oculosensoriels dans l'encéphalite épidémique et ses séquelles.

131. CHASTAIGNET. — Contribution à l'étude de la luxation traumatique du pied en arrière.

136. CHEYLAC. — L'anesthésie générale à l'évipan sodique en petite chirurgie et pour les interventions de courte durée.

47. CLÉNET. — Contribution à l'hygiène de l'habitation.

10. COCHARD. — Contribution à l'étude des fistules hémorragiques cataméniales.

127. COLAS. — Contribution à l'étude des injections opaques en radiologie anatomique.

120. COURRIADES. — L'azotémie post-opératoire et son traitement.

118. COUTURIER. — Les opérations césariennes et leurs indications.

29. CUQ. — Traitement d'attaque de la syphilis, nécessité de sa continuité.

4. DAGORN. — Etude clinique et thérapeutique des procidences du cordon.

145. DAIRE. — De la gangrène infectieuse des paupières en général et en particulier dans l'érysipèle de la face.

17. DARDILL. — Réactions cellulaires produites par le virus filtrant tuberculeux dans le poumon du lapin.

19. DECUGIS. — Code du travail maritime.

106. DELAS. — La trachéotomie dans la tuberculose laryngée et pulmonaire.

124. DEPIERRIS. — Contribution à l'ulcère de l'estomac chez l'enfant.

64. DILHAC. — Contribution à l'étude de l'urémie psychique.

160. DOHER. — Contribution à l'étude de la dégénérescence tuberculeuse des kystes de l'ovaire.

76. DOMAIRON. — Statistiques sur la mortalité maternelle à la clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine de Bordeaux (1923-1932).

159. DOSSER. — Contribution à l'étude du traitement de l'ovarite scléro-kystique.

144. DOUBLET (Mme). — La médecine dans les œuvres de Diderot.

36. DOZOUL. — Etude sur la pathogénie de l'ophtalmie phlycténulaire.

113. DUBARRY. — Etude sur la réaction de sédimentation des hématies en clinique.

105. DUCOS. — L'anesthésie au tribromo-éthanol principalement en chirurgie pulmonaire.

54. DUMAS. — La névrite rétrobulbaire diabétique.

111. FAGART. — Contribution à l'étude de l'innervation motrice du voile du palais.

1. FITTE. — Contribution à l'étude de la douleur dans le cancer de l'utérus.

93. GARBIÈS. — Le pigment malarique.

80. GAUFFRIAUD. — Valeur et indication de la surrénalectomie dans le traitement des gangrènes spontanées des membres.

152. GEMAIN. — L'occlusion intestinale dans les fibromes de l'utérus.

9. GHERSI. — Encéphalite épidémique. Questions médico-légales et responsabilité.

31. GILLET. — Le phagédénisme chancreilleux.

74. GLOAGUEN. — Technique des opérations pour ablation des tumeurs bénignes de la vulve.

86. GODEAU. — Le diagnostic biochimique de l'alcoolisme aigu en médecine légale.

55. GOERGER. — Les comas diabétiques sans acétonurie.

97. GOGUET. — Recherches anatomiques sur le mode de ramescence de l'artère axillaire.

49. GOUDIN. — Les troubles vésicaux chez les fibromateuses.

158. GOURMELON. — La grossesse intraligamentaire.

121. GRÈZE. — Les diabètes à régulation glycémique insulino-instable.

39. GUEVELLOU. — Indications actuelles de l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins dystociques à Bordeaux.

37. GUILHEM. — Contribution à l'étude des adénites géniennes d'origine dentaire.

60. HENRIC. — Les grossesses tubaires récidivantes bilatérales.

42. HOMBERG. — L'épilepsie cardiaque.

32. IMBERT. — Notions nouvelles apportées au paludisme par la malariathérapie.

51. ISOARD. — Le traitement des fausses routes de l'urètre.

75. JOURDAIN. — Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse gravidique.

79. JUGUET. — Contribution à l'étude du diagnostic du rein en fer à cheval tuberculeux.

30. JUILLARD. — La cholédochoduodénostomie.

44. JUSKIEWENSKI. — Jean-Paul Marat : le Médecin, le Savant, le Philosophe, le Journaliste, le Révolutionnaire.

99. KERGUELEN. — L'anémie dans les dysenteries.

128. LABORDE. — Contribution à l'étude du miel des abeilles dans ses applications diététiques et médicales.

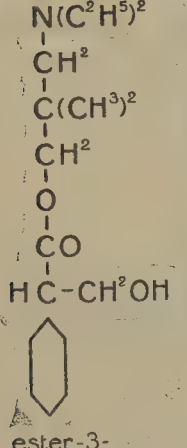
46. LAFONTAINE. — Les signes précoces du saturnisme.

73. LAGARDE. — La dacryoadénite palpébrale aiguë de l'enfant.

133. LAHORGUE. — De la mélancolie essentielle et notamment des idées d'auto-accusation dans cette affection mentale.

108. LALANDE. — Le lever précoce en chirurgie abdominale pelvienne.
154. LALANNE. — Contribution à l'étude des hématomes musculaires spontanés.
126. LAMOTHE. — De la néphrite azotémique typhoïdique.
156. LANSAC-FATTE. — L'intoxication expérimentale par le chlorhydrate de phénylhydrazine.
58. LANSADE. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie au cours des broncho-pneumonies de l'enfance.
61. LAPORTE. — Contribution à l'étude du traitement de la thrombopénie essentielle par la ligature de l'artère splénique.
164. LARRIEU. — Syphilis et syndrome hépato-splénique.
163. LAURENT. — Considération sur les dyspepsies pancréatiques.
66. LE BIHAN. — Diagnostic et traitement de la maladie de Nicolas et Favre.
157. LE BŒUF. — De l'entéro-anastomose à distance dans l'occlusion intestinale post-opératoire.
78. LEBRETON. — Les hémorragies méningées du nouveau-né dans leur rapport avec l'hydrocéphalie.
25. LE GOUAS. — Les Saints d'Armorique : pratiques médicales populaires en Bretagne.
22. LE MÉE. — Contribution à l'étude des péricystites suppurées à évolution inguinale.
15. LE MINOR. — Contribution à l'étude de la spondylite typhique.
50. LÉONETTI. — La valeur du signe radiologique de pneumopéritoine dans les ulcères digestifs perforés.
26. LE ROUX. — Contribution à l'étude des myosarcomes du corps de l'utérus.
147. LÉVY (J.). — Les traitements des accidents sériques.
89. LÉVY (Victor). — Blessures par poissons venimeux du bassin d'Arcachon.
18. L'HOTELLIER. — Shakespeare au regard de la Médecine.
161. MAGENC. — Contribution à l'étude du traitement des phlébites oblitérantes par l'hirudination.
137. MANDOUL. — Le Service de santé en campagne au Maroc. L'ambulance d'évacuation n° 2 pendant les opérations militaires de 1934.
2. MARCADÉ. — Le Médecin français et la loi sur les assurances sociales.
16. MARCHAUD. — L'évolution de l'idée eugénique.
45. MARTIN. — Le vin naturel : sa valeur dans la prophylaxie de l'alcoolisme.
107. MARTZLOFF. — Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire inférieur.
88. MATHIAS. — Recherches expérimentales sur l'action abortive du plomb ingéré en nature.
59. MAUZÉ. — Contribution à l'étude expérimentale des états subleucémiques et leucémiques et des états proches parents.
3. MERLE. — Psychologie et pathologie d'un artiste : Henri Duparc (1848-1933).
67. MESSNER. — Le lupus érythémateux.
123. MÉTAYER. — Contribution à l'étude des ligatures veineuses dans le traitement des thrombophlébites puerpérales dites suppurées.
103. MILLE. — L'indoxyle. Signification clinique des variations de son taux dans l'urine et dans le sang.
7. MIOSSEC. — Rapports du côlon sigmoïde et des tumeurs pelviennes chez la femme.
20. MOLE. — Contribution à l'étude du myorythme.
21. MONS. — Les réactions ganglionnaires dans l'érysipèle.
57. MORIN. — Les réactions de Bordet-Wassermann « irréductibles ». Leur valeur séméiologique. Déductions thérapeutiques.

Syntropan "ROCHE"



ester-3-diéthylamino-2,2-diméthyl-propylique de l'acide tropique.

Spasmolytique

Comprimés : 1 à 3 pro die
Ampoules : 1 à 3 pro die
Suppositoires : 1 à 2 pro die

Réalisation synthétique de la médication atropinique sans mydriase, sécheresse de la bouche etc...

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie - 10, Rue Crillon - PARIS (IVe)

117. MOULÈNES. — Etude critique de quelques observations de néphrose lipoïdique.

139. MOYZÈS. — L'épilepsie postmalariathérapique.

142. NABOULET. — Cures de quelques visiteurs de marque à Bagnères-de-Bigorre au XVIIe siècle.

72. OLLIVIER. — Accidents de la pyélographie par voie rétrograde.

27. PAOLI. — L'enfant infirme à travers les âges.

85. PARAVISINI. — La roentgenthérapie et la curiethérapie dans le traitement du gliome de la rétine.

77. PELON. — Au sujet du forceps Roux à branches hermaphrodites.

98. PERRIN (Georges). — Etude sur les anatomistes bordelais. Leur vie. Leurs œuvres.

148. PERRIN (P.). — Les ondes courtes.

90. PONS. — L'emphysème pulmonaire. Histoire des théories pathogéniques.

68. PROST. — Le traitement de l'ulcère variqueux.

84. PROVOST. — Contribution à l'étude des tumeurs lymphoïdes orbito-palpébrales primitives.

56. QUINQUIS. — Contribution à l'étude du métabolisme et de la thérapeutique calcique.

81. RABESAHLA. — La splénectomie dans la splénomégalie palustre.

38. RABIER. — Considérations médico-légales sur les accidents du travail et les accidents de droit commun en gynécologie et en obstétrique.

116. RAGNAUD. — Communauté pathologique des tissus endothéliaux de la veine et de l'artère.

87. RAMPONT. — Les accidents électriques et leur prophylaxie dans une compagnie de chemin de fer électrifiée.

71. RAOULT. — Etude statistique de la mortinatalité à la clinique obstétricale de Bordeaux.

70. RAUTUREAU. — Le traitement des hémorragies par insertion du placenta sur le segment inférieur.

135. REY-LESCURE. — De la psychologie religieuse à la religiosité morbide.

69. RIU. — Essai psycho-pathologique sur Joseph Fouché (1759-1820).

82. ROBERT. — Les réparations musculo-tendineuses et aponévrotiques par greffe libre du fascia-lata.

62. ROBIN. — Les injections intratissulaires d'eau d'Uriage combinées au traitement thermal habituel en thérapeutique gynécologique.

91. ROBINEAU. — Contribution à l'étude des anévrismes artériels dans l'endocardite maligne lente.

23. ROUVELLAT DE CUSSAC. — Sur l'entretien des plaies par la bryone.

13. SERGENT. — Les stomatites auriques.

95. SERVANTON. — La mélano-floculation de Henry.

125. SOULARD. — L'anesthésie de base au tribromoethanol en chirurgie infantile.

92. SOUMAIRE. — Les extraits organiques dans la thérapeutique cardio-vasculaire.

24. STROWSKI DE LENKA. — Le suicide à deux : étude psychiatrique et médico-légale.

83. TANDONNET. — Contribution à l'étude de l'ostéosynthèse vertébrale dans le mal de Pott chez l'enfant.

134. TAREL. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des enfants par l'aurothérapie.

155. TEYSSANDIER. — Recherches sur la valeur prophylactique et thérapeutique du sérum antidiphtérique vis-à-vis de l'infection diphtérique expérimentale chez le cobaye.

14. THÉVENIN. — Le traitement des paraplégies spastiques par la névrotomie obturatrice.

40. THIOLLET. — Considérations et recherches sur l'intoxication par l'amanite phalloïde.

94. TOUZIN. — La pyrétothérapie par les infections à spirochètes.

132. TURLAIS. — Contribution à l'étude des éviscérations transdiaphragmatiques traumatiques immédiates.

140. VALAT. — La morphée en gouttes.

109. VARACHAUD. — Les abcès de la rate et leur traitement.

43. VERGNES. — Les guérisseurs du cancer.

35. VERPRAT. — La syphilis et la prostate.

62. VITAL. — Contribution à l'étude du CO^2 alvéolaire chez les cardiaques décompensés.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — 235. ALVAREZ. — Etude bactériologique du lait mis dans le commerce de la ville de Bordeaux.

237. BOGDANOFF. — Des manifestations médullaires dans la fièvre typhoïde.

240. MOUSSA. — L'hygiène dans l'Egypte pharaonique.

244. RIAD SALAH. — Contribution à l'étude de la hernie inguinale énorme.

236. TÉODOROFF. — Les hydronéphroses congénitales.

PRATIQUE MÉDICALE

LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR (1)

Par le docteur P. LONJON.

L'allylisopropylbarbiturate de diméthyl-amino-antipyrine ou allonal trouve son indication chaque fois que l'on veut combattre l'agitation nerveuse associée à la douleur. Il se montre très efficace dans les cas de névralgies dentaires, de douleurs rhumatismales, dans les angines et même dans le cancer et le tabès. Il se prend à la dose moyenne d'un à trois comprimés par jour. Il doit donc compter parmi les médicaments destinés à soigner la douleur et occuper dans la pensée du praticien la place de choix que lui confèrent ses qualités.

LIVRES NOUVEAUX

Le poste de secours sous abri (ou abri sanitaire) (2), par P. BRUÈRE et C. COT. Préface de M. le prof. Tanon, de la Faculté de médecine de Paris.

La Commission sanitaire, pour des communes suburbaines de la Seine, avait chargé deux de ses membres particulièrement qualifiés (le pharmacien colonel Bruère, conseiller technique à la Commission de défense passive de la Seine, et le médecin colonel Cot, de l'état-major de la D. A. T.) de rédiger un vade-mecum destiné, en principe, aux médecins et inspecteurs d'hygiène conseillers techniques des municipalités.

Nous sommes heureux de pouvoir signaler à l'attention de nos confrères, appelés à collaborer avec les services d'hygiène urbains, cette plaquette conçue d'après un plan essentiellement pratique et qui comprend :

1° Un rappel des devoirs qui incombent aux pouvoirs municipaux ;

2° L'exposé des conditions générales que doivent remplir les postes de secours sous abris spécialement construits (type permanent exceptionnel), ou adaptés aux ressources locales (type improvisé et temporaire) ;

3° Les indications pratiques relatives au *milieu surpressé* (avec appel d'air et filtration) et au *milieu confiné*

(1) *Courrier méd.*, Paris, n° 22, juin 1933.

(2) Une plaquette de 40 pages avec 2 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

hirudinase

(DRAGÉES)

Le premier produit spécialisé à base d'Extrait de Sangsues

INSUFFISANCES VEINEUSES

INFECTIONS VASCULO-SANGUINES

PHLÉBITES - SEPTICÉMIES

DYSMÉNORRHÉES

DOSE MOYENNE
4 à 6 DRAGÉES
PAR JOUR

ANA

LABORATOIRES "ANA", 18, Avue DAUMESNIL - PARIS.XIIe

CHOC PUBLICITÉ - FONTENAY s/s BOIS

ou clos (avec régénération de l'air par des procédés chimiques) ;

4° Le choix et l'aménagement des locaux ;

5° L'équipement technique (en médicaments, désinfectants, matériel pour petite chirurgie, etc...) ;

6° Le matériel d'exploitation et de secours ;

7° Le choix et la répartition du personnel et, enfin, vue d'ensemble sur les inconnues du problème de la protection contre les agressions aériennes.

On doit être reconnaissant à MM. Bruère et Cot d'avoir apporté le concours de leur dévouement et de leur grande expérience à l'œuvre de protection des populations civiles contre le danger aérien.

F. L. S.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

HÉMORROIDES

SIGNES. DIAGNOSTIC. COMPLICATIONS

Altération variqueuse des veines ano-rectales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On distingue :

Les *hémorroïdes internes* (dans le canal anal),

Les *hémorroïdes externes* (à l'extérieur de l'anus).

Les hémorroïdes *internes* apparaissent les premières, débutant au niveau des ampoules d'origine des veines hémorroïdales supérieures ; puis, la dilatation variqueuse se propage vers le territoire des veines hémorroïdales inférieures, constituant les hémorroïdes externes. Ces dernières peuvent s'isoler ou bien apparaître seules. Possibilité d'hémorroïdes du territoire des veines hémorroïdales moyennes (avec ou non participation des veines génitales).

Les hémorroïdes sont constituées par des petits pelotons veineux qui, s'agglomérant, forment : soit le *paquet hémorroïdaire*, soit le *bourrelet* (totalité de la circonférence du canal anal).

ETIOLOGIE

Les hémorroïdes sont très fréquentes, apparaissant entre 30 et 40 ans. Elles peuvent relever : de *causes locales*, cancer, rétrécissement, polypes du rectum ; de lésions de l'appareil génital (utérus et ses annexes, prostate).

De *causes générales*, professions sédentaires, arthritisme, *constipation*.

Enfin, la *grossesse*, les *affections hépatiques* amènent volontiers l'apparition d'hémorroïdes.

SYMPTOMATOLOGIE

1° Hémorroïdes externes. — Le malade accuse des démangeaisons, une sensation de pesanteur de la région anale.

On découvre facilement, séparées par les plis de l'anus, des petites saillies arrondies, violacées sous la muqueuse, blanches sous la peau ; elles sont *molles* et indolentes.

2° Hémorroïdes internes. — Elles s'accompagnent d'*hémorragies* : soit, stries sanguinolentes *à la surface* des matières, soit, plus abondantes, petit jet de sang de courte durée (hémorragie par rupture d'une ampoule).

Ce sont des *hémorragies provoquées* qui *enrobent* ou qui *suivent* la selle. Leur répétition amène, plus que leur abondance, une certaine anémie.

Souvent, on ne voit rien ; c'est en *faisant pousser le malade* ou en *éversant la muqueuse* au doigt que l'on aperçoit un bourrelet ou un paquet hémorroïdaire. *Nécessité* du *toucher rectal* : il fait sentir des saillies molles situées à 12 ou 15 mm. de l'anus.

EVOLUTION

Rarement *guérison* par transformation fibreuse, simulant des condylomes ; le plus fréquemment, les hémorroïdes s'étendent ou se compliquent.

COMPLICATIONS

1° L'hémorragie, signe banal dont la répétition peut entraîner une grosse anémie (parfois cachexie hémorroïdaire).

2° La procidence. — Le bourrelet hémorroïdaire sort au moment de la défécation et se réduit de lui-même. Mais, cela est cause, à la longue, d'accidents et de poussées fluxionnaires.

3° La fluxion hémorroïdaire. — Elle s'accompagne de sensation de battement, de ténesme anal, souvent de fièvre. Les hémorroïdes sont douloureuses, rouges, tendues. Cette complication, bien traitée, évolue vers la résolution ; cependant possibilité d'irréductibilité quand il s'agit d'hémorroïdes internes *procidentes*.

4° Irréductibilité. — Le bourrelet hémorroïdaire est très douloureux, tendu, violacé, véritablement étranglé par l'anus.

5° La phlébite, la suppuration hémorroïdaire. — Elles se manifestent par des signes d'une collection suppurée, avec état général assez grave, température haute et signes locaux très marqués. Après quelques jours, l'abcès hémorroïdaire s'ouvre, laissant à sa suite une petite fistulette.

Dans d'autres cas, une infection légère des hémorroïdes peut amener une *fissuration*, à siège intrasphinctérien avec syndrome fissuraire net ou sus-sphinctérien : fissure indolente.

Chez les vieux hémorroïdaires, la *rectite chronique* peut s'installer marquée par des écoulements blanchâtres muco-purulents.

Toutes ces infections peuvent donner de graves complications à distance : *abcès du foie*, thrombo-phlébites mésentériques, heureusement exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Il est *facile* pour les *hémorroïdes externes*.

On élimine : *les condylomes*, saillies aplaties, consistantes, siégeant surtout à la partie postérieure de l'anus ; les *papillomes*, les *plaques muqueuses hypertrophiques*.

Pour les *hémorroïdes internes*, importance des caractères de l'*hémorragie* ; elle est provoquée, elle enrobe ou suit la selle. *Nécessité absolue du toucher rectal*, qui permet de *ne pas passer à côté* d'un *cancer*, d'un *rétrécissement du rectum*, qui peuvent être la cause des hémorroïdes et qui permet d'éliminer *un polype* ou un *prolapsus rectal*.

Le Cholestérol. Etude physiologique, clinique et pathologique, par François Leuret, médecin des hôpitaux de Bordeaux, et Jean Dutrenit, interne des hôpitaux de Bordeaux. Préface de Jacques Carles, professeur de thérapeutique et pathologie générales à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — 1 vol. gr. in-8° de 80 pages. Prix : 12 francs. Paris, J.-B. Baillière et Fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES ET DES ÉTATS DE DÉNUTRITION ET DE CARENCE

AZOTYL

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U. V.
ACTINOTHÉRAPIE INDIRECTE

à base de : LIPOIDES SPLÉNIQUES & BILIAIRES, CHOLESTÉRINE PURE, GOMÉNOL, CAMPHRE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : LABORATOIRES LOBICA, G. CHENAL, Phcien, 46, Av. des Ternes, PARIS (17e)

A. GUERBET & Cie PHARMACIENS

THÉRAPEUTIQUE & RADIOLOGIE

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40 %

0. gr. 54 d'iode par cm. 3

22, Rue du Landy, St-Ouen, près Paris

R. C., 225.981 B

CURE DE DIURESE

EVIAN SOURCE CACHAT

VOIES URINAIRES, FOIE

GOUTTE GRAVELLE

ARTÉRIO-SCLÉROSE

Tout Déprimé
» Surmené

Tout Cérébral
» Intellectuel

Tout Convalescent
» Neurasthénique

est justiciable de la : NEVROSTHENINE FREYSSINGE

6, Rue Abel PARIS (12e)

Gouttes de glycérophosphates alcalins (0.40 par XX gouttes). XV à XX gouttes à chaque repas. - *Ni sucre, ni alcool.*

Laboratoire de l'ARGYCUPROL, 4bis, Rue Hébert, à COURBEVOIE (Seine)
MORO, Pharmacien de 1re cl., 15, Avenue de la Défense, à Puteaux (Seine).

TRAITEMENT INTÉGRAL et POLYVALENT de la

BLENNORRAGIE

Par l'ARGYCUPROL

Argent colloïdal (10 %), détruit le gonocoque
Cuivre colloïdal (0,1 %), attaque les associations microbiennes

Boîtes de 6 ampoules de 9 cm³ environ

Injection urétrale non caustique, complètement indolore et ne provoquant jamais de rétrécissements.

Echantillon sur demande

Fait avorter la blennoragie s'il est employé 24 à 48 heures après le début de l'écoulement.

Après plus de 48 heures d'écoulement, les injections d'une ampoule matin et soir mettent rarement plus de 8 jours à amener la guérison.

Dans les cas chroniques, les grands lavages à raison d'une ampoule par litre d'eau bouillie donnent des résultats remarquables et rapides. Au bout de 8 à 10 jours de grands lavages, injecter tous les 2 jours une ampoule d'Argycuprol. Quand le liquide est écoulé, il est recommandé de faire un massage doux sur bénigué.

Dans les orchites blennorragiques, appliquer l'Argycuprol en compresses sur les bourses.

Dans les conjonctivites blennorragiques, les instillations de 2 à 3 gouttes, trois fois par jour, font cesser rapidement les symptômes alarmants.

Chez la femme, la blennorragie, les métrites aiguës ou chroniques, les vulvites et vulvo-vaginites sont justiciables du traitement par l'Argycuprol.

Quelques gouttes d'Argycuprol dans chaque œil de nouveau-né remplace avantageusement la solution de nitrate d'argent.

LE DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE, LE PLUS CONSTANT, LE PLUS INOFFENSIF DES DIURETIQUES

SES QUATRE FORMES

PURE
Le médicament régulateur par excellence, d'une efficacité sans égale dans l'artério-sclérose, la présclérose ; l'albuminurie, l'hydropisie, l'urémie.

PHOSPHATÉE
L'adjuvant le plus sûr des cures de déchloruration et de désintoxication de l'organisme, dans la neurasthénie, l'anémie et les convalescences.

CAFÉINÉE
Le médicament de choix des cardiopathies, fait disparaître les œdèmes et la dyspnée, renforce la systole, régularise le cours du sang.

LITHINÉE
Le traitement rationnel de l'arthritisme et de ses manifestations ; jugule les crises, enraye la diathèse urique, solubilise les accidents urinaires.

DOSES : 2 à 4 Cachets par jour. — Ces cachets sont en FORME DE CŒUR et se présentent en boîtes de 24.

PRODUIT FRANÇAIS 4, rue du Roi-de-Sicile — PARIS — PRODUIT FRANÇAIS

SIROP GUILLIERMOND

IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à 4 cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

BERTAUT-BLANCARD FRÈRES
64, Rue de La Rochefoucauld, PARIS (9e)

LE SPARTO-CAMPHRE
LE SPARTOVAL

Deux nouveaux Sels de la **SPARTÉINE** en thérapeutique cardiovasculaire, nouveaux dérivés où les propriétés de la **Spartéine** sont potentialisées et renforcées :

le Camphre dans le

SPARTO-CAMPHRE

CAMPHO-SULFONATE de SPARTÉINE et de SODIUM

TONICARDIAQUE
ET DIURÉTIQUE

Synergie médicamenteuse puissante possédant toutes les indications de l'huile camphrée et de la Spartéine.

FORMES :

Ampoules de 2 et 5 c. c.
(médicament d'urgence)

Dragées (médicament d'entretien)

l'acide valérianique dans le

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE LA SPARTÉINE

CARDIO RÉGULATEUR
ET NEUROSÉDATIF

Médicament des algies et troubles fonctionnels cardiaques et cardio-vasculaires.

Traitement des arythmies.

Dragées *dosées à 0 gr. 05.*

Laboratoires CLIN. — COMAR & Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris.

Le N° 50 Centimes. 107e ANNEE SAMEDI 29 DECEMBRE 1934. — N° 104.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 12 fr. 50. — 6 mois : 25 fr. — 1 an : 45 fr.
Etudiants : 25 francs par an.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 65 francs.
Tous les autres pays : 75 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS
L'histamine, par M. R. Levent.
SOCIÉTÉS SAVANTES
Académie de médecine.
CHRONIQUE
Hommage à M. Chifoliau à l'occasion de son départ de l'hôpital Saint-Louis, par M. L. Babonneix.
LIVRES NOUVEAUX
TITRES
TABLES DES MATIÈRES ET DES AUTEURS

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Marseille. — Quatre chaires de la Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille sont transformées en deux emplois de chefs de travaux et deux emplois d'assistants.

Cinq emplois sont supprimés dans le personnel des cliniques, préparateurs de cours, aides d'anatomie et prosecteurs de ladite Faculté.

GUERRE. — Sont promus :

(Active.) *Au grade de médecin colonel.* — MM. Bercher, Courboules, Vanlande.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Larroque, Croidieu, Decour, Floquet.

(Réserve.) *Au grade de médecin colonel.* — MM. Lemierre, Boidin, Tellier, Schwartz, Gaudy.

Au grade de médecin lieutenant-colonel. — M. Euzière, Bréchot, Lavenant, Gabriault, Yvert, Cayrol, Huleux, Ribot, Schneider, Ameuille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Bureau pour 1935 :

Président : M. Fredet; vice-président : M. Rouvillois; secrétaire général : M. Louis Bazy.

— Au cours de la séance annuelle de janvier 1935, M. R. Proust, secrétaire général sortant, fera l'éloge de Pierre Bazy.

SOCIÉTÉ DE RADIOLOGIE MÉDICALE DE FRANCE. — Bureau pour l'année 1935 :

Président : M. Henri Béclère; vice-président : M. Darbois; vice-président pour la province : M. Chaumet; secrétaire général : M. Dariaux; trésorier : M. Nadal; secrétaires des séances : MM. Coliez et Serrand.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant par suite du départ de M. le docteur Donnadieu, mis sur sa demande à la disposition du résident général de France au Maroc.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours est ouvert pour deux postes de médecins adjoints aux sanatoriums F. Mercier, à Tronget (Allier) et de Plougonven (Finistère).

Le traitement de début est de 22.000 fr. et peut atteindre 36.000 fr. par avancements successifs. Les intéressés bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Il est interdit de faire de la clientèle.

La limite d'âge est fixée à trente-cinq ans. Elle est reculée d'un temps égal à la durée des services militaires. Les femmes sont admises à concourir.

Les candidats devront être Français et produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, une copie certifiée conforme de leur diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes devront parvenir, avant le 31 janvier 1935, au ministère de la Santé publique et de l'Education physique (direction de l'hygiène et de l'assistance, 4e bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS
DÉJARDIN
Bière de Santé - Eupeptique - Galactagogue

Les candidats qui seront désignés devront préalablement à leur entrée en fonctions subir les visites médicales exigées des candidats à un emploi départemental dans le département dont relève le sanatorium. (*J. O.*, 21 déc. 1934, p. 12473.)

HOPITAL LAENNEC. — *Conférences de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laennec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laennec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 13 janvier 1935. Elle aura pour sujet : Diagnostic d'une orchite aiguë

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — *Réunions du dimanche* pour les médecins praticiens, tous les dimanches, du Jour de l'An à Pâques 1935, à l'amphithéâtre Trousseau.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs César Roux, professeur de clinique chirurgicale à Lausanne, décédé dans sa 75e année, associé étranger de l'Académie de médecine depuis 1932; Wacquez (de Valenciennes), Jean Bouissou, maire de la Ciotat; Adrien Casassus (de Pau), décédé à Paris; le professeur Gaetano Viale (de Gênes); le professeur Ernesto Pestalozza, professeur de gynécologie à Rome, sénateur du Royaume, correspondant de l'Académie de médecine de Paris depuis 1910.

Croisières médicales françaises (Pâques 1935). — Depuis mars dernier, le Comité des Croisières médicales françaises avait annoncé que leur croisière de Pâques 1935 se dirigerait vers l'Egypte et la Palestine.

Un programme sensationnel a pu être réalisé, grâce à la très aimable collaboration des deux grandes compagnies françaises : la Compagnie Générale Transatlantique et les Messageries maritimes.

Le paquebot *De Grasse* (24.000 tonnes), dont il est superflu de vanter le luxe et la tenue de mer, quittera Marseille le dimanche 14 avril, et après une escale à Tripoli de Barbarie, aux portes du désert, point de concentration des caravanes, gagnera Port-Saïd où il séjournera cinq jours entiers.

Durant ce temps, les touristes pourront, en utilisant un des projets d'excursions prévues, se diriger à leur gré, soit, vers la Palestine et Jérusalem, où ils passeront le samedi et le dimanche de Pâques et reviendront par Le Caire, pour visiter la Basse Egypte (Les Pyramides, Memphis, Saccarah, etc.), soit, vers la Haute Egypte, en longeant le Nil jusqu'à Assouan, Karnak, Souttson et la vallée des Rois, et revenir au Caire d'où ils pourront aussi visiter la Basse Egypte.

Deux escales couperont le trajet de retour : l'une à Reggio ; avec excursion dans les sites réputés de la Calabre, l'autre à Naples, qui permettra de terminer cet intéressant voyage sur une vision féérique.

Le *De Grasse* touchera Marseille le 29 avril.

Prix habituel des places (à partir de Fr. 2.500 en première ; 1.800 en touriste).

Comme pour les précédentes croisières, de nombreuses bourses de voyage seront mises à la disposition des élèves des hôpitaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris. Téléphone Odéon 20-63.

Toux Dyspnée IODEINE MONTAGU

CHRONIQUE

HOMMAGE A M. CHIFOLIAU, A L'OCCASION DE SON DÉPART DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Dix années de suite, il a prodigué ses soins aux pauvres gens du quartier, se penchant sur leurs plaies, réconfortant leur courage, soulageant leur détresse. Dix ans de suite, il a formé des élèves, les rompant aux difficultés du diagnostic, leur fixant indications et contre-indications, les faisant opérer sous sa paternelle direction. Il a été, pour tous ceux qui ont eu l'heureuse fortune de l'approcher, l'incarnation du devoir et de l'honneur professionnels. A l'heure où l'atteint la cruelle limite d'âge, comment ses collègues qui, si souvent, lui ont conduit leurs malades et qui, si grandement, ont bénéficié de ses conseils, n'auraient-ils point participé à la touchante fête de famille organisée dans son service, dimanche dernier ? Dans sa salle d'« aseptiques », coquettement fleurie par ses surveillantes, voici, serrés autour de lui et des siens, ceux qui l'aiment et qu'il aime. Pour commencer, une fine et spirituelle allocution de M. Jampy, directeur, qui saura mettre à l'épreuve sa légendaire modestie en lui rappelant les notes que lui avaient jadis données ses chefs et la vénération que lui a vouée le personnel. M. Ameline, qui lui succède, trouve des mots qui viennent du cœur pour exprimer au bon patron l'infinie reconnaissance que lui gardent *ses enfants*, au nom desquels il lui offre une magnifique œuvre d'art. Très ému, le héros de la cérémonie remercie en quelques mots, ne voulant ni ne pouvant, dit-il, prononcer de discours. Il est confus des éloges qui lui ont été adressés. Il n'est pas certain de les avoir tous mérités. Ce n'est point sans regrets qu'il abandonne cet hôpital où il a été entouré de tant de sympathies, où il a toujours entretenu avec l'administration les rapports les plus courtois, où ses internes ont été pour lui les meilleurs des collaborateurs, où la confiance de tous lui a rendu la tâche si douce. Des applaudissements prolongés saluent ses paroles. Puissent-ils, puissent les marques d'affection dont il a été l'objet atténuer pour lui l'amertume du départ ! Puisse-t-il, dans les nouvelles fonctions qu'il va occuper, continuer, longtemps encore, à faire le bien et poursuivre son apostolat !

L. BABONNEIX.

L'Hypertréphocytose. Cancérisation et cicatrisation, par le docteur Pierre LEMAY. Paris, Le François. Prix : 20 fr.

ANÉMIES DYSPEPSIES ANTITOXIQUE MANGAÏNE DOSE: 4 à 6 TABLETTES PAR JOUR
BIOXYDE DE MANGANÈSE COLLOÏDAL_SELS MAGNÉSIENS
Laboratoire SCHMIT 71 Rue Sainte-Anne. PARIS 2e

OUATAPLASME du Dr LANGLEBERT PANSEMENT COMPLET Phlegmasies, eczémas, brûlures, etc

Extrait hépatique de Morue irradié. MORUBIASE Rachitisme, Lymphatisme PILULES ET GRANULES

La Grippe

Comment, cet hiver, la prévenir et la traiter

●

La prévenir : — par le **RÉSYL** antiseptique broncho pulmonaire (*Sirop — Comprimés*)

et le **QUININO-PHYTINE**
(*Comprimés de 10 centig.*)

La traiter : — **QUININO-PHYTINE**
(*4 à 8 comprimés par jour*)

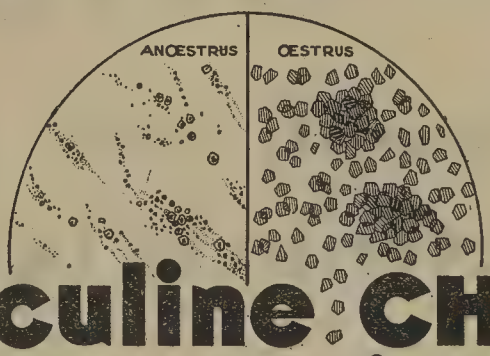
CORAMINE, en cas de défaillance cardiaque

Pendant la période des manifestations catarrhales :

RÉSYL 4 cuillerées à café par jour, avec des tisanes chaudes.

●

Laboratoires CIBA, O. ROLLAND, pharmacien
109-113, boulevard de la Part-Dieu — LYON



Folliculine CHOAY

Hormone sexuelle femelle

En ampoules stérilisées de 1cc et 2cc
titrées respectivement à 250 et 500 unités internationales

CHOAY

LABORATOIRES CHOAY - 48, rue Théophile Gautier - PARIS (XVIe)

DIURÉTIQUE { D'UN POUVOIR REMARQUABLE
D'UNE FIDELITE CONSTANTE

Pure
Digitalique
Strophantique
Sparteinée
Scillitique
Barbiturique

Phosphatée
Lithinée
Caféinée

Ne se délivrent qu'en cachets

THÉOSALVOSE

Cachets dosés

0 gramme 25
et à
0 gramme 50
de Théosalvose

DOSE MOYENNE :
1 à 2 grammes
par jour.

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantie chimiquement pure

Artériosclérose — Affections cardiaques et rénales — Albuminuries — Intoxications
Urémie — Uricémie — Goutte — Rhumatismes — Hydropisie — Maladies infectieuses

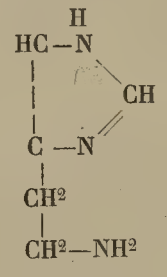
Laboratoires André GUILLAUMIN
PARIS — 13, rue du Cherche-Midi, 13 — PARIS

R. C., 2,16. Seine.

ACTUALITÉS

L'HISTAMINE

L'histamine est pour le chimiste la β imidazoléthylamine de formule



appartenant au groupe important des amines biogènes, selon la nomenclature de Guggenheim. Ces amines sont, dans leur ensemble, des produits intermédiaires de transformation intraorganique des substances azotées.

On peut considérer l'histamine comme l'amine d'une autre substance qui commença récemment d'intéresser les thérapeutes, l'histidine, acide aminé (acide β imidazolaminopropionique).

Elle se présente dans sa forme cristalline sous l'aspect de plaques incolores et déliquescentes à la température ordinaire ; à chaud, elle est plus soluble encore dans l'eau et se dissout bien, également, dans l'alcool et le chloroforme. Elle est insoluble dans l'éther. La solution aqueuse a une réaction alcaline et se conserve mal du fait des bactéries qui y cultivent aisément. Elle est malaisément stérilisable, le chauffage trop intense ou prolongé la décomposant. Elle peut être adsorbée de ses solutions par une substance appropriée.

On emploie surtout les sels d'histamine : de phosphate, de dichlorhydrate, ce dernier insoluble à chaud dans le chloroforme.

On peut la préparer par synthèse ou par l'action de certaines bactéries sur l'histidine. On la trouve dans le contenu intestinal, surtout chez les constipés, dans le poumon (30 milligr. par kg. chez le bœuf ou le cheval), dans le foie, dans la muqueuse gastrique (où elle voisine avec d'autres composée chimiquement très proches) dans l'hypophyse, la peau, les centres nerveux. C'est donc une substance très banale au sein de l'organisme.

Action pharmacologique. — Elle est des plus variables selon l'animal qu'on observe, selon la dose, le mode d'administration, mais son domaine est toujours très étendu.

L'action est naturellement plus rapide par voie intraveineuse, mais la rapidité de destruction par l'organisme est assez grande pour que la lenteur d'injection diminue très nettement la violence des réactions et pour qu'après injection périphérique l'application d'un garrot ait un effet au moins suspensif. Après injection sous-cutanée ou intrapéritonéale les effets sont à dose égale moins intenses qu'après intraveineuse poussée rapidement. Par voie digestive tout dépend de la façon dont se fait l'absorption ; celle-ci paraît avoir son maximum au niveau du grêle.

Action générale chez l'homme. — En quelques minutes, l'injection sous-cutanée d'une forte dose produit une chute tensionnelle très marquée avec tachycardie, en même temps qu'apparaît de la rougeur et de la chaleur des téguments, à la face surtout. Le malade accuse une saveur salée, une céphalée intense avec sensation de tension ; les migraineux et les asthmatiques font des accès. Il apparaît des vertiges, des crampes, des nausées et des vomissements, de l'hypersécrétion salivaire et lacrymale, une expectoration muqueuse très riche en leucocytes, de la dyspnée inspiratoire avec pauses. Parfois le malade perd connaissance.

Ces phénomènes offrent avec le shock anaphylactique assez de ressemblance pour que certains auteurs fassent intervenir l'histamine dans sa pathogénie. Ils s'accompagnent de modifications hématologiques sur lesquelles nous reviendrons.

Les doses plus faibles par voie intraveineuse donnent un syndrome analogue d'éclosion plus rapide et de durée moindre.

Certaines substances (thyréoglobuline), certains états physiologiques (inanition) augmentent la réaction ; la gélatine, la gomme arabique la diminuent.

A noter enfin que les petites doses répétées diminuent la réaction ultérieure aux doses plus fortes.

Action locale de l'histamine. — Elle se traduit par une triple modification des téguments souvent désignée sous le nom de **réaction de Lewis** et bien étudiée par Eppinger et Gutmann (1913). Plusieurs modes d'introduction peuvent la provoquer, moyennant quelques différences de détail : injections intradermiques (1/10 de cmc de la solution au 1/1.000 suffit) ; simple dépôt au niveau d'une scarification ; ionisation même (donc sans traumatisme).

Il se produit d'abord, témoin local de l'action de l'histamine sur les capillaires en général, de la rougeur et de la chaleur de la peau bientôt accompagnées de la formation de petites papules blanchâtres qui se confondent en une vaste plaque d'œdème qui augmente pendant 1 ou 2 heures même si on a pu suspendre l'absorption de l'histamine ; cet œdème disparaîtra sans laisser de traces. La plaque est enfin entourée d'une aréole rouge plus ou moins étendue.

Le mécanisme de cette réaction est complexe. La vasodilatation active des capillaires en est un élément cardinal comme le prouve l'action antagoniste de l'adrénaline ; l'œdème au contraire, qui peut se produire même dans un territoire anémié par l'adrénaline relève à coup sûr d'une augmentation de la perméabilité pariétale des capillaires ; les modifications humorales locales y ont peut-être aussi leur part.

Divers éléments peuvent influer sur la production et les caractères de la réaction de Lewis ; les tares générales, circulatoires, les cachexies ; de même certaines lésions du système nerveux peuvent modifier l'apparence de la zone rouge centrale, réflexe.

Action sur les sécrétions glandulaires. — C'est l'un des points importants de la pharmacodynamie de l'histamine.

Si les sécrétions mammaire et sudorale semblent lui échapper, elle provoque une augmentation appréciable

de la sécrétion lacrymale et de la sécrétion bronchique.

Les glandes salivaires se congestionnent et entrent en suractivité ; cet effet, augmenté par l'excitation préalable de la corde du tympan, n'est pourtant que temporaire et s'épuise, même lorsqu'on renouvelle les doses d'histamine.

C'est la **sécrétion gastrique** qui reflète le plus constamment et avec le plus de nuances l'action de l'histamine et on a pu, comme nous le verrons, en faire un agent précieux pour l'exploration de la fonction gastrique (Carnot et Libert).

Le mieux est de l'administrer par voie sous-cutanée (un milligramme de chlorhydrate d'histamine) ; la voie veineuse est infidèle peut-être à cause du shock ; l'ingestion per os oblige à de très grosses doses et l'absorption parfaite est toujours problématique.

L'estomac normal, à jeun, réagit déjà à une dose moitié moindre ; il entre vers la 10e minute dans un état d'hypersécrétion qui est maximum vers la 30e ou 40e minute et se poursuit 60 minutes au moins. L'effet obtenu est proportionné pour la quantité à la dose injectée, pour la qualité à la valeur fonctionnelle de l'organe ou à l'état physiologique ; le nourrisson réagit plus vigoureusement que l'adulte.

La quantité de suc fournie dans ces conditions par l'estomac normal est de 200 à 300 cmc, donc plus forte qu'avec aucun repas d'épreuve. Les acides organiques y font absolument défaut et pourtant l'ensemble du produit gastrique est acide — taux dépassant en général 2 pour 1.000 ; c'est l'*acide chlorhydrique* libre qui est seul en cause.

Au point de vue qualitatif on a pu déceler des étapes sécrétoires successives : d'abord hypersécrétion d'eau sans doute par vasodilatation ; l'acide chlorhydrique n'apparaît qu'ensuite ; sa sécrétion n'atteint son maximum qu'à un moment où la sécrétion aqueuse commence déjà à diminuer. Il y a également hypersécrétion peptique mais moins accentuée ; son acmé est plus vite atteinte mais la durée en est plus prolongée que celle de la sécrétion chlorhydrique.

L'acétylcholine, l'ergotamine semblent des antagonistes gastriques de l'histamine ; la pilocarpine et l'atropine n'agissent pas sur l'estomac mais seulement sur les glandes salivaires.

Au niveau de l'intestin, l'histamine provoque la sécrétion d'un suc plus abondant et plus actif que normalement (surproduction d'invertase et d'amylase chez le chien, — Koskowsky). Hypersécrétion certaine quoique moindre au niveau du côlon.

Le suc pancréatique et la bile sont plus abondants aussi ; le premier est de valeur normale, la bile est d'alcalinité plus marquée.

Action sur la circulation. — Elle est des plus variables selon l'animal d'expérimentation qu'on observe. L'homme a de son côté ses réactions propres sujettes à variation sous l'action des anesthésiques ou du changement de dose.

Après injection sous-cutanée d'1/2 milligramme, on observe une tachycardie intense et la chute de la tension artérielle, qui baisse toujours de plusieurs millimètres ; cette hypotension est plus marquée et moins durable chez les hypertendus que chez les sujets normaux ; moins intense au contraire chez les hypotendus et les déficients cardiaques. Diminution aussi de l'hypertension physiologique au travail.

L'histamine provoque une énorme dilatation de tous les capillaires profonds et superficiels, d'où rougeur diffuse et chaleur des téguments, surtout à la face. Il y a augmentation de volume des extrémités et la perméabilité des parois vasculaires est augmentée. Il s'y ajoute une vaso-constriction veineuse. De même, vaso-constriction au niveau du placenta et du cordon.

Sang. — La formule sanguine présente les signes de la concentration sanguine avec leucopénie, leucopénie atteignant davantage les éléments granuleux que les lymphocytes. Présence de quelques formes immatures. Au point de vue chimique, augmentation de l'urée et de la réserve alcaline ; glycémie non modifiée.

La constante uréosécrétoire s'élève ; la réaction des urines tend vers l'alcalinité.

Les autres appareils sont moins influencés. Le muscle utérin se contracte mais s'épuise vite ; les muscles striés présentent une diminution d'excitabilité et une période de fatigue allongée. Diminution d'excitabilité du système nerveux central.

Destruction. Elimination. — L'histamine disparaît très rapidement du sang et est détruite dans l'organisme. Elle ne s'élimine habituellement pas en nature par le rein sauf pendant l'état de choc. Elle se transforme dans les humeurs sans doute par désamination suivie d'oxydation ; le foie ne paraît jouer vis-à-vis d'elle qu'un rôle effacé.

***

En l'état actuel de nos connaissances les usages thérapeutiques de l'histamine sont restreints quoique non dépourvus d'intérêt. Mais l'application à la clinique de ses propriétés pharmacodynamiques semble d'un intérêt plus immédiat.

Carnot et Libert ont étudié la **réponse à l'histamine de l'estomac pathologique** et ont fixé la technique d'un examen fonctionnel qui semble fidèle et à la fois plus nuancé et plus contracté que l'examen classique par repas d'épreuve.

Les *dyspeptiques hyperchlorhydriques, les porteurs d'ulcus* exagèrent la réaction que nous avons trouvée pour l'estomac normal. Le suc sécrété peut atteindre ou dépasser en quantité 1 litre ; l'acidité 4 pour 1.000, il y a grosse augmentation du pouvoir peptique. L'hypersécrétion peut se prolonger pendant 90 minutes. Enfin la coloration rosée du liquide extrait par l'histamine met en évidence la tendance hémorragique de certaines lésions.

Chez les hypochlorhydriques par lésion légère, dans les anachlorhydries fausses par aérophagie, dans celles qui ne sont dues qu'à un trouble fonctionnel, la réaction est la même qu'avec un estomac normal.

Au contraire la réponse à l'histamine devient faible ou même nulle lorsque la muqueuse gastrique est gravement lésée ; c'est dans les *gastrites chroniques graves, et surtout chez les achyliques vrais de l'anémie pernicieuse et du cancer gastrique,* que l'on voit le

plus modifiés l'acidité et le pouvoir peptique. L'examen à l'histamine peut donc diminuer très sensiblement le nombre des cas d'incertitude clinique.

Accessoirement on a essayé l'exploration du fonctionnement artériel au moyen de l'histamine mais les résultats en demeurent discutés, les facteurs régissant la motricité artérielle et la motricité capillaire n'étant pas les mêmes. L'histamine peut cependant aider à reconnaître l'existence et le niveau d'une oblitération artérielle.

Les indications thérapeutiques sont en petit nombre, malgré de nombreux essais.

La voie buccale étant trop infidèle, on employa d'abord la voie sous-cutanée.

C'est ainsi que l'histamine fut employée comme *anti-allergique* dans la migraine par Friedlaender et Petow notamment ; résultats médiocres ; plus médiocres encore dans l'asthme, l'urticaire, la maladie de Quincke.

D'autres auteurs ont voulu tirer parti de son action sur le sang, soit dans des anémies et des cachexies en considérant que l'histamine tient une place importante dans les composants du tissu hépatique. C'est ainsi que Pal aurait eu quelques résultats satisfaisants. De même Moretti a voulu provoquer par l'histamine la leucopénie dans les leucémies. On ne peut actuellement considérer ces travaux que comme de premiers essais.

C'est contre les *syndromes douloureux articulaires* et *musculaires* confusément dénommés rhumatismes, que l'histamine trouve actuellement sa principale indication thérapeutique.

Deszö Deutsch qui, dès 1931, conçut cette méthode, employa d'abord des injections sous-cutanées pour agir sur l'état local par les modifications provoquées de la circulation capillaire. Les résultats furent encourageants et l'auteur essaya d'injections locales, dans les muscles contracturés.

Ces techniques ont actuellement fait place à l'ionisation, aisée à manier, jamais shockante, où la pénétration du médicament est assurée, rapide et facile à régler. Un courant de 6 à 10 milliampères au maximum fait pénétrer le médicament placé à l'anode, soit en solution étendue, soit incorporé à une pommade ; on peut, facultativement, faire des scarifications préalables. En quelques minutes la pénétration médicamenteuse est attestée par une sensation de chaleur intense mais toujours supportable et l'apparition de la réaction locale que nous avons décrite ; la réaction générale est toujours faible, uniquement vaso-motrice. Les séances durent 10 minutes environ et le soulagement est rapide, 10 à 12 séances peuvent suffire à la guérison totale dans les bons cas.

Les principales indications sont les arthralgies et myalgies subaiguës ou chroniques, et les polyarthrites de même caractère d'étiologie indécise habituellement dénommées rhumatisme. Dans les polyarthrites chroniques les résultats ne sont pas toujours durables; Jacchi a cependant obtenu de bons résultats dans les polyarthrites chroniques fébriles. Ils sont en général bons aussi dans les cas de contractures et d'atrophies musculaires d'origine accidentelle ou traumatiques ou dans celles qui sont dues à une immobilisation prolongée. Résultats bons aussi dans le lumbago aigu.

Il semble que les modifications circulatoires soient pour beaucoup dans la disparition de la contracture, des douleurs, des troubles trophiques et circulatoires locaux.

Cette méthode ne semble exposer à aucun accident, on doit cependant la considérer comme contre-indiquée dans les arthrites d'origine diathésique ou endocrinienne, les arthrites suppurées, les tuberculoses et syphilis articulaires.

Ses effets sont nuls dans les causalgies ; en revanche divers auteurs ont avec succès traité par l'histamine des névralgies faciles (Gajdos Török) ; des sciatiques hautes sans troubles moteurs ou des sciatiques moyennes (Delherm et Nilus) et parfois des névrites de localisations diverses.

Parfois on peut avec avantage associer à l'ionisation histaminée la diathermie (Dzsinich), la radiothérapie (Delherm).

Enfin Craps et Alechinsky ont traité avec des résultats intéressants quelques cas de pelade en stimulant par l'ionisation histaminée la nutrition du cuir chevelu.

Il est assez remarquable qu'une substance d'une action physiologique aussi étendue et aussi particulière n'ait trouvé jusqu'ici qu'un nombre aussi faible d'indications thérapeutiques ; il n'en reste pas moins que la médecine est en elle redevable à la physiologie d'un instrument d'exploration gastrique qui mérite de retenir l'attention.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(séance du 26 décembre 1934)

Les tueries particulières. — M. Martel résume sa communication dans le vœu suivant, qu'il soumet à l'Académie :

1° Les tueries particulières sont encore trop nombreuses en France.

Il en existe même plusieurs centaines aux portes de Paris (249 en 1933 dans le seul département de la Seine).

2° Les lois actuelles ne favorisent pas assez l'extinction des tueries.

Toute agglomération comptant au moins 3.000 habitants devrait être légalement tenue d'édifier un abattoir communal ou de s'entendre avec les communes voisines pour réaliser l'abattoir intercommunal.

3° Aux abattoirs publics, dans les villes ayant au moins 10.000 habitants, devraient être annexés des frigorifiques pour la consommation des viandes.

4° Il y aurait intérêt à examiner la question des tueries privées et celle de leur remplacement par un abattoir public chaque fois que les communes sont en instance pour être reconnues comme station hydrominérale ou comme station climatique.

5° Le Conseil d'Etat devrait examiner la situation faite à l'Abattoir de la Villette, auquel la loi du 19 décembre 1917 sur les établissements classés reste inappliquée.

6° L'Etat ne peut se désintéresser de la question des frigorifiques à annexer aux grands abattoirs, puisqu'elle est liée intimement à la défense nationale.

Organisation actuelle du Service quarantenaire d'Ellis Island (U.S.A.). — M. R. Dujarric de la Rivière. — La nécessité de protéger un pays contre l'entrée d'individus tarés, malades, fous, débiles mentaux, qui viennent encombrer les hôpitaux, grever les budgets, affaiblir la race, est trop évidente pour qu'une sélection sévère à l'entrée ne paraisse pas justifiée. Mais cette sévérité doit être tempérée par un sentiment de justice, la certitude d'un examen scientifiquement pratiqué, une vie matérielle offrant un minimum de confort, une aide morale et matérielle assurée par la charité privée sous le contrôle de l'Etat. Cette conception est précisément celle du Service quarantenaire d'Ellis Island, situé dans la baie de New-York, et que l'auteur a récemment visité.

Les rétentions azotées muettes et tolérées. — M. L. Rimbaud (de Montpellier), à propos de deux cas longuement observés, fixe un type clinique de rétentions azotées « muettes », plus silencieuses, plus frustes et plus trompeuses encore que les azotémies « ambulatoires » de Javal ou les azotémies du « type bien portant » de Chevallier.

Chez deux sujets, une azotémie de plus de deux grammes fut tolérée, avec un silence complet chez l'un pendant près de 20 mois, chez l'autre pendant 2 ans et 8 mois ; et malgré les chiffres exceptionnellement élevés de l'indice polypeptidémique (0,228 et 0,266), de l'uricémie (0 gr. 082) et surtout de la créatininémie (0 gr. 230), les accidents urémiques n'éclatent pas ; l'un des malades fut emporté par une pneumonie aiguë, l'autre s'achemine vers l'insuffisance cardiaque.

Ces faits paraissent démontrer que l'hyperazotémie uréique n'est souvent que le témoin passif des rétentions toxiques de reins insuffisants, et que le facteur vital de résistance individuelles reste avec ses raisons profondes et ses secrètes sources d'énergie.

Note sur les stations hydrominérales de l'Algérie. — M. Achard.

LIVRES NOUVEAUX

L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique (1), par Charles Flandin, François Joly et Jean Bernard.

Depuis quelques années, les barbituriques ont débordé du domaine de la thérapeutique dans celui de la toxicologie et de la médecine légale. Un dénombrement des suicides réussis ou manqués serait sans doute effrayant, quoique incomplet. Il importe donc que tout médecin connaisse l'aspect clinique d'une intoxication qu'à tout instant il peut être amené à observer et qu'il sache comment employer avec le plus de chances de réussir les moyens nullement négligeables dont dispose la thérapeutique.

La présente étude vient donc à son heure pour répandre les notions, dont un bon nombre sont d'acquisition récente.

La chimie et la médecine légale y ont une place proportionnée à leur importance, et dont la brièveté relative ne nuit ni à la précision ni à un juste discernement des détails nécessaires.

Le problème clinique est naturellement le plus développé ; les problèmes diagnostiques souvent délicats, les éléments qui commandent le pronostic sont étudiés avec la précision et l'étendue que commande l'importance pratique d'un tel problème.

Les méthodes thérapeutiques enfin et, en particulier, la strychnothérapie, qui, sans être infaillible, a donné souvent des succès inespérés, y sont exposées avec tout le développement et l'esprit critique nécessaires.

Le problème social des barbituriques, d'importance croissante, y est également étudié.

En somme, mise au point d'une question nouvelle, à laquelle chercheurs et praticiens pourront utilement se reporter sans doute pendant longtemps encore. L. Babonneix.

(1) Paris, G. Doin et Cie.

Diagnostic radiologique des affections des organes internes en tableaux et schémas (1), par le docteur Emmerich Markovits (de Vienne). Traduction française du docteur Gautot (de Bruxelles).

L'originalité de cet ouvrage, — et ce qui en a déjà assuré le succès, puisqu'en voilà la deuxième édition, — c'est sa présentation en tableaux et en schémas, à l'exclusion de tout développement encombrant et de toute phraséologie inutile : seul l'essentiel y est exposé.

« Qu'une science puisse être traduite en langage mathématique, écrivait Holzknecht en tête de la première édition, prouve que cette science est simple, claire, précise et que plusieurs de ses acquisitions sont considérées comme intangibles. » C'est l'apanage de la radiologie, dont les bases scientifiques autorisent une telle « mise en équation ».

Du reste, le radiodiagnostic s'inscrivant sur l'écran radioscopique ou le film radiographique et parlant surtout aux yeux, ne doit-il pas logiquement s'exposer sous forme d'images ?

Ces tableaux et schémas offrent également le très grand avantage de réunir en un minimum d'espace, et de condenser sous les yeux du lecteur un très grand nombre de renseignements relatifs à un même syndrome ou à un même organe ; à ce point de vue, les tableaux de diagnostic différentiel sont particulièrement intéressants.

Enfin, l'extension considérable du radiodiagnostic rendait nécessaire l'apparition d'un tel ouvrage qui, par sa concision, renferme l'ensemble de nos connaissances en radiologie normale et pathologique.

Ce livre vient donc tout à fait à son heure dans sa forme schématique pour donner au radiologiste un guide clair où il pourra se remémorer certains points essentiels et pour aider le clinicien à se familiariser avec le radiodiagnostic, auquel il a de plus en plus l'occasion de faire appel.

Notons qu'un « diagnostic radiologique des affections osseuses et articulaires, sous forme de schémas », du même auteur et suivant les mêmes principes, est en préparation.

T. R.

(1) Editions Delachaux et Niestlé, 26, rue Saint-Dominique, Paris.

Deux beaux voyages : l'Agence « *Mon Voyage* », 9, rue de la Michodière, Paris 2e (Téléphone : Richelieu 79-65), organise au mois de février prochain un voyage accompagné en *Egypte-Palestine-Syrie* (Alexandrie, Le Caire, Memphis, Louqsor, Assouan, Jérusalem, Jéricho, Bethléem, Nazareth, Cana, Tibériade, Damas, Baalbeck, Beyrouth, Jaffa), au prix de 4.950 francs, tout compris, et un voyage en autocar au *Maroc*, par l'*Espagne* (Burgos, Escurial, Madrid, Tolède, Cordoue, Séville, Algeciras, Ceuta, Tetuan, Tanger, Rabat, Casablanca, Marrakech, Fez, Gibraltar, Malaga, Grenade, Murcie, Valence, Tarragone, Barcelone), au prix de 2.950 francs, tout compris. Programmes détaillés envoyés sur demande.

TABLE DES MATIÈRES

1934

A

Abcès à retardement, 282. — chronique du poumon, 522. — de la marge de l'anus, 226, 266. — de la rate à paratyphique A., 648. — du cerveau, 1094. — du foie, 1206, 1236, 1270. — du foie à staphylocoques dorés, 1575. — du poumon, 506, 594, 932, 990, 1357. — du poumon et pneumothorax, 933. — du poumon guéri par l'émétine, 331. — froids péritrochantériens, 1670. — gangréneux du poumon, 788. — rétro et latéro-pharyngien, 862, 903. — staphylococcique du foie, 1005.

Académie de Médecine. — Manifestation d'amitié franco-cubaine à l'Académie de Médecine, 1454. — de médecine. Nouveau règlement, 670. — de médecine. Séance annuelle. Prix décernés, 1795. — de médecine. Sièges à pourvoir, 1658. — des Sciences. Prix décernés, 1574, 1702.

Accidents sériques, 1069.

Acétylcholine, 822, 972, 988.

Acide ascorbique (Vitamine C), 1422. — lactique. Action phylactique, 538. — lactique et maladie sérique, 123.

Acido-acétose salicylée, 1167.

Acidothérapie aminée et épigastralgies de cause non ulcéreuse. Action de l'histidine, 255.

Acné juvénile, 774.

Acridine, 879.

Acrodynie, 158, 625, 1121, 1186, 1654, 1746. — et acétylcholine, 988.

Actinomycose osseuse 1728.

Actualités. — Aluminium et cancer, 1535. — Accidents de la chrysothérapie, 1674. — A propos des accidents sériques, 1069. — Cure de raisins, 1133. — Défense passive contre les attaques aériennes; le poste de Versailles, 936. (Voir aussi Chronique.) — Histamine, 1861. — Monument d'Emile Roux, 1023. — Myases thérapeutiques. Méthode de Baer-Maggott-therapy, 818. — Protection de Paris contre les gaz, 69. (Voir aussi Chronique.) — Sprue, 118. — Ulcères gastro-intestinaux; traitement, 586.

Acupuncture chinoise et vomissements, 190, 454.

Adénome chromophobe de l'hypophyse, 297.

Adénopathie bacillaire et lymphogranulomatose, 1219. — multiples, 1654.

Adhérences post-opératoires, 207.

Adonis vernalis, 1026.

Adrénaline, 329, 879. — Teneur des glandes surrénales en —, 88. — Un dérivé ferrique de l' —, 260.

Adrénoferrine, 260.

Agglutination, 1188.

Agranulocytose, 135, 889, 988. — bismuthique, 239.

Agrégation. — Voir Intérêts professionnels.

Albuminuries, 972. — chez les tuberculeux pulmonaires, 207.

Alcool en injections intraveineuses et suppurations pulmonaires, 175. — Injections intraveineuses d'— dans les infections pulmonaires, 363, 448.

Aleucémie, 1005.

Aleucie hémorragique, 280.

Algies radiculaires, 821. — symptomatiques, 932.

Aliénation mentale et certificat, 1737.

Alimentation des enfants. (Voir Notes de médecine pratique.) — du nourrisson, 1798. — en France, 1057. — OEufs et pâtes dans l' —, 713.

Allaitement artificiel, 1120. — maternel, 156. — par mercenaire, 516.

Allergie, 88, 900.

Allergine de Jousset, 431.

Allonal, 1062, 1562.

Allongement. Opération du fémur, 971.

Aluminium et cancer, 479, 1535. — et processus pathologique, 853.

Alvéolites disséminées par aspiration de liquides septiques, 191.

Amaurose post-partum, 1315. — toxique, 219.

Ambulances. Fonctionnement des — chirurgicales de l'avant, 585.

Amibiase, 893.

Aminocoumaranes, 540.

Amputations du pied, 123. — interscapulo-thoracique, 468.

Amygdalectomie, 139, 284.

Amygdalite, 139.

Analyses. — Chirurgie orthopédique, par M. Lance, 1049. — Dermatologie et syphiligraphie, 233. — Electrologie en 1933, par MM. Delherm et Loubier, 457. — Médecine générale, sous la direction de M. Babonneix, 889. — Oto-rhino-laryngologie, 133, par M. Truffert. — Radiologie en 1933, par MM. Delherm et Thoyer-Rozat, 761. — Tuberculose, sous la direction de M. Lemierre, par M. Adida, 1357.

Anaplasmose ovine, 205.

Anaphylaxie, 1075, 1153. — en thérapeutique, 1365.

Anastaphylotoxine, 1296.

Anatoxine diphtérique, 972.

Anémie bismuthique, 1154. — grave infectieuse, 190. — infectieuse, 1218. — pernicieuse, 450, 490, 522, 561 610. — pernicieuse traitée par l'extrait de muqueuse gastrique 504. — pseudo-leucémique et splénectomie, 578. — subleucémique à monocytes, 44.

Anesthésie, 1136. — chirurgicale, 107. — à l'évipan, 315, 646, 878, 1728. — du ganglion sphéno-palatin, 558. — épidurale, 220, 468, 1149. — et ionisation iodée, 1078. — générale à l'évipan, 990, 1813.

Anévrisme, 787. — aortique, 932. — aortique et infarctus pulmonaire, 1167.

Angines aiguës, 1402, 1442, 1472, 1510. — à monocytes de forme hémorragique, 44. — de poitrine, 86, 87 1167, 1575, 1704. — de poitrine, tabac et alcool, 897. — de poitrine et ondes courtes, 63. — de poitrine et radiothérapie, 774. — diphtériques. Classification, 897. — et polyadénite aiguë, 1136. — pseudo-membraneuse à pneumocoques, 1267.

Angiomatose hémorragique, 174.

Angiomes vertébraux, 763.

Angor aigu coronarien fébrile, 470.

Ankylose de la hanche. Traitement orthopédique, 519.

Anniversaire de M. Guéniot, 1589.

Anomalie duodénale avec périviscérite, 862.

Antagonisme barbiturique-strychnine, 833.

Antirachitique. Action —, 1813, 1814.

Antitoxine, 1218. — diphtérique, 206, 647, 1296. — tétanique, 647.

Antivirusthérapie, 1168.

Anus du grêle, 1813.

Anxiété et asthénie, 262.

Aorte des paludéens, 330.

Aphasie motrice, 1107.

Aponévroses: Leur rôle dans les formes extérieures du corps, 1521.

Apophysite, 318.

Apozèmes ou consommés de légumes et de céréales, 281.

Appareil pour anus artificiel, 1154.

Appareillage de Hennequin, 932, 1775.

Appareillage pour fractures, 1076. — pour fractures de jambe de réduction difficile, 316.

Appendice. Image radiologique, 1076.

Appendicite, 64, 262, 284, 482, 860. — aiguë et maladie de Bouillaud, 706. — et purpura, 66. — Fausses —, 648.

Arachnoïdite kystique de la grande citerne, 46. — spinale, 519.

Arécoline et pilocarpine, 206.

Argon, 878.

Argyrose, 1220.

Artériectomie, 788.

Artériographie, 220, 787, 788, 858.

Arthrites chroniques. Traitement actuel, 774. — déformante de la hanche, 788. — gonococciques. Traitement radiothérapique,

316. — suppurée du genou, 932, 971. — Traitement des — suppurées du genou en dehors des traumatismes de guerre, 1623. — traumatiques sacro-lombaires, 265.
Arthrodèse de l'épaule, 1051. — du genou, 1056.
Artichaut. Action thérapeutique de la feuille, 373, 504.
Articulation coxo-fémorale, 94, 126.
Arythmie, 1074.
Ascite, 879. — cirrhotique, 971. — cirrhotique vidée dans la plèvre, 282.
Aspects radiologiques trompeurs du poumon cardiaque, 430.
Asphyxie. Traitement par le bleu de méthylène, 817.
Asphyxiés. Secours d'urgence, 1762. — Traitement général des —, 169, 201.
Asthme, 1297. — et vaccination, 482.
Astrocytome kystique du cervelet, 790.
Ataxie aiguë, 934.
Atonie intestinale post-opératoire, 628.
Atropine-ésérine, 281.
Atropine et syncopes cardiaques, 469.
Aurothérapie, 370, 706, 1154. — Un accident rare de l'—: la stomatite bulbeuse à type de pemphigus, 217.
Autocurothérapie, 318.
Autohémothérapie, 445.
Auto-mobiliseur mandibulaire, 1546,
Aviation sanitaire, 926.
Avoine et asthénie, 1236.
Azobilirubine, 1007.
Azotémie, 64 — et cholestérolémie, 1136. — et déchloruration, 502. — normale préopératoire, 1728. — post-opératoire, 123. — Prurit et —, 821. — puerpérale, 154, 243. — tolérées et muettes, 1864. — Types cliniques, 1213, 1245.

B

Bacille acido-résistant, 243, 1168, 1813. — aviaire, 221, 879, 1188. — B. C. G., 173, 174, 431, 706, 879, 880, 1076, 1296, 1363, 1702, 1741, 1744. — B. C. G. Tuberculose mortelle chez un enfant vacciné par le —, 717. — diphtérique, 1138, 1219. — lactique, 1007. — melitensis, 972. — paratuberculeux, 879. — tuberculeux, 206, 221, 260, 296, 328, 330, 480, 538, 540, 822, 1076, 1188, 1217, 1296, 1686, 1741, 1814. — tuberculeux dans le sang circulant, 895.
Bacillémie du cobaye tuberculeux, 260. — tuberculeuse, 207, 822, 895, 1005.
Bactériophage, 122, 1073, 1632, 1702.
Bactériothérapie antityphique, 445.
Bandelette optique, 1075.
Barbiturique. Fièvre —, 87. — Intoxications — en médecine légale, 1135.
Barbiturisme, 44, 87, 265, 833, 1139, 1168, 1286, 1745, 1782. — aigu, 617, 637. — aigu, traitement actuel, 745. — et injections intraveineuses d'alcool, 736. — et strychnine, 87, 88, 219, 776. — Lésions pulmonaires, 280.
Bile, 880, 882, 1007.
Bilharziose, 93.
Bilirubine, 1008.
Bismuth, 1632. — Intolérance, 1204.
Bismuthique. Traitement —, 239.
Blessures de guerre. Comment apprécier la gravité pour en catégoriser l'urgence aux postes de triage et d'évacuation, 534.
Bleu de méthylène et asphyxie, 817.
Blocage ventriculaire, 971.
Borate de soude, 1155.
Bou Fortoutou (Dermatose papulo-prurigineuse), 331.
Bouillon de légumes déchloruré, 281.
Branchiome, 788. — du cou, 646.
Brides pleurales. Section à ciel ouvert, 122.
Bromurothérapie, 1124.
Broncho-aspiration chez l'enfant, 789.
Bronchopneumonie du nourrisson, 66. — et transfusion, 1741. — grippale, 859. — Traitement des — aiguës des petits enfants, 1499.
Bronchoscopothérapie et dilatations bronchiques, 518.
Bubon chancrelleux, 1231.

C

Calcémie, 776, 787.
Calcification du nucleus pulposus, 1590. — post-articulaire de l'épaule, 328.
Calcium. Action antifixatrice du —, 206. — de l'organisme, 1092.
Calculs biliaires. Faux — en radiologie, 769. — du cholédoque, 717. — du cholédoque sans ictère, 625. — vésical, 988.
Canal de Bochdalek, 1590.
Cancer, 93, 648, 878, 1400. — bronchique à évolution pleurale, 862. — cutanés et soleil, 63. — de l'appendice, 468. — de l'estomac, 1302, 1334, 1370. — de l'œsophage, 139. — de l'œsophage. Métastases, 1348. — du pancréas, 299. — du rein, 282, 860. — Diagnostic par la lactogélification, 1136. — et aluminium, 479, 1535. — et magnésium, 467. — et venin, 1726. — et venin de cobra, 1284. — gastrique, 1298. — pancréatique, 900. — primitif du foie, 933. — sigmoïdien, 64.
Cardio-néphrite, 44.
Cardiopathies évolutives de l'enfant, 1137.
Catatonie, 45.
Caustiques intra-tissulaires, 1154.
Caverne gangréneuse simulant un pyo-pneumothorax, 174. — géantes, 1005. — plurilobulaires, 502.
Cellulies, 900.
Cellulite. La — est une réaction conjonctivo-lymphatique, 785.
Cémentomes, 1614.
Centenaire de Tillaux. Eloge par M. Siredey, 1791.
Centres végétatifs du diencéphale médian, 945.
Cénurose humaine, 1040.
Céphalhématome, 1139.
Chalazion, 777.
Charbon, 243.
Chimiothérapie de la typhoïde, 446.
Chirurgie cholédocienne en deux temps, 971. — endocrinienne, 1569, 1603. — esthétique, 262. — des surrénales, 1569, 1603, 1627. — de la tuberculose pulmonaire, 1357. — du sympathique, 265. — italienne contemporaine (à propos de quelques livres récents), 1429.
Chloration des eaux de boisson par addition de vin, 807.
Choc anaphylactique, 1138.
Cholatate de soude par voie rectale, 504.
Cholécystite à forme angineuse, 480.
Cholédoque. Dilatation congénitale du —, 220.
Choléra, 89, 1743.
Cholérèses expérimentales, 1153.
Cholestérine, 1591, 1686.
Cholestérinémie. Cure iodée, 738. — et glycémie dans la diphtérie maligne, 431.
Cholestérol, 1590.
Chondrome, 497, 531.
Chondrome vertébral, 787.
Chorée congénitale, 45. — fibrillaire de Morvan, 417, 792.
Choréo-épithéliome du testicule, 432.
Chronaxie, 1153, 1219, 1348. — et posture, 987.
Chroniques. — Acupuncture chinoise, 454. — A. D. R. M., 1146. — Ambulance américaine de Neuilly, 1258. — Anniversaire. 85e — de Pavlov, 1589. — Bagnoles-de-l'Orne à trois heures de Paris, 808. — Banquet annuel de l'Association des externes et anciens externes de Paris, 822. — Centenaire de l'arrivée de Claude Bernard à Paris, 1661. — Centenaire de l'Université libre de Bruxelles, 1710. — Cinquantenaire de la Société de Saint-Luc, 1030. — Citation à l'ordre de la Nation, 597, 1821. — Comité médical franco-japonais, 1405. — Comment on traversait le Sahara au siècle dernier, 1382. — Conférence de M. J.-L. Faure sur le Brésil, 2. — Conférence du Professeur J. Fiolle sur la responsabilité chirurgicale, 614. — Conférence du Professeur Pende, 1842. — Conférence sur l'Uruguay (Professeur Lépine), 438. — Conseil supérieur de l'Education physique, 1493, 1565. — Conseil supérieur de l'Instruction publique, 814. — Convention de Genève. 70e anniversaire. 1082. — Croix des services militaires volontaires, 742. — Défense passive, 69, 850, 936, 1178, 1690, 1806. — Deuil de la Belgique, 249. — Deuil national, 1098, 1445. — Docteurs honoris causa de l'Université de Paris, 401. — Dîner des diplômés d'hygiène, 906. — Dîner du *Progrès médical*, 1734. — Eloge de Félix Lejars à la Société de Chirurgie, 150. — Enseignement de la médecine d'après le professeur Sergent, 844. — Expérimentation sur l'homme, 569. — Fondation de l'Union thérapeutique, 1013. — Fondation J.-A. Sicard, 941. — Hôpital franco-musulman, 1113. — Hôpital. Les malades riches à l'—, 30. — Il y a cent ans, 230. — Inauguration de l'Institut du Cancer, 955. — Inauguration de la rue du Docteur-Finlay, 866. — Inauguration du buste de Clemenceau à Saint-Vincent-de-Jard, 598. — Inauguration du monument d'Emile Roux à l'Hôpital des Enfants-Malades, 1023. — Inauguration du nouveau service d'électro-radiologie de la Pitié, 1061. — Institut Pasteur. Conseil scientifique, 797. — Institut Pasteur. La nouvelle direction, 725. — Journée médicale du cidre et de la pomme, 886. — Journées tragiques, 198. — La grand'croix de M. le professeur Vincent, 1029. — Latins. Les premiers — au Groënland, 782. — Leçon inaugurale du Professeur Chevassu, 54. — Léon Bérard académicien, 1734. — Lyautey hygiéniste, 1114. — Maison du Médecin, 884, 962. — Manifestation médicale franco-italienne, 1494. — Médaille de M. J.-L. Faure, 1638. — Médaille de M. Nové-Josserand, 1092. — Monument à la mémoire des membres du S. S. morts pour la patrie, 1638. — Monument d'Emile Roux, 1023. — Mortalité infantile en France, 634. — Ouverture du XLIIIe Congrès français de Chirurgie, 1426. — Prix Nobel de Médecine décernés en 1934, 1530. — Retraite du Dr Colombani, 1241; du Dr Chifoliau, p. 1858. — Salon des médecins, 270. — Sanatorium Mussolini, 1734. — Santé publique, 977. — Suppression d'offices, 509. — Sur les vieux

chemins des fontaines de Jouvence, 166. — Tribulations d'Ariel, 1753. — U.M.F.I.A. Dîner de printemps, 666. — Union thérapeutique, 1566. — Vichy. Embellissements, 830. — Vie animale. Nouvelles scènes de la —, 1331.
CHRYSOPEXIE, 1166.
CHRYSOTHÉRAPIE, 647, 1137, 1359, 1361, 1365, 1674. — Voir aussi AUROTHÉRAPIE et OR.
CICATRISATION par hyperémie, 1545.
CILS. Chute des —, 1284.
CIRCULATION cérébrale, 1007. — pulmonaire, 1168.
CIRRHOSE de Laënnec, 1005. — du foie, 468. — et diathermie, 467.
CLAUDICATION intermittente, 648.
CLEMENCEAU. Carnet de visites de —, 1136.
CLIMATISME, 1202.
COAGULATION des sérums, 1297.
COEUR. Accélérateurs du —, 260. — Eléments accélérateurs, 1076. — Eléments accélérateurs du — dans le sympathique cervical, 221. — Radiographie, 767. — Troisième bruit du —, 1190.
COLIBACILLE, 64, 1296.
COLIBACILLOSE au Congrès de Châtel-Guyon, 1416, 1437, 1452, 1468.
COLITE ulcéreuse, 1298.
COLLAPSOTHÉRAPIE, 328.
COMA diabétique insulino-résistant, 258. — insulinique, 1005.
COMMUNICATION interventriculaire ou maladie de Roger, 729.
COMPLEXE calco-magnésien, 736, 1815.
COMPRESSION de la moelle épinière par un schwannome, 860. — dorso-lombaire, 1108. — lente de la veine cave supérieure, 280. — médullaire, 417.
CONFUSION mentale et onirisme, 1261.
CONGRÈS. — Assemblée française de médecine générale, 353, 716, 1057, 1608. — Calendrier des — médicaux, 10. — Questions à l'ordre du jour, 27. — du Canada, 1541, 1557, 1573, 1699. — français de Chirurgie, 1426, 1537, 1623. — national de la colibacillose, 1416, 1437, 1452, 1468. — français de Dermatologie et syphiligraphie, 1229. — français de Gynécologie, 1003. — international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. Toulouse, 105, 121. — d'hygiène du Havre, 865. — international du Lymphatisme, 1085. — de médecine de Tunis, 660, 700. — de médecine légale, 999. — mondial du Lait, 856, 901, 952. — français d'orthopédie, 1644. — français d'O. R. L., 133. — de pédiatrie, 1197, 1262. — Presse médicale latine, 1522. — du rhumatisme chronique progressif généralisé (Aix-les-Bains), 1033, 1102. — français d'urologie, 1678. — Journées orthopédiques de Lyon, 1090. — Ligue française contre le rhumatisme, 318, 1821. — Réunion de la Fédération des Sociétés des sciences médicales d'Algérie et Tunisie, 701. — Réunion hydro-climatologique de Tunis, 700. — Réunion neurologique internationale annuelle, 945. — Union internationale contre la tuberculose, 1354.
CONSTANTE systolo-diastolique, 480.
CONTAGION tuberculeuse, 929. — tuberculeuse chez les infirmières, 1359.
CONTRÔLE médical de l'éducation physique et des sports, 1487, 1702.
CONTUSION herniaire, 1094.
CONVALLATOXINE glucoside, 123.
COQUILLAGES et fièvre typhoïde, 445.
CORAMINE, 245, 405.
CORPS étranger articulaire, 1108. — étranger de l'œsophage, 1235, 1268. — des voies digestives, 1652. — étrangers du tube digestif, 207.
COUCHE optique, 1107.
COURANT continu, 483.
COSMOBIOLOGIE, 1322.
CÔTES. Absence de —, 1652.
COXALGIE, 1055.
CRAMPES parcellaires douloureuses, 879.
CRANIOPHARYNGIOMES, 557, 869, 909.
CRÉNOTHÉRAPIE, 1040.
CREVASSES du sein, 284.
CRISES oculogyres, 282.
CROISSANCE, 1007. — chez les diabétiques, 1136.
CROÎT des populations, 607.
CRUSTACÉS, 1686.
CURES climatiques et tuberculose pulmonaire, 106. — de raisins, 1133. — stimulantes chez les enfants, 105.
CYANOSE et polyglobulie d'origine nitrobismuthique, 706.
CYANURE de potassium, 329.
CYCLE œstral, 1075.
CYSTOGRAPHIE, 771.
CYTOSTÉATONÉCROSE, 1741.

D

DÉCHLORURATION, 1167.
DÉFENSE passive, 69, 850, 936, 1178, 1690, 1806.
DÉGÉNÉRESCENCE olivaire, 47. — systématisée cortico-cochléo-dentelée, 222.
DÉMENCE précoce, 259. — Présentation clinique, 555.
DÉNATALITÉ, 1764.
DENTS de sagesse. Accidents, 1042, 1078. — Résistance à la calcination, 1614.
DERMATITE bulleuse consécutive aux bains de soleil dans les prés, 233. — livedoïde, 1544.
DERMATOSES d'origine médicamenteuse, 146. — papulo-prurigineuse (Bou Fortoutou), 331.
DERMITE des parures, 233. — bullo-ulcéreuse et polynévrite par intoxication barbiturique, 44.
DÉSARTICULATION de l'arrière-pied, 122.
DÉSHYDRATATION, 1576.
DÉSINFECTION terminale, 93.
DEUIL de la Belgique, 280. — national, 1486.
DIABÈTE, 648, 899, 950, 1632, 1634, 1836. — et grossesse, 1704. — et tuberculose, 175. — grave et pneumonie, 328. — pancréatique expérimental, 1190. — rénal par néphrite toxique aurique, 1005.
DIARRHÉE cholériforme, 899.
DIATHERMIE et cirrhose, 467.
DIENCÉPHALE. Plaques séniles du —, 790.
DILATATION aiguë de l'estomac, 370. — des bronches, 430, 1357. du jujénum, 315. — œsophagienne, 1204. — ectasique de l'oreillette gauche, 370.
DINITROPHÉNOL, 1381.
DIOXYDE de thorium, 1834.
DIPHTÉRIE, 1814. — Dix ans d'application de l'anatoxine diphtérique à la vaccination antidiphtérique, 315. — Essais d'immunisation par inhalation contre la — et le tétanos, 736. — (La — aux assises médicales), 1608. — laryngée. Aspiration de fausses membranes, 63. — maligne hémorragique, 431.
DIPHTÉRIQUE. Toxine —, 1137.
DISPENSAIRES, 205.
DISQUE intervertébral, 1049.
DISSOCIATION corticale des mouvements du pied, 1108.
DISTENSION intestinale et sécrétion pancréatique provoquée, 542.
DIVERTICULE de l'estomac, 645. — de l'œsophage, 123. — de Meckel, 1155. — pharyngo-œsophagien, 932.
DIVERTICULITE chronique, 64.
DOLICHOLON, 1348. — et mégacolon chez un Mongolien, 66.
DOULEUR et sympathectomie, 1809.
DROITIER, 1186.
DUODÉNUM. Compression par adénopathie mésentérique, 1838.
DYSCHONDROPLASIE, 190, 787, 988.
DYSOSTOSE cranio-faciale, 190, 988.
DYSOVARIES, 561.
DYSPEPSIES et thérapeutique parathyroïdienne, 504.
DYSPLASIE hémoleucocytaire, 370. — neuro-ectodermiques congénitales, 950.
DYSPNÉE de Cheyne-Stokes, 87.
DYSTROPHIE adiposo-génitale, 901.

E

EAUX chlorurées sodiques, 1155. — dans les tissus, 538. — minérales, 519, 1042, 1155, 1236, 1738. — minérales et service de santé militaire, 122. — minérales. Législation des —, 121. — Stérilisation des — de boisson, 807.
ECLAIRAGE des coins sombres par le soleil, 1350.
ECOLE chirurgicale anglaise. Quelques réflexions concernant les relations de l' — et des centres chirurgicaux de France, 601.
ECREVISSE. Nerfs moteurs de la pince de l'—, 88, 480.
ECTASIE de l'aorte, 1139.
ECTODERMOSE, 1235.
EDUCATION physique, code du praticien, 801. — physique. Contrôle médical, 1487, 1702.
EFFORT en pathologie cardio-artérielle, 603.
ELECTRODIAGNOSTIC, 459.
ELECTROLOGIE (Analyses), 457.
ELECTROPEXIE, 1686.
EMBOLIE gazeuse cérébrale, 45. — gazeuses. Manifestations cérébrales, 425.
EMBRYOTHÉRAPIE, 412.
EMÉTINE, 331.
EMPHYSÈME sous-cutané, 932.
EMPOISONNEMENTS alimentaires, 174.
EMPREINTES digitales, 1834.
ENCÉPHALITES aiguës, 14, 50. — aiguës. Traitement, 578. — de nature indéterminée, 935. — léthargique, 90, 147, 949. — léthargique à forme ondulante prolongée, 518. — morbilleuse, 790, 1074. — ourlienne sans méningite, 280. — pseudo-tumorale, 790.
ENCÉPHALITIQUES. Troubles post — et atropine, 502.
ENCÉPHALOGRAPHIE, 761.
ENCÉPHALO-MYÉLITE diffuse, 557.

Encéphalopathie arsenobenzolique, 821 — Encéphalopathie, 417. — saturnine, 625.
Endocardite aiguë, 1074. — et érythème polymorphe, 789. — lente à méningocoque B, 1074. — pneumococcique, 1575. — scléro-thrombosantes, 219.
Endoscopie utérine, 518.
Enervation hépatique, 1685.
Entérocolite muco-membraneuse et eaux minérales de Slanicul-Moldovei, 968.
Entorses, 373, 1006. — du genou, 59, 101, 1836. — Qu'est-ce qu'une —, 325.
Enurésie, 502.
Epaule. Mouvements anormaux, 297.
Ependymome médullaire opéré, 46.
Epididymite à staphylocoques, 444.
Epilation par broutage, 207.
Epilepsie, 1074. — cardiaque, 1061. — de Brown-Séquard, 1297. — diencéphalique, 949. — généralisée, 223.
Epispadias, 315.
Epistaxis, 137.
Epitheliomas cutanéo-muqueux, 1156. — de la peau, 235. — de la région aryténo-épiglottique, 207. — du col utérin, 329. — du sein. Guérison « spontanée », 315. — métatypique du poumon, 1775.
Epithéliome cutané, 233.
Epreuve de l'hypoglycémie insulinique chez les hypertendus, 538. — d'hypoglycémie insulinique dans l'obésité, 297. — d'hypoglycémie insulinique dans les cirrhoses du foie, 468.
Equilibre acide base du sang, 469. — acide base en physico-pathologie, 1553, 1585.
Erysipèle, 893, 1187, 1286.
Erythème noueux, 1775. — noueux et gonacrine, 483. — noueux et tuberculose, 1350. — polymorphe, 1167.
Espace épidural, 468.
Estomac. Sarcome de l' —, 265.
Etat confusionnel, 470. — de mal convulsif chez un enfant, 1268.
Evipan, 315, 646, 878, 1136, 1813.
Excitabilité des systèmes neuro-musculaires de la pince de l'écrevisse, 88, 480.
Exophtalmies expérimentales, 206.
Expertise médicale contradictoire, 1001.
Extrait de myocarde total dans certaines affections cardiaques, 123.
Extraits anti-hypophysaires, 1742. — tumoraux, 1298.
Exulceratio simplex de l'estomac, 430.

F

Faculté. (Voir Intérêts professionnels.)
Farines, 1399, 1466. — Valeur des —, 146.
Fausses appendicites, 648.
Faux calculs des voies urinaires, 441.
Féminisme, 1139.
Fibro-adénome, 1298.
Fibroblastes, 221.
Fibrome, 1220. — utérin, 772.
Fièvre barbiturique, 87. — boutonneuse, 706, 1286, 1298. — boutonneuse et troubles oculaires, 353. — boutonneuse méditerranéenne observée à Paris, 259. — exanthématique méditerranéenne, 45. — jaune, 90, 430, 1188, 1217, 1295, 1422, 1521, 1742. — ondulante. A propos du traitement de la —, 573. — typhoïde et médecine légale, 1122.
Filariose, 879.
Fistules bilaires, 1094.
Flutter, 1632. — et fibrillation auriculaire, 1612.
Folliculine, 1008.
Fonction du rein après ablation du ganglion aortico-rénal chez l'homme, 1165.
Forage de la prostate, 1268.
Formol-opacification, 518.
Fosse cérébelleuse. Intervention sur la —, 933.
Fractures. Consolidation des —, 648. — de cuisse, 1590. — de la base du premier métacarpien, 1411. — de la colonne vertébrale, 1726. — de la diaphyse fémorale, 858. — de l'épitrochlée, 1053. — de l'extrémité supérieure du tibia, 88. — du crâne, 1838. — du calcaneum, 64. — du col chirurgical de l'humérus, 482. — du col du fémur, 519. — du col du fémur et impaction, 718. — du col du fémur. Traitement des —, 69. — du crâne, 482. — du fémur, 1775. — du plateau tibial, 64. — du rachis, 220. — du réchis et méthode de Böhler, 123. — intra-capsulaire du fémur. Double vissage, 519. — supra-condyliennes de l'humérus, 1094. — sus-condylienne de l'humérus, 64. — vertébrales, 1049.
Frottement péricardique rhumatismal, 1110.
Furoncle, 1137.
Furonculose. 1544.

G

Ganglion aortico-rénal, 1165. — aortico-rénal; son influence sur la fonction du rein chez l'animal, 1101.
Gangrène sénile, 302, 334.
Gardénal, 1741.
Gastrectomie dans les sténoses pyloriques, 122.
Gastrite syphilitique, 330.
Gastroptose, 1738.
Gaz. — Voir Défense passive.
Gélification des sérums, 987.
Genou, 282. — Entorses du —, 59, 101.
Géologie hydro-minérale, 106.
Gliome kystique, 821. — kystique de la protubérance, 47. — kystique du cervelet. 789. — kystique du tronc cérébral, 949.
Glutathion, 1295.
Glycémie, 1686.
Glycosurie et hyperglycémie dans les maladies des artères coronaires, 889.
Goître, 93, 353, 949. — exophtalmique, 520.
Gonococcémie. 821.
Gonococcie génitale d'emblée chez l'homme, 1612.
Goutte. Radio-diagnostic de la —, 262.
Granulie, 522, 1061, 1632. — froide, 1073.
Granulomatose maligne, 772.
Granulomes à coccidoïdes, 233.
Greffes ankylosantes du rachis, 718, 792. — hétérogène, 1284. — Ostéome d'une — osseuse, 1590. — parcellaires, 1235. — totale homoplastique, 265.
Grippe, 1685.
Grossesse. Diagnostic biologique, 1295. — et diabète, 1704. — Les Hormones de — traversent-elles le placenta ?, 260.
Groupes sanguins, 999, 1814. — sanguins. Etude des — chez les mammifères, 243.

H

Hanche. Affections de la —, 1055.
Hématémèses, 443, 1818.
Hématies, 503, 1219.
Hématome, 1728. — intracérébral, 316, 444. — péri-rénal spontané, 483. — sous-dural chronique post-traumatique, 223.
Hémiballismus, 222.
Hémi-hypertrophie du corps, 298.
Hémiplégie, 1704. — ascendante progressive à évolution prolongée, 185. — syphilitique, 298.
Hémisyndrome cérébelleux syphilitique, 88.
Hémochromatose, 889.
Hémocrinothérapie, 1284.
Hémolyso-réaction, 47.
Hémoptysie, 1122. — des cardiaques, 1137.
Hémorragies après appendicectomie, 468. — cérébrale, 368, 1110, 1142, 1174. — Crise sanguine après —, 736. — digestives sans autres symptômes, 5. — du tube digestif, 880. — gastriques sans réaction de la muqueuse, 443. — gastro-intestinale, 1122.
Hémorroïdes, 1854.
Hémostase au cours de l'hystérectomie vaginale, 1076.
Hémothérapie, 1762. — antityphique, 445.
Hépatomégalie, 1006.
Hépato-néphrite, 444, 1166.
Hérédo-syphilis à localisation cérébelleuse et pyramidale, 157.
Hernie de l'ovaire, 1286. — diaphragmatique, 1704, 1741. — du disque intervertébral, 1061.
Herpès. Epidémie hospitalière, 328.
Histamine, 1861.
Histidine, 255, 1601.
Hirsutisme familial, 1061.
Homogénie, 258.
Hôpitaux. Voir Intérêts professionnels.
Hormones, 843. — gonadotrope, 329.
Humeur aqueuse et décollement rétinien, 540.
Humidité. Rôle physio-pathologique de l' — dans l'atmosphère, 515.
Hydrocéphalie, 1284.
Hydronéphrose, 862, 1576. — congénitale, 207.
Hygiène, 1632. — Association des diplômés d' —, 906. — de l'enfance, 664. — des mines de fer, 955. — et margarine, 314. — hospitalière, 1641. — publique, 89, 919, 1742.
Hypercholestérinémie, 1592, 1742.
Hyperglobulie expérimentale, 503.
Hyperglycémie, 540, 1634. — dans les pancréatites aiguës, 123.
Hyperinsulisme, 63.
Hyperlaxite, 717.
Hyperlipémie et coma diabétique, 430.
Hyperparathyroïdie, 900.
Hypertendus, 538.
Hypertension, 432, 1168, 1204, 1836. — et hypophyse, 280. — paroxystique, 868, 1774.
Hyperthyréose, 354.

HYPERTROPHIE congénitale des doigts, 594.
HYPNOTIQUES, 470.
HYPOGLYCÉMIE insulinique, 822.
HYPOPHYSE, 481.
HYPOTHALAMUS, 1190.
HYSTÉRECTOMIE avec réserve ovarienne, 1154.
HYSTÉROSCOPIE, 373, 1612.

I

ICTÈRE familial du nouveau-né, 1267. — grave familial et hémothérapie, 1762. — hémolytique, 933. — hémolytique et bronchectasie, 414. — par rétention, 1094.
ILÉUS biliaire, 69. — biliaire guéri, 265.
IMAGES radiologiques, 1073.
IMIDAZOL, 880.
IMIDAZOLÉMIE, 1742.
IMMUNISATION. Hyper-— streptococcique de la chèvre, 502.
IMMUNITÉ, 480, 1187. — antidiphtérique, 777, 1167. — antiténanique, 1006.
IMMUNOLOGIE de l'érysipèle, 893.
IMMUNOTRANSFUSION, 445. — par sang de convalescents, 844.
IMPACTION, 718.
INCLUSIONS amariles, 1218.
INDICE chromique, 1006.
INDOXYLE, 1154.
INFANTILISME, 520. — et splénomégalie, 1297.
INFANTILO-NANISME palustre, 331.
INFARCTUS de l'appendice iléo-cœcal, 482.
INFECTIONS aiguës en O. R. L. Traitement, 133. — charbonneuse, 1685. — dentaire et rhumatisme, 21. — et Vitamine A, 45. — non suppurées du système nerveux, 105. — puerpérale. Traitement, 518. — Traitement des —, 173. — utérines, 69.
INFILTRAT tuberculeux, 1359.
INFILTRATION caséeuse du pneumogastrique, 1061.
INFLUENCES saisonnières, 1202.
INJECTION déchaînante, 1075. — intraveineuses de gaz, 503. — intraveineuses d'acide chlorhydrique, 262. — intraveineuses de carbone animal, 987.
INNERVATION du rectum, 469. — secrétoire de la mamelle chez la chèvre, 540.
INONDATION péritonéale, 519, 1652.
INSOLATION, 1092.
INSOMNIE, 253, 361, 902, 1170.
INSTITUT Mussolini, 1810.
INSUFFISANCE aortique, 328. — cardiaque. Traitement, 123. — hépatique, 1814. — nasale, 1544. — ovarienne, 1003.
INSULINE, 328, 1138. — Excès d' —, 63.
INTRADERMORÉACTION, 1365. — au colibacille dans l'appendicite, 64. — de Frei chez les tabétiques, 243.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Agrégation, 1250, 1770. — Agrégation. Réforme, 1250. — Allocations familiales, 1530. — Association corporative, 1082, 1566, 1838. — Association générale des Médecins de France (Assemblée générale), 813. — Bilan fiscal, 1299. — Brimades fiscales, 2. — Bulletin professionnel du S.M.S., 1764. — Carte de combattant, 473. — Chirurgiens-dentistes. Effectifs des cadres de réserve de l'armée de mer, 566. — Chirurgiens-dentistes. Exercices en Alsace, 1638. — Circulaire du ministre du Travail, 1523. — Conseil supérieur de l'Instruction publique, 160. — Contributions. Les anciennes —, 726. — Crépuscule des professions libérales, 57. — Culture générale; humanités, 1123. — Décrets-lois du 15 avril 1934, 545. — Diplômes d'Etat délivrés depuis sept ans, 1513. — Documents officiels; agrégation, 1250. — Documents officiels: Programme pour l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, 483. — Documents officiels: Réforme des Etudes médicales, 392. — Ecole de perfectionnement des médecins de réserve, 1367. — Etudes médicales des Etrangers, 192. — Etudiants et médecins étrangers, 782. — Etudiants. Les délégués des — aux conseils des universités, 247. — Etudiants. Limitation des —. Projet de loi Portmann, 1446. — Equipement sanitaire, 1066, 1390. — Exercice de la médecine, 1838. — Modification à la loi, 322. — Exercice illégal, 421. — Facultés de médecine. Bourses de doctorat, 1126. — Faculté de Médecine de Paris. Mutations, 1273. Clinicat, 1825. — Hôpitaux de Lyon, Mutations, 1113. — Hôpitaux de Paris. Assistants, 377. — Hôpitaux de Paris. Concours de la médaille d'or, 357. — Hôpitaux de Paris. Concours de l'externat. Questions données, 1806. Liste de nomination, 341. — Hôpitaux de Paris. Concours de l'internat. Admissibilité, 1769. — Hôpitaux de Paris. Concours de l'internat. Liste des candidats, 1477. — Hôpitaux de Paris. Concours de l'internat. Nominations, 289. — Hôpitaux de Paris. Concours de l'internat. Questions données, 1445, 1461. — Hôpitaux de Paris. Mutations, 129, 377, 1597, 1749. — Hôpitaux de Paris. Répartition du personnel médical, 673. — Jurys des examens et Concours de l'enseignement supérieur, 1209. — Livre-journal, 34, 322, 358, 598. — Loi sur les sérums, 925 — Médecine libre, 1728. — Médecins allemands, 1789. — Médecins et étudiants étrangers, 178, 422, 758, 782, 1130. — Médecins et loi fiscale, 107. — Mesures fiscales, 2, 34, 57, 77, 173, 178, 191, 198, 230. — Nouvelle attaque contre la médecine libre, 1390. — Patente, 114, 670, 782, 1162, 1658, 1789. — Pléthore. Les étudiants étrangers, 1130. — Questions fiscales (Voir MESURES, PATENTE et SECRET PROFESSIONNEL). — Recensement des automobiles, 296. — Reçu. Comment le — a été supprimé, 402. — Réforme des études médicales, 626. — Scènes de la vie future, 1354. — Scènes de la vie passée, 1374. — Secret professionnel et mesures fiscales, 2, 34, 57, 173, 178, 191, 198, 230. — Service militaire des étudiants en médecine, 108. — Syndicat des chirurgiens français, 1634. — Syndicat des Médecins de la Seine, 1524, 1816. — Thèses: d'Alger, 1486; de Bordeaux, 1849; de Lille, 1365; de Lyon, 1776; de Marseille, 1507; de Montpellier, 1380; de Nancy, 1650; de Strasbourg, 1420; de Toulouse, 1470. — Votes fiscaux, 546.
INTERFÉROMÉTRIE, 625, 1188.
INTERVENTIONS chirurgicales sur le phrénique, 107.
INTESTIN. Exploration radiologique, 769.
INTOXICATION barbiturique, 44. — inapparentes, 1632. — mortelle par le salicylate de soude, 1167. — nouvelle: dilaudidomanie, 1204. — oxycarbonée brutale, 518. — par l'apiol, 1061. — par le dial. Traitement strychnine, 174. — par le salicylate de méthyle, 1704. — par l'argyrochrome, 899. — par la strychnine, 899.
INVAGINATION chronique, 468. — du nourrisson, 414. — iléo-cœcale, 1652. — intestinale, 1187. — intestinale aiguë et lavement baryté, 158.
IODE. Elimination après ingestion de di-iodotyrosine, 259.
ISCHÉMIE, 1576.
ISODIPHASISME, 87.

K

KALA-AZAR, 480, 704, 788, 1075, 1309. — Réactions de Chopra, 625.
KALIÉMIE et diabète sucré, 1295.
KYMOGRAPHIE, 373.
KYSTES de l'ovaire, 1156. — du ménisque interne du genou, 316. — du péroné et syphilis osseuse, 932. — gazeux intrathoraciques, 86. — glosso-épiglottique du nourrisson, 66. — hydatiques, 1299. — hydatiques de l'orbite, 37. — hydatique du foie, 771. — hydatique du grand épiploon, 470. — hydatique du poumon, 315, 990, 1277. — hydatique du rachis, 932. — hydatique multivésiculaire de l'orbite, 293. — hydatiques rares, 220. — séreux, 1298.

L

LACTACIDÉMIE, 1076.
LACTOGÉLIFICATION, 1136.
LAIT, 1120. — Chimie du —, 275, 309. —. Contrôle, 1744. — et allaitement artificiel, 1120. — Une politique du —, 997.
LARISTINE, 1601.
LARMES de sang, 1329.
LARVES de mouches, 315, 818, 1284.
LARYNX. Affections du —, 145.
LÉCITHINE, 648, 777, 1169.
LÉIOMYOME, 1838.
LEISHMAMOSES, 1137, 1139, 1188, 1154, 1218, 1744. — et antimoine, 1167. — viscérale. Séro-diagnostic, 259.
LÈPRE, 93, 137, 1702. — Diagnostic, 467. — Traitement, 205. — Traitement par le bleu de méthylène, 1422.
LÉSIONS tuberculeuses de surinfection cutanée chez le cobaye, 542.
LEUCÉMIE, 706, 718, 1074. — aiguë, 444. — chronique, 219. — chronique à monocytes, 87. — et sels d'or, 502. — myéloïde, 1234.
LEUCOBLASTOMATOSE, 174.
LEUCOPHASIE, 235.
LEVER précoce, 373.
LIPIDÉMIE, 1074.
LIPOME pelvi-fémoral, 1267.
LIQUIDE céphalo-rachidien, 1137. — épanchés, 664.
LOBECTOMIE, 1094.
LOBES cardiaques, 765. — supplémentaire du foie, 506.
LOBITES tuberculeuses, 981, 1017.
LONGÉVITÉ, 1365.
LUGOL, 503.
LUMIÈRE jaune pour phares d'automobile, 607.
LUNARITE du poignet, 1590.
LUPUS, 66. — érythémateux, 1229.
LUXATION antéro-interne de l'épaule, 374, 418. — de la hanche, 482, 1053. — de la rotule, 1056. — récidivante de l'épaule, 646.
LYMPHANGIOME caverneux suppuré du mésentère, 529. — de la face, 858.
LMPHATIQUE. Injections thérapeutiques dans le système —, 1728.
LYMPHATISME au Congrès de La Bourboule, 1085. — des muqueuses, 835.

Lymphogranulomatose, 237, 878. — (Voir « Maladie de Nicolas-Favre »).
Lyse microbienne, 540, 1813.

M

Magnésiens. Mortalité sur les terrains —, 538.
Magnésium, 430, 482. — et cancer, 467.
Mal au dos, 1544. — de Pott, 1076.
Maladie cœliaque, 899. — d'Abadie, 558. — d'Addison, 1121. — — d'Ayerza, 1139. — de Barlow, 190. — de Basedow, 1040, 1621. — de Basedow fruste, 284. — de Basedow héréditaire, 284. — de Besnier-Boek, 1702. — de Biermer, 1544. — de Bouillaud, 706, 1542, 1775. — de Bowen et cancer, 237. — de Buerger, 174. — de Crouzon, 1061. — de Dupuytren, 1728. — de Friedreich, 222, 557, 1576, 1836. — de Gaucher familiale, 594. — de Hodgkin, 175. — de Nicolas et Favre, 237, 777, 858, 878, 1219, 1744. — de Paget, 258, 1005. — de Pick, 1686. — de Roger, 729. — de Schilder, 223. — de Volkmann, 1053. — de Weil, 90. — des conserves, 1241. — du col vésical, 1154. — glycogénique du foie, 1061. — osseuse de Recklinghausen, 430. — post-opératoire, 551. — professionnelles, 986. — sérique et acide lactique, 123.
Malariathérapie, 1286, 1775. — et notions nouvelles sur le paludisme, 513.
Malformation cardiaque, 1741. — utérine, 1139.
Manne de frêne, 1814.
Masque d'Ombrédanne, 1267.
Mastoïdites, 141.
Maturité sexuelle précoce, 594.
Médecine et hygiène sociale en péril, 107. — infantile. Voir Notes de —, . — légale, 986, 999, 1122. — légale. Intoxications barbituriques, 1135.
Médulloblastome du quatrième ventricule, 370.
Médullo-surrénalome, 821.
Mégacolon, 860.
Mégaœsophage, 220.
Mélancolie, 471.
Mélanoblastose, 222.
Mélioidose, 1449.
Mélitococcie. Complications nerveuses de la —, 1695.
Méninges péri-hypophysaires, 790.
Méningés. Episodes — tuberculeux curables, 328.
Méningiomes, 761. — de la petite aile du sphénoïde, 223. — de la région pariéto-temporale droite, 790. — supra-sellaire, 297.
Méningite aiguë à B. de Pfeiffer, 1204. — post-rubéolique, 1074. — tuberculeuse, 1137. — tuberculeuses curables, 895. — tuberculeuse et allergine de Jousset, 431. — tuberculeuse, sa diminution progressive, 1040. — tuberculeuse. Variations saisonnières, 1672.
Méningocèle, 988.
Méningo-encéphalite streptococcique guérie, 1094. — syphilitique, 1235.
Mescaline, 329.
Métabolisme, 363, 1488. — de l'eau, 950. — du rayonnement, 245. — et cure arsenicale, 1040. — soufré, 880.
Métastase cérébrale, 821. — pulmonaires, 1155.
Météorologie et répercussions médicales, 1192.
Météoropathologie, 1078.
Méthode de Baer-Maggott, 818. — de Dogliotti, 1149. — de Lœwenstein, 895.
Microbe de sortie et microbe de transformation, 1286.
Microculture non repiquable, 259.
Migraine, 174.
Moelle. Section de la — et fonctionnement de la vessie, 1762.
Morphinomanes et désintoxication, 467.
Mort apparente, 1005.
Mortalité. Pluies et — chez l'enfant, 1521.
Moules et bacilles typhiques, 107.
Muguet. Intrait de —, 1169. — Suc de —, 482.
Myalgie épidémique, 93.
Myases thérapeutiques, 315, 818, 1284.
Myasthénie, 1634, 1845. — progressive, opothérapie, 280.
Myatonie, 190.
Mycoses, 1590.
Myoclonie, 222.
Myomectomie, 1298.
Myosite blennoragique, 518.

N

Naevo-carcinome, 1544.
Naevus, 235. — Gangrène, 1741. — pigmentaire, 933.
Nanisme mitral et microsphygmie, 157. — obésité et dystrophies osseuses, 190. — rénal-fruste, 368.
Narcolepsie cryptogénétique, 414.
Nécrologie. — Bazy (Pierre), 130. — Bertherand, 331. — Bernard (Léon), 1316. — Bousquet, 306. — Camus (Lucien), 1618. — Cantacuzène, 98. — Chastenet de Géry, 1690. — Dinguizli, 1306. — Duchesne, 1290. — Léopold Levi, 2. — Magdelaine (Jacques), 34. — A. Marie, 1382. — Meillère, 1446. — Ménard (Victor), 1713. — Miget, 182. — Pinard, 338. — Ramon y Cajal, 1610. — Ravaut, 1582. — Rousseau (de Québec), 98. — de Varigny, 1390.
Néoplasmes à foyers multiples, 135. — du colon descendant et de la sigmoïde, 265.
Néphrite aiguë, 1704. — chronique, 1634. — expérimentale, 1219. — mercurielle, 1576, 1632. — saturnine, 1576, 1632. — spirochétiennes, 175. — urémigène, 821. — vaccinale, 1775.
Néphrose lipoïdique, 558, 988, 1137. — lipoïdique et rougeole intercurrente, 44.
Neptal, 243.
Nerf grand hypoglosse, 1181. — lingual, 206.
Neurocrinie, 540.
Neuro-mélitococcie cérébrale, 282.
Neurone. Nouvelle conception, 1107.
Neurospongiome de la région épiphysaire, 414.
Neuro-syphilis. Etude expérimentale du mécanisme pathogénique, 47.
Névralgie faciale, 46, 932. — du glosso-pharyngien, 223. — faciales. Diagnostic et traitement, 348, 383. — paresthésique, 370.
Névraxite, 1235. — épidémique, 859.
Névrite hypertrophique, 935. — optique de l'arsenic pentavalent, 239.
Nitrite d'amyle. Inhalations de — et variations tensionnelles intra-artérielles, 88.
Noma. Traitement, 69.
Normalisation, 1834.
Notes d'Anatomie, 1759.
Notes de médecine infantile (Babonneix). — Allaitement maternel, 156. — Allaitement par une nourrice mercenaire, 516. — Coupage et sucrage du lait destiné à l'allaitement artificiel, 1120. — Régime et hygiène de la nourrice, 703. — Vitamines chez le nourrisson, 854.
Notes de médecine pratique (Babonneix) : Farines autres que la farine de froment dans l'alimentation des nourrissons, 1466. — Farine de froment. Son emploi chez le nourrisson, 1399. — Fécules dans l'alimentation du jeune enfant, 1724. — L'œuf dans l'alimentation du jeune enfant, 1315. — Substances minimales dans l'alimentation du nourrisson, 1798.
Notes pour l'internat. — Abcès de la marge de l'anus, 226, 266. — Abcès du foie, 1206, 1236, 1270. — Abcès rétro et latino-pharyngiens, 862, 903. — Accidents évolutifs de la dent de sagesse, 1042, 1078. — Anémie pernicieuse, 450, 490, 522, 561, 610. — Angines aiguës. Diagnostic, 1402, 1442, 1472, 1510. — Cancer de l'estomac. Formes cliniques, 1302, 1334, 1370. — Capsule et ligaments de l'articulation coxo-fémorale, 94, 126. — Encéphalite aiguë S. et D., 14, 50. — Gangrène sénile, 302, 334. — Hématémèses, 1818. — Hémorragie cérébrales. Signes et diagnostic, 1110, 1142, 1174. — Hémorroïdes S. D. et compl., 1854. — Intoxication aiguë barbiturique, 1744, 1782. — Luxation antéro-interne de l'épaule. S. complications et diagnostic, 374, 418. — Parotidites suppurées, 1706. — Plaies des nerfs, 650, 722. — Pneumonies à pneumocoques. Formes cliniques, 754, 794, 826. — Pneumonie du sommet, 162, 194. — Pneumothorax tuberculeux, 1546, 1578, 1614, 1654. — Tabes S et D, 938, 974, 1010.
Nourrisson. Alimentation. Voir : Notes de médecine pratique, 84. — Carences alimentaires, 519. — Régime du —, 703. — Scorbut du —, 594.
Noyau rouge, 1341.

O

Obésité, 297, 988. — hypophysaire, 557.
Obstruction intestinale, 468.
Occlusion appendiculaire, 370. — post-appendiculaire, 64. — suites d'appendicite aiguë, 122.
Octanol, 1137.
Œdème aigu méningo-encéphalique, 625, 706. — et chlorure de calcium, 258. — pulmonaires épituberculeux, 717.
Œsophage, 139. — Accidents consécutifs au sondage, 1074. — Aspects radiologiques de l' — chez le nourrisson, 66. — du nourrisson, 158. — Rupture spontanée, 1117.
Œufs et pâtes dans l'alimentation, 713.
Oléothorax, 412.
Oligoglie ganglionnaire, 329.
Ombres arrondies intra-thoraciques, 1299.
Ondes courtes, 63, 465, 647, 1092.
Onirisme, 1261.
Omoplate. Surélévation congénitale, 594.
Opérations conservatrices en gynécologie, 88. — d'Ody, 971.
Ophtalmoplégie nucléaire, 284.
Opothérapie, 391.

Or. Incoagulabilité sanguine in vitro par les sels d' —, 1071. — Sels d' — et leucémie, 502. — Sels d' — et polynévrite, 258, 430. — Sels d' —; polyradiculite, 45.
Orchi-épididymite, 1006, 1634. — en dehors de la tuberculose et de la syphilis, 1678.
Oreilles, 141.
Oreillons. Complications nerveuses, 625.
Orthophosphates, 207.
Ostéite mélitococcique, 280. — pétreuses profondes, 143.
Ostéochondromatose du coude, 122.
Ostéogénèse, 1813.
Ostéomalacie et tuberculose, 412. — vertébrale, 87, 788.
Ostéomes, 1813.
Ostéomyélite, 468, 1220. — aiguë, 64. — chronique, 220. — des os du crâne, 220. — et larves de mouches, 315. — retardée, 860.
Ostéosarcome et maladie de Paget, 1005.
Ostéosynthèse, 370, 482, 1094. — du fémur, 1006.
Ostéotomie cunéiforme juxta-articulaire, 370.
Otite moyenne, 141.
Oxalémie des cardiaques, 281.
Oxalurie, 608.
Ozone, 900.
Ozonothérapie, 417.

P

Pachydermie verticellée du cuir chevelu, 237.
Paludéens. Aorte des —, 330.
Pain, 1057, 1058, 1110. — Sous-consommation du —, 736.
Paludisme, 93, 513, 1299. — après transfusion, 479. — autochtone, 471, 736. — Bibliothèque centrale du —, 12. — d'inoculation, 1140. — Maisons à —, 63. — Notions nouvelles sur le traitement, 549.
Palustre. Infantilo-nanisme —, 331.
Pancréatite chronique avec troubles de la sécrétion interne, 1559. — chroniques. Traitement chirurgical, 1699. — hémorragique, 1060. — Traitement chirurgical, 1573.
Paralysies biliaires, 1007. — de l'hypoglosse et du spinal, 1728. — diphtériques graves, 431. — d'origine névraxitique, 175. — du nerf phrénique, 298. — du voile du palais, 1704. — faciale et sclérose en plaques, 45. — faciale unilatérale, 135. — faciale périphérique, 558. — générale, 1007, 1456. — générale et malariathérapie, 1286. — générale infantile, 282. — infantile. Résultat fonctionnel d'opération orthopédique, 297. — récurrentielle, 1652. — secondaire, 66.
Parotidites post-opératoires, 284. — suppurées, 1706.
Patella pluri-partita, 444.
Pathomimie, 298.
Peau. Mesure du rayonnement de la —, 175.
Pellagre, 717.
Pemphigus, 1186.
Pepsine, 1155.
Perforation au cours des ulcérations typhiques et tuberculeuses de l'intestin, 893. — gastro-duodénales, 315. — typhique, 468. — utérine, 646, 787, 788, 1094. — utérine au cours du curetage, 932.
Perfusion, 1217.
Péricardite, 1187. — calcifiante, 87, 368, 971. — tuberculeuse et allergine de Jousset, 858. — typhique, 1170.
Péristaltisme œsophagien, 1076.
Péritonite à pneumocoques, 1167. — biliaire, 370, 373, 444, 468. — encapsulante, 370, 468, 1377.
Périviscérite sous-hépatite, 718.
Perversions instinctives dans les psycho-névroses, 407.
Peste, 89, 1743.
Phacomatose rétinienne, 1704.
Phénomène de flexion des petits orteils, 934. — d'obstacle, 46.
Phlébites post-opératoires, 220. — Troubles trophiques et lésions ostéo-articulaires, 821.
Phlegmons périamygdaliens, 137. — rétroprostatique, 1139.
Phloridzine, 502, 878.
Phonocardiographie, 221.
Phosphatase, 1168.
Phosphore, 1219.
Piroplasmoses, 331.
Placenta, 259.
Plaies des nerfs, 650, 722. — du colon transverse, 1590.
Pleurésie streptococcique enkystée, 158.
Plèvre. Lavage de la —, 1359.
Pluies et mortalité chez l'enfant, 1521.
Pnélecthérapie, 417.
Pneumatocèle extra-cranienne, 137.
Pneumokyste hydatique du foie, 220.
Pneumonie à pneumocoques, 754, 794, 826. — du lobe cardiaque, 988. — du sommet, 162, 194. — lombaire et septicémie, 895.
Pneumopathie et myosite amibienne, 821. — grippale, 1316.
Pneumopéritonie, 64, 932. — traumatique, 122.
Pneumothorax, 66, 1122, 1704, 1836. — artificiel, 1359, 1361. — bilatéral simultané, 542. — de l'enfant, 412. — Suffocant, 933. — suffocant du nourrisson, 158. — tuberculeux, 1546, 1578, 1614, 1654.
Poissons. Valeur alimentaire des — de la Méditerranée, 538.
Poliomyélite, 90, 807, 1744. — La défense contre la — dans le Sud-Ouest de la France, 1589. — expérimentale, 481. — zostérienne, 558.
Polyadénopathie tuberculeuse, 175.
Polyarthrite chronique ankylosante, 788.
Polynévrite, 1704. — après sérothérapie antitétanique, 1107. — aurique, 370. — et érythrodermie aurique, 430. — gravidique, 431. — pseudo-myopathique, 988. — soufrée, 879.
Polype du nez, 137.
Polypeptides du sérum, 329, 1836.
Polypeptidorachie, 503.
Polyradiculite provoquée par sels d'or, 45.
Ponction lombaire, 1074. — sous-occipitale, 258. — splénique, 1074.
Populations, 607.
Porteurs de bacilles diphtériques et angines banales, 1834.
Post-partum, 822.
Potassium, 1295.
Poudres inertes. Action sur l'intestin isolé, 281.
Pouls lent permanent, 520, 706.
Poumon cardiaque, 430. — Infiltration siliceuse du —, 205.
Pouvoir cholestérolytique, 1686, 1741.
Poux, 1006.
Prémunition, 1702.
Préspondylolisthésis, 1051.
Pression artérielle et exercice, 1108.
Priapisme, 1297.
Primo-inoculation, 1741.
Procédé de Pribram, 220.
Production scientifique, 1544.
Prolapsus des anus iliaques gauches, 153.
Prostigmine, 1497, 1533.
Protéines du sérum et des liquides épanchés, 843.
Protogènes tuberculeux, 1742.
Pseudarthrose, 315.
Pseudo-sclérose, 175.
Psittacose, 1744.
Psoriasis généralisé, 542.
Psychose d'origine sérique, 1137.
Ptose abdominale, 1284. — viscérales et évolution du costume féminin, 542.
Purpura, 66. — abdominal, 1652. — et syndrome abdominal aigu, 88.
Pyélo-néphrites, 718. — à paratyphique, 625. — polymicrobiennes, 879.
Pylore. Sténose, 789.
Pylorique. Résection du moignon —, 787.
Pyopneumothorax, 190.
Pyosalpinx. Rupture, 220.
Pyothérapie spécifique, 446.
Pyrétogènes, 470.
Pyrétothérapie, 299. — des arthrites gonococciques, 174. — et affections du système nerveux, 1465.
Pyridine, 1060.

Q

Questions d'internat. — Voir Notes pour l'internat.
Quinine, 1168.

R

Rachis, 1049.
Rachitisme, 933.
Radiations mitogénétiques, 987.
Radioactivité des roches, 281.
Radiographie de la glande mammaire, 771. — du larynx, 763.
Radiokymographie, 763, 765, 1575.
Radiologie dans l'hémopéricarde, 444.
Radiologique. Aspect — de l'aorte chez le vieillard, 1121. — Exploration — des régions lombaires, 645. — Images —, 1073. — Préparation du sujet pour un examen — de l'appareil urinaire, 985.
Radiorésistance, 878, 1138, 1190.
Radioscopie systématique et tuberculose, 1108.
Radiothérapie des infections et suppurations locales, 1204. — de tumeurs du poumon, 542.
Radium et magnésium, 147.
Ration alimentaire, 1815.
Rayonnement, 469. — de la peau, 245.
Rayons X et hémolyse in vitro, 1295. — et inflammation, 772. — et syndromes basedowiens, 772.

Réaction de Bordet-Wassermann, 243, 1075, 1562, 1575. — de Bordet-Wassermann pendant la grossesse, 844. — de floculations. Valeur comparative, 1775. — d'Herxeimer, 858. — de précipitation calcique, 879. — de Schick, 470, 648, 1234. — de sédimentation dans le sang, 889. — de Takata-Ara, 329. — de Vernes et tuberculose, 391. — de Vernes-résorcine, 1075. — méningées au cours des tumeurs cérébrales, 558. — phospho-vanillique, 469. — psycho-motrices visuelles, 607.
Rectites proliférantes et sténosantes; pathogénie et traitement, 1537.
Réflexes carotidiens, 664. — des orteils, 704, 934. — oculo-cardiaque, 775. — œsophago-vaso-moteur de Collet, 520. — ouverts ou réflexes fermés, 650. — Variations des —, 1108.
Réflexothérapie, 1284.
Renflement carotidien, 776.
Résection de la prostate, 1348.
Réserve alcaline, 1217.
Respiration, 1076. — artificielle. 918. — de Cheyne Stokes, 1576.
Réticulo-plasmo-cytome, 1139.
Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, 859. — de l'œsophage, 1268. — mitral. Bruit de rappel du —, 219.
Revigoration ou rajeunissement, 518.
Reviviscence du cœur, 1061.
Revues générales. — Anesthésie épidurale haute selon la méthode de Dogliotti, par M. E. Lackmann, 1149. — Asphyxiés. Traitement général des —, par M. Guilleman, 169, 201. — Barbiturisme aigu, par MM. G. Carrière, Cl. Huriez et Willoquet, 617. — Chimie du Lait, par M. Babonneix, 275, 309. — Conceptions actuelles sur quelques types cliniques d'azotémie, par M. G. Farnarier, 1213, 1245. — Chordomes, par MM. Peyron et Piraud, 497, 531. — Communication interventriculaire ou maladie de Roger, par MM. Stéph. Thieffry, 729. — Craniopharyngiomes, par M. Paul Meignant, 869. — Disjonctions traumatiques de la symphyse pubienne, par MM. Jeannency et Grenet (de Bordeaux), 657, 697. — Entorses du genou, par M. Padovani, 59, 101. — Equilibre acide-base en physiopathologie, par M. J.-E. Thiery, 1553, 1585. — Fractures de la base du premier métacarpien, par M. Lefebvre, 1411. — Hypertrophie du Thymus. Conception actuelle, par M. Jacques Odinet, 1715. — Infection dentaire et rhumatisme, par M. Mathieu-Pierre Weil, 21. — Kala-azar. Etude crinique, par M. P. Sarradon, 1309. — Kystes hydatiques du poumon, par M. P. Vauclin, 1277. — Lobites tuberculeuses, par MM. H. Warembourg et L. Christiaens, 981, 1017. — Lymphatisme des muqueuses, par M. Nobécourt, 835. — Mélioidose, par M. Ch. Massias, 1449. — Névralgies faciales. Diagnostic et traitement, par M. H. Roger (de Marseille), 348, 383. — Noyau rouge (anatomie, physiologie, physiopathologie), par MM. J.-O. Trelles et d'Ajuriaguerra, 1341. — Péritonite encapsulante, par M. R.-J. Chevallier, 1377. — Physiologie du nerf grand hypoglosse, par MM. Pomme et Duguet, 1181. — Rupture spontanée de l'œsophage, par M. Jean Girard, 1117. — Synovectomie du genou, par MM. Klotz et L. David, 1481, 1517. — Vitamine A, par M. Babonneix, 1755. — Vitamines B, par M. Babonneix, 1827.
Rhizalyse, 1614.
Rhumatisme articulaire aigu, 716. — articulaire aigu et scarlatine, 1775. — articulaire aigu et sérothérapie, 157. — articulaire aigu. Réaction appendiculaire, 220. — chez un tuberculeux, 219. — chronique, 860. — chronique progressif généralisé, 918, 1033, 1102. — chronique progressif généralisé et huile soufrée, 1155. — chronique progressif généralisé (Congrès d'Aix-les-Bains), 1033, 1102. — et goutte, 417. — et infection dentaire, 21. — tuberculeux, 370.
Ricinoléate de sodium, 1218.
Rougeole, 44, 90, 1074, 1204, 1235. — encéphalite foudroyante, 1074.
Rupture du long extenseur du pouce, 646. — tendineuse, 316, 470.
Rythmes cardiaques, 219.

S

Sang, 889, 971, 1297. — Aération et aspect du —, 1284. — Equilibre glycémique du —, 1075.
Sangle porte-électrode, 542.
Sanguines. Modifications — dans les états dépressifs, 297.
Sapoïde d'acridine, 328.
Sarothamnine et génistéine, 842.
Saturnisme, 897.
Scarlatine, 90, 248, 1169. — puerpérale, 328, 444.
Schwannôme de l'estomac, 1838.
Sciatique, 1107. — et cancer du pancréas, 299.
Sclérodermie. Parathyroïdectomie, 518.
Sclérose en plaques, 45, 717, 1060. — en plaques. Formes ménopausiques, 47. — latérale amyotrophique, 879. — nodulaire des poumons, 1073.
Scoliose, 1836.
Scorbut du nourrisson, 594.
Sécrétion de l'intestin grêle, 205, 1060.
Sédimentation, 889, 891. — sanguine. Phénomène colloïdal, 1393, 1430. — Vitesse de —, 502.
Sédobrol, 792.
Sédormid, 593, 1338.
Segment rénal intermédiaire, 1686.
Selle turcique, 298.
Sels biliaires, 971, 1153.
Séméiologie unguéale, 1286.
Sensibilisation, 1296. — tissulaire, 1543, 1775.
Sensibilisatrice anti-embryonnaire, 1295.
Septicémie à B. de Gartner, 648. — chirurgicales, 1590. — à streptocoques, 65, 135. — à pneumocoques, 370. — éberthienne, 444. — pseudo-palustre à micrococcus cantarrhalis, 44.
Séquelles douloureuses des traumatismes, 1000. — duodénales et spléniques de l'appendicite, 64.
Sérodiagnostic, 1169.
Sérothérapie antidiphtérique; la dose suffisante, 412. — antidiphtérique et rhumatisme articulaire aigu, 66. — antistreptococcique, 774. — antityphique, 445.
Sérum, 987. — anti-colibacillaire, 1297. — antistreptococcique, 221. — Conductibilité, 280. — d'anciens malades, 1060. — de Vincent, 135. — Gélification du —, 502. — sanguin, 807, 842. — sanguin et septicémie, 891.
Service quarantenaire, 1864.
Sidérose des mineurs, 955.
Signe d'Argyll-Robertson, 790. — de Chvostek, 503.
Silicose pulmonaire, 859.
Sinus, 141. — carotidien, 1775.
Sinusites, 137.
Soif morbide, 934.
Somatoagnosie, 934.
Sommeil, 950.
Souffle diastolique, 328.
Soufre injectable, 738.
Spasmalgine, 1222.
Spasmes de la face, 934. — de torsion, 933. — digestifs traités par le chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium, 482.
Spécialités pharmaceutiques, 1612.
Spina bifida lombo-sacrée, 860.
Spirochètes, 1686.
Spirochétose, 1218, 1744. — anictérique, 965. — à tiques, 608. — ictéro-hémorragique, 330, 1704. — occulte d'origine hydrique, 219.
Splénectomie, 518, 933, 1685. — dans l'anémie pseudo-leucémique, 578.
Splénomégalie, 502, 625, 1204, 1576. — bilharzienne, 284. — hépatolytiques et ictérigènes, 281. — primitive, 370.
Splénopathies, 1298. — chroniques, 370.
Splénothérapie de la tuberculose, 1284.
Spondylose, 763. — rhizomélique, 1121.
Sporotrichose pulmonaire, 1167.
Sport. Abus, 776. — et médecine, 801.
Sprue, 118.
Stase provoquée, 1154.
Stations uvales, 146.
Sténose hypertrophique du pylore, 789. — mitrale, 443. — œsophagiennes, 87. — pylorique, 158.
Strabisme, 933.
Streptocoque, 777, 1726.
Strychnine, 899. — et barbiturisme, 87. (Voir aussi Barbiturisme.) — Posologie chez les alcooliques, 87.
Strychnothérapie du barbiturisme aigu, 637.
Subordination nerveuse, 540.
Suc pancréatique, 972.
Surmenage, 650.
Surrénalectomie, 368, 444, 1121. — pour hypertension, 370.
Surrénales. Chirurgie des —, 1569, 1603, 1627.
Surrénalite, 1298.
Suture du nerf médian, 64.
Sympathectomie, 1006. — carotidienne, 879. — lombaire et présacrée, 1809. — périartérielle, 1053. — Sudation après —, 373.
Sympathicolytiques, 1007.
Sympathique, 469. — Un nouveau paralysant du —, 1562.
Sympathome, 64.
Symphyse pubienne des ponctions traumatiques, 657, 697. — rénale, 1298.
Syncinésies symétriques, 1108.
Syncope, 706. — cardiaques chloroformiques et atropine, 469.
Syndrome abdominal aigu et purpura, 88. — adiposo-génital, 788. — anémique à type Riesen-Russel, 860. — basedowien, 1137. — cérébello-spasmodique caractéristique d'une encéphalopathie infantile, 1293. — condylo-déchiré postérieur, 470. — d'Adams-Stokes, 299. — d'Adie, 789. — de Brown-Séquard, 790. — de Chauffard-Still, 258. — d'Ehlers-Danlos, 717. — de Gradonigo, 143. — de Landry à forme sensitivo-motrice, 1643. — de Parinaud, 222. — de radiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique chez une petite fille de quatre ans, 117. — de

Raynaud, 1074, 1139. — de Raynaud et hypophyse, 1325. — de surélévation diaphragmatique, 262. — de Thibierge-Weissenbach, 233. — de Weber et hallucinations, 935. — de Volkmann, 468, 1053. — humoral, 481, 821. — infundibulo-tubérien, 950. — neuro-anémique, 950. — neurologiques aigus de l'enfance, 594. — pancréatiques, 1541. — pancréatiques chroniques avec prédominance de la sécrétion externe, 1557. — paralytique unilatéral des nerfs craniens par tumeur de la base du crâne, 47. — paratrigiminal du sympathique oculaire, 330. — parkinsonien, 1815. — parkinsonien conjugal, 557. — pyramido-cérébelleux, 933. — hypothalamique, 950. — sensitif cortical méconnu, 789. — thalamo-pédonculaire, 414. — ventriculaire à répétition, 789.
Synovectomie, 316. — du genou, 1481, 1517.
Synovite des gaines, 373. — tuberculeuse, 1544.
Syntropan, 1815.
Syphilis, 706. — Accidents cutanés au cours du traitement, 1232. — après transfusion, 239. — du cervelet, 951. — du placenta, 66. — en Afrique du Nord, 660. — et réactions de floculations, 1776. — et transfusion, 479, 480. — exotique, 237. — expérimentale, 239, 987, 1521, 1726. — Métalloprévention, 241. — Néphrites de la — secondaire, 1074. — nerveuse et liquide céphalo-rachidien normal, 1061. — osseuse, 1652. — rénale, 1122.
Syphilitiques. Mme Sainte-Reyne, patronne des —, 241.
Syringlobulie, 45.
Syringomyélie, 298, 789.
Systole ventriculaire, 481.

T

Tabès et maladie de Nicolas-Favre, 878. — S. et D., 938, 974, 1010.
Tâches pigmentaires et lésions nerveuses, 594.
Talalgie, 773.
Téléradiothérapie, 773.
Téno-bursite de la longue portion du biceps, 477.
Tension artérielle, 1122, 1169, 1190. — superficielle, 296.
Tétanie gastrique, 330.
Tétanique. Toxicité de la toxine —, 88. — Toxine —, 646, 647.
Tétanos, 158, 736, 932, 1187, 1296. — infantile, 1654. — d'origine utérine, 1286. — ombilical, 432. — Un cas de — bénin, 79.
Théorie vestibulaire du mécanisme cardiaque, 1702.
Thérapeutique ovarienne, 529.
Thermorésistance de certaines bactéries, 220.
Thèses. — Voir Intérêts professionnels.
Thiocol, 1693.
Thorax en entonnoir. Traitement chirurgical, 1644.
Thrombo-phlébite du sinus caverneux, 717.
Thymus. Hypertrophie, 1715. — Recherches sur le —, 1488.
Thyroïde, 1007, 1814.
Thyroxine, 1204.
Tibias hérédo-syphilitiques, 1740.
Tics de la face, 417.
Tissu irradié, 1486.
Toxines. Concentration des —, 1092.
Trachéotomie, 145.
Traitement bromuré, 70.
Transfusion, 893, 1741. — Appareil pour —, 626. — dans la thyroïde, 445. — dans les septicémies staphylococciques, 444. — de sang stocké, 862. — et poliomyélite, 650. — paludisme et syphilis, 479. — transfuseur électrique, 262. — et transmission de maladies infectieuses, 480.
Transmission humorale des stimulations des nerfs du foie, 297.
Traumatismes de l'urètre, 558. — médullaires, complications urinaires, 558.
Treponema pallidum. Sa recherche dans les ganglions, 296.
Trophœdème de Meige, 470.
Trou déchiré postérieur, 1759.
Troubles vago-sympathiques, 950. — vaso-moteurs au cours de maladies digestives, 281. — visuels après injection d'acétylarvan, 549.
Trypanosome, 1218, 1686.
Tubercule du cerveau, 47. — pariéto-occipital opéré, 46.
Tuberculeuse. La contagion —, 929.
Tuberculine, 88, 259, 1217.
Tuberculite de Gerdy, 373.
Tuberculose, 93, 412, 431, 646. — (analyses), 1357. — chez l'homme et chez la femme en France, 625. — congénitale, 1740. — conjugale, 12. — cutanée, 233. — des ganglions bronchiques, 765. — et diabète, 175, 1139. — et pneumothorax, 258. — et radioscopie systématique, 1108. — et Réaction de Vernes, 858. — Evolution familiale, 12. — expérimentale, 243. — Image arrondie intrathoracique et —, 45. — Manifestations végétatives infundibulo-tubériennes dans la —, 1665. — ostéo-articulaire chez les noirs de l'Afrique occidentale transplantés en France, 65. — pulmonaire, 763, 765, 1074. — pulmonaire. Cure d'altitude, 701. — pulmonaire et cures climatiques, 106. — pulmonaire et climat de montagne ou de désert, 121. — pulmonaire et image kystique, 1298. — pulmonaire; dépistage précoce, 1059. — traitement, 1168.
Tueries particulières, 1863.
Tumeur bilatérale de l'acoustique, 368. — blanche du genou, 645. — cérébrales et neurogliomatose cutanée; forme familiale et héréditaire, 706. — cérébrales, troubles respiratoires, 1108. — conjonctive du creux de l'aisselle, 444. — de la moelle, 66. — de la queue de cheval, 328. — des hypocondres, 1167. — du creux poplité, 1838. — du plancher du quatrième ventricule, 297, 298. — du quatrième ventricule, 223. — du troisième ventricule, 223, 950. — Fausse — gastrique, 373. — glomique, 860. — malignes osseuses. Diagnostic radiologique, 262. — mélanique du pied, 860. — suprasellaire, 869, 909. — surrénales, 932. — tératoïde sus-cérébelleuse, 414.
Types circulatoires, 1154.
Typhlite amibienne aiguë, 648.
Typho-bacillose, 1204.
Typhoïde, 90, 1122, 1169, 1836. — à Paris en 1933, 775. — Catatonie avec délire onirique au cours d'une —, 45. — coquillages, mazout, 1487. — et crises vasculaires, 281. — La fièvre — à la séance annuelle de la Société de Médecine de Marseille, 444. — ostréaire, 1299.
Typhus, 1744. — bénin, 258. — exanthématique, 90. — murin, 314.
Thyroïde, 470.

U

Ulcère duodénal, 771. — gastriques. Traitement par la pepsine, 1060. — gastro-intestinaux. Traitement, 586.
Ulcus de l'estomac, 430. — géant en selle de l'estomac, 315.
Ultravirus, 777. — et bactériophages, 1632. — tuberculeux, 330.
Uréogénie, 1138.
Urine. Extrait d' — de femme, 776.
Urographie intraveineuse, 771.
Utérus à petit col, 844. — bicorne gravide, 519. — didelphe et vagin double, 69.

V

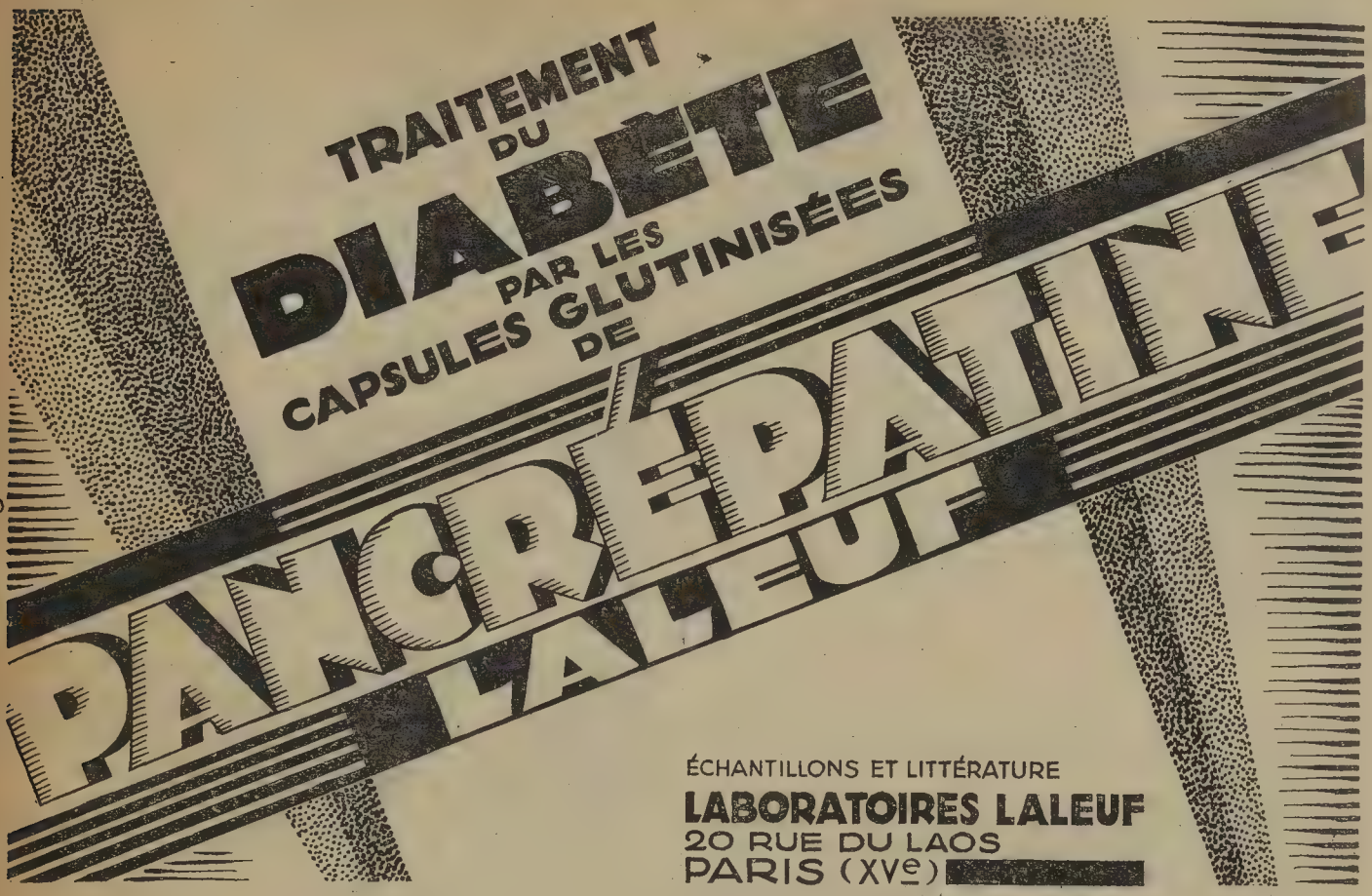
Vaccin antilépreux, 1634.
Vaccinations, 1560. — antidiphtérique, 174, 315, 1234. — antidiphtérique. Syndrome protubérantiel, 594. — antipesteuse, 955. — antityphique et syringomyélie, 936. — antityphoïdique curatoire, 445. — antityphoïdique. La — et le maréchal Lyautey, 1114. — associée, 1235. — contre la fièvre jaune, 430, 1422. — contre le typhus exanthématique, 664. — par B. C. G. (Voir B. C. G.). — par voie lymphatique, 1284.
Vaccinothérapie de la chorée de Sydenham, 1815.
Vagotonine, 329. — et diabète, 503. — et équilibre acide base du sang chez l'homme normal, 469. — et parasympathique, 469.
Variétés. — Voir Chronique.
Variole, 1743.
Venin, 1169, 1190.
Venin de cobra, 481, 518, 1075, 1284, 1544. — de cobra et tumeurs malignes, 262. — et ondes courtes, 1092. — vipères et cancer, 1726.
Ventriculographie, 761, 934, 935.
Vertèbres, anomalies, 1049.
Vertiges auriculaires, 955. — omphalo-mésentériques chez l'enfant, 1265.
Vessie, fonctionnement après section de la moelle, 1762.
Vieillesse. Mécanisme de la —, 844.
Virus lymphogranulomateux, 580, 540. — poliomyélitique, 807, 1815. — rabique, 259, 647, 1814. — récurrentiel, 1686. — syphilitique, 206, 243, 1075. — tuberculeux, 297, 1365. — tuberculeux filtrable en pathologie infantile, 1197. — vaccin antirabique dans le traitement de certaines algies, 718.
Vitamine A, 221, 1755. — A en médecine infantile, 191. — A et D dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 282. — A et infections, 45. — et croissance, 878. — B, 1827. — C, 329, 470, 503, 1138, 1741.
Voix, 146.
Volvulus, 468. — du cœcum, 971, 1006.
Vomissements et acupuncture chinoise, 190.

X

Xéroderma pigmentaire avec épithélioma, 330.

Z

Zona, 1005, 1108, 1167. — et lésions inflammatoires médullaires, 1235. — et traumatisme, 987. — symptomatiques, 137.



Nouvelle adresse : 51, rue Nicolo, PARIS (XVIe).

OLÉOCHRYSINE LUMIÈRE — CHRYSOTHÉRAPIE — CALCITHÉRAPIE

Suspension huileuse d'aurothiopropanol sulfonate de calcium
Tuberculose — Rhumatismes — Syphilis — Dermatoses

Imprègne l'organisme lentement, régulièrement et sans interruption pendant 4 ou 5 jours
Résultats inégalés par tout autre traitement chimique

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE — AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE

Traitement de la Tuberculose sous toutes ses formes

Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite — Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE — LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE

Action véritablement rapide dans la fièvre et la douleur

Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE — COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE

Aussi antiseptique que le nitrate d'argent

Non irritant, kératoplastique — Aucune intolérance digestive ou cutanéo-muqueuse — Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE — MÉDICATION HYPOSULFITIQUE MAGNÉSIENNE

Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale

ANTI-CHOC

Littérature et Echantillons gratuits sur demande à la

Sté Ame des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "

45, rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

TABLE DES AUTEURS

1934

A

Abadi (Mlle), 1137.
Abadie, 860, 1540.
Abadie (Mlle), 706.
Abragam (Mlle), 1297.
Abrami, 370, 625, 1037.
Accoyer, 648, 1204.
Achard, 146, 243, 262, 664, 843, 971, 1169, 1864.
Acolat, 146.
Adamesteanu, 648.
Adida, 1357.
Adnot, 280, 1576.
Aimé, 66.
Aïtoff (Mlle Marguerite), 243, 1168.
Ajurriaguerra, 950, 1341.
Alajouanine, 45, 46, 258, 297, 414, 557, 558, 789, 790, 934, 1121.
Alala, 950.
Albeaux-Fernet, 258.
Albert, 1626.
Albessar, 185.
Albessard, 934.
Albost, 1167.
Alcay, 520, 1139, 1140, 1299.
Alessandrini, 1742.
Alglave, 65, 315, 316, 858, 932, 1006, 1590, 1813.
Alliez, 368, 417, 706, 1108, 1123.
Alpert, 1055.
Alquier, 785, 950, 1773.
Aman-Jean, 45.
Ambrogi, 1169.
Ameuille, 502, 1005, 1073.
Amsler, 1074.
André, 368, 513, 1139.
Andréoli, 353, 706.
Andrieu, 122, 1235, 1634, 1775.
Anglada, 1089.
Anselme-Martin, 471, 1286, 1329.
Antonelli, 821, 1137.
Antoni, 1298.
Apert, 105, 158, 368, 1267.
Appelmans, 1630.
Aragon, 1074.
Arce, 107, 123.
Ardisson, 625.
Arloing, 260, 330.
Armand-Delille, 66, 221, 412, 788, 932, 933, 1089, 1090, 1652, 1654.
Armanet, 1091.
Armingeat, 414.
Arnal, 282.
Arnaud, 1053, 1108.
Aron, 11, 1003.
Arsonneau, 123.
Arsonval (d'), 502.
Astesiano, 1741.
Astre, 106.
Aubert, 1053.
Aubertin, 123, 370, 1074, 1575.
Aubertot, 880.
Aubin, 141.
Aubriot, 141.
Aubry, 330, 331, 520, 1297, 1298.
Auclair, 1217.
Audibert, 444.
Audier, 431, 870 1122, 1123, 1325.
Audry, 1204.
Auguste, 1560.
Aujaleu, 174, 859, 1235, 1544, 1775.
Aujaleur, 1634.
Aujoulat, 1348.
Authié, 1170.
Aubray, 220. 468. 787. 858.
Auschel, 259.
Aversenq, 1686.
Azémar, 470.
Azerad, 776, 1704.

B

Babonneix, 34, 66, 117, 123, 156, 182, 210, 222, 275, 309, 516, 557, 578, 703, 790, 854, 889, 897, 933, 997, 1062, 1120, 1293, 1315, 1332, 1386, 1399, 1468, 1490, 1652, 1672, 1724, 1740, 1741, 1755, 1798. 1858.
Bach, 1036.
Badinand, 260.
Badonnel, 557.
Badot, 139.
Baesch, 518.
Bagot, 988.
Bailliart, 662.
Bailly, 174.
Baldenweck, 139, 141, 144.
Baldi, 259.
Balestre, 87.
Ball, 391.
Balme (Mlle), 105.
Balmes, 506, 1220.
Balmus, 63, 706, 822.
Balthazard, 664.
Bar, 736.
Baraige, 480, 481.
Barban (Mlle), 1814.
Barbarin, 482.
Barbé, 1632.
Barbilian, 971.
Barbry, 519.
Bardenat, 520.
Bardin, 483.
Bargeton, 87.
Bargues, 1139.
Bariety, 219, 243, 262, 443, 518, 971, 1061, 1704.
Barishac, 1452.
Barneoud, 664.
Baron, 1452.
Barraud, 105, 137, 141, 1090.
Barraux, 1170.
Barré, 223, 414, 417, 558, 789, 790.
Barrieu, 503, 648.
Barroux, 1139.
Barthélemy, 64, 468, 534, 583.
Bartoli, 299, 330.
Bartoli (Mme), 299.
Baruk, 45, 297, 880, 882, 934, 971, 1007.
Bary, 444.
Basch, 258.
Basch (G.), 233.
Basch (Mme), 518.
Basch (Marianne), 233.
Bascourret, 706.
Basset, 220, 646, 787, 1094.
Bataller, 106.
Batier, 137.
Batteur, 808.
Baudouin, 223, 414, 776, 789, 934.
Bauer, 1101.
Baumgartner, 646.
Bauza, 1264.
Bayle, 1284, 1453.
Bazy, 65, 220, 646, 788, 858, 932, 1006, 1121.
Bazy (L.), 64, 122, 123.
Beaugard, 706.
Beaujard, 789.
Beauvieux, 1139.
Bécart, 262, 650, 1544.
Beck, 233, 1007, 1008
Béclère, 987.
Becquet, 483, 808.
Beer (de), 123.
Beerens, 260.
Belfort, 662.
Belin, 88, 220, 646.
Belle, 160, 483, 519.
Belluci, 135.
Benaërts, 1652.
Bénard (H.), 329, 776, 1075, 1076, 1775.
Bénard (R.), 1060, 1074, 1121.
Benda, 86.
Benhamou, 299, 431, 1139, 1167, 1204, 1299.
Ben Milad, 662.
Benoist, 1652.
Benoit, 316, 431, 594, 788.
Benon, 555, 1261. 1737.
Bensaude, 237, 1559.
Béra, 11, 483, 558.
Bérard, 1090, 1091, 1540, 1699.
Beretvas, 661.
Bergouignan, 860.
Bernal, 821.
Bernard, 12, 483, 519, 1061, 1348.
Bernard (A.), 160, 603, 808.
Bernard (E.), 1073.
Bernard (Jean), 206, 328, 370.
Bernard (Léon), 625, 841, 1073, 1137.
Bernard-Pichon (Mme), 328, 988, 1167.
Bernheim, 207, 417.
Bert, 282, 284.
Berthelme, 137.
Berthelot, 538.
Berthet, 1106.
Berthier, 328, 1123.
Berthod, 398.
Bertier, 1106.
Bertoin, 145.
Bertoliatti, 1295.
Bertrand, 331, 808.
Bertrand (G.), 467, 479.
Bertrand (Ivan), 222, 328, 329, 706, 1686.
Bertrand (J.), 47, 87, 222, 935, 1169.
Bertrand (P.), 1648.
Bertrand (V.), 123.
Besançon (G.), 328.
Besançon (Justin), 258.
Besredka, 664.
Besse, 1453.
Besson (Mlle Andrée), 417, 650.
Béthoux, 1106.
Betoulières, 1286, 1316.
Beyne, 503, 1219.
Beytter, 1264.
Bezançon, 173, 918, 1033, 1073.
Bezssonoff, 412, 918, 1263, 1741.
Bhattacherjee, 808.
Biancani (E.), 1592.
Biancani (H.), 1592.
Bickel, 1632, 1634.
Biery, 1453.
Bilfinger (Mlle), 1007.
Bilger, 1165, 1576.
Billet, 1626.
Binet, 88, 146, 297, 329, 503, 822, 972, 1006, 1190, 1217, 1219, 1295.
Binet (Léon), 1168.
Bioy, 1074.
Biscory, 557.
Bize, 297, 298, 1061.
Blain, 1298.
Blanc, 206, 664, 862, 1139.
Blanc (H.), 1544.
Blanc (L.), 1106.
Blancandi, 648, 859.
Blancardi, 470.
Blancher, 540.
Blancheri, 807.
Blanquet (Mme), 280.
Blechmann, 988, 1266, 1268.
Bloch, 788.
Bloch (André), 135, 789, 1089.
Bloch (J.-Ch.), 646, 1590.
Bloch (René), 646.
Bloch (Sigismond), 405.
Bloch-Michel, 175.
Blonde, 469.
Blondeau, 1139.
Blondel, 1382.
Blumenthal, 233.
Bodard, 1775.
Boer, 1814.
Bogaert (Ludo Van), 174, 222.
Boigey, 776.
Bois (du), 233, 235, 1229.
Boisseau, 160, 1108.
Bolgert, 1634.
Bolot, 137.
Bonafos, 432.
Bonnard, 860.
Bonnard (Mlle), 503.

Bonneau, 69, 482, 519.
Bonnefoi, 206.
Bonnefon, 540, 1154.
Bonnet, 174, 444, 467, 664.
Bonnet (G.), 645, 646.
Bonnin, 1139.
Bonniot, 220.
Boppe, 64, 65, 123, 190, 858, 1154, 1626, 1648.
Boquet, 296, 1076, 1685, 1217.
Boquet (A.), 1813.
Boquet (P.), 1813.
Bordet, 775, 1575.
Boron, 1775.
Borrel, 1060.
Borrien, 625.
Bory, 736.
Boschi, 1089.
Bosonnet, 258.
Bosquet, 86, 1167.
Botreau-Roussel, 65.
Boucher, 239, 1453.
Boucher (R.), 1541.
Bouchet, 145.
Boudin, 175, 518.
Boudry, 105, 519, 701, 1263.
Bougarel (Mlle), 1329.
Boukaloua, 990.
Boulin, 258, 297, 328, 430, 468, 538, 648, 706, 822, 1005, 1137.
Bourde, 446, 447, 1053, 1626.
Bourdillon, 45, 1154.
Bourgeois (P.), 1005.
Bourgeois (R.), 1775.
Bourguet, 262, 470.
Bourguet (du), 316, 470, 648, 1108.
Bousset, 174.
Boutaric, 664, 843, 1042.
Boutelier, 233.
Bouyala, 1626.
Bovet, 206, 540.
Bouvier, 1092.
Bracès, 987.
Brahic, 446.
Braillon, 1035.
Braine, 164, 123, 315, 316, 444, 1094.
Bralez, 239.
Bréchot, 65, 468, 932, 1094.
Brehier, 368.
Bremond (Mme), 1298.
Bretey, 1685.
Brett, 1051.
Briffaut, 12.
Brincourt, 1168.
Brindeau, 66, 808.
Brindel, 139.
Brisard, 577.
Brissemoret, 1169.
Brizard, 1168.
Broca, 1005.
Brochier, 1762.
Brocq, 123, 316, 370, 373, 646, 787, 788, 858, 932, 1573.
Brodin, 625, 1005 1121 1122.
Brouardel 107.
Brouet, 280, 281, 1560.
Broult, 1704.
Brousseau, 949.
Brousses, 470.
Broustet, 1139.
Broy, 1742.
Bruch, 950.
Bruère, 736.
Brugière, 87.
Brulé, 444, 1417, 1704.
Brumpt, 1040.
Brun, 297, 414, 557, 777.
Brun (Mlle), 175, 1204.
Brun (de), 625.
Bruneau, 664.
Brunel, 45.
Brunet, 971, 1630.
Budai, 1263.
Bufnoir, 1055.
Buisson, 1741.
Bulliard, 1297.
Burgeat, 792.
Burnand, 121, 1061.
Burnier, 1229.
Buron, 1298, 1299.
Busquet, 206, 281, 879, 1169.
Bussard, 221.
Busson, 45, 221.
Buttu, 949.
Buvat, 407.

C

Cabanac, 284, 506, 1220.
Cabannac, 1286.
Cabessa (Mlle), 66.
Cachera, 237, 1005, 1539.
Cachin, 518, 1153, 1167, 1204, 1590, 1685.
Cade (R.), 1557.
Cadenat, 370, 858.
Caderas, 282.
Cahen, 470.
Cailliau, 237.
Caillon, 701.
Cain, 553.
Caire, 446.
Callens, 160, 483, 558, 1155.
Calvé, 1648.
Calvet, 646, 1051.
Cambiès, 1154, 1453.
Cambrelin, 139.
Camelot, 368, 808.
Camescasse, 123.
Camus, 329, 776, 880, 882, 971, 1007, 1560.
Canalis (P.), 808.
Cange, 37, 293.
Canonne, 88, 519.
Cantani, 662.
Cantorné, 1262.
Canuyt, 135, 139.
Cany, 105.
Capette, 316.
Caplane, 880.
Cappelle, 105.
Capus, 330.
Carcassonne, 1053.
Cardas, 879.
Carlin, 330.
Carnot, 480, 518, 1005, 1487, 1576.
Caroli, 480, 518, 1005, 1576.
Carrat, 470.
Carrière, 217, 467, 504, 617, 637, 736, 745.
Casaubon, 482.
Cassaigne, 425.
Cassar, 661.
Cassou, 859.
Cassoute, 191, 431, 446, 1169, 1187, 1198.
Castanei, 331.
Castelnau, 135, 139.
Castanei, 63.
Cathala, 414, 1198, 1264, 1267.
Cattan, 1075.
Caussade, 518, 1005, 1074, 1086, 1122.
Cauvy, 1078.
Cazaux, 205.
Cazeneuve, 107.
Cazenove, 663.
Celice, 1074.
Certonciny (Mlle), 1106.
Chabannes, 1726.
Chabanolle (de), 1090, 1264
Chabrol, 87, 469, 518, 879, 1033, 1088, 1167, 1204, 1590, 1685.
Chabrol (Et.), 1153.
Chaisemartin (de), 1108, 1488, 1594.
Challamel, 281, 482.
Chantriot, 1453.
Chapireau, 86, 280, 368, 625, 971.
Chapoulaud, 822.
Chaptal, 190.
Charlet, 353.
Charleux, 1187.
Charnaux, 701.
Charonnat, 469, 1153, 1685.
Charpentier, 934.
Charpentier (R.), 1002.
Chaton, 1626.
Chauchard, 206, 481, 540, 738, 776, 987, 1219.
Chauchard (Mme), 206, 481, 540, 776, 987, 1219.
Chauchard (Paul), 540, 1686.
Chaumerliac, 139, 280.
Chaussé, 1187.
Chausset, 593.
Chauvin, 661, 662, 1678.
Chauvire, 594.
Chavany, 45, 265, 298, 580, 789.
Cheftel, 241.
Chelle, 205.
Chemoul, 432.
Chevallier, 1061, 1106.
Chevallier (R.-J.), 1377.
Chevassu, 788, 1094, 1540, 1728.
Chevrier, 1728.
Chiapponi, 298, 299, 330.
Chiarolanza, 1625.
Chiaserini, 1540.
Chippaux, 860.
Chiray, 1167, 1417.
Chomé, 844, 1105.
Chorine, 391.
Christiaens, 981, 1017.
Christophe, 821.
Cirera Volta, 1106.
Claude, 1297.
Claude (H.), 329.
Clavel, 221.
Clément, 1073, 1266.
Clément (Robert), 66.
Clerc, 1061, 1137, 1190.
Cléret, 174.
Clermont, 1590.
Clogne, 1089.
Cochin, 87.
Codounis, 971.
Coffin, 158, 1741.
Cohen, 662, 1087.
Colaneri (X.), 1453.
Colin, 1297.
Collesson, 174.
Collet, 146.
Collignon, 331.
Colombani, 661.
Colonieu, 660.
Comba, 1088.
Comby, 932, 1061.
Compagnon, 880.
Condat (Mlle), 105.
Constantin, 137.
Coquoin, 647.
Corachan, 1630.
Cordey, 45.
Cornil, 329, 447, 558, 935.
Corone, 700.
Corréos, 1652.
Corteggiani, 1190.
Cossa, 949, 1107.
Costantini, 519, 520.
Coste, 414, 502, 1035, 1121.
Costedoat, 174, 879, 1000, 1074, 1634.
Costil, 221, 259, 328, 540, 646, 777, 822, 1076, 1137, 1188, 1296, 1686.
Cotte, 373.
Cottenot, 373, 1073.
Cottet, 444, 469, 706, 879, 1153, 1685.
Courbin, 701.
Courboules, 860.
Courmont, 207.
Courtial, 157.
Courtois, 450.
Courty, 11, 483, 558.
Coutela, 662.
Covisa, 1231.
Creyx, 1139.
Cristau, 1059.
Crosnier, 1108.
Crouzon, 821, 918.
Cruchet, 1506, 1089, 1262, 1267.
Cuéni, 774, 844.
Cuénod, 661.
Cuille, 205.
Cunéo, 370, 788, 1795.
Cuny, 1187.
Cursay (Mlle de), 971.
Curtillet, 520, 522, 1298.
Cuvelier (Mlle), 1042.

D

Daen, 299.
Dagnini, 1108.
Dagos, 258.
Dalsace, 259, 260.
Damade, 1438.
Dana, 663.
Dancenis, 318, 1643.
Danel, 1156.
Dano, 1110.
Dany, 1454.
Darcissac, 69, 1544.
Darcourt, 1053.
Dariau, 1630.
Darricau, 985.
Dartigues, 373, 1267, 1284.
Dastrigues, 594.
Daune, 1005.
Dausset, 63.
Dautrebande, 253.
David, 46, 47, 297, 298, 483, 518, 821, 949.
David (Ch.), 1612.
David (L.), 1481, 1517.
David (Marcel), 414.
David (P.), 1156.
Debail, 519.
Debat, 1453.
Debray, 1060, 1155.
Debré, 44, 45, 191, 206, 221, 444, 663, 880, 933, 972, 988, 1005, 1006, 1073 1086, 1121, 1138, 1266, 1416.
Dechaume, 1614.
Decourt, 87, 481, 503, 706, 790, 821, 1061, 1204, 1704.
Deglaude, 1092.
Dejean, 284, 506, 1220, 1329.
Dekeyser, 1232.
Delagénière, 315, 468, 932, 1540, 1626.
Delahaye, 645, 1056, 1648.
Delanghe, 483.
Delanoë (Mme), 1105.
Delattre, 11, 483.
Delaville, 467.
Delay, 87, 88.
Delbet, 430, 467, 955.
Delbove, 1092.
Delchef, 1646.
Delcourt, 105.
Delecour, 160.
Delétang, 1297.
Delhaye, 1051.
Delherm, 457, 761, 775, 1575.
Delmas, 1286.
Delmas (A.), 1759.
Delmas-Marsalet, 860.
Delobel, 145.
Delrez, 1625.
Demanche, 1776.
Demant, 1685.
Demarez, 987.
Demole, 280, 1454.
Denier, 64, 1106.
Denis, 470.
Deparis, 87, 706.
Dereux, 223, 935.
Dermer, 1076, 1138.
Derobert, 1614.
Derome, 789.
Dérot, 63, 1166, 1576, 1632, 1704.
Dervillée, 862.
Desaux, 233.
Desbonnets, 808, 1156.

Desbordes, 1297, 1686, 1741, 1742.
Desbucquois, 988.
Desclaux, 1000.
Desgeorges, 373, 1437, 1454.
Desgrez, 878, 987.
Desjardins, 88.
Desmarets, 1121.
Desoille, 1.000.
Desorgher, 11, 808.
Desplas, 220, 316, 370, 468, 646, 1575, 1728.
Desplats, 558.
Desvignes, 1007, 1108.
Deutsch, 1686.
Devraigne, 1764.
Dhenin, 1284, 1454.
Diacono, 663, 1315.
Dickson, 233.
Dide, 950.
Didiée, 316.
Didier, 483.
Dienert, 1702.
Dieuzède, 520, 1298.
Diffre, 1090.
Dimitresco, 174.
Dimitriu, 1540.
Dinguizli, 661.
Diriart, 1741.
Djourno, 520.
Dobrovolskaia-Zavadskaia (Mme) 843.
Dodiette, 221.
Doladilhe, 479, 842.
Dommesent, 1350.
Donaggio, 46.
Donato, 282.
Donzelot, 1774.
Dopter, 470.
Dos Santos, 220, 787.
Doubrow, 219, 1166.
Drabowitch, 1219.
Draganesco, 1136, 1167.
Dragomir, 45, 88.
Dreyfus, 1005, 1298, 1704.
Dreyfus-Sée, 1073.
Drouet, 174, 280, 1040.
Dubarry, 862.
Dubau, 316.
Dublineau, 1726.
Dubouché, 1298.
Ducas, 932, 1198.
Ducellier, 158.
Duchosal, 280, 443, 1632.
Ducroquet, 66, 412, 594, 1648.
Ducruet, 1106.
Dufour, 46, 789, 1073.
Dufourmentel, 207, 265.
Dufourt, 207, 330, 777, 1814.
Duguet, 1181.
Duhem, 412, 1741.
Duhot, 1042, 1438.
Dujardin, 47.
Dujarric de la Rivière, 205, 243, 999, 1075, 1874.
Dumas, 482, 625, 1005.
Dumitresco, 1061.
Dumolard, 330, 519, 1298.
Dundas Grant, 141.
Dupérié, 862.
Dupille, 1295.
Dupleune (Mme), 701.
Dupouy, 467.
Dupuis, 787.
Dupuy de Frenelle, 1235.
Duran, 1775.
Durel, 239.
Durieux, 608, 918, 1422.
Durif, 139.
Duruy, 821.
Dutheillet de Lamothe, 135, 147, 144.
Dutrey, 1726.
Duval (Pierre), 64, 220, 315, 932, 1006, 1094, 1726, 1727.
Duvernoy, 1090.
Duvoir, 87, 280, 368, 625, 971, 1005, 1040, 1167, 1704.
Duyck, 808.

E

Eastmann Cheehan, 135.
Eck, 157, 1136, 1592, 1686, 1741, 1742.
Eidou, 370.
Emile-Weill, 1074.
Enault, 701.
Enjalbert, 1220.
Epstein, 233.
Erber (Mlle), 11, 481; 1167.
Erbet (Mlle B.), 219.
Ernoul, 1005.
Ernst, 147.
Esbach, 706.
Escalier, 538, 1704.
Escarras, 329.
Escat, 105.
Escher Desrivières, 607.
Estienny, 154, 243, 822.
Estor (E.), 1056.
Estor (H.), 1056
Etienne, 284, 506, 1220.
Etienne (G.), 1040.
Euvrard, 137.
Euzière, 282, 284, 471, 506, 1286.
Exchaquet, 1264.
Ey, 329.
Eyraud-Dechaux, 700.

F

Fabiani, 1468.
Fabre, 1814.
Fabry, 878.
Fachini, 1263.
Façon, 502, 950
Facquet, 503, 1061.
Faguet, 561.
Faillie, 607.
Fangeau, 990.
Farjot, 999.
Farnarier, 1170, 1213, 1245.
Fassio, 282, 284.
Fauquez, 577.
Faure (J.-L.), 2, 787.
Faure-Beaulieu, 45, 1006, 1137, 1204.
Fauverot, 1121.
Fauvert, 258.
Fedele Negro, 949
Feil, 955.
Fell, 792.
Féré, 701.
Férey, 370, 1094.
Fernandez y Fernandez, 265.
Ferey, 1813.
Féron, 205.
Ferrabouc, 174, 281, 470, 1108, 1775.
Ferran, 145.
Ferrari, 520.
Ferreyrolles, 1089.
Ferroir, 368.
Ferru, 158, 1073.
Feuille, 470.
Feuillie, 648.
Feutelais, 1648.
Fèvre, 570, 788, 933, 1053, 1265, 1266, 1648, 1652.
Feyeux (Mlle), 1107.
Fiehrer, 777, 1576.
Fieschi, 206.
Fiessinger (N.), 280, 281, 776, 1075, 1076, 1138, 1560.
Figarella, 446.
Filderman, 281, 1284.
Filipo-Fivoli, 661.
Finikoff, 1076.
Fiocconi, 280.
Fiolle, 446, 1053, 1753.
Fischer, 241.
Fischgold, 775, 1575.
Flahaut, 265.
Flament, 12.
Flandin, 87, 174, 368, 370, 1061.
Folliet, 1105.
Fontaine, 1101, 1630.
Fontaine (R.), 1165.
Font-Réaulx (de), 239, 328.
Forestier, 106, 1035, 1105, 1106.
Forgue, 601. 1429.
Fourès. 1167, 1299.
Fourest, 706.
Fourmestraux (de), 932, 1623.
Fourneau, 540.
Fournier (Mlle B.), 482.
Foveau de Courmelles, 454, 782.
Frain, 1076.
Franck (Mlle), 972.
François, 105, 520. 1298.
Françon, 258, 1039.
Franque, 1814.
Frecus, 1542.
Fredet, 107, 468, 787, 1006.
Frei, 1539.
Frejka ,1648.
Fribourg-Blanc, 470.
Friedman, 1167.
Friess, 44.
Froelich, 1625, 1630, 1646, 1648
Froment, 63, 949.
Froment (J.), 1107, 1108.
Froment (R.), 1108
Fruchart, 483.
Fruchaud, 122.
Frumosan, 222, 353, 370.
Fuchs (Mlle G.), 329.

G

Gabriel, 219, 443, 1061, 1074.
Gaehlinger, 1454.
Gaiginsky, 1741.
Gaiginsky (Mme), 243, 1168.
Galland, 105.
Gallard, 105.
Gallerand, 241.
Gallian, 431.
Gallier, 1219. 1814
Gallot, 368, 370.
Gally, 1005.
Gamelin, 1348.
Gandy, 239.
Garban, 1417.
Garcin, 222, 414, 701, 1061.
Gares, 1139.
Garnier (Ch.), 1643.
Garrelon, 469.
Garrigou, 414.
Gastinel, 206. 223. 239, 241.
Gaté, 207, 1087.
Gatellier, 1537, 1560.
Gaucher, 88, 821, 918, 1454.
Gaudart d'Allaines (de), 64, 370, 788, 932, 1266.
Gaudier, 987.
Gaujoux, 446.
Gault, 143, 145.
Gauthereau, 1054.
Gauthier, 1263.
Gautier, 315, 432, 1728.
Gautrelet, 481, 1190.
Gavois. 412.
Gayet, 297.
Gennes (de), 1074. 1774.
Georget, 860, 1139.
Gérard, 504.
Gérard-Lefebvre, 1087.
Géraudel, 1702.
Gerbay, 1105.
Gerboy, 258.
Gernez, 646.
Gibert, 1137.
Gilbert-Dreyfus, 41, 1105.
Gilbrin, 44, 788, 1006, 1138, 1704.
Gillot, 1087.
Gimbert, 706.
Ginsbourg, 1468.
Girard, 706, 955.
Girard (Jean), 1117.
Giraud, 858, 1040, 1088, 1187, 1741.
Giraud (P.), 190, 431, 502, 1123 1654.
Giraud-Costa, 447, 1122, 1123.
Girault, 1454.
Girod, 470.
Giroire, 1000.
Giroud, 329, 470, 503, 808, 1138, 1686, 1741.
Giroux, 63.
Glenard, 542.
Godin, 483.
Godlewski, 353, 1057, 1608.
Goiffon, 329, 1418.
Golblin, 87, 480, 481.
Golé, 933.
Gonnelle, 1576.
Goret, 502.
Gorter, 1087.
Gosselin, 470, 1007, 1814.
Gosset, 64, 220.
Goubert, 141.
Gougerot, 258, 1229.
Gounelle, 175.
Gouvelle, 258.
Gouverneur, 444.
Gouyen, 414, 594, 1198.
Govaerts, 502.
Grabar, 736.
Graber-Duvernay, 1104.
Grailly (de), 860, 862, 1139.
Grain, 1078.
Grandpierre, 329.
Gras, 577.
Grasset, 1075.
Grégoire, 123, 220, 787, 932, 1006.
Grenet (de Bordeaux), 657, 697.
Grenet (H.), 123, 190, 412, 594, 988, 1073, 1137, 1740.
Griffon, 1295.
Grigaut, 1154, 1488, 1590, 1594
Grigoraki, 353.
Grimard, 259
Grimard-Richard, 296, 502, 1137, 1154, 1167, 1188, 1218, 1295.
Grimault, 1540.
Grimberg, 1284.
Gringoire, 1136.
Grosslann (Mlle), 1263.
Grooten (Mlle), 412.
Gross, 664.
Grynfelt, 506.
Guéniot, 353.
Guény, 467.
Guérin, 431.
Guérin (M.), 1168.
Guérin (P.), 1168.
Gueullette, 932.
Guggenheim, 430.
Guibal, 284.
Guichène, 1235, 1634.
Guilbert, 262, 542.
Guillain, 46, 47, 222, 298, 328, 370, 414, 704, 789, 936, 949, 1686, 1704.
Guillain (Mlle Jacqueline), 329, 1686.
Guillaume, 223, 297, 503, 789, 790, 949, 1468.
Guillaume (E.), 253.
Guilleman, 169, 201.
Guillemin, 1438.
Guillemot, 1654.
Guilly, 370, 933, 1293, 1652.
Guisez, 139, 141, 207, 1076, 1268.
Gunzburg, 1036.
Gurfinkiel, 175, 363.
Gutmann, 5, 706.
Gutman (Mlle C.), 259.
Guttières, 662.
Guyot, 1540.

H

Haber, 296, 647, 1137, 1632, 1686, 1813.
Hadjigeorges, 243, 262, 971.

Haeberlin, 105.
Haguenau, 66, 414, 594, 790, 1704.
Hagueneau, 1005.
Hallé, 190, 789, 933, 1089, 1186, 1741.
Hallé (Jean), 157, 414, 1262, 1266.
Halluin (d'), 1092, 1155, 1350.
Halpern, 481, 1190.
Halphen, 137, 141.
Haman, 1540.
Hamet, 1560.
Hamon, 63, 1775.
Harant, 284.
Harde (Mlle Edna), 1422.
Hardouin, 468.
Hartmann, 63, 123, 1297, 1540.
Harvier, 443, 479, 594, 821.
Hautant, 955.
Hautefort, 69.
Hayem (A.), 223.
Hazard, 842.
Hébert-Jonas (Mme), 190.
Hederer, 918.
Heger-Gilbert, 1000, 1002.
Heim de Balsac, 373, 955, 1121, 1167, 1632.
Heitz-Boyer, 1440.
Helsmoortel, 135, 145.
Henderson (M. S.), 1055.
Henri, 1235, 1542.
Henri (Guy), 1775.
Henrion, 430.
Héraux, 1740.
Herbain, 1075, 1076.
Herbin, 1138.
Hermann, 542, 1439, 1762.
Herpin, 2, 57, 114, 306, 598, 626, 670, 758, 1066, 1130, 1147, 1162, 1222, 1300, 1374, 1390, 1524, 1530, 1658, 1730, 1789.
Hertz, 1061.
Hesse, 625.
Heucqueville (G. d'), 1468.
Heuyer, 46, 223, 788, 933.
Hillemand, 45, 444, 706, 1704.
Hillemand (Mme), 821.
Hinault, 1204.
Hirchberg, 1267, 1612.
Hirch (Mlle), 1003.
Hornet, 1107.
Hornus, 647, 1521, 1632, 1813.
Hortolomei, 1625.
Houdard, 646.
Hour (d'), 11, 808, 1155.
Houssiaux, 706.
Hruska, 11.
Huant, 1741.
Huber, 66, 157, 1090, 1204, 1264, 1266, 1560, 1574.
Huber (J.), 1542.
Huc, 1648.
Huck, 1204.
Hudelo, 237.
Huerre, 648, 1155, 1169.
Huet, 64, 122, 220, 468, 787, 1094, 1590, 1623, 1726.
Hufschmitt, 844.
Hugo (Mme A.), 1075, 1138, 1154.
Hugonot, 122, 329, 1074.
Hugounenecq, 314, 807.
Huguenin, 414, 1140, 1299.
Huguenot, 44.
Human, 1775.
Huriez, 217, 617, 637, 736, 745.

I

Iribarne, 139.
Isaac-Georges, 190, 412, 594, 988, 1073.
Isémein, 445.

J

Jacob, 139, 145, 370, 1108.
Jacques, 135, 145.
Jacobovici, 1540.
Jacquet, 87, 788.
Jacquot, 63, 282.
Jaeggy, 1468.
Jahier, 1204.
Jame, 316, 858, 1776.
Jamet (Mlle M. L.), 63.
Jammet (Mlle), 430, 1035, 1074, 1122, 1166.
Janbon, 282, 1286, 1316.
Jaubert, 105, 502, 1263, 1264.
Jausion, 879, 1060.
Jean-Gallois, 736
Jeanneney, 657, 697, 862, 1004.
Jeannin, 844, 933.
Jellineck, 774.
Jersild, 1231, 1539.
Jiano, 1630.
Jianu, 153.
Joet, 207.
Jolly (J.), 1610.
Joly, 1137.
Joly (Marcel), 542.
Jonesco-Sisesli, 987.
Jonnard, 607.
Joseph, 1122.
Josserand, 260.
Jounelet, 626.
Jourdan (Mme), 1740.
Jousseaume, 135.
Jouve, 1453.
Jouvelet, 648.
Jubé, 480.
Jude, 281, 446, 470, 1775, 1776.
Jung, 221, 260, 542, 1076, 1809, 1815.
Junquet, 858.
Juster, 648, 1169.
Justin-Besançon, 206, 1168, 1297, 1440, 1592

K

Kabaker, 258, 1419.
Kahlmeter, 1039.
Kaisin, 1648.
Kaplan, 503.
Katz (Mlle G.), 1075.
Kaufmann, 1284.
Kayser, 259.
Keifer, 664.
Kern, 1042.
Khouri, 1284.
Khoury, 608.
Kissel, 328.
Kisthinios, 561.
Klein, 558.
Kleinberg, 1051.
Kling, 63, 146, 807.
Klotz, 430, 1186, 1187, 1204, 1481, 1517.
Klotz-Guérard, 650
Koenig, 1089.
Kofman, 777.
Kohler (Mlle D.), 206.
Konaczewski, 502, 538, 843, 918, 987, 1136.
Konciowska, 63, 1188, 1217, 1218, 1295.
Kopciowska (Mme), 146.
Kopits, 1055.
Koressios, 47, 518.
Kossovitch, 243, 999, 1075.
Kourilsky, 107.
Kovatcheff, 1204.
Kowler, 141.
Krassnoff (Mlle), 241, 647.
Kreindler, 706.
Kunlin, 1101.

L

Labbé, 258, 297, 328, 368, 420, 468, 704, 706, 1005, 1136, 1137, 1704.
Labbé (Marcel), 146, 538, 648, 822.
Labey, 315, 1728.
Lacapère, 1104.
Lacassagne, 235, 1231.
Lackenbacker (Mlle), 1632.
Lackmann, 1149.
Lacoste, 1139.
Lacroix, 660.
Laemmer, 1007, 1008, 1168.
Laet (de), 1000.
Laffargue, 520, 990, 1139, 1298.
Laffont, 661.
Laffite, 370.
Lafite-Dupont, 133, 137, 144.
Lafon, 284, 471, 506, 1286.
Laget, 549.
Laglane, 1006.
Lagrange, 1704.
Laignel-Lavastine, 47, 174, 370, 518, 1236, 1468, 1576.
Laigret, 63, 430, 1422.
Lajoinie, 391.
Lamarque, 190.
Lambling, 237, 1539.
Lambotte, 1625.
Lambrechts, 878.
Lamelin, 558.
Lamoril, 12.
Lamy, 444, 519.
Lance, 331, 1049, 1053, 1092, 1648, 1690, 1713.
Lancien, 205.
Lançon, 594.
Langeron, 368, 480, 558, 808, 1155, 1576.
Langlois, 412.
Lanz, 1468.
Lapeyrie, 284, 506, 1220.
Lapicque, 987, 1153.
Laplane, 965, 1074.
Laporte, 88, 480, 542, 860, 1074, 1741.
Lapougue, 135, 143, 145.
Laquerrière, 328.
Lardennois, 1813.
Laroche, 469.
Laroche (Guy), 245, 1003, 1154, 1418, 1488, 1590, 1594.
Larrouy, 105.
Larvelle, 945.
Lassale, 859, 1235, 1544, 1775.
Lasserre, 154, 243, 258, 391, 822.
Latarget, 1487.
Lattes, 999, 1000.
Laubry, 430, 706, 821, 1092, 1137, 1167.
Laudat, 1074, 1137, 1217.
Laugier, 1075.
Launay, 107, 594, 788, 1073.
Laurent (Ch.), 1776.
Laurent (Pierre), 69, 262.
Laurent-Gérard, 1188.
Laurenti, 1090.
Lautier, 1815.
Lauzeral, 858.
Laval, 141.
Lavallée, 1297.
Lavenant, 207, 519, 792.
Lavergne, 190.
Lavergne (de), 328, 648, 1204.
Lavrand, 483.
Lawen, 1625.
Lavacri, 258.
Lebeuf, 1231.
Leblond, 329, 470, 503, 808, 1138, 1741.
Lebon, 1139, 1417.
Lecat, 414.
Lechelle, 417.
Lecomte du Noüy, 1776.
Lecoq, 206, 207, 1169, 1219, 1813, 1814.
Ledoux-Lebard, 123, 790, 821.
Leenhardt, 190.
Lefebvre, 1411, 1704.
Lefèvre, 221, 821, 1061.
Le Forestier, 1219.
Lefrou, 174, 467.
Le Gac, 1544.
Legangneux, 1487.
Legendre, 1762.
Le Goff, 817, 1661.
Le Grand, 1348.
Legrand (A.), 1154.
Legrand-Lambling (Mme), 594.
Le Guillant, 1002.
Lehmann, 1004, 1297.
Leibovici, 518, 1626.
Lejeune, 1006.
Lelong, 45, 66, 158, 880, 1073, 1198.
Le Lorier, 1236.
Lemaire, 221, 1298, 1299.
Lemaitre, 135, 137, 139, 141, 844, 1086.
Lemariey, 63, 66.
Lemée, 137.
Le Mée, 1089.
Lemeland, 518.
Le Melletier, 502, 1005.
Lemétayer, 480, 647, 1006, 1187, 1218.
Lemierre, 79, 258, 280, 328, 353, 529, 573, 965, 1074, 1357.
Lemoigne (Mlle), 191.
Lemoine, 135, 175, 879.
Léna, 446, 1122.
Lence, 45.
Lenègre, 174, 370.
Lenormant, 64, 220, 255, 316, 444, 378.
Léonet, 1106.
Léopold-Levi, 262.
Lepape, 106.
Lépinay, 661.
Lépine, 237, 1007.
Leplane, 1297.
Lepoutre, 12, 160, 558, 1348.
Lequime, 88.
Lereboullet, 370, 951, 1087, 1264, 1652.
Leriche, 325, 373, 551, 1053, 1101, 1108, 1569, 1603, 1630, 1813.
Leroux, 137, 141, 625, 1089.
Le Roy des Barres, 353.
Le Sage, 370.
Lesage, 664, 1040, 1521.
Lesage (A.), 1541.
Lesage (J.), 1541.
Lescure, 281.
Lesné, 594, 788, 988, 1073, 1087, 1186, 1263.
Lesourd, 481, 821, 1204.
Lestocquoy, 66, 933, 1089.
Lesure, 503, 880, 1742.
Leulier, 146.
Levaditi, 47, 147, 237, 239, 241, 243, 296, 647, 807, 878, 1075, 1137, 1218, 1456, 1521, 1632, 1686.
Levaditi (C.), 1814.
Levaditi (fils), 480, 540
Levaditi (Jean), 777, 878, 1814.
Leven, 807, 1815.
Leven (Roland), 1003.
Levent, 120, 226, 590, 820, 889, 891, 893, 895, 897, 899, 900, 901, 988, 1071 1135 1537, 1677, 1861.
Levesque, 158, 190, 788, 1198.
Leveuf, 66, 444, 468, 988, 1006, 1094, 1741, 1813.
Lévi-Darras, 701.
Lévi-Valensi, 298, 299, 432, 519, 522, 1168, 1632.
Levin, 412, 540, 648, 777, 878, 1138, 1190, 1295.
Levrat, 260.
Lévy (G.), 147, 1634.
Lévy (Maurice), 933.
Lévy (P.-G.), 44.
Lévy (P.-P.), 788.
Lévy-Bruhl, 1006, 1575.
Levy-Solal, 259, 260.
Lewin, 776.
Lhermitte, 45, 185, 222, 297, 298, 414, 417, 425, 557, 558,

581, 789, 790, 934, 946, 949, 950, 1235, 1665.
Liagre, 935.
Lian, 87, 219, 480, 481, 503, 706, 1204, 1575.
Liber, 1576.
Liège, 66, 190, 480
Liégeois, 1059.
Liengme, 1453.
Lièvre, 190, 280, 988.
Ligneris (des), 1075.
Linossier-Ardoin (Mlle), 1087.
Lisbonne, 972.
Livietaros, 430.
Lœderich, 44, 328, 1167.
Lœper, 221, 281, 331, 879, 880, 1034, 1155, 1742.
Lœvenberg, 1060.
Loir, 1487.
Loireau, 1005.
Loiseau, 1137.
Loisel, 223, 297, 414, 988.
Loiseleur, 1486.
Lombard, 330, 1053.
Lominski, 412, 480, 540, 1073.
Lonjon, 282.
Lop, 282.
Lorando, 1122.
Loubeyre, 298, 432, 520, 1139, 1297.
Loubier, 457.
Loutsch, 469.
Luccioni, 446.
Lucinesco, 1809.
Lumière, 107.
Luquet, 265.
Luxembourg (Mlle), 1295.
Luys, 373, 1268.

M

Macé, 594, 1740.
Macé de Lépinay, 106, 821, 933.
Mache, 664.
Macren, 87.
Madelenat, 1815.
Maderni, 540.
Madier, 316, 444.
Maduro, 1086.
Magat (I.), 648, 777.
Magat (J.), 1297.
Magat (M.), 1297.
Magitot, 879, 1008.
Mahoudeau, 87, 281, 879, 1034, 1074, 1155.
Maigné, 245.
Maignon, 281.
Maillefer, 1188.
Maison, 443, 480, 518.
Maisonnet, 444.
Maldan-Massot (Mme), 66.
Maleyrie, 469.
Malherbe, 704.
Malinsky, 481, 821.
Mallarmé, 444, 1704.
Mallet-Guy, 1699.
Manceaux, 519, 990, 1139.
Mandillon, 860, 1139.
Manet (J. de), 788.
Manin (Mlle), 1075, 1521.
Manjean (Mlle), 1040.
Maranon, 1038.
Maratoux, 141.
Marceau, 146.
Marcel, 373.
Marcel (J.-E.), 1154.
Marchak, 174.
Marchal, 87, 175, 879.
Marchebœuf, 241.
Marchioni, 1299.
Marchoux, 391, 736, 955, 1422.
Marfan, 1023, 1085, 1264.
Margarot, 1233.
Marie, 175, 933.
Marie (Julien), 988, 1121.
Maril, 1298.
Marill, 1140, 1299.
Marinesco, 502, 844, 949, 950, 987, 1136, 1167, 1845.
Marion, 205, 441.
Marquézy, 190, 594, 1267.
Martel (de), 223, 297, 370, 789, 790, 949, 1863.
Martin, 280, 467, 1025.
Martin (A.), 988.
Martin (Ch. R.), 1670.
Martin (Ersi), 1454.
Martin (Etienne), 999, 1036.
Martin (Louis), 1632.
Martineau, 480.
Martinez-Vargas, 1085.
Martiny, 123.
Mas, 190, 471, 506.
Masini, 1625.
Masmonteil, 482, 519, 792.
Massabuau, 284.
Massart, 69, 88, 265, 792, 1544, 1648.
Massary (de), 557.
Massias, 1449.
Massonnet, 833.
Massot, 431.
Mathé, 542.
Mathey, 1652.
Mathieu, 65, 122, 123, 174, 315, 316, 370, 1006, 1590, 1646, 1726, 1813.
Mathieu (Paul), 1103.
Mathieu (Mlle S.), 972.
Mathis, 146, 608, 918, 1188, 1217, 1218, 1295, 1422, 1521.
Mattei, 445.
Matton-Lumbroso, 701.
Mauclaire, 122, 468, 645, 1590, 1648.
Maurel, 1089.
Maurer, 468, 1094, 1728.
Mauric, 258, 1075, 1138, 1153.
Maurice-Lévy, 117.
Maurin, 64.
Maury, 1298.
Mauvoisin, 1544.
Max-Einhorn, 1560.
May, 44, 430, 1035.
Mayer, 1137.
Mayoux, 145.
Mazarakis, 137.
Mazel, 1000.
Mazères, 661.
Mazoué (Mme), 88, 480.
Méauté, 241.
Mecklembourg, 706.
Medinger, 1298.
Medioni, 1060.
Meersseman, 1234, 1235, 1814.
Megnin, 990.
Meige, 1521.
Meignant, 869, 909.
Meillère, 1059.
Meinicke, 1775.
Melnotte, 1775.
Mendoza, 353.
Ménégaux, 221, 878.
Ménétrel, 503.
Mercier, 470.
Mercier (L.), 1007, 1814.
Mérigot, 594, 1652, 1728.
Merklen, 664, 1089, 1105, 1576.
Merklen F. P.), 329, 175, 258, 280, 281, 469, 776, 821, 1775.
Merklen (L.), 329, 503.
Merle, 175.
Merril, 625.
Méry, 158.
Mesnard, 1092.
Mesnil, 241, 1092.
Messimy, 44, 933, 988, 1121, 1190, 1575.
Métivet, 64, 220, 646, 788, 971, 1094, 1728, 1813.
Metzger, 844, 1740.
Meugé, 158.
Meunier, 1295.
Meurs-Blatter (Mme), 1004.
Meyer, 467, 774.
Meyer (J.), 147.
Meyer-Heine, 1074.
Michaud, 1105.
Michaux, 46, 879.
Michaux (Mlle), 1092.
Michel, 1090, 1091.
Michel (Mme), 1726.
Michel (L.), 1648.
Michel P.-J.), 207, 1087.
Michon, 220, 468, 706.
Mignon, 141, 988, 1073.
Milhaud, 1453.
Milhit, 594, 933.
Milian, 233, 1233.
Millischer, 858.
Minet, 504.
Minovici, 1002.
Minz, 822, 972.
Mirault, 792.
Mironesco, 258.
Miskolczz, 1108.
Mizard, 1740.
Mladen Paic, 146.
Moch, 502.
Mocquot, 373, 468, 1728.
Moine, 1040.
Moline, 1166.
Molinéry, 107, 122, 166, 1090, 1686.
Molines, 1576, 1632.
Mollard, 145.
Mollaret, 47, 222, 243, 417, 481, 502, 821, 934, 987, 1007, 1576, 1686, 1704.
Monceaux, 1454.
Moncrieff, 1087.
Mondor, 444, 570, 646, 787, 932, 1006, 1728.
Monges, 502.
Monier-Vinard, 430, 1121.
Monnot, 86.
Monod, 64, 315, 932, 1094.
Monod (Robert), 468, 787, 1728.
Monod (R.-C.), 646, 1266.
Monœlesser, 262.
Monot, 318, 470.
Montant, 1089.
Montel, 1422.
Monti, 145.
Montpellier, 298, 299, 330, 432, 520, 1139, 1298.
Montus, 431, 1169, 1187.
Morax, 663.
Mordagne, 192, 402, 422, 546, 846, 1224, 1567, 1734, 1789.
Moreaux, 135.
Morel, 260.
Moricard, 776, 1008, 1742.
Morin, 1762.
Morin (G.), 1439.
Moro, 1086.
Morras, 1090.
Morvan, 1008.
Morwa, 1056.
Moscovici, 469.
Mosinger, 481, 540, 558, 790, 948, 949, 1122, 1190.
Motz, 444.
Mouchet, 64, 122, 373, 788, 1094, 1590.
Mougeot, 700, 880.
Moulonguet, 144, 315, 316, 370, 373, 444, 468, 932, 971, 1540, 1728.
Mouquin, 1774.
Moure, 316, 373, 444, 468, 646, 858, 1094, 1590, 1728, 1813.
Mourgue-Molines, 282.
Mouriquand, 146, 207, 1037, 1085, 1199, 1418.
Mourrut, 988.
Moutier, 281, 1539.
Moyse, 221.
Mozer, 502.
Müller, 412.
Mutermilch, 88, 220, 646, 1296.

N

Nachmansohn, 1006.
Nacht, 1061.
Nager, 145.
Nagreanu, 1074.
Nancel-Penard, 1139.
Nard, 860.
Nataf, 661.
Nattan-Larrier, 259, 260, 1137, 1154, 1167, 1188, 1218, 1295.
Nègre, 174, 206, 260, 822, 1076, 1188, 1702.
Negreanu, 1122.
Negri, 432, 522.
Neligan, 1105.
Nélis, 1296.
Nemours-Auguste, 262, 298.
Nepveux, 368, 430.
Néri, 950, 1108.
Netter, 44, 66, 258, 503.
Nevot, 1188.
Nicaud, 1073.
Nicloux, 412, 538, 1762.
Nicolas, 1108.
Nicolau, 63, 146, 233, 1188, 1217, 1218, 1295.
Nicolesco, 258, 949, 950, 1075, 1107.
Nicolle, 63, 215, 569, 608.
Ninni, 243, 1685.
Nitti, 777, 1813.
Nobécourt, 66, 105, 123, 190, 594, 833, 932, 1198, 1499.
Normand, 972.
Notte, 520.
Nouaïl, 470.
Nouguès, 1137, 1188, 1295.
Noury, 664.
Nové-Josserand, 1053 1090, 1091.
Nyssen, 145, 222.

O

Oberling, 414, 789, 190, 1168.
Odinet, 1087, 1204, 1715.
Odry, 1139.
Oelnitz (d'), 87, 480, 625, 704.
Okinczyc, 64, 370, 1094.
Olivier, 972.
Ollivier, 736.
Olmer, 1088, 1122.
Olmer (D.), 330, 445, 879.
Olmer (J.), 330, 879, 1122.
Ombrédanne, 215, 788, 934, 1006, 1094, 1187, 1704.
Oppenheim, 233.
Oudard, 468.

P

Padovani, 59, 101.
Pagano, 664.
Paget, 265, 368.
Parnicz, 44, 625, 1006, 1297.
Paic, 1075, 1137, 1686.
Paillard, 1468.
Paillas, 330, 1123, 1170.
Paisseau, 328, 1197, 1198.
Paitre, 316.
Palaiseau, 1167.
Papaïoannou (Mlle), 594.
Papin, 1813.
Paraf, 929, 1122, 1297.
Parat, 87.
Parfus, 1704.
Paris, 1137, 1190.
Parlier, 1037.
Parnet, 1235, 1634.
Parrel (de), 146.
Parrot, 432.
Parturier, 519.
Pascal, 822.
Pascalis, 1154.
Pasquier (du), 105, 1076.
Passa, 316, 470, 859, 1110, 1775.
Passebois, 282, 506, 1286.
Passek, 260.
Pasteur (F.), 477, 1092.
Pasteur - Vallery - Radot, 561, 1075, 1138, 1153, 1297.
Patel, 1043, 1625.

Pauchet, 265.
Paulion, 879.
Pauly, 860, 1137.
Pautrat, 430, 1137, 1168, 1575.
Pautrier, 1702.
Pavel, 1560.
Paviot, 260.
Payan, 1122.
Péchère, 1264.
Pecker, 1060.
Péhu, 625, 1267, 1762
Pékélis, 417, 558.
Pellé, 821, 1073, 1468.
Pelon, 701.
Pépin, 1541.
Pereton, 239.
Peri, 137, 145.
Périer, 1074, 1654.
Périn, 237.
Perlès, 1106
Perochon, 158, 1073.
Perrault, 1742.
Perrot, 1266, 1646, 1702, 1814.
Perrussel, 661.
Petges, 1230.
Petit (Gabriel), 107.
Petit (Raymond), 88.
Petit-Dutaillis, 46, 223, 373, 417, 787, 789, 821, 932, 971, 1590, 1728.
Petot (Mlle), 1073.
Petrea, 174, 1061.
Petzetakis, 1167.
Peycelon, 1186.
Peyre, 1297.
Peyron, 497, 531.
Peyronel, 1169.
Peyrot, 1776.
Peyrus, 1614.
Pham Huu Chi, 258, 280.
Pheline, 1298.
Philippe, 1137.
Phisalix (Mme), 1092.
Pichon, 87, 1198, 1263, 1652.
Pichon (Mme), 44.
Picot, 316, 646, 858, 932, 1006, 1053, 1094, 1813.
Picquart, 1167.
Pictet (Mlle), 880.
Piédelièvre, 1614.
Piera, 147.
Pieri, 45, 1169.
Pierre, 221, 260, 542, 1076, 1815.
Pierret, 1087, 1090.
Pierron, 1169.
Piéry, 106.
Piffault, 878, 1138, 1190, 1295.
Pilod, 470, 859, 1110, 1775.
Pin, 701.
Pinard, 239, 479, 502, 777, 1074.
Piquet, 145.
Piraud, 497, 531.
Piton, 1726.
Planques, 106.
Planson, 792.
Plichet, 44, 625, 1006, 1297.
Plotz, 807, 1217.
Podeano, 258.
Poincloux, 63.
Poinso, 330, 431, 1088, 1123.
Poix, 625.
Policard, 205.
Pollet, 280, 368, 625, 971, 1005 1167, 1704.
Polonowski, 1006.
Porcher, 123.
Porez, 1089.
Porge, 1652, 1654.
Porot, 663, 792.
Portmann, 135.
Poucel, 431.
Poumeau-Delille, 45, 430, 1073.
Poupart, 808.
Poursines, 330, 431, 447, 1107.
Pouyanne, 789, 860, 1139, 1626.
Pouzet, 1053, 1091.
Prévot, 1297.
Proby, 135, 145, 1089, 1104.
Pron, 1284, 1286.
Prost, 1468.
Proust, 64, 370, 468, 646, 788, 932, 1006, 1590, 1813.
Provansal, 1170.
Pruche, 417, 1154, 1284, 1612.
Prudhomme, 391.
Pruvost, 430.
Puech, 282, 284, 934, 1040, 1558.
Puech (P.), 47, 223, 298, 557, 935.
Pugnaire, 137.
Puig, 470.
Pulvénis, 206, 233, 239, 241.
Putti, 971, 1051.
Pyt, 1468.

Q

Quénu, 64, 220, 444, 788, 858.
Quivy (Mlle), 297.

R

Rabinowicz, 503.
Rachet, 1539.
Radais, 704.
Raibaudi, 87.
Raiga, 1544.
Railler, 1468.
Raillet, 1267.
Ramadier, 139, 143, 146.
Ramel, 1105.
Ramirez, 297, 414.
Ramon, 11, 206, 215, 444, 480, 972, 1006, 1138, 1167, 1187, 1218, 1296.
Ramond, 175, 518.
Ranque, 445.
Raponscky, 1071, 1393, 1430.
Rappin, 878.
Rataimamanga, 1741.
Rappoport, 933.
Rathery, 63, 175, 219, 608, 1040, 1104, 1166, 1217, 1295, 1576, 1632, 1704.
Ratie, 282, 284, 1286, 1316.
Ravault (P. P.), 1104, 1557.
Ravaut, 237, 1539.
Raviart, 1001.
Ravina, 971.
Raybaud, 431, 949, 1170.
Raynal, 661.
Raynaud, 1298.
Rebattu, 135, 137, 145, 1104.
Reboul, 788, 858.
Recio, 1589.
Recordier, 446, 1107.
Redon, 1006.
Régnier, 391.
Reilly, 880, 1074
Reinhold, 858.
Reinié, 480, 540.
Remlinger, 174.
Rémond, 88.
Renard, 107, 1814.
Renard (Jean), 1075.
Renaud, 219, 443, 662, 1005.
Renaud (Mme), 328.
Renault, 1090.
Rendu, 141, 1091.
Renon, 370.
Retzeanu (Mlle), 1061.
Réveilhe (Pierre de), 166.
Reverchon, 1089
Rey (J.), 1106.
Ribeiro, 1814.
Ribadeau-Dumas, 191, 1264.
Richard, 858, 932, 1051.
Riche, 282.
Richet, 412, 607.
Richet (Ch.), 1074, 1365, 1726.
Richov, 480, 777, 1187.
Rieunau, 1138.
Rimattei, 807.
Rimbaud, 282, 471, 1286, 1329, 1558, 1864.
Rinjard, 1702.
Riom (Mlle), 66.
Riser, 106.
Rivalier, 880.
Rivet, 219.
Rixford, 233.
Rizzo, 950.
Robert, 44, 239, 258, 1187.
Robert-Lévy, 1575.
Robic, 955.
Robin, 417, 1284.
Robineau, 123.
Robinet, 538.
Rocchisani, 520.
Roch, 280, 1036, 1632.
Roche (Mme A.), 987.
Rocher, 789, 860, 1056, 1626, 1648.
Rochet, 444.
Rochu-Méry, 801.
Rode, 243.
Rodescu, 968, 1738.
Rodiet, 1188.
Rœderer, 262, 787, 1076, 1105, 1648.
Roger (Henri), 330, 353, 368, 383, 417, 431, 558, 706, 949, 1107, 1108, 1123, 1325, 1465, 1695.
Roguin (Mlle de), 1454.
Rohmer, 918, 1086, 1263, 1741.
Roizès, 298.
Roman, 972.
Ronget (Mlle), 190.
Ronneaux, 1560.
Roquigny, 470, 648.
Rosé, 807.
Rosenthal, 412, 518, 542, 1154, 1268, 1286, 1544.
Rostand, 123.
Rouchèse, 625.
Roudaïtis, 1053.
Roudil, 1646.
Roudinesco (Mme), 157, 223, 788, 933.
Rouèche, 557, 1187.
Rouessé, 280.
Rouhier, 444, 646.
Roulin, 858, 1108.
Rounier, 370.
Rouquès, 936.
Rouquet, 318, 470, 1654.
Roulacroix, 1170.
Roussy, 481, 540, 558, 790, 948, 1190.
Rouvière, 107, 205, 1060.
Rouvillois, 1059.
Roux, 506.
Roux-Berger, 64, 315, 858, 932, 1590.
Roy, 1060.
Roy (Mme), 664, 843.
Royer de Véricourt, 933.
Rozier, 145.
Rubinstein, 241, 260.
Rudaux, 370.
Rudnansky, 1652.
Ruin (Mme), 66.
Russo, 106.

S

Sabadini, 432, 1139.
Sabouraud, 663.
Sabrazès, 1136.
Sacquépée, 174.
Sadettin, 540, 879, 1296, 1686.
Saënz, 221, 259, 328, 540, 646, 777, 822, 879, 1005, 1076, 1137, 1188, 1296, 1686.
Saffi, 1188.
Sager, 987.
Sagols, 284.
Saidman, 175, 245, 430, 469, 1105.
Saint-Béat, 1155.
Saint-Jacques, 173.
Sainton, 259, 1204.
Sainton (Mlle), 1040, 1704.
Saint-Pierre, 529.
Salamon (Mlle), 88, 220, 646.
Saldarriage, 1630.
Sales, 44, 625, 700, 1006.
Salgues, 538.
Salimbeni, 1092.
Sallet, 1576, 1632.
Sambron, 219.
Sampson, 1106.
Sanarelli, 987, 1742.
Sanders (Mlle), 1263.
Sandor, 296, 1217.
Sannié, 1217.
Santenoise, 329, 469, 503, 664.
Santillana, 663.
Santucci, 331, 1297.
Santy, 1090, 1092.
Saradini, 1468.
Sargnon, 137, 141, 143, 144.
Sarlin, 990.
Sarnowiec, 1188.
Sarradon, 368, 431, 1309.
Sarroste, 859.
Sarrony, 1298.
Sartory, 467, 844.
Sartory (A.), 147, 774.
Sartory (R.), 147, 774.
Saussot, 1139.
Sauvan, 330.
Sauvé, 64, 65, 373, 788, 1006, 1590.
Savignac, 1540.
Savy, 1106.
Scemia, 663.
Schaefer, 45.
Shaeffer, 297.
Schiff-Wertheimer (Mme), 206.
Schmite, 46, 47, 417.
Schmitt, 483, 1168.
Schneegans, 1263.
Schneider, 1236.
Schneider (Jean), 1469.
Schœn, 237, 239, 243, 296, 1218
Schœn (Mle J.), 1418.
Schœn (R.), 647, 1814.
Schœn (Mlle J.), 1418.
Schreiber, 158, 1264, 1265.
Schwartz, 220, 1060, 1263, 1469, 1704.
Schwob, 222, 370.
Sciclounoff, 1632.
Scott, 1036.
Scousse, 1139.
Séchehaye, 878.
Sédallian, 221.
Sédillot, 417, 1284.
Sée, 370, 972, 1074.
Séguier, 1204.
Séjourné, 417.
Séjournet, 1076.
Sellards, 430.
Semelaigne, 1006, 1073, 1265, 1416.
Sendrail, 391, 1138, 1686.
Sénéchal, 230.
Senellart (Mlle), 12, 519.
Sénèque, 122, 220, 858, 1006, 1726.
Senez, 445.
Serbescu, 467, 479.
Sergent, 107, 173, 1073.
Sergent (A.), 1298.
Sergent (Edmond), 63, 331.
Sergent (Etienne), 63.
Serny, 648.
Setbon, 663.
Sézary, 237, 239, 821, 1061, 1632, 1634.
Sèze (de), 504, 704.
Siau, 858.
Sicard, 45, 1726.
Sidi, 1575.
Siguier, 444.
Silberschmidt, 736.
Silbert, 1630.
Silhol, 446.
Siméon, 431.
Simon, 239.

Simonin, 328, 999.
Simonnet, 1188.
Siredey, 1791.
Sohier, 329, 859, 1235, 1775.
Sollier, 1092.
Solomon, 1137.
Sonier, 1544.
Sorel, 297.
Sorel (Mme), 297.
Sorrel, 64, 65, 122, 315, 316, 373, 444, 468, 594, 645, 788, 858, 932, 1006, 1094, 1590, 1652.
Sorrel-Déjerine (Mme), 1652.
Sotty, 173.
Souchet, 139, 141.
Soulas, 139, 145, 518, 789, 1074, 1076, 1089, 1235.
Souleyre, 280.
Soulié, 430.
Soupault, 220, 646, 858, 1094, 1590, 1813.
Souques, 935.
Sourdel, 1074.
Spaey, 329.
Sparrow (Mme), 63, 608.
Spezzafumo, 701.
Spillmann, 146.
Spriet, 999.
Stahl, 298.
Stanesco, 1002.
Stankoff, 469.
Stefanini, 506, 1219.
Stefanopoulo, 934, 1704.
Steinberg, 87.
Stern, 1137.
Sterne, 1190, 1576.
Stevenin, 1266.
Stewart (Sir James Purves), 105
Stillmunkes, 1589.
Stobbaerts, 483.
Stoerr, 918, 1263, 1741.
Stricker, 1626.
Strohl, 64, 703.
Strumza, 503, 1219.
Sudaka-Planty (Mme), 432.
Suner, 1088.

T

Tagand, 221, 260, 542, 1076.
Taguet, 262, 1284.
Tailens, 1085, 1198, 1741.
Talbot, 1775.
Tannou, 821.
Tanon, 775.
Tardieu, 262.
Targowla, 297.
Tarneaud, 139.
Tassovatz, 1741.
Tavecchi, 1190.
Tavernier, 1090, 1091, 1092, 1648.
Taylor, 972.
Tayrac (de), 1348.
Tcherniakofsky, 241.
Tchijevskaya, 353.
Tchijevsky, 853.
Tedesco (Mlle), 1121.
Terracol, 145, 284, 470, 504, 1220.
Terray, 515, 1105.
Terrien, 1652.
Teysonnière, 445.
Thalheimer, 123.
Théobalt, 1108.
Théodoresco, 153.
Théodoru, 153.
Thésée, 1005.
Thévenard, 222, 265, 417, 482, 792.
Thévenot, 330.
Thibault, 1614.
Thieffry, 729.
Thienpont, 145.
Thiers, 789, 934, 1106.
Thiéry, 328.
Thiéry (J.-E.), 1553, 1585.
Thieulin, 858, 902, 954.
Thiodet, 1298.
Thiry, 470, 648.
Thomas (André), 47, 222, 297, 414, 417, 789, 947, 949, 950.
Thoyer, 1060, 1121.
Thoyer-Rozat, 761, 775, 1575.
Thuillant, 469.
Thurel, 46, 222, 297, 414, 557, 558, 790, 934.
Tinel, 557.
Tissier, 1544.
Tissot, 1187.
Tissot-Daguette, 549.
Titica, 950.
Tixier, 483, 504, 1091, 1136, 1592, 1625.
Tonnet, 880, 1007, 1034, 1155.
Tony-Jacquinet, 1042.
Torner, 298, 432.
Toroella, 594.
Toulant, 1298.
Toupet, 373.
Tournade, 432, 434, 520.
Tournay, 945, 950.
Tourniaire, 316, 858, 859.
Tournier, 1092.
Toye, 1286, 1759.
Trabaud, 147.
Tramuset, 1089.
Traverse (de), 1217.
Trelles, 222, 298, 557, 558, 790, 1341, 1704.
Trensz, 664.
Trèves, 519, 661.
Trial, 470, 1108.
Triboulet, 412.
Trillat, 63.
Troisier, 443, 518, 1061 1704.
Troizier, 219.
Troncin, 1266.
Truc, 282.
Truche, 646.
Truffert, 646.

Le Lactochol
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium
60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls
LACTOCHOL
LABORATOIRES "LOBICA"
G. CHENAL Phien 46, AVENUE DES TERNES PARIS (17e)
Docteurs! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Sapho-Entérites. Entérites. Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

OLÉTHYLE-BENZYLE

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. - 6, Rue Abel, PARIS - Aucune contrindication

TANIN PHYSIOLOGIQUE VIVANT
RHIZOTANIN CHAPOTOT
TOLÉRANCE STOMACALE ABSOLUE
NEUTRALISATION des TOXINES
AMÉLIORATION RAPIDE des ACCIDENTS DIARRHÉIQUES
2 FORMES { Cachets pour Adultes, 2 à 6 par jour. Poudre pour Enfants, 2 à 4 mesures par jour.
Avoir soin de bien spécifier.
Éch. méd. gratuit. - AUBRIOT, 56, Bd Ornano, PARIS
R. C. Seine, 20.019

INFECTIONS AIGUES FÉBRILES
SEPTICEMINE CORTIAL
15, Boul. Pasteur — PARIS —

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de CHARBON TISSOT
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE HÉMORROIDES, etc. — Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A)

Tsaconas, 207.
Turiaf, 328.
Turriès, 431.
Tzanck, 430, 480, 1074, 1122, 1137, 1575.

U

Ullmo, 233.
Ungar, 469, 1007, 1168.
Unger, 1741.
Urechia, 45, 175, 1061.
Urédeta, 88.
Uzan (Lucien), 663, 701.
Uzan (Maurice), 664, 700, 701, 703.

V

Vaille, 1167.
Vaisman, 239, 241, 243, 296, 1075, 1686, 1218, 1521.
Valdiguie, 822.
Valette, 205, 1060, 1089.
Vallée (H.), 1702.
Vallée (M.), 1702.
Vallette, 107.
Valory, 253.
Valtis, 206, 296, 538, 1188, 1197, 1199.
Van Bogaert, 88, 222, 950.
Van Deinse, 296, 538.
Van Gaidsenhoven, 1700.
Van Heylst, 1648.
Vanverts, 173.
Vaquez, 561, 775, 1702.
Varangot, 123, 1573.
Varnier, 506.
Vassal, 1264.
Vaucher, 1419.
Vauclin, 1277.
Vaure, 1075.
Veau, 646.
Vedel, 1286.
Veil (M.-P.), 1544.
Velti, 1728.
Velu, 1136.
Veluet, 158.
Vérain, 1086.
Vercelli, 950.
Verger, 1139.
Vergriete, 808.
Verlière-Dubois (Mme), 594.
Verne, 243, 262, 1190, 1217, 1295.
Vernejoul (de), 1053.
Vernes, 1776.
Veyssi, 1108, 1234.
Vial, 1762.
Viala, 1092.
Viallefont, 282, 284, 470, 471, 506, 1315.
Viallet, 1299.
Vianney, 787.
Viard, 482, 736, 1815.
Vidacovitch, 329, 469, 503, 664.
Vidal, 282, 284, 972.
Viéla, 141, 145.
Vieros, 862.
Vignard, 1091.
Vigne, 107.
Vilenski, 704.
Villanova (R.-H.), 808.
Villard, 470, 1220, 1315.
Villaret, 1297.
Villette, 206, 207, 808, 1007.
Villey, 407.
Vincent, 12, 160, 368, 488, 558, 808, 860.
Vincent (Cl.), 46, 47, 297, 414, 933, 935.
Vincent (H.), 774.
Violet, 1003.
Violle, 444, 807, 1075, 1218.
Vital-Lassence, 107.
Vles, 1263.
Vogt, 1298.
Vogt (Mlle), 46, 223.
Vogue, 191.
Von Mayendorff, 1107
Vouaux (Mlle), 1003.
Vullier, 1001.
Vulpian (de), 87.

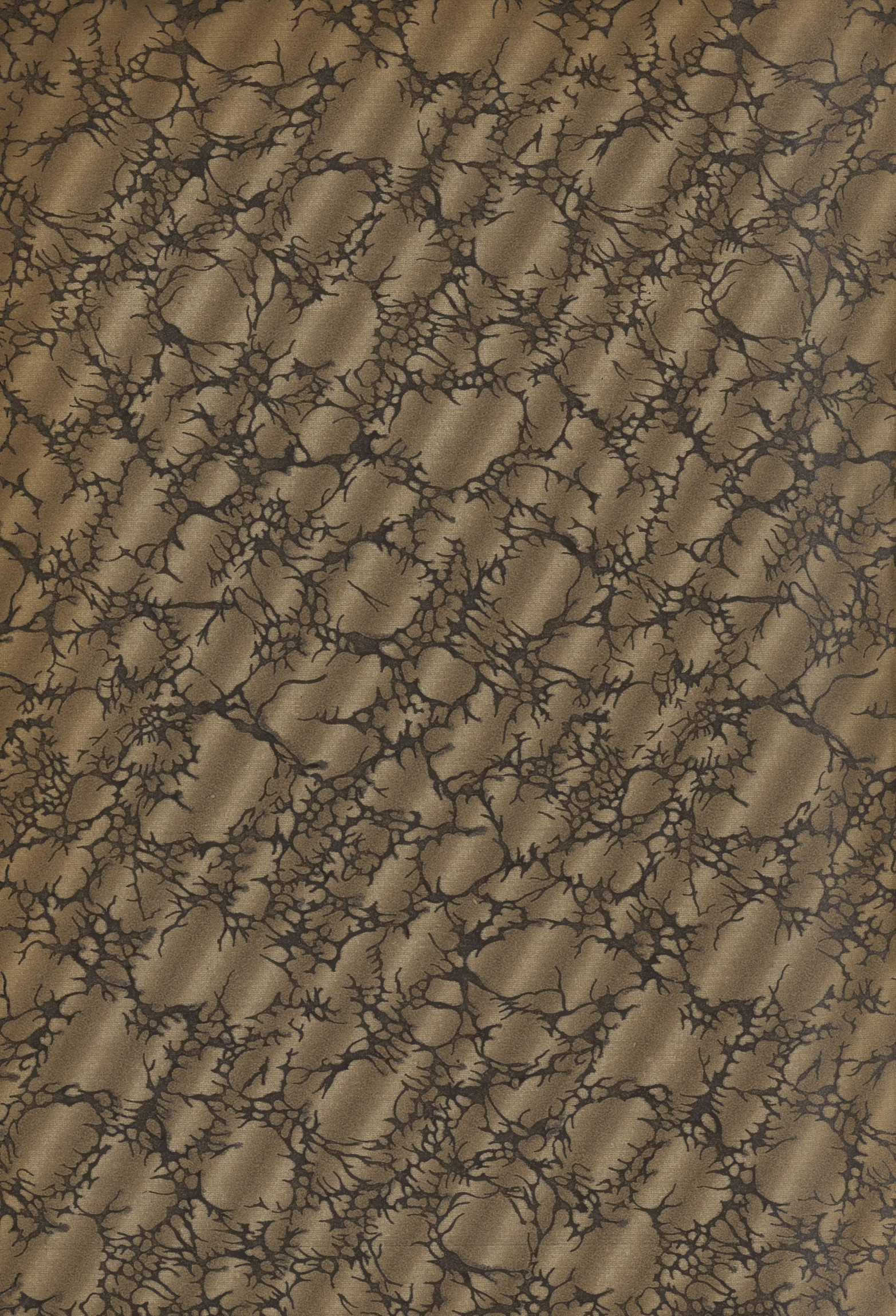
W

Wahl, 45.
Walser, 1092.
Walther, 260.
Warembourg, 981, 1017.
Watrin, 146.
Watson-Jones, 1051.
Weil, 625.
Weil (M.-P.), 21, 262, 918, 1033.
Weill-Hallé, 66, 706, 822, 879, 1186, 1187, 1198, 1810.
Weinberg, 1297.
Weismann-Netter, 1204.
Weiss, 468.
Weiss (A.), 1537.
Weissenbach, 219, 233, 1039, 1105.
Weissmann, 258.
Weller, 88, 329, 1295.
Welti, 1575, 1630.
Wertheimer, 1092.
Willcox (Sir W.), 1103.
Willemin-Clog, 412.
Willoquet, 617, 637, 736, 745.
Willy, 1263.
Wilmoth, 220, 444.
Wilson (John-C.), 1055.
Wolff, 1040.
Wolfromm, 645.
Wollmann, 736.
Woringer, 594, 1202.
Worms, 135, 137, 468, 950.
Würmser, 518.

Z

Zadoc-Kahn, 1061, 1190.
Zahradnicek, 1646.
Zéphiroff, 843.
Zerling (Mlle M.-A.), 1007.
Zimmern, 1092, 1630.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE.